

**T.C.**  
**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN YAŞAM  
BULGULARINI DEĞERLENDİRME VE KLİNİK  
KARAR VERME DURUMLARININ İNCELENMESİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**NURŞAH BÜYÜKÇAMSARI**

**İSTANBUL, 2017**



**T.C.**

**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN YAŞAM  
BULGULARINI DEĞERLENDİRME VE KLİNİK  
KARAR VERME DURUMLARININ İNCELENMESİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**NURŞAH BÜYÜKÇAMSARI**

**Tez Danışmanı: PROF. DR. FATMA ETİ ASLAN**

**İSTANBUL, 2017**

**T.C.**  
**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAM**

Tezin Adı: Cerrahi Hemşirelerinin Yaşam Bulgularını Değerlendirme ve Klinik Karar Verme Durumlarının İncelenmesi

Öğrencinin Adı Soyadı: Nurşah Büyükçamsarı

Tez Savunma Tarihi: 18.05.2017

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.

Yrd. Doç. Dr. H. Kerem ALPTEKİN  
Enstitü Müdürü  
İmza

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN  
Program Koordinatörü  
İmza

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN

Üye  
Doç. Dr. Aysel GÜRKAN

Üye  
Yrd. Doç. Dr. Hayat YALIN

İmzalar

-----  
-----  
-----

## TEŐEKKÜR

Yüksek lisans tezim boyunca çalışmalarımın her aşamasında bilgi ve desteğiyle beni aydınlatan danışman hocam Prof. Dr. Fatma Eti Aslan' a,

Tez jürisi değerli hocam, Yrd. Doç. Dr. Hayat Yalın'a bu araştırmaya katılan değerli cerrahi hemşirelerine, hem tez çalışmam da hem de hayatımın her döneminde bana rehberlik eden ve maddi manevi her konuda desteğini esirgemeyen değerli ablam Gülşah Karakaş'a ve dünyaya gözlerini erken açan; teyze olma duygusunu bana tattıran Ural Barlas'a ve kıymetli eniştem Erkan Karakaş'a çalışmalarım süresince yanımda bana yardımcı olan başta Hakan şanlıer olmak üzere şanlıer Ailesi'ne

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul Mayıs, 2017

Nurşah BÜYÜKÇAMSARI

## ÖZET

### CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN YAŞAM BULGULARINI DEĞERLENDİRME VE KLİNİK KARAR VERME DURUMLARININ İNCELENMESİ

Nurşah Büyükçamsarı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Fatma Eti Aslan

Mayıs 2017, 61 sayfa

**Amaç:** Bu araştırma, cerrahi hemşirelerinin yaşam bulgularını değerlendirme ve klinik karar verme durumlarının incelenmesi amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Nitel olarak yapılan bu çalışma; sekiz genel cerrahi hemşiresi ile yüz yüze görüşme yöntemiyle yapıldı. Yarı yapılandırılmış soru formu ile sürdürülen görüşmede hemşirelerin sorulara verdikleri yanıtlar ses kayıt cihazına kayıt edildi. İfadeler amaca uygun olarak, belirlenen temalar altında bir araya getirildi ve gruplandırılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Bu çalışmada elde edilen veriler cerrahi hemşirelerinin yaşam bulgularını önerilen sıklıkta izlemedikleri, ölçtükleri ve elde ettikleri değerleri yorumlamadıkları/yorumlayamadıkları ve sonuç olarak klinik karara varamadıklarını gösterdi. Genç hemşirelerin standart izlem parametrelerine daha yatkın olmasına karşın, orta yaş hemşirelerin bir standarta bağlı kalmadıkları belirlendi. Lisansüstü eğitim alan hemşirelerin kritik düşünmeye eğilimli olmalarına karşın, lise mezunlarının kritik düşünme eğilimlerinin daha az olduğu anlaşıldı. Mesleki deneyimi en fazla ve en az olan hemşirelerin cerrahi süreci değerlendiremedikleri saptandı. Klinik alanında deneyimli olan hemşireler ölçtükleri ve elde ettikleri verileri yorumlayamamalarına karşın, deneyimi az olan hemşirelerin yorumlamaya yatkın oldukları belirlendi.

**Sonuç olarak;** cerrahi hemşirelerinin yaşam bulgularını değerlendirme ve klinik karar verme süreçlerini sürdürmede yeterli olmadıkları söylenebilir. Bu nedenle hemşirelik eğitim programlarında ve mezuniyet sonrası eğitimlerde ölçülebilir parametrelerin ölçümü yanı sıra değerlendirme ve klinik karara varılma süreçlerinin de öğretilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşam Bulguları, Ölçme ve Değerlendirme, Klinik Karar Verme

## ABSTRACT

### STATUS REVIEW OF ASSESSMENT AND CLINICAL DECISION MAKING OF SURGICAL NURSES FOR VITAL SIGNS

Nurşah Büyükçamsarı

Health Sciences Institute Nursing Master's Program

Thesis Supervisor: Prof. Dr. Fatma Eti Aslan

May 2017, 61 pages

**Aim:** This research was carried out in order to examine the status of surgical nurses in assessing vital signs and clinical decision making.

**Material and Method:** The study was conducted through face-to-face interview method with eight general surgery nurses. The answers given by nurses in the interview maintained by semi-structured questionnaire form and was recorded by voice recorder. The statements were gathered as goal-oriented under determined themes, classified and then assessed.

**Results:** Findings obtained in this study reveal that surgical nurses do not follow up vital signs with recommended frequency and do/can not interpret values they obtain and eventually are not able to reach clinical decision. Although younger nurses are more inclined to standard follow-up parameters, it was determined that middle-aged nurses did not stick to a standard. Despite the nurses having postgraduate education tend to think critically, it was understood that critical thinking tendency of high school graduates was lower. It was identified that the nurses having the most and the least professional experience were not able to evaluate the surgical process. Although nurses who are experienced in clinic field can not interpret the data they measure and obtain, it was determined that nurses having less experience tend to interpretation.

**Conclusion;** it can be said that surgical nurses are not sufficient to assess vital signs and maintain clinical decision making processes. Thus, it is recommended to teach measurement of measurable parameters as well as assessment and clinical decision making processes in nursing educational programs.

**Key Words:** Vital Signs, Measurement and Assessment, Clinical Decision Making

## İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR .....	viii
SEMBOLLER .....	ix
1. GİRİŞ .....	1
2. LİTERATÜR TARAMASI .....	3
2.1. VÜCUT SICAKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	3
2.1.1. Tanımı ve Fizyolojisi .....	4
2.1.2. Vücut Sıcaklığının Düzenlenmesi.....	4
2.1.3. Vücut Sıcaklığını Etkileyen Faktörler .....	6
2.1.4. Vücut Sıcaklığının Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi .....	7
2.1.5. Vücut Sıcaklığının Ölçüm Hassasiyetleri .....	8
2.1.6. Vücut Sıcaklığının Ölçüm Sıklığı .....	9
2.1.7. Cerrahi Tedavinin Vücut Sıcaklığı Üzerine Etkisi.....	10
2.2. NABZIN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	11
2.2.1. Tanımı ve Fizyolojisi .....	11
2.2.2. Nabzın Özellikleri.....	12
2.2.3. Nabzı Etkileyen Faktörler .....	12
2.2.4. Nabzın Ölçümü ve Değerlendirilmesi.....	13
2.2.5. Nabız Ölçüm Hassasiyetleri.....	13
2.2.6. Nabız Ölçüm Sıklığı.....	14
2.2.7. Cerrahi Tedavinin Nabız Üzerine Etkisi.....	14
2.3. SOLUNUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	15
2.3.1. Tanımı ve Fizyolojisi .....	15
2.3.2. Solunumun Özellikleri .....	17
2.3.3. Solunumu Etkileyen Faktörler .....	18
2.3.4. Solunum Ölçüm Sıklığı .....	19
2.3.5. Cerrahi Tedavinin Solunum Üzerine Etkisi.....	19
2.4. KAN BASINCININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	20
2.4.1. Tanımı ve Fizyolojisi .....	20
2.4.2. Kan Basıncının Sınıflandırılması .....	21
2.4.3. Kan Basıncını Etkileyen Faktörler .....	22
2.4.4. Kan Basıncının Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi .....	22



2.4.5. Kan Basıncı Ölçüm Hassasiyetleri .....	23
2.4.6. Kan Basıncı Ölçüm Sıklığı.....	23
2.4.7.Cerrahi Tedavinin Kan Basıncına Etkisi.....	23
2.5. KLİNİK KARAR VERME .....	24
2.5.1. Klinik Karar Vermenin Önemi.....	24
3. VERİ VE YÖNTEM .....	26
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI .....	26
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ.....	26
3.3. ARAŞTIRMANIN ZAMANI .....	26
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEMİ, ARAŞTIRMA GRUBU	26
3.5. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	27
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	27
3.6.1. Demografik Özellikler Formu .....	27
3.6.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu .....	27
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI .....	27
3.8. ARAŞTIRMA PLANI.....	28
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ .....	28
3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	28
3.11. VERİLERİN ANALİZİ .....	29
4. BULGULAR VE TARTIŞMA .....	30
5. SONUÇ.....	61
KAYNAKÇA .....	62
<b>EKLER</b>	
EK A.1: İstanbul Bahçeşehir Üniversitesi Etik Kurul İzni .....	76
EK A.2: Demografik Özellikler Formu .....	77
EK A.3: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	78
EK A.4: Bilgilendirme ve Onam Formu .....	81
ÖZGEÇMİŞ.....	83

## KISALTMALAR

Dk	: Dakika
PACU	: Post Anaesthetic Care Unit
Filiform nabız	: İpliksi
Disposable	: Tek Kullanımlık
Sistol	: Kasılma
Diastol	: Gevşeme
İnsprasyon	: Nefes alma
Ekspirasyon	: Nefes verme

## SEMBOLLER

mmHg : Milimetre civa

Celcius : Derece Santigrat

$\geq$  : Büyük eşit

$\pm$  : Artı, eksi

/ : Kesme işareti

CO<sub>2</sub> : Karbondioksit



## 1. GİRİŞ

Bugün için kontrollü travma olarak kabul edilen cerrahi, sağlıktan sapmalarda ilk akla gelen tedavi şekillerinden birisidir (Yavuz 2014, ss. 223-238). Bununla birlikte cerrahi uygulamalar öncesi, sırası ve sonrası yakın izlem, değerlendirme ve elde edilen verilere dayanarak klinik karar verme ve uygulamaya geçmeyi gerektirir. Cerrahi hastasının değerlendirilmesinde en sık kullandığımız parametreler yaşam bulgularıdır.

Sağlık durumunun göstergesi olan yaşam bulguları dolaşım, solunum, sinir, endokrin sistem fonksiyonlarının etkililiğini gösterir. Ayrıca fiziksel tanılamada çok önemli yere sahip olan objektif verilerdir. Vücudun fizyolojik durumunu yansıtan bu veriler; vücut sıcaklığı, nabız, solunum ve kan basıncıdır (Stevenson ve diğ. 2016, Miltner ve diğ. 2014, Hands ve diğ. 2013). Yaşam bulgularındaki herhangi bir değişim vücudun fonksiyonlarında oluşan bir değişimin habercisi olabilir (Yıldız ve Yılmaz Coşkun 2017, ss. 69-102, Yongxing Lin ve diğ. 2015, Karadağ ve Karadakovan 2013, pp. 79-89, James ve diğ. 2010).

Standart olarak ölçülen yaşam bulgularının, her hastanın ihtiyacına göre belirlenen sıklıkta ölçülmesinin önemi üzerinde durulmaktadır (McGhee ve diğ. 2016, Storm-Versloot ve diğ. 2014).

Bununla birlikte, ameliyat sonrası erken dönemde yaşam bulgularının ölçülmesi ilk saatte 15 dakika (dk) da bir, ikinci saatte yarım saatte bir, daha sonra saatte bir önerilmektedir (McGhee ve diğ. 2016, Zhu ve diğ. 2016, Burchill ve diğ. 2015, Schulman ve diğ. 2010, Zeitz 2006, Zeitz 2005, Lockwood ve diğ. 2004).

Yaşam bulgularından olan; vücut sıcaklığı, nabız, solunum, kan basıncı ölçüldükten sonra değerlendirilmeli ve diğer verilerle birlikte bireyin sağlık durumu analiz edilerek klinik karara varılmalıdır (Yıldız ve Yılmaz Coşkun 2017, ss. 69-102, Watkins ve diğ. 2015).

Değerlendirme, derin bir anlayış geliştirmek için birden fazla ve farklı kaynaklardan bilgi toplama ve tartışma işleminin değerlendirme sağlık bakımında ilk ve en önemli adımdır.

Değerlendirme kavramı genel anlamda, objektif ve subjektif kaynaklardan elde edilen verilerin belirli bir ölçütle karşılaştırılması, yorumlanması ve bir değer yargısına/klinik karara varılmasıdır.

Klinik karar diğer bir deyişle tanıya yolculuk spontan ya da direkt sorularla elde edilen subjektif verilerle; ağrı, anksiyete, yorgunluk- subjektif olarak, ya da kan basıncı, vücut sıcaklığı, derinin rengi gibi gözlenebilen, dokunulabilen, koklanabilen, ölçülebilen ya da doğrulanabilen objektif verilere dayanarak verilir. Bu tip veriler fizik değerlendirme sırasında profesyonel gözlem yolu ile inspeksiyon, perküsyon, palpasyon, oskültasyon ve olfaksiyon ile ve aynı zamanda tanı testleri elde edilir. Sağlık bakım ortamında bireyin değerlendirilmesinde en sık kullanılan objektif ölçümler; vücut sıcaklığı, nabız, kan basıncı, solunum, cilt, kapiller dolum, oksijen saturasyonu gibi sağlık durumunun göstergesi olan bu ölçümler; dolaşım, solunum, sinir, endokrin fonksiyonlarının etkinliğini gösterirler. Sağlık durumunun göstergesi olan bu parametrelerin ölçüm becerileri oldukça kolaydır ancak elde edilen becerilerin yorumlanması güçtür. Yorum için eleştirel düşünme, problem çözme becerisi ve deneyim gerekir.

Yaşam bulgularının bireyin sağlık durumunu göstermede bu kadar önemli bir role sahip olmalarına, özellikle cerrahi gibi organizmada hızlı değişimlere neden olan tedavilerde, sık kullanılmalarına karşı, yapılan literatür incelemesinde cerrahi hemşirelerinin ameliyat sonrası yaşam bulgularını hangi sıklıkta izledikleri, izlem/ölçüm sonrası elde ettikleri verileri nasıl değerlendirdikleri ve klinik karar aldıklarını gösteren araştırmaya rastlanmadı.

## 2. LİTERATÜR TARAMASI

Bireyin sağlık durumunun önemli göstergesi olan ve objektif veriler olarak kabul edilen yaşam bulguları, cerrahi hastasının değerlendirilmesinde kullanılan, ölçümü kolay ancak değerlendirilmesi, yorumlanması ve klinik karara varılması mesleki bilimsel bilgi derinliği gerektiren bir durumdur.

Cerrahi tedavi gibi dinamik bir süreçte söz konusu bulguların ölçümü, değerlendirilmesi ve elde edilen sonuçtan hastanın tıbbi durumuna ilişkin bir karara varılması tedavinin ve bakımın yönlendirilmesinde anahtar role sahiptir.

Günümüzde vücut sıcaklığı, nabız, kan basıncı, solunum ve oksijen saturasyonu aktif olarak kullanılan yaşam bulgularıdır. Bu çalışmada yer alan objektif yaşam bulgularından olan oksijen saturasyonu her hastanede yaygın olarak takibinin sürdürülmemesinden dolayı çalışma kapsamına alınmadı (Kuiken ve Huth 2016).

## **2.1. VÜCUT SICAKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Vücut sıcaklığını tanımlamadan önce 'ısı' ve 'sıcaklık' kavramlarının tanımlanması bu kavramları karıştırmamak adına önemlidir. Isı; bir maddenin moleküllerinin kinetik ve kimyasal enerjilerinin toplamı, sıcaklık ise; ısı miktarının ölçülmesidir. Vücut sıcaklığı; yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite, hormon düzeyi, çevre, sirkadiyen ritm, stres gibi faktörlerden etkilenir (Yıldız ve Yılmaz Coşkun 2017, ss. 69-102).

Vücut sıcaklığı; kişinin vücudundaki ısı ölçüsüdür. Üretilen ısı ve kaybedilen ısı arasındaki dengedir. Vücut, yiyeceklerden aldığı enerji ile ısı üretirken aynı zamanda cilt ve akciğerlerden ısı kaybeder. Vücudun ihtiyaçlarını sağlayabilmesi belirli bir sıcaklık gereklidir. Bireylerde bu değer 37 °C' dir (Yıldız ve Yılmaz Coşkun 2017, ss. 69-102, Demir Işık 2015, ss. 410-446, Karabacak ve Yılmaz 2014, ss. 33-45, Perry ve Hall 2013, ss. 441-486, Sharma 2012, pp. 55-74, Jensen 2011, pp. 89-119, Rosdahl ve Kowalski 2010, pp. 554-579).

Vücut sıcaklığı; iç ve dış sıcaklık olmak üzere ikiye ayrılır. İç sıcaklık (core temperature), vücudun derin noktalarında oluşan ısıdır. Dış veya yüzeysel sıcaklık (surface temperature) ise çevresel faktörlere göre değişen sıcaklık türüdür (Demir Işık 2015, ss. 410-446. Karabacak ve Yılmaz 2014, ss. 33-45, Sharma 2012, pp. 55-74, Perry ve Hall 2013, ss. 441-486, Jensen 2011, pp. 89-119, Lynn ve LeBon 2011, Rosdahl ve Kowalski 2010, ss. 554-579).

### **2.1.1. Tanımı ve Fizyolojisi**

Beynin ısıyı düzenleyen merkezi olan hipotalamus, kan sıcaklığını ayarlayarak vücut ısısını kontrol eder. Ön hipotalamus preoptik bölgede 3. ventrikülün tabanına yerleşmiş olan merkez; periferal sıcak ve soğuk nöral reseptörlerden gelen sinyalleri alarak vücut ısısının kontrolünü sağlar. En ufak değişiklikleri bile algılayan bu merkez; vücutta meydana gelen ısı değişikliklerini tespit eder; sinir sistemi, dolaşım sistemi, deri ve ter bezlerini uyararak homeostazisinin sürdürülmesinde rol alır. Bu merkez, vücudun iç sıcaklığını  $37\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 0,5\text{ }^{\circ}\text{C}$  değerinde tutulmasını sağlar (Jordan ve diğ. 2017, Rosdahl ve Kowalski 2010, ss. 554-579).

### **2.1.2. Vücut Sıcaklığının Düzenlenmesi**

Beyin tabanında bulunan hipotalamus tarafından düzenlenen vücut sıcaklığının sürdürülmesi santral sinir sistemi tarafından olmaktadır. Normal durumlarda vücut sıcaklığı gün içinde bir derece kadar değişiklik göstermektedir.

#### **Isı artışına fizyolojik yanıt**

Vücut, yükselen sıcaklığın dengelenmesini sağlamak için ayrı mekanizmaları devreye koyar. İmpuslardaki iletiler motor sinirler yardımıyla ter bezlerine iletilerek sekresyon salgılanmasını uyarır. Cilt yüzeyinde buharlaşan ter böylelikle ısı kaybını sağlamış olur. Posterior hipotalamusta vazokonstriksiyon uyarısı oluşturan sinirler sempatik merkezlerin baskılanmasıyla dermiste yer alan periferal kan damarlarına bu ileti gönderilir ve ardından bu damarlarda meydana gelen dilatasyon sonucu artan kan akımıyla vücuttan ısı kaybı sağlanmış olur. Fazla ısı oluşturan titreme ve kimyasal ısı üretimi gibi mekanizmalar kuvvetle baskılanır (Jordan ve diğ. 2017, Pamir Aksoy 2013, Karaçayır 2006).

#### **Isı kaybına fizyolojik yanıt**

Vücut, düşen sıcaklığın dengelenmesini sağlamak için ayrı mekanizmaları devreye koyar. Periferal termoreseptörlerden hipotalamusta bulunan preoptik alana sinir impulsları ile iletilen bilgi ısı üretim merkezini aktive eder ve kan damarlarında vazokonstrüksiyon olur. Böylelikle, kan akımı merkeze yönlendirilir ve dış ortama olan ısı transferi azaltılır. Sempatik uyarı ile uyarılan muskulus arrektör pilli'nin kasılması ile deride yer alan tüyler erekte olur ve böylelikle sıcak havanın kaybı önlenmiş olur. Soğuk algısıyla çizgili

kaslara giden uyarılar sonucu titreme davranışı olur. Çalışan kaslar enerji üreterek ısı oluşumunu sağlar (Karabacak ve Yılmaz 2014, ss. 33-45, Rosdahl ve Kowalski 2010, ss. 554-579). Bu mekanizmalara ek derinin önemli görevi vardır. Vücutta ısıyı toplama ve dağıtım ile hemoastazinin dengede kalmasını sağlar (Yıldız ve Yılmaz Coşkun 2017, ss. 69-102).

Isı metabolizmanın bir ürünüdür. Kas ve bez aktiviteleri vücut ısısının çoğunu oluşturur. Vücut soğuk olduğunda, kasları egzersiz yapmak onu ısıtır. Bir kişi kızgın veya heyecanlıysa adrenal bezler çok aktifleşir ve kendisi sıcak hisseder (Fetzer 2013, pp. 441-486).

Sindirim işlemi vücut ısısını artırır. Soğuk, şok ve bazı ilaçlar sinir sistemine baskı yapar ve ısı üretimini düşürür. Hipotalamus bu değişiklikleri algılar ve uygun ayarlamalar yapar (Fetzer 2013, pp. 441-486).

## **Isı Üretimi**

Vücudun bütün hücrelerinde açığa çıkan kimyasal sonuç olan metabolizma ısı üretmektedir. Metabolizmayı oluşturan temel yapı besinlerdir. Besinlerden alınan enerji yakıldıktan sonra belli bir ısı açığa çıkar. Vücut sıcaklığı; açığa çıkan bu ısıya ek kasların da çalışması ile oluşur. Isı metabolizma ile doğru orantılı olarak hareket eder. Bazal metabolizma hızı; bireyin dinlenirken ya da uyanık olduğu anda kullandığı enerjidir. Çocuklarda metabolizma hızı yetişkinlere oranla daha yüksek iken; bu durum kadınlar da erkeklerden de daha düşüktür. Bazal metabolizma hızını erkek cinsiyet hormonu ve büyüme hormonu artırır. Vücut hareketi ile çalışmaya başlayan kaslar da vücut ısısını arttırmaktadır. Tiroid hormonunda salgılanmanın fazla olması bazal metabolizma da artışa neden olur. Uyarılan sempatik sinir sisteminden salgılanan; epinefrin ve norepinefrin bazal metabolizmayı hızlandırarak ısı artışı gerçekleşir. Hava şartları, sinir sisteminin çalışmasını engelleyen bazı ilaçlar, şok durumu gibi diğer faktörlerde ısı üretiminde azalmaya neden olur (Milli Eğitim Bakanlığı 2011).

## **Isı Kaybı**



Vücutun dengesinin sağlanabilmesi için aynı zaman da ısı kaybı da gereklidir. Vücutun iç ısının dengede kalabilmesi için; radyasyon, kondüksiyon, konveksiyon, evaporasyon yollarından faydalanarak ısı kaybı sağlanmış olur. Radyasyon; vücutun dışarıya vermiş olduğu ısı ışınlarıdır. Böylelikle ısı kaybı gerçekleşir. Kondüksiyon; temas ile ısının taşınması durumudur. Sıcaklıklar eşik olana kadar; ısının fazla olduğu alandan az olduğu alana doğru geçmesi durumudur. Konveksiyon; vücuttan deri aracılığı ile ısının havaya aktarılmasıdır. Evaporasyon; vücuttaki ısının buharlaşma yolu ile kaybedilmesidir. Artan çevre ısısı ile ters orantılı olarak vücut sıcaklığının dengesi sağlanmış olur (Fetzer 2013, pp. 441-486).

