T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BÜYÜK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIMI GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

AYNUR KAYA

DANIŞMAN
Prof. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Hemşirelik Esasları, Tezli Yüksek Lisans Programı

Eylül, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Aynur KAYA tarafından, **Prof. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ** danışmanlığında hazırlanan *"BÜYÜK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIMI GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ"* başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **12/09/2023**tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	**Sonuç**
DANIŞMAN	Prof. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Yeliz ÇULHA İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Elif GEZGİNCİ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Aynur KAYA

(İmza)

Hayat boyu bana destek olan aileme ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

BÜYÜK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIMI GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Yürümeye başladığım bu yolun başından beri bilgisi ve tecrübesiyle bana sürekli destek olan ve rehberlik eden, beni motive eden, hoş görüsü ve ilgisini sürekli hissettiren çok değerli ve kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Funda Büyükyılmaz'a,

Eğitimim boyunca aktardıkları bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda bulunan tüm öğretim üyesi ve araştırma görevlisi hocalarıma,

Çalışmamı yürüttüğüm Koç Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmama katılmayı gönüllü olarak kabul edip, değerli vakitlerini ayıran başta 8A servisi hemşireleri ve ekibi olmak üzere diğer kliniklerde çalışmama destek veren tüm ekip arkadaşlarıma,

Bana sürekli destek olan ve hayat boyu yanımda olduklarını hissettiren aileme,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana destek olan ve motive eden dostlarıma tüm içtenliğimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eylül 2023 Aynur KAYA

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ..... **ii**
BEYAN ..... **iii**
BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
TABLO LİSTESİ ..... **ix**
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... **x**
ÖZET ..... **xi**
ABSTRACT ..... **xii**
1. GİRİŞ **1**
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE **4**
2.1. AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI 4
2.1.1. Yaşam Süresi 5
2.1.2. Yaşam Aktiviteleri 6
2.1.3. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler 10
2.1.4. Bağımlılık-Bağımsızlık Dizgesi 12
2.1.5. Yaşamda Bireysellik 12
2.2. HASTA SINIFLANDIRMA SİSTEMLERİ 12
2.2.1. Hasta Sınıflandırma Sistemlerinin Tanımı 12
2.2.2. Hasta Sınıflandırma Sistemi Tarihçesi ve Tipleri 14
2.2.3. Hasta Sınıflandırma Sistemi Örnekleri 16
3. YÖNTEM **19**
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIM TİPİ 19
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI 19
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN 19
3. . ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 19
3. .1. Örneklem Seçim Kriterleri 20
3. .2. Dışlanma Kriterleri 20

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI 20
3.5.1. Veri Toplama Araçları 20
3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI 22
3.7. ARAŞTIRMANIN YASAL VE ETİK YÖNLERİ 22
3.8. ARŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ 22
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 23
3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 23
4. BULGULAR 24
4.1. HEMŞİRELERİN BİREYSELVE MESLEKİ ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULAR 24
4.2. HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIK ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULAR 25
4.3. HASTALARIN BAKIM GEREKSİNİMİ DÜZEYLERİNİN SINIFLANDIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR 28
4.4. HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIK ÖZELLİKLERİNE GÖRE BAKIM GEREKSİNİMLERİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR 30
5. TARTIŞMA 35
5.1. HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 35
5.2. HASTALARIN BAKIM GEREKSİNİMİ DÜZEYLERİNİN SINIFLANDIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI 37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 41
KAYNAKLAR 43
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 51
EKLER 52
ETİK KURUL İZİN YAZISI 53
KURUM İZNİ YAZILARI 55
ÖZGEÇMİŞ 66

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4-1. Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı 25

Tablo 4-2. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı 26

Tablo 4-