### **2.1.3. Vücut Sıcaklığını Etkileyen Faktörler**

Yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite, hormon düzeyi, çevre, sirkadiyen ritm ve stres vücut sıcaklığını etkileyen faktörlerdendir (Yıldız ve Yılmaz Coşkun 2017, ss. 69-102).

**Yaş:** Tam olarak gelişmeyen ısı mekanizmasından ötürü yenidoğanlarda ısı kaybı yönünden yatkınlardır. Bebek ve çocuklarda ise çevresel faktörler vücut sıcaklığını düşürmede etkilidir. Yetişkinlerde bu durum altta yatan sağlık problemleri ile ilişkili olup, istenen düzeyde denge sağlanabilir. Yaşlılarda elastikiyetinin kaybeden deri ve yavaşlamış metabolizma ve azalan yağ dokusu ısı kayıplarını arttırmaktadır (Sharma 2012, pp. 55-74, Jensen 2011, pp. 96-119).

**Cinsiyet:** Farklı cinsiyetle birlikte vücut sıcaklıkları da değişkenlik gösterir. Kadınlar hormonal faktörler erkeklere oranla da çok değişkenlik gösterir (Sharma 2012, pp. 55-74, Jensen 2011, pp. 96-119).

**Fiziksel Aktivite:** Artan aktivite ile çalışan kaslar metabolizmayı hızlandırır ve ısı artışı oluşur. Bir diğer faktör olan titremeye de kaslar çalışarak vücut sıcaklığının dengelenmesi sağlanır (Sharma 2012, pp. 55-74, Jensen 2011, pp. 96-119).

**Hormon Düzeyi:** Progesteron hormonu vücut sıcaklığının  $0.3^{\circ}$ - $0.6^{\circ}$ C artırır. Tiroksin, epinefrin ve norepinefrin ısı üretimini arttırmak sureti ile vücut sıcaklığını arttırmaktadır (Jensen 2011, pp. 96-119, Rosdahl ve Kowalski 2010, pp. 554-579).

**Çevre:** Dış veya yüzeysel sıcaklık çevreden etkilenir. Bireyler çevre şartlarına göre oluşturdukları giyim koşulları ile vücut sıcaklıklarını dengelemeye çalışırlar (Sharma 2012, pp. 55-74, Jensen 2011, pp. 96-119).

**Sirkadiyen Ritm:** Gün içinde değişiklik gösteren vücut sıcaklığı; sabah düşük, gün içinde yavaş yavaş yükselirken, akşam ise en yüksek değerlere ulaşır. Sabah ve akşam arasında değişen ısı 2°C kadar olabilmektedir (Coşkun 2013).

**Stres:** Fiziksel veya duygusal stresle uyarılan hormonlar, sinir sistemini de uyararak vücut sıcaklığını artırabilir. Stres ve anksiyete ile bireylerde bilinen bir patoloji olmaksızın vücut sıcaklığı yüksek görülebilir (Karabacak ve Yılmaz 2014, ss. 33-45, Jensen 2011, pp. 96-119).

#### **2.1.4. Vücut Sıcaklığının Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi**

Vücut sıcaklığı değerleri ölçülen bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Vücut sıcaklığının ortalama değerleri arasında  $\pm 0,5$  °C değişiklikler olabilmektedir. Oral yolla 3-5 dakikalık yapılan ölçüm 37 °C, aksiller 1-2 dakika 36,5°C, timpanik 1-2 saniye 37°C, rektal yolla 3 dakikalık ölçüm 37,5°C ve son olarak alın yoluyla ise 1-2 saniye sonrasında 34,4°C olarak tespit edilmiştir (Atabek Aştı ve Karadağ 2011, Jensen 2011, pp. 96-119).

#### **Hipotermi**

Vücut sıcaklığının 36°C'nin altına düşmesine hipotermi denir. Uzun süre soğuğa maruz kalma ya da giysilerle soğuktan korunamama, cerrahi girişimler sonrasında, ısı üreten mekanizmalarda meydana gelen hasarlar, kan dolaşımında bozukluklar gibi nedenlerden dolayı gelişir (Vural 2015, ss. 341-353, Gulanick ve Myers 2011, ss. 103-104).

Hipotermi; hafif, orta ve şiddetli olmak üzere üçe ayrılır. Hafif hipotermide; iç sıcaklık 32-35 °C arasındadır. Üşüme, titreme, ciltte soğukluk ve solukluk, dalgınlık gibi belirtiler vardır. Orta hipotermide; iç sıcaklık 32-26 °C arasındadır. Bireyde titreme durmuş, uyku hali, fiziksel ve zihinsel işlevlerde yavaşlama meydana gelmiştir. Şiddetli hipotermi ise; iç sıcaklık 26 °C nin altında, nabız bradikardik, solunum yavaşlamış ve koma görülür. Bu sıcaklık daha da azalır ise kalp işlevlerini yerine getiremez ve ölüm gerçekleşir (Lopes ve diğ. 2015, Gulanick ve Myers 2011, ss. 103-104).

Postoperatif dönemde derlenme ünitesinden gelen hastanın vücut sıcaklığı hemen ölçülmelidir. Ölçümler 15 dakikalık aralıklarla tekrarlanarak vücut sıcaklığının 36 °C'nin üzerine çıkana kadar takibe devam edilmeli ve ısı kayıplarını önlemeye yönelik battaniye kullanılmalıdır (Mordiff ve diğ.2016, Smeltzer ve diğ. 2010, ss. 461-486).

## **Hipertermi**

Vücut sıcaklığının normal değerlerin üstünde olmasına pireksi (ateş) ya da hipertermi denir. Vücut sıcaklığının 41 °C'ye yükselmesi durumuna ise hiperpireksi denir. Artan vücut sıcaklığı ile birlikte beyin hücreleri zarar görmektedir (Yavuz 2015, ss. 355-362).

Hipertermi; vücutta meydana gelen ısı kaybı ile üretilen ısı arasında bir denge söz konusudur. Toksik maddeler, beyin tümörleri, bu yapıyı bozar. Bozulan bu yapıyı hipotalamus aldığı uyarılarla normal sınırlara ulaşmaya çalışır. Çıkan uyarılar metabolizma için yeni ısı ayar noktası belirler ve vücut sıcaklığı bu ısıya ulaşana kadar üşüme, titreme gerçekleşir. Bu tepkiyle birlikte birey ısınırken üşüme de azalmış olur. Titreme, vazokontrüksiyon ile deride soğukluk ve solukluk, tüylerde dikleşme, kalp atım hızında artma, solunum derinliğinde ve sayısında artma meydana gelir. Vazodilatasyonla susuzluk, iştahsızlık, halsizlik, huzursuzluk ve deride kızarıklık oluşur (Yavuz van Giersberger 2015, ss. 355-362, Gulanick ve Myers 2011, ss. 101-102).

### **2.1.5. Vücut Sıcaklığının Ölçüm Hassasiyetleri**

Vücut sıcaklığı "Celcius=Santigrad" ile ifade edilirken; "°C" ile yazılır ve "termometre" ile ölçülmektedir (p pp. 96-119).

Vücut sıcaklığını ölçmede; Elektronik Termometre, Dijital Termometre, Timpanik Membran Termometresi, Disposable (Tek Kullanımlık) Termometre, Temporal Arter Termometresi, Temassız Termometre birçok termometre türleri hastanın durumuna göre tercih edilebilir (Sharma 2012, pp. 55-74, Jensen 2011, pp. 96-119).

Vücut sıcaklığının takip edildiği bölgeler; oral, timpanik, rektum, alın ve aksillardır. Vücut sıcaklığının ölçüldüğü bölge de elde edilecek veriler açısından önemi bir yere sahiptir (Demir Işık 2015, ss. 410-446).

**Oral bölge:** Oral ölçüm yöntemi oldukça kolaydır. Sık kullanım için uygundur. Dil altındaki arterlerdeki sıcaklığı ölçer. Aksillerden daha doğru ve rektal ölçümlerden daha az doğrudur. Sigara kullanımı, sıcak ve soğuk içeceklerden sonra 15 dakika beklendikten sonra ölçülmelidir. Bu yöntem aynı zamanda bebekler veya küçük çocuklar için de kullanılmaz (Rosdahl ve Kowalski 2010, pp. 554-579).

**Aksiller Bölge:** Aksiller bölge cilt yüzeyleri, prob ucunun etrafında sıkıca kapalı bir boşluk oluşturmak için bir araya gelmeyeceğinden aksiler bölge sıcaklığın en düşük doğru ölçüm yapıldığı bölgedir. Aksiller yöntem, yenidoğanların sıcaklığını almak için sıklıkla kullanılır (Perry ve Hall 2013, ss. 441-486).

**Timpanik Bölge:** Timpanik zarın kan kaynağının sıcaklığı, talamusu çevreleyen kanın sıcaklığına (vücudun termoregülasyon merkezi) benzer olduğundan vücudun çekirdek sıcaklığını ölçmek için ideal bir yerdir. 0,5 derece kadar değişim gösterir (Perry ve Hall 2013).

**Rektal Bölge:** Vücut içine yerleştirilerek elde edilen bu sıcaklık son derece doğrudur. Oral yolla ölçülen sıcaklığın doğruluğundan şüphe edildiği durumlarda rektal yolla vücut sıcaklığı kontrol edilir. Bilinci olmayan ya da ağız cerrahisi sonrası bu bölgeden ölçüm yapılır. Bununla birlikte timpanik veya temporal arter ölçümleri daha sık kullanılır. Rektal bölge; cerrahi, diyare, kolit veya rektum kanserlerinde kontrendikedir (Sharma 2012, pp. 55-74, Jensen 2011, pp. 96-119).

**Alın Bölgesi:** Kızılötesi teknolojiyle temporal arterdeki kanın sıcaklığının ölçülmesi ile yapılır. En hızlı ölçüm yöntemidir. Timpanik yönteminden daha doğru ve rektal yöntem kadar doğru olduğu söylenmektedir. Uyuyan çocuk, bilinçsiz kişi, işitme cihazı veya kulak enfeksiyonu olan bireylerde olduğu gibi birçok durumda kullanılabilir (Atabek Aştı ve Karadağ 2011).

### **2.1.6. Vücut Sıcaklığının Ölçüm Sıklığı**

Ameliyat sonrası erken dönemde; vücut sıcaklığının ölçüm sıklığı, bireye özgü özelliklere ek olarak kullanılan ölçüm aracına göre de farklılık göstermekle birlikte ortalama olarak 15 dk bir, 30 dk bir ve ardından saatlik olarak bakılması önerilmektedir (Post Anaesthetic Care Unit (PACU) Standard Care Procedure 2015, Lynn ve LeBon 2011).

### **2.1.7. Cerrahi Tedavinin Vücut Sıcaklığı Üzerine Etkisi**

Sempatik sinir sistemini uyaran durumlar; damarların direncinde artaya neden olur. Titremeye birlikte, ateş metabolizma hızını artırır ve devamında kalp hızı, kalp debisi ve kan basıncı artışı olur. Düşen ateş periferal damarlarda sempatik sistemin aktivitesi azaltarak pasif vazodilatasyona neden olur. Terleme bezlerinin uyarılması

vazodilatasyona neden olur. Vazodilatasyonla birlikte artan perfüzyon damarlardaki direncin azalmasına neden olur. Kan basıncında azalmayla birlikte kalp hızında ve kalp debisinde artma olur. Bu durumda kan basıncında düşme nabız sayısında artma olur. Vücut sıcaklığının ani artışında taşikardi, taşipne ve dehidratasyon ve bundan kaynaklanan asidoz gelişir. Bu durum oksijen ihtiyacını arttırarak metabolizmada yer alan enerji kaynaklarının kullanılmasına ve sonuç olarak metabolik asidoza neden olmaktadır. Artan vücut sıcaklığı sinir sistemini uyararak, oksijenin ihtiyacını arttırarak hemoglobine bağlı olan oksijenin kolayca ayrılmasına neden olur. Metabolizma hızını arttıran ateş, aynı zaman da karbondiyoksit değerinde de artış olur (Hinkle ve Cheever 2014, ss. 400-460, Smeltzer ve diğ. 2010 ss. 461-486, Özer 2007).

Ameliyat sonrası ilk 24 saatte dehidratasyon sonucu gelişen vücut sıcaklığının yükselmesiyle birlikte; oksijen ve enerji tüketilmesinin artmasına bağlı olarak kortizol ve norepinefrin salınması, hemodinamik parametrelerde değişikliklere sebep olmaktadır. Vücudun ameliyata karşı beklenen direnci ya da enfeksiyon bulgusu belirtisi olarak bilinen ateş, ameliyat sonrası süreçlerde dikkatle takip edilmesi gerekmektedir. Erken dönemde beklenen ateş vücudun metabolik olarak yanıtıdır ve kısa sürer. Ameliyat süresi, türü, büyüklüğüne bağlı olan ateşte tedavi planlaması yapılmaz ve erken dönemde normale döner. Ameliyatın etkisiyle dokular hasara uğrar ve sitokinler serbest kalır. Serbest kalan sitokinler vücutta ateş yapmaktadır. Aynı zaman da ateş; enfeksiyonun erken belirtisidir ve vücut sıcaklığının ameliyat sonrası dönemde yakından takip edilmesi gerekmektedir. Beyin içi ve subaraknoid kanamalar, pnömoni, idrar yolları ve cerrahi yara enfeksiyonları ciddi ateş sebeplerinin göstergesidir (Yıldız Fındık 2016, ss. 425-454, Eti Aslan 2014, ss. 279-307, Asgar Pour 2012, Atabek ve Karadağ 2011, ss. 1178-1227, Potter 2010, ss. 937-965, Smeltzer ve diğ. 2010, ss. 461-486).

## **2.2. NABZIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Önemli yaşamsal bulgulardan biri olan nabız dinlenme sürecinde olan bireylerde değerlendirilmelidir. Nabızı değerlendirecek olan bireylerin donanımlı bilgiye sahip olması önemlidir.

### **2.2.1. Tanımı ve Fizyolojisi**

#### **Nabız**

Kalbin her atışı esnasında arterlerde titreşime neden olan kan dalgasını üretir. Bu dalga veya titreşime nabız denir (Rosdahl ve Kowalski 2010, ss. 554-580). Kalbin sol ventrikülünün kasılması sonucu kan aorttan arterlere iletilir. Bu iletilen kan miktarına strok volüm denir ve yetişkin bir bireyde her kasılmada 60-70 ml kan aortaya atılır. Kalbin bir dakikada pompaladığı kan miktarına ise kardiyak output denir (Yıldız ve Yılmaz Coşkun 2017, ss. 69-102). Nabız hızı, bir kişinin kalp atış hızının dakika başına ne kadar olduğunu gösterir. Normal yetişkinlerde nabız sayısı dakikada 60 ile 100 atım arasındadır (Jensen 2011, pp. 96-119, Yeşilorman 2009).

Nabız hızı kardiyak output ile doğru strok volüm ile ters orantılıdır. Organizmada kan kaybı olduğunda strok volüm azalır. Ancak organizma her zaman hücrelerin yeterli kanlanmasını sağlamaya çalıştığı için nabız hızını artırır. Böylece kardiyak outputu düşürmeyerek hücrelerin gereksinimi olan oksijeni sağlamaya çalışır. Ayrıca metabolizma hızının arttığı durumlarda da nabız hızı artar. Nabız hızı kadar ritmi ve dolgunluğu da önemlidir. Aritmik nabız kardiyak bir sorunu gösterebilir. Nabızın dolgunluğu ise kalbin sol ventrikülünün kontraksiyon gücünü ve dolaşımdaki sıvı volümünü yansıtır. Zayıf ve hızlı nabza filiform nabız denir. Filiform nabız, şok, kalp yetmezliği, içe ya da dışa kanamalarda gelişir. Nabız; sadece hız değil, ritim ve dolgunluk açısından da değerlendirilmelidir (Stens ve diğ. 2016, Jensen 2011, pp. 96-119).

### 2.2.2. Nabızın Özellikleri

**Nabız Hızı:** Kalbin bir dakikadaki atım sayısına “nabız hızı” denilmektedir. Yetişkinlerde nabız sayısı dakikada 60 ile 100 atım arasındadır. Nabız sayısının dakikada 100 atımdan fazla olması taşikardi, 60 atım/dakika nın altı olması bradikardi olarak değerlendirilmektedir (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Nabız Ritmi:** Birbirini takip eden her atımın düzenli olası durumuna “regüler nabız” denir. Atımların sürelerinin düzensiz, bazı zamanlarda uzun bazı zamanlarda da kısa alınması, kalbin çalışma yapısıyla ilgili aksaklıkların olduğunun belirtisi olabilir. Bu tarz belirtilere “aritmik” denir ve aritmikliği oluşturan sebepler araştırılmalıdır. Bazı kalp

rahatsızlıklarında oluşan ve tam volümü olmayan atımlar periferden hissedilmez. Bu ritme “defisit” denir ve böyle durumlarda; nabız oskültasyon yöntemi ile apekten saymak daha doğru sonuçlara ulaşmamızı sağlar (Yıldız ve Yılmaz Coşkun 2017, ss. 69-102).

**Nabız Kalitesi (Dolgunluğu):** Periferden rahatlıkla hissedilebilen nabız “dolgun nabız”, palpe edilerek hissedilmeyen nabza ise “filiform nabız (ipliksi)” denir (Demir Işık 2015, ss. 410-446).

### **Yaşa Göre Normal Nabız Hızı Değerleri**

Normal yetişkin bir bireyde nabız hızının 60-100/dk, yenidoğan da 120-160/dk, bebeklerde 90-140/dk, çocuklarda ise okul öncesi 80-110/dk, okul çağı 75-110/dk, adolesan 60-90/dk arasına olması beklenir (Jensen 2011, pp. 89-126).

### **2.2.3. Nabız Etkileyen Faktörler**

Sempatik sinir sistemi uyarılması (ağrı, korku, heyecan, anksiyete ve öfke) nabız hızını artırırken; parasempatik sinir sisteminin uyarılması nabız hızını azaltır. Vücut sıcaklığındaki değişimlerden etkilenen nabız, ayrıca egzersizle birlikte de artar. İlaçların bir kısmı nabız hızına hem olumlu hem de olumsuz etkiye sahiptir (Fetzer 2013, pp. 441-486).

Nabız hızına yaşın etkisi; yenidoğandan, puberte ve erişkine doğru azalarak olmaktadır. Ayakta durma ya da istirahatle birlikte nabız hızında artma olurken, uzun dönem yatağa bağlı kalma durumlarında nabız hızı azalmaktadır. Bireyin sahip olduğu vücut yapısı da nabız hızını etkilemektedir. Cinsiyete göre kadınlarda erkeklere oranla nabız hızı daha fazladır (Fetzer 2013, pp. 441-486).

Nabız hızı; metabolizmadaki değişiklikler, tiroid bezinden salgılanan hormonlarda azalma ya da artma, hastalıklar, bireyin duyu durumu gibi pek çok faktörden etkilenir (Fetzer 2013, pp. 441-486).

### **2.2.4. Nabızın Ölçümü ve Değerlendirilmesi**

Birey, kalp ve dolaşım sisteminde meydana gelen değişiklikler hakkında bilgi veren nabız ölçümü; verileri etkileyecek değerlerin de göz önünde bulundurulmasıyla yapılmalıdır. Nabız, iyi bir anatomi bilgisinin de bilinmesinin yanında; temporal, karotis, apikal, brakial, radial, unlar, femoral, popliteal, posterior tibia ve dorsalis pedis bölgelerindeki arterlerin deriye yakın olan yerlerinden alınabilir (Fetzer 2013, pp. 441-486).

### 2.2.5. Nabız Ölçüm Hassasiyetleri

**Temporal:** Başta temporal kemik üzerinde, gözün yan kısmında, şakaklardadır. Çocuklarda nabız değerlendirilmesinde kullanılır (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Radial:** Bilekteki radial arter, nabızı elverişli konumu nedeniyle saymak için en sık kullanılır (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Karotis:** Boynun her iki tarafında yer alan karotid arter üzerinden sayılır. Sternokloidmastoid kasının orta kenarı boyunca palpe edilir. Şok ve kardiyak arrest durumlarında kullanılır (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Apikal:** 4. ve 5. interkostal aralıkta midklavikular bölgededir. Radialden daha doğrudur. 2 yaşından küçük çocuklar için alınan bölgedir. Kalp ritmi ve kardiyak arrest gibi durumlarda, daima nabız apikal bölgeden ölçülür (Fetzer 2013, pp. 441-486, Jensen 2011, pp. 96-119).

**Brakial:** Antikubital fossada, biceps ve triceps kaslarının arasında bulunur. Kan basıncı ölçerken stetoskop bu bölgeye yerleştirilir (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Ulnar:** Ön kol bileğin dış kısmında yer alır. Bu bölgedeki dolaşım değerlendirilir (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Femoral:** İngunial ligamentin altında, simfisis pubis ve anterior superior iliyaka ile spina arasındadır. Kardiyak arrest, şok ve diğer bölgelerden nabız alınmadığı durumlarda, buradaki kan dolaşımını değerlendirmede kullanılır (Fetzer 2013, pp. 441-486).



**Popliteal:** Popliteal çukurda dizin arkasında bulunur. Bacağın alt bölgesindeki dolaşımı değerlendirme kullanılır (Fetzer 2013, ss. 441-486, Jensen 2011, pp. 96-119).

**Posterior tibia:** Ayak bileğinin iç kısmında, medial malleolusun üzerinde yer alır. Bu bölgenin dolaşımının değerlendirilmesinde kullanılır (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Dorsalis pedis:** Birinci ve ikinci ayak parmağı, eksantör tendonun arasındadır. Bu bölgenin kan dolaşımını değerlendirmede kullanılır (Fetzer 2013, pp. 441-486, Jensen 2011, pp. 96-119).

#### **2.2.6. Nabız Ölçüm Sıklığı**

Nabız ölçüm sıklığı ameliyat sonrası erken dönemde 15dk bir, hayati risklerin yer almadığı zamanda hatalı verileri önlemek adına 30 saniyelik sayımlardan ziyade, tam 60 saniye olarak sayılmalıdır (PACU Standard Care Procedure 2015, Elliott ve Coventry 2012).

#### **2.2.7. Cerrahi Tedavinin Nabız Üzerine Etkisi**

Nabız; yaş, mevcut hastalık durumu (ateş), ilaçlar (beta blokerler), spor, vücut yapısı, sıvı durumu (hiper/hipovolemi), cinsiyet, metabolizma fonksiyonları, tiroid aktivitesi, kandaki oksijen ve karbondioksit seviyesi sıvı elektrolit durumu, asit baz dengesizlikleri gibi pek çok faktörden etkilenir (Elliott ve Coventry 2012). Nabız hızı; otonom sinir sistemi ile kontrol edilmekle birlikte; sempatik sinir sistemine etki eden korku, heyecan, öfke, anksiyete ve ağrı gibi durumlar sonucunda artarken; antiaritmikler, sempatomimetikler ve kardiyotonikler nabız hızını etkilerken, narkotik analjeziklerin fazla miktarı, genel anestezi parasempatik sinir sisteminin uyarılması ile de azalır (Yıldız ve Yılmaz Coşkun 2017, ss. 69-102, Coşkun 2013).

Ameliyat sonrası dönemde; ameliyat sırası ya da sonrasında kan kaybı, kardiyak aritmi, yüksek ateş, atelektazi, pnömoni, pnömotoraks, yetersiz ventilasyona bağlı oksijenasyon da düşme ile taşikardi meydana gelebilir (Yıldız Fındık 2016, ss. 425-454, Eti Aslan 2014,

ss. 279-307, Hinkle ve Cheever 2014, ss. 400-460, Atabek ve Karadağ 2011, ss. 1178-1227, Yeşilorman 2009, Potter 2010, ss. 937-965, Smeltzer ve diğ. 2010, ss. 461-486).

## **2.3. SOLUNUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Solunum; metabolizmanın günlük ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için istemdişi olarak gerçekleşen, hayatın devamı için gerekli olan oksijenin vücut hücrelerine ulaşması ve karbondioksitin hücrelerden uzaklaştırılması durumunu bireylerin yaptıkları aktivitelerdendir.

### **2.3.1. Tanımı ve Fizyolojisi**

#### **Solunum**

Vücut hücrelerini canlı tutan oksijen; solunumla birlikte organizmanın iç ve dış gazlarının değişimi ile olur. Bu süreçte beyin sapında yer alan solunum merkezi görevlidir. Atmosfer ve akciğer arasında oluşan hava hareketleri dış solunumu; oksijenin hücreler ile hemoglobin arasında hareketleri de iç solunumu oluşturmaktadır.

Solunum merkezi karbondioksit (CO<sub>2</sub>) konsantrasyonuna çok hassas olup, arttığı zaman solunumun hızı ve derinliği de artmakta, azaldığında yine solunumun hızı ve derinliği azalmaktadır. Kandaki karbondioksit oranıyla uyarılan beynin solunum merkezi, solunumu kontrol eder ve düzenler. Solunum merkezine veya akciğerlere bağlayan sinirlere zarar vermek solunumu etkiler; kandaki çok az veya çok fazla karbon dioksit de nefes almayı etkiler. Solunum otomatiktir; İnsanlar düşünmeden nefes alıyorlar. Daha derin veya daha sığ nefes alarak veya nefesinizi sınırlı bir süre tutarak nefesinizi bir dereceye kadar kontrol edebilirsiniz (Yıldız ve Yılmaz Coşkun 2017, ss. 69-102, Jensen 2011, pp. 96-119).

Solunumda; ventilasyon, difüzyon, perfüzyon ve solunumun düzenlenmesi gibi önemli süreçlerin oluşması gerekir (Coşkun 2013).

**Ventilasyon:** Gazların akciğerlerin iç ve dış mekanik hareketi olan ventilasyon süreci insprasyon (nefes alma) ve ekspirasyon (nefes verme) döngüsünü barındırır (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**İnspirasyon;** atmosferdeki havanın akciğerlere doğru yol almasıdır. Kasılan diyafragma açılarak göğüs hacminde artma meydana gelir. Yukarı ve dışa doğru hareket eden

kostalarla da göğüs boşluğunun hacmi genişlemiş olur. Böylelikle genişleyen akciğer hacminde azalan hava basıncı ile atmosferden hava akışı sağlanmış olur (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Ekspirasyon;** akciğerlerden havanın atmosfere verilmesi durumudur. Kasılmış olan diyafragma, ekspirasyum esnasında gevşeyerek yükselmesiyle göğüs boşluğunun hacmi azalmış olur. Aşağı içe hareket eden kotsalar göğüs boşluğunun hacmini daraltır. Bu bağlamda akciğerlerde artan basınçla birlikte, akciğerlerdeki hava atmosfere verilir (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Difüzyon:** Alveollerdeki oksijenin kırmızı kan hücreleri kan dolaşımına ve kan dolaşımındaki karbondioksitin akciğer dolaşımıyla alveollere hareket etmesidir (Demir Işık 2015, ss. 410-446).

**Perfüzyon:** Kırmızı kan hücreleri oksijenin dokulara, dokularda biriken karbondioksitin akciğerlere taşınmasıdır (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Solunumun Düzenlenmesi:** Beyin sapında medulla oblongata'da solunum merkezi yer alır. Solunum merkezi, kandaki karbondioksit düzeyi ile uyarılır. Uyarılar sinirler tarafından diyafragmaya iletilerek kasılması sağlanır ve böylelikle kotsalar hareket ederek solunum başlar. Akciğerler yeterli genişliğe ulaştıklarında sinirler tarafından iletiler inspirasyonu sonlandırır ve akciğerler, kostalar ve diyafragma normal haline dönerler (Perry ve Hall 2013, ss. 441-486, Sharma 2012, pp. 55-74).

### 2.3.2. Solunumun Özellikleri

**Solunum Sayısı:** Solunum sayısı yaşla birlikte değişiklik gösterir. Yenidoğan bir bebeğin solunum sayısı dakikada 30-60'dir. Yetişkinlerde solunum dakikada 12-20'dir. Yetişkinlerde solunum sayısının yüksekliği; taşipne, normalden az olması; bradipne 'dir (Fetzer 2013, pp. 441-486).

Bireylerin solunum sayısı habersiz olarak yapılması gerekir. Solunumunun sayıldığı fark eden birey heyecanla birlikte ya da solunumunu yavaşlatarak sonuçların yanlış çıkmasına neden olur. Solunum sayısının, nabız sayımından sonra takibi daha doğru bir zamandır. Nabız sayımı tamamlandıktan sonra göğüs kafesinde yükselme ve alçalma

takibi yapılarak solunum sayılır. Yaşa göre normal solunum sayısı; yenidoğan solunum sayısı 30-60/dk, bebek (6 ay) 30-50/dk, iki yaş 25-32/dk, çocuk 20-30/dk, ergen 16-19/dk, yetişkin 12-20/dk dır (Yıldız ve Yılmaz Coşkun 2017, ss. 69-102).

**Solunum Derinliği:** Göğüs duvarında oluşan hareketlerin değerlendirilmesidir. Tam bir solunum sürecinde diyafragma ortalama bir cm yükselirken kaburgalarda 1,5-2,5 cm öne çıkarlar. Solunuma göğüs duvarı hareketlerin katıldığıının fark edilmesi “yüzeysel, derin ve normal” durumu olarak ifade edilir (Coşkun 2013).

**Solunum Ritmi:** Normal bir solunumda; inspirasyon, ekspirasyon ve durmanın düzenli olarak seyretmesidir. Düzenli solunuma regüler, düzensiz solunuma ise irregüler olunum denilmektedir (Rosdahl ve Kowalski 2010, pp. 554-580).

### **Solunumun Değişmesinde Görülen Özel Durumlar**

**Eupnea:** Normal solunumdur (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Bradipne:** Solunum hızının dakikada 12'nin altında olmasıdır (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Taşipne:** Solunum hızının dakikada 20'nin üzerinde olmasıdır (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Hiperpne:** Solunumun derinliğinin artmasıdır (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Hipopne:** Solunumun derinliğinin azalmasıdır (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Apne:** Solunumun kalıcı ya da geçici olarak durmasıdır (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Hiperventilasyon:** Solunumun hız ve derinliğinin birlikte artmasıdır (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Hipoventilasyon:** Solunumun hız ve derinliğinin birlikte azalması durumudur (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Cheyne–Stokes Solunumu:** Solunum döngüsü yavaş ve yüzeysel bir solunumla başlar, solunumun hızı ve derinliği yavaş yavaş artar, belli bir derinlikten sonra solunum tekrar yavaşlar ve yüzeysel hale döner (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Kusmaul Solunum:** Solunum anormal biçimde derinleşmiştir (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Biot solunum:** Solunum 2-3 solunumda bir normalin dışında yavaşlar (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Dispne:** Solunumun güç olmasıdır (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Hipoksi:** Oksijen yetersizliğidir (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Hipoksemi:** Kandaki parsiyel oksijen basıncının düşmesidir (Fetzer 2013, pp. 441-486).

**Siyanoz:** Hücre ve dokularda yeterince oksijen olmadığı durumlarda deri ve mukoz membranın mavimsi-mor bir renge dönüşmesidir (Demir Işık 2015, ss. 410-446).

### **2.3.3. Solunumu Etkileyen Faktörler**

Solunumda oluşan değişikliklerin büyük çoğunluğu kafa travmalarıyla oluşan solunum merkezinin etkilenmesidir (Rosdahl ve Kowalski 2010, pp. 554-580).

Ortam sıcaklığı ile metabolizmada her 0.6 °C lik artış, solunum hızında dakikada dört artışa neden olmaktadır. Kanda yer alan hemoglobin seviyesinin normalden düşük olması, oksijen taşıma kapasitesini azaltır. Böylelikle solunum sayısı artmış olur (Yeşilorman 2009).

Akut ağrı ve tedavisinde kullanılan narkotik analjezikler ve sedatifler, bireye özgü alışkanlıklar, egzersiz, vücut pozisyonu ve anksiyete solunumu etkileyen diğer maddelerdir (Karabacak ve Yılmaz 2014, ss. 33-45, Perry ve Hall 2013, ss. 441-486).

#### **2.3.4. Solunum Ölçüm Sıklığı**

Solunum ölçüm sıklığının değerlendirilmesinde 30 saniyeden ziyade, solunumda bozulma, değişiklikler ve klinik bulguları saptamak; ölçümü uygun değerlendirmek için tam bir dakika boyunca solunumun sayılması gerekmektedir (Mølgaard 2016, Elliott ve Coventry 2012).

#### **2.3.5. Cerrahi Tedavinin Solunum Üzerine Etkisi**

Ameliyat sonrası anestezinin etkisiyle solunum yavaş ve derindir. Ameliyat sonrası yatar pozisyonda hareketlerde kısıtlılıkla birlikte yer çekiminin de etkisiyle kanın akciğerlerin farklı bölümlerinde kalmasıyla venöz basınç ve hidrostatik basınçta artışa neden olur. Bu durum diyafragma ve göğüs hareketinde azalmaya neden olurken; solunum hızı ve yüzeysel solunumun oluşmasında neden olur. Hareketsizliğe bağlı artan sekresyonlar solunum yapılarında bozukluklara yol açar. Buna istinaden solunum sisteminde oluşabilecek olası komplikasyonların önlenmesinde; erken mobilizasyon, bol hidrasyon, sık pozisyon değişikliği, solunum egzersizleri yapılmalıdır. Solunum egzersizlerde amaç; ameliyat sonrası derin solunumla, bireylerin normal solunum parametlerine ulaşmasını sağlamaktır (Yıldız Fındık 2016, ss. 425-454, Ulus 2015, Eti Aslan 2014, ss. 279-307, Hinkle ve Cheever 2014, ss. 400-460, Atabek ve Karadağ 2011, ss. 1178-1227, Ünverdi 2010, Potter 2010, ss. 937-965, Smeltzer ve diğ. 2010, ss. 461-486, Miyase Ünverdi 2010, Çalık 2007, Çelik 2007).

## 2.4. KAN BASINCININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Kan basıncı; pek çok faktörlerden etkilenen, kalp fonksiyonlarının önemli göstergelerinin belirtisidir.

### 2.4.1. Tanımı ve Fizyolojisi

Kan basıncı, kan tarafından arter duvarına karşı gösterilen basıncı ifade etmektedir. Kan basıncı hücrel oksijenin taşınmasında hayati bir öneme sahiptir. Kalbin atımı esnasında damar içinde iki değişik (sistolik ve diyastolik) kan basıncı oluşur (Fetzer 2013, pp. 441-486).

Sistolik kan basıncı: Kalbin sol ventrikülü sistol (kasılma) sırasında iken içindeki kan, aorta yoluyla büyük bir basınçla arter içine pompalanır. Bu sırada arter içindeki basınç, en yüksek değere ulaşır. Bu değere, sistolik kan basıncı denir (Sharma 2012, pp. 55-74, Jensen 2011, pp. 89-119).

Diyastolik kan basıncı: Ventrikül, diastol (gevşeme) anında iken içindeki basınç hızla düşer. Ventriküldeki basıncın düşmesi, aorttan atılan kanın az olması nedeniyle arterial sistemdeki kan basıncını düşürür. Kan, sürekli damar içinde akım hâlinde olduğundan az miktarda ve sürekli bir basınç mevcuttur. Bu basınca da diyastolik kan basıncı denir. Sistolik ve diastolik kan basınçları arasındaki fark “nabız basıncı”nı vermektedir. Kan basıncı milimetre civa (mmHg)’ ölçüm birimi ile ifade edilir (Yıldız ve Yılmaz Coşkun 2017, ss. 69-102).

Kalpten çıkan kan, arteriyel duvarlara basınç uygular. Kan basıncı iki ana faktör tarafından belirlenir. Bunlar kalp debisi ve periferik vasküler dirençtir. Kardiyak output, kalpte kalp atış hızı ve kalpten pompalanan kan miktarı ile her daralmanın (atım hacmi) kombinasyonudur. Arteriyel kan basıncı, kardiyak output ve periferik vasküler direnç doğrudan bağlantılıdır. Periferik vasküler direnç arttıkça, kan damarlarına kan itmek için kalp daha fazla pompalanmalıdır. Böylelikle arkan kardiyak output, arteriyel sistemdeki basınç ile sistolik kan basınç artmış olur. Periferik vasküler direnç artar, arter ve arterioller azalır ise kan basıncı da buna istinaden düşer (Yeşilorman 2009, Demir Işık 2015, ss. 410-446).

#### 2.4.2. Kan Basıncının Sınıflandırılması

Bireysel özelliklere ya da pek çok faktöre bağı olan kan basıncının normal değeri 120/80 mmHg'dır. Bu değerlerin altında ya da üzerinde çıkan ölçümler anormalliklerin olduğunu düşündürerek dikkatli olunması gerekmektedir (Robelli 2012, Rosdahl ve Kowalski 2010, pp. 554-579).

Prehipertansiyon sistolik kan basıncı 120 ile 139 mmHg veya diastolik kan basıncı 80 ile 89 mmHg ve hipertansiyon evre I, sistolik kan basıncı 140 ile 159 veya diastolik kan basıncı 90 ile 99 mm Hg ve evre II, sistolik kan basıncı  $\geq 160$  veya diastolik kan basıncı  $\geq 100$  mm Hg olduğu durumdur (Robelli 2012).

**Hipertansiyon:** Sistolik kan basıncının 140 mmHg'nın ve diastolik kan basıncının 90 mmHg'nın üzerine çıkmasıdır. Aynı koşullarda, günde en az üç kez ve üç gün boyunca elde edilen sonuçlar doğrultusunda bireylerde hipertansiyondan bahsedilebilir (Karabacak ve Yılmaz 2014, ss. 33-45).

**Hipotansiyon:** Kan basıncının düşük olması ya da kalpten periferik pompalanan kan miktarının az olmasıdır. Bireyin kan basıncının normal değerinin altında olması durumudur (Doğu ve diğ. 2014). Sistolik kan basıncı değerinin 90 mmHg ve daha altında olması genellikle hipotansiyon olarak kabul edilir. Bunun yanında hipotansiyonda görülen belirti bulguların olup olmadığına bakılmalıdır. Bireye göre değişiklik gösterebilen bu değerlere ek olarak, bu belirtiler; baş dönmesi, soğuk terleme, sersemleme, kalp atım hızında artma, zihinsel bulanıklık, idrar miktarında azalmanında olması gerekmektedir (Friedly ve Simmons 2015).

**Ortostatik Hipotansiyon:** Fiziksel bir semptom olan ortostatik hipotansiyon uzun süre yatan bireyin oturur pozisyona ya da aniden kalkmasına bağı olarak kardiyak outputun azalması durumunda periferik damarlarda vazodilatasyona bağı olarak sistolik ve diastolik kan basıncında düşme meydana gelmesidir (Karabacak ve Yılmaz 2014, ss. 33-45, Türk 2008).



### **2.4.3. Kan Basıncını Etkileyen Faktörler**

Yaşla birlikte artan kan basıncı pek çok faktörden etkilenir. Menapoz ve sonrasında genellikle kadınlarda, puberteden sonra da erkeklerde kan basıncı yükselir. Günün erken saatlerinde düşük olan kan basıncı ilerleyen saatlerde ise giderek yükselir ve akşam saatlerinde bu değer sabaha oranla yüksek olur. Aktivite ile dokularda artan oksijen ihtiyacını sağlamak kalp daha fazla kan pompalamaya başlar ve böylelikle kan basıncı artmış olur. Uyarılan sempatik sinir sistemi kan basıncını artırır. Dinlenir pozisyonda kan basıncı yüksek iken ayakta ya da otururken bu değer daha düşüktür. Sempatik sinir sistemine etki eden korku, ağrı ve anksiyete de uyarılara neden olarak kalp hızında artmaya neden olarak kan basıncında yükselmeye neden olur. Bireye özgü beslenme alışkanlıkları, ırk, ilaçlar, sigara gibi pek çok faktör kan basıncını etkiler. Kan basıncının değerlendirilmesinde bu parametrelere de dikkat etmek gerekir (Demir Işık 2015, ss. 410-446, Yıldız 2012).

### **2.4.4 Kan Basıncının Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi**

Bireyin özelliklerine uygun olarak seçilen kan basıncı ölçümü iki türlü olarak elde edilmektedir. Bunlar noninvaziv ya da invazivdir. Steteskop ve sfigmomanometre noninvaziv kan basıncının ölçümünde kullanılır ve ek olarak; doppler ultrason cihazı, elektronik ya da otomatik cihazlarla da ölçüm yapılabilmektedir (Jensen 2011, pp. 89-126).

Kan basıncı ölçümünde doğru cihaz seçiminin beraberinde doğru teknik, doğru bölge ve doğru yorumlama da önemli bir yere sahiptir. Havası indirilen sfigmomanometre den sonra birçok ses duyulur. Bu seslerin bütününe Korotkoff sesler denir. Bu sesler duyulamaması kan basıncı ölçümünde en sık karşılaşılan durumlardan biridir (Karabacak ve Yılmaz 2014, ss. 33-45).

Brakial arterler ya da popliteal arter bölgeleri kan basıncı ölçümünde kullanılmaktadır. Bireye özgü herhangi bir komplikasyonun söz konusu olmadığı durumlarda kan basıncı; brakial arter yolu ile ölçülmektedir. Kan basıncı ölçümünde; Sfigmomanometre, Elektronik Tansiyon Aletleri, Basınç manşonu ve manşet, Steteskop, Otomatik Kan Basıncı

Monitörleri, Doppler Ultrasonu araçları kullanılmaktadır (Karabacak ve Yılmaz 2014, ss. 33-45).

#### **2.4.5. Kan Basıncı Ölçüm Hassasiyetleri**

Kan basıncı ölçülürken doğru tekniğin kullanılması verilerin normalden düşük ya da daha yüksek elde edilmesine neden olur. Bu anlamda çok önemlidir. İşitme sorunu, gürültülü ortam, kolun kalp seviyesinden yukarda olması, manşeti çok gevşek sarma, steteskopun kulaklıklarını yanlış yerleştirmek, manşonun havasını hızlı boşaltmak, nabzın kaybolduğu yerin 20-30 mmHg üstüne manşeti pompalama hatası kan basıncı değerini normal değerlerden düşük olmasına neden olur (Karabacak ve Yılmaz 2014, ss. 33-45, Erciyas 2013). Kan basıncı normal değerinin; sıfır noktasına kalibre edilmemiş manometre kullanmak, kan basıncını egzersizden hemen sonra ölçmek, kolun kalp seviyesinden aşağı olması, manşeti çok sıkı sarmak, manşonun havasını çok yavaş boşaltmak, oskültasyon sırasında manşonu tekrar şişirmek yüksek ölçülmesine neden olur (Türk Kardiyoloji Derneği, 2016).

#### **2.4.6. Kan Basıncı Ölçüm Sıklığı**

Kan basıncının ölçüm sıklığının değerlendirilmesinde hastaya ait özellikler doğrultusunda ameliyat sonrası erken dönemde yaşam bulgularının ilk saatte 15 dakika da bir, ikinci saatte yarım saatte bir, daha sonra saatte bir olarak planlanmalıdır (McGhee ve diğ. 2016, Zhu ve diğ. 2016).

#### **2.4.7. Cerrahi Tedavinin Kan Basıncına Etkisi**

Ameliyat sonrası kan basıncının normal sınırlarda devamının sağlanması, kaybedilen kan, anestezi yapılan bölgenin etkisi, elektrolit dengesizliği, dolaşımın normal olmasını sağlayan yapıların depresyonu ve bedenden cerrahi girişime gösterilen stres nedeni ile risk altındadır. Ameliyat sırasında kaybedilen kan, yetersiz sıvı verilmesi ve tedavi edilmeyen dehidratasyon kardiyak output ve doku perfüzyonunu azaltır. Ek olarak kusma, aspirasyon, yara drenajı gibi durumlar da sıvı kayıplarının diğer sebepleridir. Stresle

birlikte trombosit sayısında oluşan artma pıhtılaşmayı arttırarak harekette kısıtlılıkla birlikte venöz trombo emboliye neden olmaktadır. Uzun süren yatma sonrası bireylerin hareket esnasında ortostatik hipotansiyon, bayılma görülebilmektedir. Beyin, kalp ve böbreklerin hipoperfüzyonunun bir göstergesi olan hipotansiyonda; yetersiz ventilasyon, anestezi ilaçları ve yan etkileri, pozisyonda ani değişiklikler, kan kaybı, ekstremitelerde göllenmeler, ağrı, sıvı dengesizliği gibi faktörlerle birlikte hipovolemi de gelişir. Soğuk, soluk, nemli ve siyanotik cilt belirtileri, hızlı solunum, hızlı ve zayıf nabız, huzursuzluk, düşük kan basıncı, konsantre idrar hipovolemik şok bulgularının göstergesidir. Ağrı, hipoksinin varlığı, mesane distansiyonu, hipotermi daha evvel var olan hipertansiyon gibi sebepler hipertansiyonu düşündürmelidir. Ritim de bozukluklar; hipoksemi, hiperkapni, elektrolit dengesinde bozulmalar, dolaşım ve kalp sorunları, ağrı, hipotermi, stres, asit-baz dengesinde bozukluklar ve anestezinin sonucunda oluşmaktadır (Yıldız Fındık 2016, ss. 425-454, Eti Aslan 2014, ss. 279-307, Hinkle ve Cheever 2014, ss. 400-460, Atabek ve Karadağ 2011, ss. 1178-1227, Potter 2010, ss. 937-965, Smeltzer ve diğ. 2010, ss. 461-486).

## **2.5. KLİNİK KARAR VERME**

Yaşam bulgularından olan; vücut sıcaklığı, nabız, solunum, kan basıncı ölçüldükten sonra değerlendirilmeli ve diğer verilerle birlikte bireyin sağlık durumu analiz edilerek klinik karara varılmalıdır. Klinik kararın uygulanmasından sonra tercih edilen girişimin etkili olup olmadığı istenilen ve beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığı izlenir (Durmaz 2012, Azak ve Taşçı 2009).

### **2.5.1. Klinik Karar Vermenin Önemi**

Değerlendirme, derin bir anlayış geliştirmek için birden fazla ve farklı kaynaklardan bilgi toplama ve tartışma işlemi olan değerlendirme sağlık bakımında ilk ve en önemli adımdır (Vetter 2015).

Değerlendirme kavramı genel anlamda, objektif ve subjektif kaynaklardan elde edilen verilerin belirli bir ölçütle karşılaştırılması, yorumlanması ve bir değer yargısına/klinik karara varılmasıdır (Sellers ve diğ. 2016).

Klinik karar vermede, sağlık profesyonellerinin tümünde olduğu gibi hemşirelerin de geliştirmesi gereken bir beceridir. Hemşireler, hastaların değişen durumlarında verileri değerlendiren, ihtiyaçları belirleyen, birey ve aile ile birlikte uyumlu hareket ederek en uygun klinik kararı verme sorumluluğunu yönlendiren sağlık profesyonelidir (Forkan ve Khalil 2017). Hemşireler, birey ve ailenin emosyonel, sosyo-kültürel, ekonomik durumunu gibi birçok faktörü de göz önünde bulundurarak mevcut bakımın planlanmasını sağlar. Klinik karar verme; hemşirelik sürecinin bir parçası olan problem çözmenin profesyonel olarak hemşirelik bilgi ve becerisinin uygulanması durumudur (Durmaz 2012, Sucu ve diğ. 2012). Klinik karara varma sürecinde probleme ilişkin detaylı bilgi ve deneyime sahip olunması gerekmektedir. Etkili karar verme, yalnızca olumlu hasta sonuçlarını arttırmak için değil; aynı zamanda kaliteli hasta bakımını sürdürmek açısından da faydalıdır. Klinik karar verme, hastaların patolojik durumlarının ve geçmişlerinin dikkatle değerlendirilmesini içeren hem de hemşirelik bilgilerini ve eleştirel düşünmeye dayalı deneyimsel öğrenmeyi içerir (Chen ve diğ. 2016, Karra ve diğ. 2014, Demir Dikmen 2012).

### **3. VERİ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI**

##### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma cerrahi hemşirelerinin yaşam bulgularını değerlendirme ve klinik karar verme durumlarını incelenmek amacıyla yapıldı.

##### **Araştırma Soruları**

- i. Cerrahi hemşirelerinin yaşam bulgularını değerlendirme ve klinik karar verme durumları nasıldır?
- ii. Hemşirelerin demografik özellikleri yaşam bulgularını değerlendirme ve klinik karar verme durumlarını nasıl etkiler?

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ**

Bu araştırmaya İstanbul Beyoğlu Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı toplam üç hastaneden gelen sekiz genel cerrahi hemşiresi katıldı ve odak grup görüşmesi Bahçeşehir Üniversitesi Kuzey Kampüsü dokuzuncu kat toplantı salonunda gerçekleştirildi.

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN ZAMANI**

Bu araştırma 17 Ocak 2017'de yapıldı.

#### **3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEMİ, ARAŞTIRMA GRUBU**

Araştırmada örnekleme maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi ile -küçük bir örnekle en fazla çeşitlilik sağlamak amaçlı- (Erdoğan 2014, s. 131) İstanbul Beyoğlu Bölgesi Kamu Hastaneler Birliğine bağlı toplam üç hastaneden üçer cerrahi hemşiresi istendi. Bir hastaneden iki cerrahi hemşiresi geldi ve toplam sekiz genel cerrahi hemşiresi araştırmanın örneklemini oluşturdu.

### **3.5. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu araştırmanın niteliksel araştırma yöntemlerinden odak grup görüşme yöntemi ile yapıldı.

### **3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Bu çalışmada veriler; demografik özellikler formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplandı.

#### **3.6.1. Demografik Özellikler Formu (EK 2)**

Bu çalışmada kullanılan demografik özellikler formunda; katılımcılara verilecek kod, yaş, cinsiyet, medeni durum, mezun olunan okul türü, mesleki deneyim süreleri, cerrahi servislerinde çalışma sürelerini içeren yedi açık uçlu soru yer aldı.

#### **3.6.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK 3)**

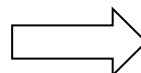
Bu form; vücut sıcaklığı, nabız, solunum ve kan basıncı ana temalarının ve alt başlıklarının yer aldığı 16 açık uçlu sorudan oluştu.

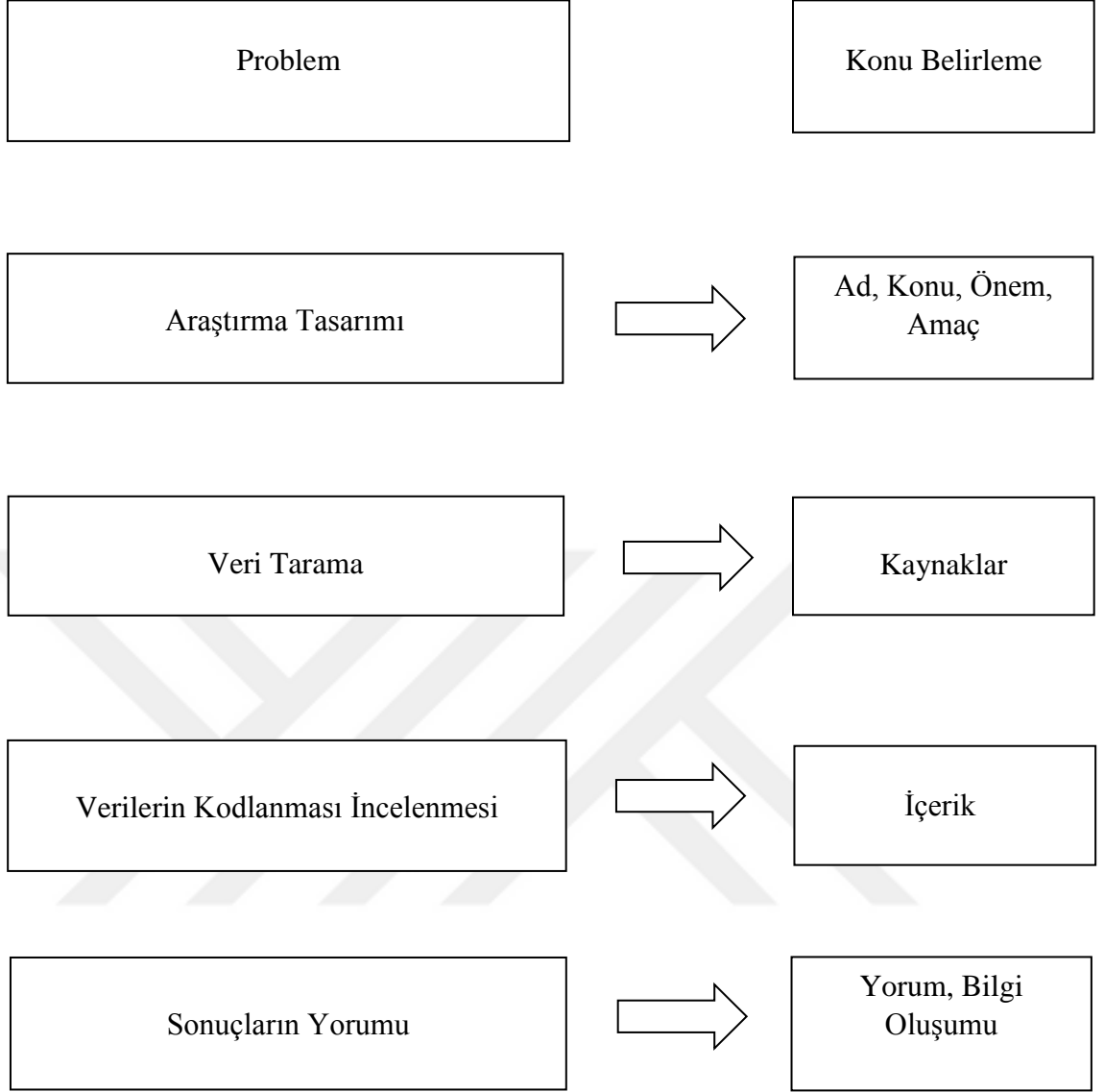
### **3.7. VERİLERİN TOPLANMASI**

17 Ocak 2017 tarihinde gerçekleştirilen bu çalışma önceden hazırlanan bir toplantı salonunda gerçekleştirildi. Veri toplama iki aşamada yapıldı.

1. Aşama: Araştırmacılar tarafından demografik özellikler formunun doldurulması, katılımcılara verilecek kodların belirlenmesi ve verilerin toplanmasından oluştu.
2. Aşama: Katılımcılar önceden hazırlanan çiçek isimlerinin yer aldığı kağıtlardan kura çektiler. Kurada çıkan çiçek isimleri her katılımcının görüşme süresi boyunca kodları oldu. Yuvarlak bir masa etrafına çapraz olarak yerleştirilen bağımsız iki röportör ve eş zamanlı ses kayıt cihazı ile kayıt yapıldı. Katılımcılara teker teker yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan sorular soruldu ve 15dk süre ayrılarak cevapları kayıt edildi. Görüşme toplamda 97 dakika sürdü. Görüşme hem katılımcılar hem de araştırmacılar tarafından yeni bir bilgi kalmayınca kadar devam edildikten sonra sonlandırıldı.

### **3.8. ARAŞTIRMA PLANI**





### **3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ**

Araştırmada yer almak üzere Bahçeşehir Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Bilim Dalı'na davet edilen hemşirelere öncelikle araştırmanın amacı açıklandı ve yazılı onamları alındı. Elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı güvencesi verildi.

### **3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Bu araştırmada yaşın alt sınır ve üst sınırı arasında geniş bir yelpazede ele alınması, klinik deneyim sürelerinin birbirinden farklı olması çalışmanın sınırlılıklarıdır.

### **3.11. VERİLERİN ANALİZİ**

Niteliksel yaklaşıma dayalı olan bu araştırmanın sekiz katılımcı ile yapılan odak grup görüşmesinden elde edilen veriler; araştırmacı tarafından görüşme süresi boyunca bağımsız röportörlerin kayıtları ve ses kayıt cihazında yer alan ifadeler, değerlendirilip amaca uygun olarak, belirlenen temalar ve alt temalar altında bir araya getirildi ve gruplandırılarak değerlendirildi.



#### **4. BULGULAR VE TARTIŞMA**



Araştırma, yaşları 24-40 arasında değişen sekiz cerrahi hemşiresi ile gerçekleştirildi. Hemşirelerin beşi 30-39 yaş aralığında, altısı evli, dördü lisans mezunu, üçü 6-10 yıl, üçü 16 yıl ve üzeri mesleki deneyime ve beşi de 0-5 yıl klinik deneyime sahipti.

Nitel olarak yapılan bu çalışmada katılımcılarla yapılan görüşmede elde edilen bilgiler ve bu bilgilerin yorumu ardışık olarak verildi ve literatür bilgisi ışığında tartışıldı.

## **TEMA 1 Vücut Sıcaklığı**

**Soru 1:** Ameliyat sonrası vücut sıcaklığını hangi sıklıkta ölçersiniz?

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):** “*Gelir gelmez vücut sıcaklığı ölçmüyoruz çünkü hastalar genelde soğuktan üşümüş olarak geliyorlar ve hipotermi oluyorlar genelde bir saat sonra ölçmeye başlıyoruz.*”

**Kaktüs (38 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 18 yıl, klinik deneyim yıl):** “*Bizde geldiğinde ölçmüyoruz. Sonrasında da 24 saat içinde toplam dört kere ölçüyoruz.*”

**Fulya (32 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 7 yıl, cerrahi 4 yıl):** “*Biz ameliyattan sonra gelen bütün hastaların takiplerini sıfırdan itibaren ateş, nabız, tansiyon ile geldiği anda ölçüyoruz. Ameliyattan sonra sekiz saatlik süremizi tamamlayana kadar ilk bir saat 15 dakikada bir sonraki yarım saat o aşamalarda hep vücut ısısını biz ölçüyoruz. Yani geldiğinde ameliyathaneden geldi hipotermi olabilir düşüncesiyle direkt ölçüyoruz.*”

**İtr (31 yaş, evli lisansüstü, mesleki deneyim 9 yıl, klinik deneyim 6 yıl):** “*Gelir gelmez bizde hastanın vücut sıcaklığını hemen derecelendirip not alıyoruz. Çünkü yani hipotermi evet büyük bir risk, hipotermiyle geliyor zaten hasta ama bunun hem daha sonraki verilerde kayıtlarının olması hipotermiyle geldiğini göstermesi hem de bizim müdahalemizi orada gösterip hastanın vücut sıcaklığını normale getirdiğimizi göstermek açısından gelir gelmez kaydediyoruz. Zaten ameliyattan sonra hasta bize gelmeden önce beklediği zamanlarda oluyor. Orada bir saatlik süre belki geçmiş oluyor ısınması gerekiyor. Eğer ısıtılamadıysa geldiği zamandaki bizim tanılammamızla ..... vücut sıcaklığını korumasına yönelik bakım yapılmıyor olabilir. Atlanan bir şey olabilir. Bu konuda da gerekli uyarıları onlara yapıp gelir gelmez hemen vücut sıcaklığını ölçüyoruz.*”

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):** ‘ ‘ Kalp damar cerrahi yoğun bakımda çalışıyorum. Bizim alanımız biraz daha spesifik. Bize hastalarımız direkt ameliyathaneden geliyorlar. Entübe olarak geliyorlar. Reanimasyon süreçleri tamamen bizde oluyor. İkinci bir şey de hastalarımız pompaya girip vücut sıcaklığı 32 dereceye kadar ameliyat için zaten düşürüldüğü için bu anlamda da bizim için hipotermi önemli, hatta hipoterminin verdiği vital bulgulara etkisini de görebiliyoruz zaman zaman. Dolayısıyla muhakkak ölçüyoruz... ’ ’

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):** ‘ ‘ Kesinlikle. Mesela hipotermide olan hasta vücut sıcaklığının artma hızına göre tansiyonda da muhakkak bir, vazodilatasyondan dolayı bir düşüş görüyoruz. Ya da hipotermideki gelen hasta çok daha kontrakte damarlardan dolayı tansiyonu etkilenebiliyor. Bu dolaylı olarak ritme etki edebiliyor. -Zaten bizim yaptığımız ameliyat bunların hepsinin dengesini değiştiren bir ameliyat o sebeple muhakkak ölçüyoruz. Ve biz hastalarımızı sıklıkla ortalama 35 derece civarında geliyorlar. Muhakkak ısıtma yoluna gidiyoruz. 15 dakikada bir muhakkak ölçüyoruz, vücut ısısı 36'nın üzerine çıktığı zaman da takiplerimiz yarım saatlik, yarım saat ya da belki her takipte bir iki takipte bir saatlik aralarla muhakkak ölçüm yapıyoruz ’ ’.

Hemşirelerin üçünün ameliyattan sonra hemen vücut sıcaklığını ölçtüklerini, ikisi ölçmediklerini belirttiler. Bu çalışma sekiz hemşire ile yapılmasına karşın, hemşirelerin üçü bu soruya yanıt vermek istemedi.

Orta yaş hemşireler ameliyattan sonra erken dönemde vücut sıcaklığını ölçmezken buna karşın, genç hemşirelerin vücut sıcaklığını ölçtüğü belirlendi.

Vücut sıcaklığını lisansüstü mezunu olan hemşirelerin ameliyattan sonra literatürde belirtildiği gibi ölçtüğü buna karşın, lisans mezunu hemşirelerin ölçmediği belirlendi.

Vücut sıcaklığını mesleki deneyimi daha fazla olan cerrahi hemşireleri ameliyattan sonra erken dönemde literatürde belirtildiği gibi ölçmedikleri buna karşın, mesleki deneyimi daha az olanların ölçtükleri belirlendi.

Ameliyattan sonra vücut sıcaklığını klinik deneyimi daha fazla olan hemşirelerin ölçmedikleri buna karşın, klinik deneyimi daha az olanların ise vücut sıcaklığını ölçtükleri belirlendi.

Fiziksel durumu gösteren objektif parametrelerden birisi olan vücut sıcaklığı ameliyat sonu erken dönemde hipotermi izleminde önemlidir. Hipotermi istenmeyen bir durum olmasına karşın; cerrahi süreçte ameliyat süresinin uzun olması, soğuktan korunamama, ısı üreten mekanizmalarda meydana gelen hasarlar istenmeyen kardiyak sorunlara, adrenerejik stimülasyona, trombosit fonksiyonunun bozulmasına, anestesiden uyanmanın gecikmesine yara iyileşmesinin gecikmesi nedeniyle sık karşılaşılan bir tıbbi durumdur. Ve bu durumun saptanmasında en önemli yöntem ameliyattan gelen erken dönemde hastaların vücut sıcaklığını 36°C'nin üzerine çıkana kadar ilk bir saat 15 dakikada bir sonraki iki saat yarım saatte bir ve daha sonra ki saatlerde saatte bir ölçümüdür (McGhee ve diğ. 2016, Dunleavy 2010).

Çünkü hipotermi; kan vizositesinde artış, trombositopeni, etkilenen platelet fonksiyonuna bağlı koagülasyonda bozulma, kanamaya neden olan koagülasyon faktör aktivitesinde bozulma, cerrahi alana oksijen desteğinin azaltan ısı düzenlenmesine meydana gelen değişiklikler nedeniyle yara enfeksiyonlarına, anestezi olarak kullanılan maddenin etkisiyle plazma konsantrasyonunun artmasına, vazokonstriksiyonla dolaşım ve kardiyak problemlere, zihinsel işlev bozukluklarına, cerrahi alan enfeksiyonlarına, bradikardiye ve hatta ölümlere neden olur. İyileşmeyi, geciktirir morbidite ve mortaliteye neden olur (Hoffman ve Hamner 2015, Fencel 2015).

Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği İstenmeyen Perioperatif Hipoterminin Önlenmesi Rehberine (2013) göre; vücut sıcaklığı izlem sıklığı ameliyattan sonra erken dönemde 15 dakikada birdir. Bu çalışmada cerrahi hemşirelerin uygulamaları bu rehberin önerdiği şekildedir.

**Soru 2:** Normalden sapmada ne yaparsınız?

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):** *‘Bu bizim için rutin bir şey aslında. Muhakkak geldiğinde hastanın ateşi 36'nın hatta 36.5'in altındaysa muhakkak bir süre ısıtma yoluna gidiyoruz. Çünkü 36 ile bile gelse hastalar o stabilikte de bazen ısı kaybedebiliyor’.*

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):** *‘Hastanın üzeri giydirilir. Eğer hasta hipotermi ise özellikle ayakları çok üşür.*

*Çoraplarını giydiririz. Üzerine battaniye veriyoruz. Isıtıcı yok servislerde. Üzerini giydiriyoruz''.*

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):** *''Tabii evet, yarım saat veya 1 saat sonra değerlendiririz. Ya da yüksek olduğu zamanda mesela ölçüyoruz çok yüksek, doktora bilgi veriyoruz''.*

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):** *''Soğuk uygulama''.*

**İtir (31 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 9 yıl, klinik deneyim 6 yıl):** *''Eğer hasta geldiğinde hipotermiyi tanıladıysak ekstra battaniler ya da hastanın geçirdiği cerrahi operasyona bağlı olarak erken dönemde hastanın giyinmesine izin vermediğimiz zamanlar oluyor. O zaman ekstra battaniye ile hastayı ısıtıyoruz''.*

**İtir (31 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 9 yıl, klinik deneyim 6 yıl):** *''Yükselene kadar, 36 dereceye normale gelene kadar. Baktık daha da yükseliyor ekstra battanileri tek tek üzerinden geri alacağız ki çünkü yükselmeye de müsait bir tablo var orada sonuçta yaratılmış bir travma var ve vücut reaksiyon gösterecek bunu engellemek açısından bizim müdahale etmemiz, ısıtıcıları geri alıyoruz. Ondan sonra hala devam ediyorsa ateş yükselmeye artık farklı bir tabloyla karşı karşıyayız diye düşünüyoruz''.*

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *''Öncelikle hekimine ve ailesine bilgi veriyoruz. Medikal order yapılmışsa medikal tedavisini düzenliyoruz. Onun dışında zaten hemşirelik girişimi olarak ateş takibini sık kontrol ediyoruz. Sık dediğim 15 dakika veya 10 dakikaya insiyatifle düşürüp ama bunun akabinde neden olduğu araştırılması için hekime haber veriliyor ve nedeni, yani bir cerrahi komplikasyon mu? Çünkü post-op sıfırınca gün bizim için önemli. Hipotermide gelen bir hasta bir-iki saat sonra neden ateş yükseliyor? Genelde kan bulgularına eşlik ediyor, kan alınması isteniyor. Sedim SPR, tam kan değerlendirme açısından. Aynı zamanda kültürleri alınıyor. Yara yerleri açılmadığı için ilk etapta post-op sıfırda bu düşünülüyor ama''.*

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11, klinik deneyim 2 yıl):** *''...düşünmüyoruz ama kan kültürü alınabiliyor çünkü geçmiş öyküsü de değerlendirilerek takipleri bu şekilde daha senkronize oluyor. Eğer düşmeyen*

*hipertermisi varsa enfeksiyon kontrolü de istenebiliyor. Yakın zamanda hemşirelik girişimi olarak bizde aynı takibini yapıyoruz, soğuk uygulamasını başlatıyoruz, medikal tedavisini yapıyoruz. En önemli şey takip. Oda havalandırması, sıvı takibi, laboratuvar bulguları akabinde aldığı çıkardığı takibine başlanıyor. Dediğim gibi hiperterminin sebebi ...''*

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *'' Bizde öyle. Eğer mümkünse ilk antibiyotik dozu yani cerrahi profilaksi ameliyathanede veriliyor ama serviste mesela ikinci dozu verilmeden mümkünse kültürleri alınıyor''.*

**Açelya (40 yaş, evli, lise, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 3 yıl):** *'' İlk günkü ateşin anesteziye bağlı olduğunu söylüyorlar. Yapılan antibiyotiğin koruyuculuğuna inandıkları için ilk ateşi anesteziye bağlıyor hekimlerimiz''.*

Hemşirelerden üçü hipotermi de hastayı ısıttıklarını, hipertermi de ise, iki hemşirenin hekime ve ailesine bilgi verdiğini ve izlem yaptığı, kan kültür aldığını, soğuk uygulama yaptığını, odayı havalandırdığını, aldığı çıkardığı izlemi yaptığını belirtti. Çalışmaya katılan sekiz hemşireden üçü bu soruya yanıt vermek istemedi.

Küçük bir grup ile çalışılmasına karşın, genç hemşirelerin bu durumda literatürde belirtilen izlem ve uygulamaları yaptığı, buna karşın orta yaştakilerin bu konuda duyarlı olmadıkları söylenebilir.

Vücut sıcaklığındaki normalden sapmalara lisansüstü mezunu hemşirelerin literatüre göre uygulama yaptıkları, lise mezunlarının ise hiçbir uygulama yapmadığı belirlendi.

Normalden sapmalarda daha deneyimli olan hemşireler hipertermide hastayı soğuttukları, daha az deneyimli hemşirelerin ise hipotermide hastayı ısıttıkları belirlendi.

Normalden sapmalarda daha fazla klinik deneyime sahip hemşireler literatürde belirtildiği gibi uygulama yapmasına karşın, daha az deneyimli hemşirelerin hiçbir uygulama yapmadığı belirlendi.

Yaşam parametrelerinden biri olan vücut sıcaklığı ameliyat sonrası dönemde hipotermik ya da hipertermik olabilmektedir. Bu çalışmada cerrahi hemşirelerinin ameliyat sonrası erken dönemde hipotermiye yaklaşımı hastanın ısıtılması yönündedir. Cerrahi hastalarının derlenme ünitesinden taburcu olmadan önce normal vücut sıcaklığına

ulaşmış olmaları gerekmektedir (Pamir Aksoy 2013) Cerrahi hastasında erken dönemde hipotermi gelişmesini önlemede aktif ve pasif yöntemler kullanılmaktadır (Yüksel ve Altun Uğraş 2016).

Postoperatif dönemde hipotermi gelişen hastaların, uygun yöntemlerle ısıtılması; enfeksiyon, ağrı, kanama, titreme gibi oluşabilecek komplikasyonların meydana gelmesini azalttığını göstermektedir. Bu araştırmadan elde edilen bu bulgular literatür ile paralellik göstermektedir. (Kurşun ve Dramalı 2011, Shafique Sajid ve diğ. 2009).

Ameliyat sonrası dönemde; fizyolojik yanıt olarak vücut ısısının ayarlanmasında titremenin olması vazokonstriksiyona neden olmaktadır. Aynı zamanda hipertermi ameliyat sonrası enfeksiyon şüphesinin de bir göstergesi olabilmektedir. Bu durum kalp atımında hızlanma, solunumun derinliğinde artma meydana getirir (Riazi ve Brandom 2015). Bu araştırmadaki cerrahi hemşirelerinin ameliyat sonrası hipertermiye yaklaşımı hastanın soğutulması şeklindedir.

Hipertermi de kan basıncı, nabız ve solunum sayısı parametrelerinin doğrudan etkilendiği görülmüştür (Asgar Pour 2012, Çelik ve diğ. 2011). Hipertermi olan hastalarda periferik soğutma, santral soğutma ve farmakolojik yöntemlerle soğutma uygulanmakta olup, vücut sıcaklığının yükselmesi; arteryel kan basıncı ortalaması ve oksijen saturasyon değerinin azalmasına ve nabız sayısının artışına neden olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulgularında cerrahi hemşirelerinin ifadeleri, literatürde yer alan hipertermide hastanın soğutulması, komplikasyonların önlenmesi, vücut sıcaklığının standart parametreler arasında tutulması için yapılan aktif ve pasif soğutma yöntemlerinin kullanılması ile benzerlik göstermektedir (Asgar Pour ve Yavuz 2010).

**Vaka 1** Bay A. Y 70 yaşında, kolelitiazis nedeniyle cerrahi girişim geçirmiş, 48 saattir cerrahi servisinde yatmaktadır. Son 24 saatte masif sıvı ve kan ürünleri perfüzyonu yapıldı. Hastanın vücut sıcaklığı 35.4 °C, olarak ölçüldü.

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**Menekşe (24 yaş, bekar, lisans, mesleki deneyim 2 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *“Kan ürününe karşı bir reaksiyon gerçekleştiğini düşünürüm. Alerjisi olduğunu düşünürüm...”*

**Fulya (32 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 7 yıl, cerrahi 4 yıl):** *“...beklenenden fazla kan kaybı düşünülür. Hastanın kan değerlerinde düşme olabilir, buna bağlı olarak da hipotermisi olabilir...”*

**Itir (31 yaş, evli lisansüstü, mesleki deneyim 9 yıl, klinik deneyim 6 yıl):** *“...çok fazla sıvı transfüzyonu yapıldığı için...”*

**Defne (30 y, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):** *“.... Ben de Itir arkadaşşıma katılıyorum. Şöyle bir durum var transfüzyon fazla olduğu takdirde ve kan kan ürünü transfüzyonlarında da aslında verdiğimiz kanın ve sıvıların sıcaklığı da hastaların otoregülasyonunu sağlayana kadar göreceli olarak düşmüş olabilir. Ne kadar sürdüğünü takip etmek önemli hipotermimin...”*

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *“...yaşı, belki kullandığı ilaçlar, ek rahatsızlıklarına bağlı hipotermi, detayına inmek isterim “.*

Hemşirelerden biri alerji, üçü fazla sıvı transfüzyonuna bağlı hipotermi, biri hastaya özgü (yaşı, belki kullandığı ilaçlar, ek rahatsızlıkları) nedenlere bağlı hipotermi yanıtlarını verdi. Çalışmaya katılan sekiz hemşireden üçü ise bu soruya yanıt vermek istemedi.

Vakaya göre genç hemşirelerin klinik kararı literatürde belirtildiği gibi olmazken, orta yaş grubu hemşirelerin ise literatürde saptandığı gibidir.

Lisans ve lisansüstü hemşirelerin klinik kararlarının aynı olduğu tespit edildi.

Mesleki deneyim ve klinik karar arasındaki durum değerlendirildiğinde; en az deneyimli hemşirelerin literatüre göre klinik karar veremedikleri buna karşın, daha fazla deneyimli hemşirelerin ise klinik kararları literatürle paralellik gösterdiği belirlendi.

Klinik deneyimi en az olan hemşirelerin kararları literatürle farklılık göstermesine karşın, daha fazla klinik deneyimi olanların ise kararları literatüre paralellik göstermektedir.

Vaka 1’ de belirtilen bilgilere yönelik, verilen yanıtlar hemşirelerin doğru klinik karar verdiklerini gösterdi. Burada beklenen cerrahi sonrası 48 saat içinde vücut sıcaklığının 35,4 °C olması nedeniyle / bağlı olarak klinik karar hipotermidir (Chan ve Venus 2016).

Bu araştırmada cerrahi hemşirelerinin yanıtlarından, literatürde yer alan vücut sıcaklığının 35,4 °C ölçüldüğünde hipotermi olması durumu ile benzerlik göstermektedir (Hoffman ve Hamner 2015).

**Soru 4:** Bu durumda nasıl bir bakım planlıyorsunuz? Ne yaparsınız?

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):** ‘‘Aldığı çıkardığı takibi yaparız. Yaşlı bir hasta ve kan takıldığına göre de muhtemelen ameliyatta komplikasyonlar gelişmiş bu yüzden daha sıkı takip edilir, monitörize edilir gerekirse’’.

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):** ‘‘Monitorize edip ateşini, yaşam bulgularını, saturasyonunu, çok sıvı verildiği için dolaşım yüklemesi olmuş olabilir. Bundan dolayı sıkıntıları da olabilir. Mutlaka yakın takip, monitorize edilmesi lazım hatta kan takıldığı için ameliyat sırasında mutlaka bir komplikasyon gelişmiş, aldığı çıkardığı takibi yapıp ona göre sıvı düzenlemesi yapılması lazım’’.

**İtr (31 yaş, evli lisansüstü, mesleki deneyim 9 yıl, klinik deneyim 6 yıl):** ‘‘Hasta titriyorsa titremesine izin veririm. Çünkü bu reaksiyondur. Hastanın titremesini kesmeye yönelik önlem yapmam vücut sıcaklığını yerine getirmek için girişim başlanmış demektir. Titriyorsa titremesine izin veririm ama kendisine zarar vermeyecek şekilde koruyucu önlemlerini de alırım. Üzerine ilave battaniyeyle doğal yoldan ısınmasına öncelikle yardımcı olurum. Bu sırada özellikle periferik, parmak uçlarını özellikle dolaşım açısından takip ederim. Çünkü vazokonstrükte olmuştur bütün damarlar. Dolayısıyla eğer bu titreme ya da hipotermi uzun sürerse dolaşımı engelleyici özellikle uç periferlerde sıkıntıya neden olabilir. Bu açıdan takip ederim. Yaşam bulgularını da normal bir seyirden ameliyat sonrasında hasta takibinden daha sık takip ederek hastayı değerlendiririm’’.

**Kaktüs (38 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 18 yıl, klinik deneyim 1 yıl):** ‘‘Fazla sıvı yüklemesi var mı diye, bizim serviste çok önemli kilo takibi aldığı çıkardığı takibi yapacağımız için gelen hastaların ilk kilosunu alıyoruz. Normal ısıya getirmek için gerekli şeyleri başta da söylediğimiz gibi ısıtmak anlamında onları yerine getiririz. Sık takip yaparız monitörizasyon. Ekstra söylenecek bir şeyim yok’’.



Vaka ya göre, hemşirelerden ikisi aldığı çıkardığı takibi, monitörizasyon ve yaşam bulgularının yakın takibi, biri hastanın ısıtması, dolaşım kontrolü yapmayı ve yaşam bulgularını sık takip edeceğini belirttiler. Çalışmaya katılan sekiz hemşireden beşi bu soruyu yanıt vermek istemedi.

Genç ve orta yaş hemşireler vakaya göre uyguladıkları bakımlar literatürle benzer olduğu tespit edildi.

Lisansüstü ve lisans mezunu hemşirelerin yanıtları değerlendirildiğinde eğitim durumunun bakım üzerine etkisi anlamlı olduğu söylenebilir.

Mesleki deneyimi en çok olan hemşirelerin vakaya göre uygulamaları ile deneyimi az olanların uygulamaları literatürle benzer olduğu belirlendi.

Cerrahi kliniklerinde deneyimi en az olan hemşireler ile deneyimi fazla olan hemşirelerin yanıtlarının birbirlerine yakın olduğu belirlendi.

Hipotermide bilindiği üzere hastanın ısıtılması, hayati parametrelerin korunmasında önemli bir adımdır (Horosz ve diğ. 2014). Bu çalışmada hemşirelerin hipotermiye yaklaşımları, literatürde önerilen hipotermi durumunda hastanın ısıtılması ile benzer olduğu görüldü (Lopes ve diğ. 2015, Öncel Yekta 2012).

**Vaka 2:** *Bay A. D 30 yaşında, mide ülseri nedeniyle cerrahi girişim uygulandı. Kırksekiz saattir cerrahi servisinde yatmaktadır. Hastanın vücut sıcaklığı 38 °C, olarak belirlendi. Hasta, 'çok üşüdüğünü, halsizlik ve kırgınlık' hissettiğini dile getirdi. Fizik muayenede akciğer seslerinde anormallik belirlendi.*

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):**  
"Atelektazi".

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):**  
"Cerrahi girişim sırasındaki anesteziye bağlı olarak yaşadığı bir sıkıntı olabilir. Soğuk algınlığı olabilir".

**Itır (31 yaş, evli lisansüstü, mesleki deneyim 9 yıl, klinik deneyim 6 yıl):** *‘Atelektaziye uygun’.*

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *‘Hastanede yatışına bağlı hipertermi veya cerrahi operasyona bağlı hipertermi olabilir’.*

**Fulya (32 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 7 yıl, klinik deneyim 4 yıl):** *‘Hastada üşüme, titreme, ateş gibi belirtiler var buna bağlı enfeksiyon düşünürüm’.*

Vaka 2’ ye göre değerlendirme yapan hemşirelerin yalnızca biri hipertermi klinik kararını vermesine karşın diğerleri; soğuk algınlığı, atelektazi, enfeksiyon yanıtlarını verdi. Çalışmaya katılan sekiz hemşireden üçü bu soruya yanıt vermek istemedi.

Orta ve genç yaş hemşirelerinden alınan klinik kararlar birbiri ile farklılık gösterdi.

Lisansüstü mezunu olan hemşirelerin, lisans mezunu hemşirelere göre hatalı klinik karar verdikleri belirlendi.

Mesleki deneyimi en fazla olan hemşirelerden farklı klinik kararlar alınmasına karşın, daha az deneyime sahip hemşirelerden birinin verdiği klinik karar literatürle benzer olduğu saptandı.

Klinik deneyimi en az olan hemşirenin klinik kararı literatüre göre uygun iken, deneyimi daha fazla olan hemşirelerin klinik kararları literatüre uygun olmadığı belirlendi.

Vaka 2 de belirtilen bilgiler hemşirelerin doğru klinik karar veremediklerini gösterdi. Oysa burada beklenen cerrahi sonrası 48 saat içinde vücut sıcaklığının 38 °C olması nedeniyle / bağlı olarak klinik karar hipertermidir. Bu çalışmada, literatürde vücut sıcaklığının 38 °C ölçüldüğünde hipertermi olması durumuna cerrahi hemşirelerinin vermiş oldukları yanıtlarda farklılıklar olduğu belirlendi (Mordiffi ve diğ. 2016, Manspeaker ve diğ. 2014).

**Soru 4:** Ne yaparsınız?

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):** *‘Erken mobilizasyon yaparız. Doktora bildiririz. Soğuk uygulamaya başlayabiliriz. Bunun yanında da spirometre triflu çalışmasına başlayabiliriz. Solunum egzersizlerini öğretiriz. Derin nefes alıp verme. Eğer doktor orderi varsa ona göre soğuk uygulama yaptıktan*

*sonra hala düşmemiş ise kültürleri alınabilir. Doktor orderi varsa ona göre de medikal tedavisi yapılır''.*

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):**

*''Atelektazi tablosu var gibi görünüyor ama primer olarak ateşin buna bağlı olabileceği 48 saat için erken olduğunu düşünüyorum. Tabi ki akciğer seslerindeki anormallikten dolayı muhakkak bir akciğer egzersizi yapılması gerekli. Ateşini düşürmeye yönelik ilaç ve soğuk uygulama gibi düşürülmesi gerekli eğer ilerleyen takiplerinde tekrarlama durumu varsa ve 38'in üzerine çıkarsa kültür alınması gerektiğini düşünüyorum''.*

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):**

*''Atelektazi düşünürsek veya akciğer seslerinde anormallik varsa muhtemelen nefes alma sıklığı artmıştır hastanın çabası vardır, buna bağlı oksijenizasyon azaldığı için oksijen desteği yapılabilir. Oksijen desteği yapılıp, hastaya durum anlatılıp, çünkü bu tarz hastalarda hem nabız artışı hem solunum artışı ve aynı zamanda refakatçilerin de paniği ile birlikte işin psikiyatrik boyutuna da girebiliyor. Hem aileye bilgi verilmesi hem hastanın rahatlatılması hiperterminin kontrolü içinde. Aynı zamanda odanın havalandırılması olabilir soğuk uygulamaya ilave. Dediğimiz gibi ilk başta hekime haber verilip gerekli işlemler akciğer grafisi, göğüs konsültasyonu o tarz şeyleri yönetebiliriz orderini uygulayıp''.*

**İtir (31 yaş, evli lisansüstü, mesleki deneyim 9 yıl, klinik deneyim 6 yıl):**

*''Önce ateşi düşürüp müdahaleye soğuk uygulama ya da farmakolojik ilaçla ateşi düşürüp daha sonrasında hasta rahatladığında solunum, öksürük egzersizleri ve mobilizasyon. Ateşi yüksekken hiçbirini yapamayacağım. Ateşi atelektazide sekonder çıkan bir ateş olduğu için ilk aşamada düşündüğümüz önce ateş düşürüp, daha sonra da solunum egzersizleri, öksürük egzersizleri artı mobilizasyon''.*

Vaka 2 ye göre hipertermide hemşireler; soğuk uygulama, solunum egzersizleri ve kan kültürü, oksijenizasyon, hasta yakınlarının bilgilendirme, hekimi bilgilendirme, ek tanı testlerini uygulayacağını belirtti. Çalışmada yer alan sekiz hemşireden dördü bu soruya yanıt vermek istemedi.

Vaka 2 ye göre, genç hemşirelerin literatürde belirtildiği gibi soğuk uygulama yaptıklarını, yaş grubu en fazla olan hemşirelerden birinin literatürde yer alan bilgilere ek

olarak hekim bilgilendirme, derin solunum egzersizleri, kan kültürü, mobilizasyon girişimlerini ifade etti.

Lisansüstü ve lisans mezunu hemşirelerin uygulamaları literatüre göre hipertermi yaklaşımına uygun olduğu belirlendi.

Yaş grubu en fazla olan hemşirelerin uygulamaları arasında literatür ile uygunsuzluklar mevcutken, genç yaş grubundakilerin uygulamaları literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Cerrahi kliniklerinde en fazla çalışan hemşireler ile en az çalışan hemşirelerin girişimlerinde farklılıklar saptandı. Bu araştırmada literatürde yer alan hipertermiye yaklaşıma göre, cerrahi hemşirelerinin de benzer uygulamalar yaptıkları belirlendi (Chan ve Chen 2009).

## **TEMA 2 Nabız**

**Soru 1:** Ameliyat sonrası nabızı hangi sıklıkla ölçersiniz?

**Menekşe (24 yaş, bekar, lisans, mesleki deneyim 2 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *“İlk bir saat 15 dakikada bir sonrasında 30. Eğer bir sıkıntısı yoksa yine bir er saat daha sonra dört satte bir diye devam eder. Ama sıkıntısı varsa tabi sıkı takiple devam eder”*.

**Menekşe (24 yaş, bekar, lisans, mesleki deneyim 2 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *“.....10-15 ama durumuna göre yani aşırı bir sıkıntı yoksa saatlik olur ama hasta çok fazla nabız yüksek ya da düşükse bu 15 dakikayı bulur”*.

**Açelya (40 yaş, evli, lise, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 3 yıl):** *“Bizde gelir gelmez ölçüyoruz. Ateş, tansiyon, nabız. Hasta geldiğinde ölçümünü yapıyoruz. Eğer anormallik varsa nabızda monitörize ediyoruz.*

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):** *“Nabız, tansiyon”*.

**Fulya (32 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 7 yıl, klinik deneyim 4 yıl):** *“Rutin hiçbir anormallik olmadığını düşündüğümüz bütün hastalarda belirlenmiş aralıklarla nabız takibini yapıyoruz. Genellikle bize zaten anormallik varsa ameliyathanede ameliyat sonrası erken dönem’de anestezi tarafından hastanın monitörizasyonla takip edilmesi*

*gerektiği aktarılır. Bu hasta taşikardikti ya da bradikardikti yakın monitörizasyon takibi yapalım diye''.*

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):** *''Hasta ameliyattan çıktıktan sonra yoğun bakımda zaten sürekli monitörize olarak takip ediyoruz. Ama monitörizasyon sırasında bile değişiklik olma ihtimali çok olduğu için monitörü gözlemleme sıklığımız fazla. Klinik açısından bakacak olursak da cerrahiye sekonder gelişen bir şey varsa eğer rutinde iki saatte bir, eğer bir patoloji varsa saatlik olarak takip edip muhakkak kaydını yapıyoruz. Genel olarak da nabızı elle palpe ederek de elektrolit dengesizliğine bağlı yaşanabilecek nabız ritim problemlerinden dolayı''.*

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):** *''Dolgunluğunu, özellikle de potasyum dengesizliklerinde yaşanan atrial fibrilasyonda elektrokardiyografi monitörizasyonu yapmadıysanız hastaya onu monitör net olarak görüntüleyemeyebiliyor. O yüzden muhakkak elle palpe ederek ne tip nabız olduğunu da bu şekilde görüyoruz. Rutinde iki saatte bir''.*

**İtir (31 yaş, evli lisansüstü, mesleki deneyim 9 yıl, klinik deneyim 6 yıl):** *''Hemen hemen aynı şeyler. Elektif bir vakaysa ve ameliyat sonrasında ekstra bir şey gelişmediyse dört saat aralıklarla yaşam bulguları takip ediliyor. Ama olası bir taşikardi ya da bradikardi, artımı gördüğümüzde öncelikle onun ne olduğunu elektrokardiyografi çekerek ya da monitörize ederek hastayı tanılayıp ona yönelik girişimler ve daha yakın takip''.*

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):** *''Yoğun bakıma gelen hastaya muhakkak elektrokardiyografi çekiyoruz rutin olarak''.*

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):** *''Serviste de günlük bir kere olmak üzere muhakkak yapıyoruz. Monitörizasyonun vermediği ayrıntıları elektrokardiyografi veriyor''.*

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *''Gündüzse bu periyod çift olarak öğrencilerimizi de kullanıyoruz. Hem onlara monitör, hasta izlemi hem böyle bir vakayı yönetebilmesi açısından hastayı öğrenciye veriyoruz ve diyoruz ki bu hastanın özel bir durumu var, takibini yapman gerekiyor. Minimum ve maksimum değerlerini, ses ayarını yapıp çünkü serviste bu tarz hastaları yönetmek kolay olmadığı*

*için ekstra mesela aileyi eğitmek artı öğrencileri de burada desteklemek açısından iyi oluyor. Hemşirelik girişimi olarak tamamen cihazlara güvenmememiz gerektiğini vurgulamak istiyorum çünkü kalibrasyonları, taşikardi ise veya ritim bozukluğuysa atlama sebepleri olabiliyor. O yüzden mutlaka hastaya dokunmamız gerektiğini düşünüyorum. Bu elimizle palpe olur, steteskopla dinleme olur. Sadece monitörlere veya cihazlara güvenmeden hastaya dokunmak gerektiğini... Bunu şöyle anlıyoruz. Dokunduğumuzda hasta aslında çok yüksek tahmin edebiliyoruz 39-40 derece ateşin olduğunu ama cihaz bize 38.2 diyor mesela ama cihaza güvensesydik eğer yanlış olabilirdik. O yüzden mutlaka ben öğrenci arkadaşlara da yeni başlayan hemşire arkadaşlara da hastanın üstünü açıp bakması gerektiğini, dokunması gerektiğini, tamamen dijital tansiyon aletlerine güvenmemesi gerektiğini mutlaka söylüyorum''.*

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):** *''Genel cerrahide taşikardi olan hastalarda özellikle büyük vakalarda kanama ihtimali çok yüksek oluyor. Taşikardisi olan hastaları daha yakın takip ediyorlar ve hemogram alıp bazen kanadıği, hemşire sayesinde tekrar ameliyata girdiği oluyor hastanın''.*

Cerrahi hemşirelerin büyük çoğunluğu nabzın ameliyat sonrası erken dönemde ilk andan itibaren ölçümünü yaptıklarına karşın, biri saatte bir diğeri ise stajyer öğrencilere yaptırdıklarını ilettiler. Sekiz hemşireden sadece biri ise bu soruyu yanıt vermek istemedi.

Genç hemşirelerin ve orta yaştakilerin, nabzı ameliyat sonrası erken dönemde ilk andan itibaren ölçülmesinde farklılıkların olduğu belirlendi.

Lisansüstü hemşirelerin büyük çoğunluğu, lise mezunu hemşirelerden ise sadece biri nabzı ameliyattan sonra hemen değerlendirdiği belirlendi.

Mesleki deneyimi az olan hemşirelerin sadece biri, en fazla deneyimi olan hemşirelerden ikisi ameliyat sonrası nabzı hemen ölçtüklerini belirtti.

Klinik deneyimi en az hemşirelerin üçü ve en fazla deneyime sahip hemşirelerden yalnızca biri nabzı ameliyattan sonra hemen ölçtüğü saptandı.

Cerrahi girişim metabolizmada değişiklikler oluşturmaktadır. Bu değişiklikler hastaların yaşam bulguları üzerinde de meydana gelmektedir. Cerrahi sonrası yaşam bulgularından nabız; otonom sinir sisteminde meydana gelen değişikliklerden etkilenmektedir. Ameliyat sonrası ve esnasında kan kaybında artış, aritmiler, yüksek ateş, yetersiz ventilasyon

sonucu oksijenizasyonda düşme nabız hızını artırırken, parasempatik sinir sistemini uyaran; narkotik analjeziklerin fazla miktarı, genel anestezi nabızı azalır (Elstad ve diğ. 2009, Yeşilorman Mehmet 2009). Bu durumların tespitinde ameliyat sonrası erken dönemde 15 dakikada bir, hayati risklerin olmadığı durumlarda 30 saniye boyunca sayımlardan ziyade, tam 60 saniye nabızın sayılması gerekir. Bu araştırmada cerrahi hemşirelerinin çoğunun vermiş olduğu bu yanıtlar, literatürde yer alan ameliyat sonrası nabız izlem sıklığı ile paralellik göstermektedir (PACU Standard Care Procedure 2015).

**Vaka 1** Bay Y.Y 85 yaşında, kolelitiazis tanısı ile cerrahi girişim uygulandı. Yirmidört saattir cerrahi servisinde yatmaktadır. Yapılan fizik muayenede ciltte kuruluk, göz orbitasında çoküklük, dilde uzunlamasına çukurluklar belirlendi. Hasta, ‘çarpıntı ve göğüs ağrısı’ hissettiğini belirtti. Hastanın nabızı 120 /dk olarak ölçüldü.

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):**  
‘Hipovolemi’.

**Kaktüs (38 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 18 yıl, klinik deneyim 1 yıl):** ‘Sıvı kaybı’.

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):**  
‘Miyokart enfartüsü olabilir, göğüs ağrısı var’.

**Kaktüs (38 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 18 yıl, klinik deneyim 1 yıl):**  
‘Kanama.????’

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):**  
‘Hipovolemiye bağlı sıvı elektrolit dengesizliği. Yaş, cilt kuruluğu, semptomlar çok belirgin çünkü’.

**Fulya (32 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 7 yıl, klinik deneyim 4 yıl):**  
‘Hipovolemiye bağlı sıvı elektrolit dengesizliği’.

**Açelya (40 yaş, evli, lise, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 3 yıl):**  
‘Miyokartenfartüsü olabilir’.

Vaka 1' e göre hemşirelerin ikisi hipovolemi, ikisi sıvı elektrolit eksikliği ve diğer ikisi miyokard enfartüsü klinik kararını verdi. Sekiz hemşireden ikisi bu soruyu yanıt vermek istemedi.

Orta yaş ve genç hemşireler arasında literatüre göre klinik karar farklılıkları belirlendi. Eğitim durumu klinik karar vermeyi etkiler mi? Sorusuna aranan yanıtta lisansüstü ve lise mezunu hemşireler arasında farklılıklar belirlendi.

Mesleki deneyimi en fazla olan hemşireler ile deneyimi az olanların klinik karar farklılıkları belirlendi.

Klinik deneyimi en az olan hemşireler ile en fazla olanların klinik karar çeşitliliğinin olduğu söylenebilir.

Vaka 1' de verilen yanıtlar hemşirelerin doğru klinik karar veremediklerini gösterdi. Oysa burada beklenen cerrahi sonrası 24 saat nabızın 120/ olması nedeniyle / bağlı olarak klinik karar taşikardiyi düşündürmelidir (Alian ve diğ. 2011, Yeşilorman 2009, Goswami ve diğ. 2009).

**Soru 4:** Ne yaparsınız?

**Menekşe (24 yaş, bekar, lisans, mesleki deneyim 2 yıl, klinik deneyim 2 yıl):**

*“Miyokard enfartüsü düşüncesine göre elektrokardiyografi düşünürüm”.*

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *“Göğüs ağrısı yanılmaması için ağrı takibi yapılabilir. Farmakolojik tedavisi varsa orderi uygulandığında geçiyor mu geçmiyor mu? Nabız kontrolü yapılabilir. Taşikardisi kırılacak mı, normale geçecek mi?”*

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *“Evet ekarte etmek için öncelikle bunlara da yönelirim ki eğer sıvı elektroliti bununla tanıyı ortaya çıkarabilirsem dil kuruluğu, orbita kontrolü, aldığı çıkardığına, aynı zamanda kan bulgularıyla sıvı elektrolit takibi laboratuvar bulgularına da paralel olarak tanıyı netleştirip buna yönelik devam edebilirim”.*

Vakaya göre hemşirelerden biri elektrokardiyografi çekeceğini diğeri ise ağrı takibi, nabız kontrolü ve aldığı çıkardığı takibi yapacağını belirtti. Bu soru sekiz hemşireye sorulmuş olup, altı hemşire ise yanıt vermek istemedi.



Genç hemşirelerden biri elektrokardiyografi çekilmesi, orta yaş grubu arasında olan hemşirelerden sadece biri ağrı takibi, nabız kontrolü ve aldığı çıkardığı takibi uygulamalarını yapacağı saptandı.

Eğitim durumu aynı olan hemşirelerin klinik kararları da aynı mıdır? Sorusuna aranan yanıtta lisans hemşirelerinin yaptıkları uygulamalarda farklılıklar saptandı.

Mesleki deneyimi en az ve en fazla olan hemşireler arasında uygulama farklılıkları belirlendi.

Bilindiği üzere ameliyat sonrası nabız birçok faktörden etkilenecek yüksek ölçülebilmektedir. Bu çalışmada cerrahi hemşirelerinin bir kısmının taşikardiye yaklaşımları, literatürde değinildiği gibi nabız ritmini ve dolgunluğunu değerlendirmenin önemiyle örtüşmektedir (Patton ve Young 2017, Yıldız ve Karakoç 2013, ss. 347-361, Veljanc'i c ve diğ. 2011, Alian ve diğ. 2011, Bryant 2007).

**Vaka 2** *Bayan Z. Y 60 yaşında, tiroidektomi cerrahi girişimi uygulanmış, kırksekiz saattir cerrahi servisinde yatmaktadır. Yapılan fizik muayenede saç ve kirpik kayıpları, kolay kırılan tırnaklar, ellerde uyuşma ve karıncalanmalar belirlendi. Hasta, 'bacaklarında kramplar, nefes darlığı, hafif göğüs ağrısı' hissettiğini dile getirdi. Hastanın nabızı 50/dk olarak ölçüldü.*

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**Menekşe (24 yaş, bekar, lisans, mesleki deneyim 2 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *'Kalsiyum eksikliği olabilir'.*

**Kaktüs (38 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 18 yıl, klinik deneyim 1 yıl):** *'Kalsiyum eksikliği'.*

Vaka 2' ye göre hemşirelerin ikisinden kalsiyum eksikliği klinik kararı ifadesi alındı. Bu soruya sekiz hemşireden altısı yanıt vermek istemedi.

Genç hemşireler ve orta yaş grubu hemşireleri aynı klinik karara vardığı belirlendi.

Eğitim durumu aynı olan hemşirelerin klinik kararları aynı mıdır? Sorusuna yanıt olarak lisans mezunu hemşirelerin ikisi aynı klinik kararına vardığı saptandı.

Mesleki deneyimleri farklı olan hemşirelerin klinik kararları aynı mıdır? Sorusuna yanıt olarak en az deneyimi olan hemşirelerden sadece biri kalsiyum eksikliği derken deneyimi en fazla olan hemşirelerden sadece biri yine kalsiyum eksikliği klinik kararını verdi.

Cerrahi kliniklerinde çalışma süresi en az olan hemşirelerden ikisi aynı klinik kararı ifade etti.

Vaka 2 için verilen yanıtlar hemşirelerin doğru klinik karar veremediklerini gösterdi. Burada beklenen cerrahi sonrası 48 saat içinde nabzın 50 /dk olarak ölçülmesi nedeniyle / bağlı olarak klinik karar bradikardiyi düşündürmelidir Gagolkina ve diğ. (2014).

Bu çalışmada cerrahi hemşirelerinin klinik kararlarındaki ifadelerinden, literatürde belirtilen cerrahi sonrası süreçlerde sempatik sinir sistemini uyaran sebeplere bağlı olarak bradikardi olması durumuna göre benzerliğe raslanmadı (Pierce ve diğ. 2016, Basuni 2016, Marinov ve diğ. 2013).

**Soru 4:** Ne yaparsınız?

**Fulya (32 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 7 yıl, klinik deneyim 4 yıl):** *“Tiroid ameliyatlarında rutin kontrollerimizde kalsiyum değeri bakarız. Durumuna göre kalsiyum replasmanı gerekirse yaparız”.*

**Açelya (40 yaş, evli, lise, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 3 yıl):** *“Ameliyattan sonra erken dönemde mutlaka kalsiyumuna bakılır. O değere göre de takviye edilmesi gerekiyorsa kalsiyum takviyesi yapılır”.*

Hemşirelerin ikisi klinik kararlarına girişim olarak kalsiyum replasmanı yapacaklarını belirtti. Bu araştırmaya katılan sekiz hemşireden altısı bu soruyu yanıt vermek istemedi.

Genç hemşireler ile orta grubu hemşirelerin girişimleri aynı olduğu saptandı.

Lise mezunu ve lisans mezunu hemşireler aynı yanıt verdikleri belirlendi.

Mesleki deneyimi en fazla ve 6-10 yıl arası deneyime sahip hemşireler aynı ifade de bulundu.

Bradikardinin fark edilmesi hayati belirtilerin devamlılığının sürdürülmesinde önemli bir parçadır. Bu araştırmada cerrahi hemşirelerinin yanıtlarından, literatürün önerdiği

bradikardi durumuna yaklaşıma göre anlamlılık belirlenmemiştir (Basuni 2016, Marinov ve diğ. 2013, Tabbert ve Virginia 2013).

### **TEMA 3 Solunum**

**Soru 1:** Ameliyat sonrası solunumu hangi sıklıkla ölçersiniz?

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *‘‘Hasta post-op odasına alınır. İlk olarak yaşam bulguları değerlendirilir ve bu 1 saat içinde 15 dakikada bir devam eder. Daha sonraki ikinci saatte yarım saatte, sonrasında saat başı ve post-op sekizinci saatte hekimin istemine göre 2 saat ya da 4 saatte bire düşürüyoruz. Solunum da önemli bir bulgu çünkü anesteziye bağlı, ameliyat süresine bağlı, hastanın yaşına ve vaka tipine bağlı değerlendirmemiz gereken önemli bir parametre’’.*

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):** *‘‘Ateş, nabız, solunum, tansiyon ilk 1 saatte 15 dakikada bir bakıyoruz’’.*

Araştırmada bulunan sekiz hemşire ameliyat sonrası solunumu ilk dakikadan itibaren ölçtüklerini belirtti.

Orta yaş ve genç hemşireler ameliyattan sonra solunumu ilk dakikadan itibaren ölçtüklerini belirtti.

Lise mezunu olan hemşirelerden biri ile lisansüstü hemşirelerin hepsi aynı ifadeleri (ameliyattan sonra ilk dakikadan itibaren ölçtükleri) belirtti.

Mesleki deneyimi en az ve fazla olan hemşirelerin tamamı solunumu ameliyattan sonra ilk dakikadan itibaren ölçtüklerini belirttiler.

Klinik deneyimi en fazla ve en az olan hemşireler ameliyat sonrası solunumu ilk dakikadan itibaren değerlendiklerini ifade ettiler.

Ameliyat ile birlikte solunum yapı ve fonksiyonlarında değişiklikler oluşmaktadır. Anestezi etkisi solunumun yavaş ve derin olmasına neden olur. Hareketsizlikle birlikte artan venöz ve hidrostatik basınç diyafragma ve göğüs hareketlerinde azalmaya neden olur. Bu durum solunum hızını düşürür. Buna bağlamda ameliyat sonrası olası durumların belirlenmesinde ameliyattan hemen sonra 60 dakika boyunca solunumun değerlendirilmesi gerekir. Bu çalışmada hemşirelerin ifadeleri literatürde yer alan

ameliyat sonrası solunum izlem sıklığına benzerlik göstermektedir (Elliott ve Coventry 2012, Ko ve Lin 2011, Massey ve Mereddith 2010, Moore 2007).

**Vaka 1:** *Bay T. B 60 yaşında, plörezi tanısıyla torasentez cerrahi girişimi uygulanmış, yirmidört saattir cerrahi servisinde yatmaktadır. Hasta, 'göğsün yan kısmında hissedilen batıcı tarzda ağrı ve nefes darlığı' hissettiğini dile getirdi. Hastanın solunumu 22/dk olarak ölçüldü.*

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):** *'Pnömotoraks'.*

**Fulya (32 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 7 yıl, klinik deneyim 4 yıl):** *'İşlem yapılmış, hastanın ağrısı var, pnömotoraks olduğunu düşünürüm'.*

**İtir (31 yaş, evli lisansüstü, mesleki deneyim 9 yıl, klinik deneyim 6 yıl):** *'Hemotoraks'.*

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *'Cerrahi girişime bağlı komplikasyon olabilir. Cerrahi girişim sonrası pnömotoraks, hemotoraks. Araştırılması gereken alt yapıda başka bir sıkıntı olabilir'.*

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):** *'Torasentez yapılmış, yapılmasının bir komplikasyonu olarak akciğerlere fazla yaklaşma durumunda bazen sekonder olarak pnömotoraks ya da hemotoraks gelişebiliyor'.*

Vaka 1' e göre hemşirelerden ikisi pnömotoraks, biri hemotoraks, ikisi hem pnömotoraks hem hemotoraks yanıtlarını verdi. Çalışmaya katılan sekiz hemşireden üçü klinik kararlarını belirtmek istemedi.

Yaş gruplarına göre hemşireler arasında klinik karar farklılıkları belirlendi.

Hem lisans hem de lisansüstü mezunu hemşirelerin her biri farklı yanıtları verdi.

Deneyimi en fazla ve en az olan hemşirelerin her biri farklı klinik kararını verdi.

Klinik deneyimi fazla ve en az olan hemşirelerde benzer klinik kararlar olduğu söylenebilir.

Vaka 1 için verilen yanıtlar hemşirelerin doğru klinik karar veremediklerini gösterdi. Oysa burada beklenen cerrahi sonrası 24 saat içinde solunumun 22/dk olması nedeniyle / bağlı olarak klinik karar taşipneyi düşündürmelidir. Bu çalışmada hemşirelerin vermiş olduğu yanıtlar, literatürde solunum sayısının 22/dk olması durumunda taşipne klinik kararına benzerlik göstermemiştir (Mølgaard ve diğ. 2016, Wamsley ve Missel 2016, Considine 2015).

**Vaka 2:** *Bay A.Y 90 yaşında, kalça kırığı nedeniyle epidural anestezi ile cerrahi girişim geçirdi. Oniki saat önce ameliyathaneden kliniğe kabul edildi. Fizik muayenede göğüs hareketlerinde yavaşlama ve derinliğinde artma bulundu. Hasta, 'göğsünde nefes almayı zorlayan ağrı, nefes darlığı' hissettiğini dile getirdi. Hastanın solunumu 10/dk olarak belirlendi.*

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**İtir (31 yaş, evli lisansüstü, mesleki deneyim 9 yıl, klinik deneyim 6 yıl):** ‘*Pulmoner emboli*’.

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):** ‘*Pulmoner emboli*’.

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):** ‘*Solunum sayısının azalması*’.

Bu araştırmada değerlendirilen vakaya göre cerrahi hemşirelerinin ikisi pulmoner emboli, biri ise solunum sayısının azalması klinik kararına vardı. Çalışmaya katılan sekiz hemşireden beşi klinik kararlarını ifade etmek istemedi.

Orta yaş ve genç hemşireler arasında klinik karar farklılıkları olduğu belirlendi.

Bu vakaya cevap veren hemşirelerin tamamı lisansüstü mezundur ve klinik kararları ise birbirinden farklıdır.

Deneyimi en fazla ve en az olan hemşirelerin klinik kararlarında farklılıklar saptandı.

Klinik deneyimi farklı olan hemşirelerin yanıtları da birbirinden farklı olduğu belirlendi.

Bilindiği üzere solunum sistemini değiştiren bradipne riskli bir durumdur ve hastanın tedavi yaklaşımını değiştirmektedir.

Vaka 2 için verilen yanıtlar hemşirelerin doğru klinik karar veremediklerini gösterdi. Oysa burada beklenen cerrahi sonrası 12 saat içinde solunumun 10/dk olması nedeniyle / bağlı olarak klinik karar bradipneyi düşündürmelidir (Ramsayve diğ. 2013, Liddle 2013, Milli Eğitim Bakanlığı 2013, Akıncı ve Başel 2011).

**Soru 4:** Ne yaparsınız?

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):**

*“Emboli durumlarında öncelikle semptomatik tedaviyi muhakkak başlıyoruz hastanın solunum açıklığına yönelik solunum desteği sağlıyoruz, oksijen desteği sağlıyoruz. Ama burada temelde yatan şey emboli olduğu için yapılabilecek şey kan sulandırıcılarla embolinin verdiği zararı aza indirmek ya da yok etmeye çalışmak”.*

**İtir (31 yaş, evli lisansüstü, mesleki deneyim 9 yıl, klinik deneyim 6 yıl):**

*“Hastaları daha çok oturur pozisyonda takip etmeye çalışırız. “Kalça kırığı uyarısı” Kalça kırığı olduğunu unuttum. Mümkün olduğunca solunumu rahatlatan pozisyona hastayı getirirdim. Oksijen desteği mutlaka gerekli. Mümkün olduğunca da mobilizasyondan kısıtlardım çünkü eforla daha çok ihtiyaç olacak”.*

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):**

*“Yaş ve emboli riskinden dolayı bilinç takibi de çok önemli bu tarz hastalarda”.*

**Fulya (32 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 7 yıl, klinik deneyim 4 yıl):**

*“Klinik olarak kalça ameliyatlarını sık yapıyoruz. Rutinde antikoagülan tedavi başlıyoruz ama bir akut dönemde bu hastaları da izleme yoluyla yakın takibe alıyoruz. Bilinç değişikliği, hastanın diğer parametrelerinde bir değişiklik varsa bunları yakın takip amacıyla monitörize ediyoruz”.*

Vakaya göre hemşirelerden ikisi oksijen desteği, diğer ikisi ise bilinç kontrolü yapacaklarını ilettiler. Sekiz hemşirenin katıldığı çalışmada dört hemşire bu soruya yanıt vermek istemedi.

Aynı yaş grubu göz önüne alındığında hemşirelerden farklı ifadeler saptandı.

Lisansüstü ve lisans mezunu hemşirelerden farklı yanıtlar alındı.

Mesleki deneyimi en az ve en fazla olan hemşirelerin girişimleri değişiklik gösterdi.

Çalışma yıllarına göre en az ve en fazla olan hemşirelerin benzer uygulamalar yapmadığı saptandı.

Literatürde yer alan, ameliyat sonrası erken dönemde solunum sistemindeki komplikasyonları azaltmaya yönelik; erken mobilizasyon, hidrasyon, pozisyon değişikliği, solunum egzersizlerinin yapılması etkili bakımın bir parçasıdır. Bu araştırmada hemşirelerin objektif verileri bütüncül olarak değerlendirmemesi; yapacakları girişim basamaklarında hatalara neden olmaktadır (Ünverdi 2010, İzveren ve Dal 2011, Simpsom 2006).

#### **TEMA 4 Kan Basıncı**

**Soru 1:** Ameliyat sonrası kan basıncını hangi sıklıkta ölçersiniz?

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):** *‘Nabız, solunum, ateş, tansiyon aynı anda yapılan şeyler, hastanın başına gittiğimizde rutinde hepsi ölçülüyor’.*

**Fulya (32 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 7 yıl, klinik deneyim 4 yıl):** *‘Rutinde standart hastalarda uyguladığımız altı-sekiz saat süreyle ateş, nabız, solunum, kan basıncı takibi’.*

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):** *‘Ameliyat sonrası beşinci güne kadar iki saatte bir bakıyoruz’.*

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *‘Yaşam bulguları, kanama kontrolü, ağrısı ilk bir saat 15 dakikada, ikinci bir saat yarım saatte bir, sonra saat başı sekizinci saate kadar sürüyor. Sekizinci saatten sonra hekim kararı. Ama onun dışındaki rutin hemşirelik uygulaması. Sekizinci saatten sonra hekim orderi ile şeker ölçümü gibi yaşam bulguları, ordera girmek kaydıyla. Orderda olduğu sürece dört saatte bir, iki saatte bir, altı saatte bir. Ama onun dışında ekstra bir durum hissederek insiyatifle zaten bu takibe başlıyoruz’.*

**Kaktüs (38 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 18 yıl, klinik deneyim 1 yıl):** *‘İlk bir saat 15 dakikada bir, sonraki saat yarım saat, sonra 8 saate tamamlıyoruz. Rutinimiz dört saatte bir’.*

Ameliyat sonrası kan basıncının ölçüm sıklığına hemşirelerden ikisi hemen, biri iki saatte bir, biri altı-sekiz saatte bir ve diğeri hastanın yanına gidildiğinde ölçtüğünü belirtti. Araştırmaya katılan sekiz hemşireden üçü bu soruya yanıt vermek istemedi.

Orta ve 30-39 yaş arasındaki hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde kan basıncı ölçme durumunda farklı uygulamalar belirlendi.

Farklılıkları eğitim durumları kan basıncı izlem sıklığını etkiler mi? Sorusuna aranan yanıtta lisansüstü hemşirelerin biri hasta yanına gidildiğinde biri iki saatte bir, lisans hemşirelerinin ikisi kan basıncını ameliyattan sonra hemen yalnızca biri ise altı-sekiz saat arayla ölçtükleri saptandı.

Mesleki deneyimi en fazla ve en az olan hemşirelerin her birinden ameliyat sonrası erken dönemde kan basıncı izlem sıklığına verdikleri yanıtlarda farklı uygulamalar yaptıkları belirlendi.

Cerrahi kliniklerinde en az ve en fazla çalışma süresi olan hemşirelerin kan basıncı ölçümüne yaklaşımları birbirinden farklıdır.

Kan basıncının normal değerler arasında tutulması ameliyat sonrası önemli bir adımdır. Bu bağlamda kaybedilen kan, elektrolit dengesizlikleri, dolaşım sisteminin yapılarındaki bozukluklar, stres kan basıncını etkilemektedir. Ameliyat sırasında yetersiz sıvı verilmesi, cerrahi işlem boyutuna bağlı kanama miktarında artış, kardiyak outputu azaltır. Aynı zamanda stres trombosit sayısında artmaya neden olarak pıhtılaşmayı artırır. Uzun süre yatmaya bağlı ortostatik hipotansiyona oluşur. Bu gibi önemli verileri tespit etmede ameliyat sonrası kan basıncı ilk saatte 15 dakika da bir, ikinci saatte yarım saatte bir, daha sonra saatte bir ölçülmelidir. Bu araştırmada hemşirelerin ifadelerinde literatürde yer alan ameliyat sonrası kan basıncı izlem sıklığı bilgilerine göre farklılıkları olduğu belirlenmiştir (Leng Ng ve Lang 2014, Lockwood ve diğ. 2004).

**Soru 2:** Normalden sapmada ne yaparsınız?



**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):** *“Taniya spesifik olan durum varsa farklı uygulama olabiliyor. Çok yükseği mesela 160’ı normal kabul ettiğimiz durum da olabiliyor ya da bizim bazı tikanlıkları açtığımız durumlarda biz istediğimiz için de öyle olmasını normal kabul ettiğimiz durumlar olabiliyor sekiz saat kadar”.*

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *“Kan basıncı yüksekse hekime haber veririm ama bunun paralelinde kendi girişimlerimize de başlıyoruz. Teyit etme, tekrar ölçüm, gerektiğinde monitörize etme kararını kendimiz de alabiliyoruz. Cihazla takibine başlıyoruz hastanın”.*

Normalden sapmalarda hemşirelerden biri hipertansiyonda hekime bilgi verdiğini ve monitorizasyon yaptığını ilettiler. Hemşirelerden bir diğeri ise hipertansiyonda hastaya özgü durumlardan dolayı müdahale etmediklerini belirtti. Bu çalışmada olan sekiz hemşireden üçü soruya yanıt verdi. Diğer altı hemşire bu soruya yanıt vermek istemedi.

Aynı yaş grubu hemşirelerin her birinden normalden sapmalarda farklı girişimde buldukları yanıtları alındı.

Lisansüstü mezunu olan hemşireler ile lisans mezunu olanların uygulamalarının birbirinden farklı olduğu belirlendi.

Mesleki deneyimi fazla ve az olan hemşirelerin normalden sapmalara yaklaşımlarının birbirinden farklı olduğu belirlendi.

Klinik deneyimi en az ve fazla olan hemşireler arasında normalden sapmalarda uygulama farklılıkları olduğunu ifade ettiler.

Kan basıncında meydana gelen yükselmelerde birincil önlem hipertansiyon ve komplikasyonlarının önlenmesidir. Kan basıncında yükselmeye neden olan faktörlerde bu bağlamda araştırılır ve hastaya farmakolojik ve non farmakolojik tedavi planlaması düzenlenir (Arıcı ve diğ. 2015, Gün 2012, Özdemir 2012). Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzuna (2017) göre bu çalışmada cerrahi hemşirelerin yanıtları, bu kılavuzda önerildiği şeklindedir.

**Vaka 1** *Bayan A. K 65 yaşında, tüp mide cerrahi girişimi uygulanmış, yirmidört saattir cerrahi servisinde yatmaktadır. Hasta, ‘baş ağrısı, kulak çınlaması, nefes darlığı’ hissettiğini dile getirdi. Hastanın kan basıncını 140/90 mmHg olarak tespit edildi.*

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**Menekşe (24 yaş, bekar, lisans, mesleki deneyim 2 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** “*Psikolojik*”.

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):** “*Hipertansiyonda olabilecek bulgular bu bulgular, yalnız 140/90 bunu yaratabilecek bir şey gibi gelmiyor bana ama bazı hastalarda hastanın normal tansiyonu daha düşükse eğer mesela 90/60 olan bir hasta için 140/90 yüksek bir tansiyon, kulak çınlamasına giden bir sonuç çıkarabilir ama nefes darlığını anlamlandıramadım*”.

**Lale (40 yaş, evli, lisansüstü, mesleki deneyim 22 yıl, klinik deneyim 15 yıl):** “*Normal geldi tansiyonu*”.

**Itir (31 yaş, evli lisansüstü, mesleki deneyim 9 yıl, klinik deneyim 6 yıl):** “*Sistolikle diyastolik arasındaki farkın daha az olmasından kaynaklı olduğu için yaratmış olabilir*”.

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** “*Eğer bütün bunları ekarte edebilirsek, önceki anemnezinde de tansiyon bulguları buna yakınsa veya daha farklı düşükse ve şu an böyleyse cerrahi girişime bağlı yani anksiyeteye bağlı da strese bağlı bir hipertansiyon tanısı koyabiliriz*”.

**Fulya (32 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 7 yıl, klinik deneyim 4 yıl):** “*Bizim böyle bir hastamız olmuştu. Baş ağrısı, kulak çınlaması tariflemişti. Tansiyonlarını ölçtüğümüzde normaldi ama anemnezine geriye dönük baktığımızda 140/80, 140/90 bizim ameliyat sonrası erken dönem obezite cerrahisi yapılan hastada beklediğimiz tansiyon, ama geriye dönük anemnezinde hastanın migren tedavisi gördüğünü, migren hastası olduğunu, uzun yıllar migren ilaçları kullandığını ve bu post-op süreçte ilacı kullanmadığı için bu şekilde olduğunu farketmiştik. Ek hastalığa bağlı olarak bir tansiyon*”.

Vaka 1 değerlendirmesinde hemşirelerden üçü hipertansiyon, biri psikolojik, biri normal kan basıncı bir diğeri ise nabız basıncının farklı olması klinik kararları ifadelerini kullandı. Çalışmaya katılan sekiz hemşireden ikisi bu soruya yanıt vermek istemedi.

Genç hemşireler ile orta yaştakilerin klinik kararlarında farklılıklar belirlendi.

Lisans mezunu hemşireler literatüre göre doğru klinik karar vermelerine karşın, lisansüstü mezunlarının doğru klinik karara varamadıkları söylenebilir.

Mesleki deneyimi en az ve en fazla olan hemşirelerin doğru klinik karar veremedikleri belirlendi.

Klinik deneyimi ez az ve en fazla olan hemşirelerin klinik karara varamadıkları belirlendi.

Cerrahi tedavi sonrasında oluşan hipertansiyon kalp dolaşım sistemin etkileyen bir durumdur. Bu durumun önlenmesinde amaç morbidite ve mortalitenin önlenmesidir. Vaka 1 de verilen yanıtlardan yola çıkarak hemşirelerin klinik karar veremediklerini gösterdi. Oysa burada beklenen cerrahi sonrası 24 saat içinde kan basıncının 140/90 mmHg olması nedeniyle / bağlı olarak klinik karar hipertansiyon düşündürmelidir. Bu araştırmada cerrahi hemşirelerinin vermiş olduğu yanıtlar, literatürde yer alan kan basıncının 140/90 mmHg ölçüldüğünde hipertansiyon olması ile benzerlik göstermiştir (Anderson ve diğ. 2016, Kelly ve diğ. 2014, Da ve Gyh 2013, Robelli ve diğ. 2012).

**Soru 4:** Ne yaparsınız?

**Kaktüs (38 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 18 yıl, klinik deneyim 1 yıl):** *“Medikal tedavi”*.

**Itır (31 yaş, evli lisansüstü, mesleki deneyim 9 yıl, klinik deneyim 6 yıl):** *“Gevşeme egzersizleri, hekime bilgi verilir”*.

**Kaktüs (38 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 18 yıl, klinik deneyim 1 yıl):** *“Oksijen desteği”*.

**Fulya (32 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 7 yıl, klinik deneyim 4 yıl):** *“Ek hastalığa bağlı kullandığı ilaçların kullanımı sağlanabilir. Medikal tedaviye geçerek hastanın rahatlaması”*.

Hemşirelerden biri gevşeme egzersizleri ve hekime bilgi verdiğini, biri oksijen desteği sağladığını ve ikisinin ise mevcut tedavisinin sürdürülmesini sağladığını belirtti. Bu çalışmada yer alan sekiz hemşireden dördü bu soruya yanıt vermek istemedi.

Orta yaş grubu hemşirelerin tümünün ifadelerinin birbirinden farklı olduğu söylenebilir.

Lisansüstü mezunu hemşireler ile lisans mezunlarının her biri farklı yanıtlar belirtti.

Mesleki deneyimi en fazla ve en az olan hemşireler gevşeme egzersizleri ve hekime bilgi verilmesi, mevcut tedavinin sürdürülmesi gibi literatürle benzerlik gösteren uygulamalar yaptıklarını ilettiler.

Klinik deneyimi en az ve en fazla olan hemşirelerin girişimleri de birbirine yakın olduğunu belirlendi.

Hipertansiyon, ameliyat sonrası pek çok faktöre bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durumun önlenmesinde hastaya yaklaşım ve yapılacak girişimler önemlidir. Bu çalışmada cerrahi hemşirelerinin ifadeleri, Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu (2017)'nde belirtilen bilgilerle örtüşmektedir (Skar ve Gordon 2015, Karakuş Açıkgöz 2014, Özdemir 2012, Yıldız 2012, Gün 2012).

**Vaka 2:** *Bayan V. T 80 yaşında, bypass tanısıyla cerrahi girişim uygulanmış, 48 saattir servisinde yatmaktadır. Hasta, 'yorgunluk, bulanık görme ve bulantı' hissettiğini dile getirdi. Hastanın kan basıncını 90/60 mmHg olarak tespit edildi.*

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):** *“Bulanık görme ve bulantıdan dolayı hipotansiyon düşündüm. Yorgunluk; 48 saatlik bir süreç, yorgunluk anestezinin tam atılıp hastanın ameliyatın travmasını en pik noktada hissettiği bir şey. Ama temelde hipotansiyon”.*

**Kaktüs (38 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 18 yıl, klinik deneyim 1 yıl):** *“Sıvı kaybına bağlı hipotansiyon”.*

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *“Bazen kontrast madde kullanımına bağlı hipotansiyon, bulanık görme, bulantı – kusma da olabiliyor. Alerjik reaksiyona bağlı hipotansiyon”.*

Vaka 2 ya göre hemşirelerin üçü hipotansiyon klinik kararını verdi. Bu soru sekiz hemşireye soruldu ve beşi klinik kararlarını ifade etmek istemedi.

Aynı yaş grubunda yer alan hemşirelerin hepsi hipotansiyon klinik kararını ilettiler.

Eğitim durumunun klinik karar vermedeki etkisi değerlendirildiğinde lisans mezunu iki hemşire ile lisansüstü bir hemşirenin aynı klinik karara vardıkları saptandı.

Mesleki deneyimi en fazla ve en az olan hemşirelerin doğru klinik karara vardıkları söylenebilir.

Klinik deneyimi en az ve en fazla olan hemşirelerin klinik kararının aynı olduğu tespit edildi.

Cerrahi, insanın doğası gereği hipotansiyona neden olmaktadır. Vaka 2 de hemşirelerin doğru klinik kararını verdiklerini gösterdi. Veriler doğrultusunda kan basıncının 90/60 mmHg olması nedeniyle / bağlı olarak klinik karar hipotansiyonu düşündürmelidir. Bu araştırmada cerrahi hemşirelerinin ifadeleri, literatürde kan basıncının 90/60 mmHg ölçülmesi durumunda hipotansiyon olması ile paralellik göstermektedir (Gagolkina ve diğ. 2014, Yeğit 2008).

**Soru 4:** Ne yaparsınız?

**Defne (30 yaş, bekar, lisansüstü, mesleki deneyim 8 yıl, klinik deneyim 8 yıl):**

*“Pompadan çıktıktan sonra hasta muhakkak bir hipotansiyon yaşıyor, volüm açığı yaşıyor daha doğrusu. Bazen hastalar kendisi hipertansifse eğer tansiyon yüksek oluyor ama volüm düşüklüğünden dolayı taşikardi ile vücut bunu kompanse ediyor. Temelde sıvı volümünün toparlanması gerekir ama 48 saatte toparlanmıştır diye düşünüyorum. Belki hastanın hemotokrit değerlerindeki düşüklüğe bağlı da 100/60 ya da 90/60 bir tansiyonu vücut tolere edemediği için olmuş olabilir. Aldığı çıkardığına göre volüm durumu, kilo takibi ile aynı zamanda ve kan değerlerinde hemotokrit değerlerini de göz önünde bulundurup belki de kan replasmanı yapılması gerekebilir”.*

**İtr (31 yaş, evli lisansüstü, mesleki deneyim 9 yıl, klinik deneyim 6 yıl):** *“Santral venöz ölçüm de bakılabilir. Sıvı açığı varsa kesin tanı konulabilir”.*

**Orkide (33 yaş, evli, lisans, mesleki deneyim 11 yıl, klinik deneyim 2 yıl):** *“Bulantı ve hipotansiyon olduğu için muhtemelen hastanın kusma isteği yoğun olacaktır, onu*

*baskılamak gerekir diye düşünüyorum. Çünkü 80 yaş, by-pass öyküsü var. Zaten sıvı-elektrolit dengesizliği olabilir. Kusma ile bunu iyice artırmamak gerekiyor. Nefes egzersizleri, hekim kararıyla verilen order uygulanabilir''.*

Vakayı değerlendiren hemşirelerden birinin klinik kararları doğrultusunda aldığı çıkardığı takibi, kilo takibi, laboratuvar değerlerine göre kan replansmanı yapılması gerektiğini, hemşirelerden biri santral venöz kateter ölçümü yapılmasını ve diğer hemşirelerden biri solunum egzersizleri ve mevcut tedavinin sürdürülmesi ifadelerini ilettiler. Sekiz hemşireye sorulan bu soru da hemşirelerden beşi yanıt vermek istemedi.

Aynı yaş grubundaki hemşirelerin üçünden de farklı ifadelerde buldukları tespit edildi.

Lisansüstü mezun hemşireler ile lisans mezununun verdikleri yanıtlar birbirinden farklı olduğu belirlendi.

Mesleki deneyimi en fazla ve en az olan hemşirelerin yaklaşımları birbirinden farklıdır.

Klinik deneyimi en fazla olan hemşirenin uygulamaları literatürle paralellik göstermesine karşın, en az deneyimi olanın uygulaması literatürün önerdiğinden farklı olduğu söylenebilir.

Bilindiği gibi kan basıncının düşük olması hastalarda hipotansiyona neden olmaktadır. Bu araştırmada hemşirelerin çoğunun ifadeleri, literatürde yer alan hipotansiyon durumuna yaklaşım ile benzer şekildedir (Doğu ve diğ. 2014, Yıldız ve Karakoç 2013, Türk 2008).



## 5. SONUÇ

Bu çalışmada elde edilen verilere dayanarak cerrahi hemşirelerinin yaşam bulgularını önerilen sıklıkta izlemedikleri, ölçtükleri ve elde ettikleri değerleri yorumlamadıkları/yorumlayamadıkları ve sonuç olarak klinik karara varamadıkları söylenebilir.

Bu sonuçlara dayanarak;

Cerrahi hemşirelerinin hemşirelik eğitim programlarına katılmasının sağlanması,

Cerrahi hemşirelerine yaşam parametrelerinin hangi sıklıkta ölçüldüğüün ve değerlendirildiğinin, normalden sapmalarda neler yapılması gerektiğinin öğretilmesi,

Genç ve orta yaş grubu hemşirelerin yaşam bulgularını değerlendirme ve klinik karar verme süreçlerinde nelere dikkat etmeleri gerektiği konusunda farkındalık oluşturulması,

Lise, lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşirelerin klinik karara varmada yaşam bulgularını nasıl değerlendirdikleri ile ilgili bilinçlendirilmesi,

Mesleki ve klinik deneyimi fazla olan hemşirelerin bilgilerinin güncellenmesi

Bundan sonraki çalışmalarda homojenliğin sağlanması için yaş ve klinik deneyim sürelerinin birbirine yakın olarak planlanması önerilmektedir

## KAYNAKÇA

### ***Kitaplar***

Atabek Aştı, T. & Karadağ, A., 2011. *Klinik uygulama becerileri ve yöntemleri*. Adana: Nobel Kitapevi. ss. 1178-1215.

Demir Işık, R., 2015. Yaşam bulguları, içinde *Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler*. 6. Baskı, ss. 410-446, Ay, F. A., (Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Erdoğan, S., 2015. Nitel araştırmalar, içinde *Hemşirelikte araştırma*. 2. Baskı, s. 143. Erdoğan, S., Nahcivan, N. & Esin, N., (Eds.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Yavuz, M., 2014. Ameliyet sonrası bakım, içinde *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. 3. Baskı, ss. 279-307. Karadakovan, A. & Eti Aslan, F., (Eds.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.



- Eti Aslan, F., 2014. Ameliyet sonrası bakım, içinde *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. 3. Baskı, ss. 279-307. Karadakovan, A. & Eti Aslan, F., (Eds.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Fetzer, S. J., 2013. Vital Signs, in *Fundamentals of nursing*. Eight edition, pp. 441-486. Perry, P. & Hall, S., (Eds.). Canada: Mosby Elsevier.
- Gulanick, M. & Myers, J., 2011. Hypothermia, in *Nursing care plans*. 7 th edition. United States of America: Elsevier Mosby. pp. 103-104.
- Gulanick, M. & Myers, J., 2011. Hypertermia, in *Nursing care plans*. 7 th edition. United States of America: Elsevier Mosby. pp. 101-102.
- Hinkle, J. L. & Cheever, H. K., 2014. *Brunner & suddarth's texbook of medical-surgical nursing*. 13 th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins. pp. 440-460.
- Jensen, S., 2011. *Nursing health assessment*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins. pp. 89-119.
- Potter, P., 2010. *Clinical nursing skill & techniques*. 7 th edition. Canada: Mosby Elsevier. pp. 9937-966.
- Rosdahl, C. B. & Kowalski, M. T., 2012. *Textbook of basic nursing*. 10th edition. China: Wolters Kluwer Lippincott Williams& Wilkins. pp. 554-579.
- Sharma, S., 2012. *Principle & practice of nursing*. Second edition. Kundli: Jaypee Brothers Medical Publishers. pp. 55-74.
- Smeltzer, S. C., Bare, G. B., Hinkle, L. J., & Cheever H. K., 2010. *Burunner & suddarth's texbook of medical-surgical nursing*. Twelfth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams& Wilkins. pp. 461-486.
- Vural, F., 2015. Hipotermi, içinde *Ameliyathane hemşireliği*, ss. 341-353. Yavuz van Giersberger, M. & Kaymakçı, Ş., (Eds.). İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.

- Karabacak, Ü. & Yılmaz, E., 2014. Yaşam bulgularının değerlendirilmesi, içinde *Sağlığın değerlendirilmesi*, ss. 33-45. Eti Aslan, F., (Ed.). Özyurt Matbaacılık: Akademisyen Yayınevi.
- Lynn, P. & LeBon, M., 2011. *Skill checklists for Taylor's clinical nursing skills*. Third Edition. United States of America: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins. pp.1-13.
- Yavuz van Giersberger, M., 2015. Malign hipertermi, içinde *Ameliyathane hemşireliği*, ss. 355-362, Yavuz van Giersberger, M. & Kaymakçı, Ş., (Eds.). İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.
- Yıldız Fındık, Ü., 2016. Cerrahi süreç: Ameliyat sonrası bakım ve komplikasyonların önlenmesi, içinde *Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte*, ss. 425-454, Eti Aslan, F., (Ed.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Yıldız, T. & Coşkun Yılmaz, E., 2017. Yaşamsal bulguların değerlendirilmesi ve klinik karar verme, içinde *Sağlığın değerlendirilmesi ve klinik karar verme*, ss. 69-102, Eti Aslan, F., (Ed.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

### ***Sürekli Yayınlar***

- Akinci, Ö. I., & Başel, A., 2011. Yanıkta sedasyon ve analjezi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*. **9**, pp. 26-30.
- Alian, A. A., Galante, N. J., Stachenfeld, N. S., Silverman, D. G., & Shelley, K. H., 2011. Impact of central hypovolemia on photoplethysmographic waveform parameters in healthy volunteers part 2: Frequency domain analysis. *Journal of Clinical Monitoring and Computing*. **25**, pp. 387-396.
- Anderson, T., Walls, M., & Canelo, R., 2016. Day case surgery guidelines. *Surgery* **352**. pp. 85-91.
- Asgar Pour, H., 2012. Ameliyat sonrası ateş ve hemşirelik bakımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. **1** (4), ss. 309- 322.

- Asgar Pour, H., Yavuz, M., 2010. Vücut sıcaklığındaki yükselmenin hemodinamik parametrelere etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. **3** (3), ss. 74-79.
- Azak, A., & Taşçı, S., 2009. Klinik karar verme ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri*. **17** (3), ss. 176-183.
- Basuni, S. A., 2016. Addition of low-dose ketamine to midazolam and low-dose bupivacaine improves hemodynamics and postoperative analgesia during spinal anesthesia for cesarean section. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*. **32** (1), pp. 44-48.
- Bryant, H., 2007. Dehydration in older people: Assessment and management. *Emergency nurse*. **15** (4), pp. 22-26.
- Burchill, C., Anderson, B., & O'Connor, C. P., 2015. Exploration of nurse practices and attitudes related to postoperative vital signs. *Medsurgnursing*. **24** (4), pp. 249-255.
- Chan, T. N., & Venus, J., 2016. The effect of 30 to 60 minutes of forced-air pre-warming on maintaining intraoperative core temperatures during the first hour post-anesthesia induction in adult patients undergoing general anesthesia: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. pp. 41-48.
- Chan, E., & Chen, W., 2009. External cooling methods for treatment of fever in adults: A systemic review. *JBI Database of Systematic Reviews*. pp. 1-11.
- Chen, S. L., Hsu, H.Y., Chang, C. F., & Lin, C. L. E., 2016. An exploration of the correlates of nurse practitioners' clinical decision-making abilities. *Journal of Clinical Nursing*, **25**, pp. 1016–1024.
- Considine, J., Trotter, C., & Currey, J., 2015. Nurses' documentation of physiological observations in three acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*. **25**, pp. 134–143.
- Çelik, S., 2007. Kardiyak cerrahi girişim sonrası solunum komplikasyonları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. **11** (2), ss. 67-73.
- Çelik, S., Yıldırım, İ., Arslan, İ., Yıldırım, S., Erdal, F., & Yandı, Y. E., 2011. Hemodynamic and oxygenation changes in surgical intensive care unit patients with

- fever and fever lowering nursing interventions. *International Journal of Nursing Practice*. **17**, pp. 556–561.
- Çilingir, D., & Bayraktar, N., 2006. Günübirlık cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. pp. 69–81.
- Da, L., & Gyh, L., 2013. Treatment of hypertension in peripheral arterial disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. **12**.
- Demir Dikmen, Y., Yıldırım Usta, Y., İnce, Y., Türken Gel, K., & Akı Kaya, M., 2012. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi* **2** (3), ss. 162-172.
- Doğru, B., Öksüz, H., Şenoğlu, N., Yavuz, C., & Gişi, G., 2014. Ameliyat sonrası ani hipotansiyonla ortaya çıkan rölatif adrenal yetersizlik. *Türk J Anaesth Reanim* **42**, ss. 283-287.
- Dunleavy, K. J., 2010. Which core body temperature measurement method is most accurate? *Nursing2010*. pp. 18-19.
- Elliott, M., & Coventry, A., 2012. Critical care: the eight vital signs of patient monitoring. *British Journal of Nursing*. **21** (10), pp. 621-625.
- Elstad, M., Nadland, I. H., Toska, K., & Walløe, L., 2009. Stroke volume decreases during mild dynamic and static exercise in supine humans. *Acta Physiol.***195**, pp. 289–300.
- Erkol, Z., Ertan, A., öz, H., Altınok, A., & Süner, Ç., 2012. Death Caused by Malignant Hyperthermia: Two Case Reports+. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. **19** (2), pp. 110-2.
- Fencel, J., 2015. Guideline implementation: Local anesthesia. *Aorn*. **101** (6), pp. 683-689.
- Forkan, M. R. A., & Khalil, I., 2017. A clinical decision-making mechanism for context-aware and patient-specific remote monitoring systems using the correlations of multiple vital signs. *Computer Meethods and Programs in Biomedicine* **139**. pp. 1-16.
- Friedly, C. & Simmons. S., 2015. Prophylactic ondansetron for prevention of maternal hypotension following spinal anesthesia in women undergoing cesarean section: a systematic review protocol. *JBİ Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. **13** (9), pp. 84-94.

- Gagolkina, E., Aromataris, E., & Umaphysivam, K., 2014. Cardiopulmonary adverse events during procedural sedation in patients with obstructive sleep apnea: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* **12** (1), pp. 45-58.
- Goswami, N., Roessler, A., Lackner, H. K., Schneditz, D., Grasser, E., & Hinghofer-Szalkay, H. G., 2009. Heart rate and stroke volume response patterns to augmented orthostatic stress. *Clin Auton Res.* **19**, pp. 157–165.
- Hands, C., Reid, E., Meredith, P., Smith, B. G., Prytherch, D. R., & Featherstone, I. P., 2013. *Hands C, et al. BMJ Qual Saf.* **22**, pp. 719-726.
- Hoffman, J., & Hamner, C., 2015. Effectiveness of dexmedetomidine use in general anesthesia to prevent postoperative shivering: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports.* **13** (2), pp. 37 – 48.
- Horosz, B., & Malec-Milewska, M., 2014. Methods to prevent intraoperative hypothermia. *Anaesthesiology Intensive Therapy.* **46** (2), pp. 96-100.
- Horosz, B., Nawrocka, K., Malec-Milewska, M., 2016. Anaesthetic perioperative management according to the ERAS protocol. *Anaesthesiology Intensive Therapy.* **48** (1), pp. 49-54.
- İstenmeyen perioperatif hipoterminin önlenmesi rehberi. 2013. Türk Anesteziyoloji ve Reaminasyon Derneği.
- İzveren, A. ve Dal, Ü., 2011. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.* pp. 36-46.
- James, J., Butler-Williams, C., Hunt, J., & Cox, Helen., 2010. Vital signs for vital people: an exploratory study into the role of the healthcare assistant in recognising, recording and responding to the acutely ill patient in the general ward setting. *Journal of Nursing Management.* **18**, pp. 548–555.
- Jordan, J., Miro–Martinez, P., Vargas, B., Varela–Entrecanales, M., & Cuesta–Frau, D., 2017. Statistical models for fever forecasting based on advanced body temperature monitoring. *Journal of Critical Care.* **37**, ss. 136–140.
- Karadağ, E., & Karadakovan, A., 2013. Hemodiyaliz tedavisi olan hastalarda müziğin uyku kalitesi ve yaşam bulgularına etkisi. *Türkiye Klinikleri.* **7** (2), pp. 79-89.

- Karra, V., Papathanassoglou, E. D., Lemonidou, C., Sourtzi, P., & Giannakopoulou, M., 2014. Exploration and classification of intensive care nurses' clinical decisions: a Greek perspective. *British Association of Critical Care Nurses*. **19** (2).
- Kelly, J., Khalesi, S., Dickinson, K., Hines, S., Coombes, J., & Todd, A., 2014. The effect of dietary sodium modification on blood pressure in studies of subjects with systolic blood pressure less than 140mmHg: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. **12** (8), pp. 20-26.
- Ko, Y. L., & Lin, P. C., 2011. The effect of using a relaxation tape on pulse, respiration, blood pressure and anxiety levels of surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, **21**, pp. 689–697.
- Kuiken, V. D., & Huth, M. M., 2016. What is 'Normal?' evaluating vital signs. *Nephrology Nursing Journal*. **43** (1), pp. 49-59.
- Kurşun, Ş., & Dramalı, A., 2011. Batın ameliyatı yapılan hastalarda postoperatif dönemde elektrikli battaniye ile ısıtmanın yeniden ısınma süresine etkisi. *Genel Tıp Dergisi*. **21** (1), pp. 1-4.
- Leng Ng, H. I., & Lang, D., 2014. Clinical comparison of non-invasive blood pressure measurement at different sites: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. **12** (4), pp. 86-101.
- Liddle, C., 2013. Principles of monitoring postoperative patients. *Nursing Times* **109** (22), pp. 24-26.
- Lin, Y. P., Chua, L. W., Mok, Q. W., & Liaw, Y. S., 2015. Using a case-based animation on physiological compensatory mechanism to remediate nurses' misconceptions about changes in patient vital signs. *Journal of Clinical Nursing*. **25**, pp. 566-568.
- Lockwood, C., Conroy-Hiller, T., & Page, T., 2004. Vital signs. *JBIC Report*. **2**, 207-230.
- Lopes I. G., Magalhaes, M. S., Sousa, A. L. A., & Araújo, I. M. B., 2015. Preventing perioperative hypothermia: an integrative literature review. pp. 147-155.
- Manspeaker, S., Henderson, K., Riddle, D., 2014. Treatment of exertional rhabdomyolysis among athletes: A systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. **12** (3), pp.112 – 120.
- Marinov, M., & Fuessel, M. U., Unterrainer, A. F., 2013. Bradycardia after dexamethasone for postoperative nausea and vomiting prophylaxis during induction of anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*. **111** (6), pp. 1025-1026.

- Massey, D., & Mereddith, T., 2010. Respiratory assessment 1: Why do it and to do it? *British Journal of Cardiac Nursing*. **5** (11), pp. 537-541.
- McGhee, L. T., Weaver, P., Solo, S., & Hobbs, M., 2016. Vital signs reassessment frequency recommendation. *Nursing Management*. 11-12.
- Milli Eğitim Bakanlığı, *Ameliyathane ve ameliyat sonrası hemşirelik bakımı*. 2012. [www.megep.meb.gov.tr](http://www.megep.meb.gov.tr), [erişim tarihi 21.03.2017].
- Milli Eğitim Bakanlığı, *Solunum sistemi hastalıklarında ve cerrahisinde anestezi*. 2011. [www.megep.meb.gov.tr](http://www.megep.meb.gov.tr), [erişim tarihi 19.03.2017].
- Milli Eğitim Bakanlığı, *Vital bulgular*. 2011. [www.megep.meb.gov.tr](http://www.megep.meb.gov.tr), [erişim tarihi 23.03.2017].
- Miltner, R. S., Johnson, D. K., & Deierhoi, R., 2014. Exploring the frequency of blood pressure documentation in emergency departments. *Journal of Nursing Scholarship* **46** (2), pp. 98–105.
- Mølgaard, R. R., Larsen, P., & Hakonsen, S. J., 2016. Effectiveness of respiratory rates in determining clinical deterioration: A systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*.
- Moore, T., 2007. Respiratory assessment in adults. *Nursing Standard*. **21** (49), pp. 48-56.
- Mordiffi, S. Z., Peters, M. D. J., & Ang, E. N. K., 2016. The use of non-invasive thermometers in healthcare facilities: a scoping review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. pp. 106-112.
- Öncel Yekta, M., Akar, M., Erdeve Ö. & Dilmen, U., 2012. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. **55**, pp. 96-99
- PACU standard care procedure, 9 Şubat 2015. pp. 1-15.
- Patton, L., & Young, V., 2017. Effectiveness of provider strategies for the early recognition of clinical deterioration due to sepsis in pediatric patients: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. pp. 76-85.
- Pierce, S., Bonanno, L., & Sanvi, S., 2016. Effectiveness of intrathecal dexmedetomidine as an adjuvant to bupivacaine spinal anesthesia in adult patients undergoing elective surgery: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. pp. 15-21.

- Ramsay, M. A. E., Usman, M., Lagow, E., Mendoza, M, Untalan, E., & De Vol, E., 2013. The accuracy, precision and reliability of measuring ventilatory rate and detecting ventilatory pause by rainbow acoustic monitoring and capnometry. *Anesthesia & analgesia*. **117** (1), pp. 69-75.
- Riazi, S., & Brandom, B. W., 2015. Malignant hypertermia-an update for perioperative nurses. *Ornac Journal*. pp. 16-26.
- Robelli, S., & Lawson, L., 2012. Elevated blood pressure in ed patients: best evidence on the importance of assessment, recognition, and referral. *Clinical*. **38** (3), pp. 245-250.
- Schulman, S. C., & Staul, L., 2010. Standards for frequency of measurement and documentation of vital signs and physical assessments. *Criticalcare nurse*. **30** (3), pp. 74-76.
- Sellers, L. S., Moss, E. M., Calzone, K., Abdallah, E. K., Jenkins, J. F., & Bonham, L. V., 2016. Nurses' use of race in clinical decision making. *Journal of Nursing Scholarship*. **48** (6), pp. 577-586.
- Shafique Sajid, M. S., Shakir, A. J., Khatri, K., Baig, M. K., 2009. The role of perioperative warming in surgery: a systemic review. *Sao Paulo Med J*. **127** (4), pp. 231-237.
- Simpson, H., 2006. Respiratory assessment. *British Journal of Nursing*. **15** (9), pp. 484-488.
- Skar, P., & Gordon, C., 2015. Changes in blood pressure among users of lay health worker or volunteer operated community-based blood pressure programs over time: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. **13** (10), pp. 30-40.
- Stens, J., Oeben., Dusseldorp, A. A. V., & Boer, C., 2016. Non-invasive measurements of pulse pressure variation and stroke volume variation in anesthetized patients using the Nexfin blood pressure monitor. *J Clin Monit Comput*. **30**, pp. 587-594.
- Stevenson, E. J., Israelsson, J., Nisson, G. C., Petersson, I. G., & Bath, A. P., 2016. Recording signs of deterioration in acute patients: The documentation of vital signs within electronic health records in patients who suffered inhospital cardiac arrest. *Health Informatics Journal*. **22** (1), pp. 21-33.



- Storm-Versloot, N. M., Verweij, L., Lucas, C., Ludikhuizen, J., Goslings, J. C., Legemate, D. A., & Vermeulen, H., 2014. Clinical relevance of routinely measured vital signs in hospitalized patients: A systematic review. *Journal of Nursing Scholarship*. **46** (1), pp. 39–49.
- Sucu, G., Dicle, A., & Saka, O., 2012. Hemşirelikte klinik karar verme, etkileyen etmenler ve karar verme modelleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. **9** (1), ss. 52-60.
- Tabbert, K., & Virginia, A., 2013. Low-dose intraoperative ketamine for prevention of post-anesthetic shivering: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. **11**(8), pp. 38- 47.
- Veljancić, L., Popović, J., Radović, M., Ahrenholz, P., Ries, W., Frenken, L., & Wojke, R., 2011. Simultaneous blood temperature control and blood volume control reduces intradialytic symptoms. *Int J Artif Organs*. **34** (4), pp. 357-364.
- Vetter, M. J., 2015. The influence of clinical decision support on diagnostic accuracy in nurse practitioners. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, **12** (6), pp. 355–363.
- Yongxing Lin, P., Chua, W. L., Mok, W. Q. & Liaw, S. Y., 2015. Using a case-based animation on physiological compensatory mechanism to remediate nurses' misconceptions about changes in patient vital signs. *Journal of Clinical Nursing*, **25**, pp. 566–568.
- Wamsley, C., & Missel, D., 2016. Effect of peak inspiratory pressure on the development of postoperative pulmonary complications in mechanically ventilated adult surgical patients: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. pp. 74-82.
- Watkins, T., Whisman, L., & Booker, P., 2015. Nursing assessment of continuous vital sign surveillance to improve patient safety on the medical/surgical unit. *Journal of Clinical Nursing*. **25**, pp. 278-281.
- Yıldız, F., & Karakoç, E., 2013. Hipovolemi ve şok tedavisinde sıvı seçimi: Kristalloid ve Kolloidler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. **22** (3), ss. 347-361.
- Yüksel, S., & Uğraş, Altun, G., 2016. Cerrahi hastasında hipotermi gelişimini önlemede hemşirenin rolü. *Mersin Univ Sağlık Bilim Dergisi*. **9** (2), pp. 113-121.

- Zeitz, K., & McCutcheon, H., 2006. Observations and vital signs: ritual or vital for the monitoring of postoperative patients? *Applied Nursing Research*. **19**, pp. 204-211.
- Zeitz, K., 2005. Nursing observations during the first 24 hours after a surgical procedure: what do we do?. *Journal of Clinical Nursing*, **14**, pp. 334–343.
- Zhu, L., Xu. J., Wang. Q., Xu. F., & Chen. J., 2016. Nursing care of transradial angiography and intervention in a tertiary hospital in Shanghai: a best practice implementation project. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. pp. 286-294.



### ***Diğer Yayınlar***

- Açıkgöz Karakuş, G., (2014). Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaç uyumları arasındaki ilişki. *Yüksek Lisans Tezi*. Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Arıcı, M., Birdane, A., Güler, K., Yıldız, B. O., Altun, B., Ertürk, Ş., Aydoğdu, S., Özbakkaloğlu, M., Ersöz, H. Ö., Süleymanlar, G., Tükek, T., Tokgözoğlu, & L., Erdem, Y., 2015. Türk hipertansiyon uzlaşma raporu. *Türk Kardiyol Dern Arş*. **43** (4), pp. 402-409.
- Coşkun, E., (2013). Türk hamamının yaşam bulguları ve oksijen saturasyonu üzerine etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Çalık, E., (2007). Laparoskopik kolesistektomi öncesi öğretimin ameliyat sonrası solunum konforu, ağrı ve memnuniyete etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Durmaz, A., (2012). Hemşirelik öğrencilerinin ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakım yönetimini öğrenmesinde bilgisayar destekli simülasyon tekniğinin etkisi. *Doktora Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Erciyes, Y., (2013). Hipertansiyonlu hastalarda hemşire tarafından verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Gün, Y., (2012). Hipertansiyon tanısı almış hastaların tedavi uyumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Hersekli, Ş., (2008). Postoperatif hasta kontrollü morfin uygulanan hastalarda preoperatif uygulanan deksmedetomidin, midazolam ve ondansetronun etkilerinin karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi*. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Karaçayır, Y., (2006). Deksmetomidinin genel anestezi ve epidural anestezide vücut sıcaklığı değişikliği ve titreme üzerine etkileri. *Uzmanlık Tezi*. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Miyase Ünverdi, Z., (2010). Yoğun bakımda ameliyat sonrası uygulanan perküsyon tekniğinin solunum fonksiyonlarına etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özdemir, H., (2012). Esansiyel hipertansiyonlu kadınlara inhalasyon yoluyla uygulanan aromaterapinin arteriyel kan basıncı, nabız ve kaygı düzeyine etkisi. *Doktora Tezi*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özer, S., (2007). Akut koroner sendromlarda vücut sıcaklığı değişikliklerinin hasta sonuçlarına etkisi. *Doktora Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Pamir Aksoy, A. N., (2013). Ameliyathanede aktif ısıtmanın vücut sıcaklığı değişimine etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Türk Kardiyoloji Derneği, *Kan Basıncının Ölçümü ve Klinik Değerlendirme*. 2016. [www.tkd.org.tr/kilavuz/](http://www.tkd.org.tr/kilavuz/) [erişim tarihi 20.03.2017].

- Türk Kardiyoloji Derneği, *Türk kardiyoloji derneği ulusal hipertansiyon tedavi ve takip kılavuzu*. 2016. <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/> [erişim tarihi 20.03.2017].
- Türk, G., (2008). Standart hemşirelik bakımının yaşlı bireylerde ortostatik hipotansiyona ve günlük yaşam aktivitelerine etkisi. *Doktora Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ulus, M., (2015). Açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda solunum egzersizlerinin dispne skoru ve egzersiz toleransına etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yeğit, M., (2008). Hipovolemide izofluran ve sevofluranın hemodinami üzerine etkilerinin karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi*. Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Yeşilorman, M., (2009). Ameliyat sonrası ilk 24 saatte hemşire gözlemlerinin değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yıldız, E., (2012). Öz-bakım gücü modeline göre verilen bakımın hipertansiyonlu hastaların kan basıncı düzeyine ve öz-bakım gücüne etkisi. *Doktora Tezi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.



**EKLER**



**EK A.1: İstanbul Bahçeşehir Üniversitesi Etik Kurul İzni**



**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**Üniversitemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na ait 07 Aralık 2016 Tarih ve 2016-10/02 Sayılı Karar Örneğidir.**

**KARAR:2016-10/02**

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Nurşah BÜYÜKÇAMSARI'nın "**Cerrahi Hemşirelerinin Yaşam Bulgularını Değerlendirme ve Klinik Karar Verme Durumlarının İncelenmesi**" isimli tez araştırmasının başvuru dosyası görüldü.

Görüşmeler sonunda Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Nurşah BÜYÜKÇAMSARI'nın "**Cerrahi Hemşirelerinin Yaşam Bulgularını Değerlendirme ve Klinik Karar Verme Durumlarının İncelenmesi**" isimli çalışmalarını gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak; incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verildi.

**Prof.Dr. Nazire AFŞAR  
Etik Kurul Başkanı**

**EK A.2: Demografik Özellikler Formu**

1. Verilecek Kod :.....
2. Cinsiyet :.....
3. Yaş :.....
4. Medeni Durum : .....
5. Mezun Olunan Okul Türü : .....
6. Mesleki Deneyim Süreleri: .....
7. Cerrahi servislerinde çalışma süreleri: .....



**EK A.3: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**



## **Tema 1 Vücut Sıcaklığı**

**Soru 1:** Ameliyat sonrası vücut sıcaklığını hangi sıklıkta ölçersiniz?

**Soru 2:** Normalden sapmada ne yaparsınız?

*Vaka 1: Bay A. Y 70 yaşında, kolelitiazis nedeniyle cerrahi girişim geçirmiş, 48 saattir cerrahi servisinde yatmaktadır. Son 24 saatte masif sıvı ve kan ürünleri perfüzyonu yapıldı. Hastanın vücut sıcaklığı 35.4 °C, olarak ölçüldü.*

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**Soru 4:** Bu durumda nasıl bir bakım planlarsınız? Ne yaparsınız?

*Vaka 2: Bay A. D 30 yaşında, mide ülseri nedeniyle cerrahi girişim uygulandı. Kırksekiz saattir cerrahi servisinde yatmaktadır. Hastanın vücut sıcaklığı 38 °C, olarak belirlendi. Hasta, 'çok üşüdüğünü, halsizlik ve kırgınlık' hissettiğini dile getirdi. Fizik muayenede akciğer seslerinde anormallik belirlendi.*

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**Soru 4:** Ne yaparsınız?

## **Tema 2 Nabız**

**Soru 1:** Ameliyat sonrası nabızı hangi sıklıkta ölçersiniz?

**Soru 2:** Normalden sapmada ne yaparsınız?

*Vaka 1: Bay Y.Y 85 yaşında, kolelitiazis tanısı ile cerrahi girişim uygulandı. Yirmidört saattir cerrahi servisinde yatmaktadır. Yapılan fizik muayenede ciltte kuruluk, göz orbitasında çoküklük, dilde uzunlamasına çukurluklar belirlendi. Hasta, 'çarpıntı ve göğüs ağrısı' hissettiğini belirtti. Hastanın nabızı 120 /dk olarak ölçüldü.*

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**Soru 4:** Ne yaparsınız?

*Vaka 2: Bayan Z. Y 60 yaşında, tiroidektomi cerrahi girişimi uygulanmış, kırksekiz saattir cerrahi servisinde yatmaktadır. Yapılan fizik muayenede saç ve kirpik kayıpları, kolay*

*kırılan tırnaklar, ellerde uyuşma ve karıncalanmalar belirlendi. Hasta, 'bacaklarında kramplar, nefes darlığı, hafif göğüs ağrısı' hissettiğini dile getirdi. Hastanın nabızı 50/dk olarak ölçüldü.*

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**Soru 4:** Ne yaparsınız?

### **Tema 3 Solunum**

**Soru 1:** Ameliyat sonrası solunumu hangi sıklıkta ölçersiniz?

**Soru 2:** Normalden sapmada ne yaparsınız?

*Vaka 1: Bay T. B 60 yaşında, plörezi tanısıyla torasentez cerrahi girişimi uygulanmış, yirmidört saattir cerrahi servisinde yatmaktadır. Hasta, 'göğsün yan kısmında hissedilen batıcı tarzda ağrı ve nefes darlığı' hissettiğini dile getirdi. Hastanın solunumu 22/dk olarak ölçüldü.*

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**Soru 4:** Ne yaparsınız?

*Vaka 2: Bay A. Y 90 yaşında, kalça kırığı nedeniyle epidural anestezi ile cerrahi girişim geçirdi. Oniki saat önce amliyethaneden kliniğe kabul edildi. Fizik muayenede göğüs hareketlerinde yavaşlama ve derinliğinde artma bulundu. Hasta, 'göğsünde nefes almayı zorlayan ağrı, nefes darlığı' hissettiğini dile getirdi. Hastanın solunumu 10/dk olarak belirlendi.*

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**Soru 4:** Ne yaparsınız?

### **Tema 4 Kan Basıncı**

**Soru 1:** Ameliyat sonrası kan basıncını hangi sıklıkta ölçersiniz?

**Soru 2:** Normalden sapmada ne yaparsınız?

Vaka 1: *Bayan A. K 65 yaşında, tüp mide cerrahi girişimi uygulanmış, yirmidört saattir cerrahi servisinde yatmaktadır. Hasta, 'baş ağrısı, kulak çınlaması, nefes darlığı' hissettiğini dile getirdi. Hastanın kan basıncını 140/90 mmHg olarak tespit edildi.*

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**Soru 4:** Ne yaparsınız?

Vaka 2: *Bayan V. T 80 yaşında, bypass cerrahi girişim uygulanmış, kırksekiz saattir servisinde yatmaktadır. Hasta, 'yorgunluk, bulanık görme ve bulantı' hissettiğini dile getirdi. Hastanın kan basıncını 90/60 mmHg olarak tespit edildi.*

**Soru 3:** Klinik kararınız nedir?

**Soru 4:** Ne yaparsınız?

#### **EK A.4: Bilgilendirme ve Onam Formu**

Sayın Katılımcı

Yüksek Lisans Tez çalışması olarak yürütülen bu araştırmada amaç; cerrahi hemşirelerinin yaşam bulgularını değerlendirme ve klinik karar verme durumlarını incelenmesidir.

Bu araştırmanın İstanbul İli hastanelerinde çalışan cerrahi hemşireleri ile yapılması tasarlanmıştır. Belirlenen sayıya göre araştırmaya katılmaya kabul eden sekiz hemşireler ile araştırma yapılacaktır.

Araştırma katılımcıların uygun oldukları zamanlarda yüz yüze odak görüşmesi şeklinde yapılacaktır. Araştırma iki araştırmacı görüşmeci ve görüşülen katılımcı kişiler ile yapılacaktır.

Görüşmeler rahat ve sakin bir ortamda gerçekleştirilecektir. Görüşmelerde katılımcılar Bahçeşehir Üniversitesine davet edilecek ve burada yapılacaktır. Görüşmelerin kişilerin verdiği cevapların uzunluğuna bağlı olarak ve odak görüşmelerin yapıldığı araştırma örneklerinden alınan bilgilere göre tahminen 60-90 dakika süreceği düşünülmüştür. Görüşme sırasında konuşmalar ses kayıt cihazı ile kaydedilip, yapılan ses kayıtları hemen silinecektir.

Bu araştırma karşılığı katılımcılardan hiçbir ücret talep edilmeyecek ve size maddi\manevi bir ödül de verilmeyecektir. Ayrıca araştırmacıların ve kurumun yürütülen araştırmadan herhangi bir maddi çıkarı yoktur.

Araştırma sonucunda elde edilen her türlü bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Araştırmanın yayınlanması halinde ise katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tamamen özgürsünüz. Araştırmadan ayrılmak ya da araştırmaya katılmaya vazgeçmek istediğinizde hiçbir şekilde baskı veya zorlama yapılmayacaktır.

Ben, (katılımcı adı) ..... katılmam istenen araştırmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Araştırma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım.

Bu araştırmaya katılmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi olumsuz bir tavırla karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

**Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı (Danışman)**

**Prof. Dr. Fatma Eti Aslan**

**İmzası:**

**Diğer Araştırmacının Adı Soyadı (Öğrenci)**

**Nurşah Büyükçamsarı**

**İmzası:**

## ÖZGEÇMİŞ

- Adı Soyadı** : Nurşah Büyükçamsarı
- Sürekli Adresi** : Maslak Acıbadem Hastanesi Sarıyer/İstanbul
- Doğum Yeri ve Yılı** : Sivas/1987
- Yabancı Dili** : İngilizce
- İlk Öğretim** : Yurter Özcan Yatılı İlköğretim Bölge Okulu/ 2002
- Orta Öğretim** : Şarkışla Anadolu Lisesi/ 2006
- Lisans** : Ordu Üniversitesi/2011
- Yüksek Lisans** : Bahçeşehir Üniveristesi/2017
- Enstitü Adı** : Sağlık Bilimleri
- Program Adı** : Hemşirelik Tezli
- Yayımları** : 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi

Hemşireler Tarafından Gerçekleştirilen Yaratıcılık ve Hemşirelik Konulu Araştırmalar Poster Bildiri

Gelecekte Hemşirelerden Beklentileri Konu Alan Lisansüstü Çalışmalar Poster Bildiri

### Çalışma Hayatı:

- Aralık 2016-devam : Maslak Acıbadem Hastanesi/Koroner Yoğun Bakım Hemşiresi
- Eylül 2015-Mayıs 2016 : Kalite Akademi Eğitim Danışmanlık/Operasyon Koordinatörü
- Şubat 2015-Mayıs 2016 : Medtour Sağlık Turizm Şirketi/Business Development
- Aralık 2014-Şubat 2015 : Kudret Göz Grubu/Ameliyathane Hemşiresi
- Aralık 2013-Agustos 2014 : Lookingcare Health Tourism Services/Operation Manager
- Aralık 2013-Agustos 2014 : Mercan Health Services/Operation Manager
- Ağustos 2011-Aralık 2013 : Bayındır Sağlık Grubu/Kardiyoloji Klinik Sorumlu Hemşiresi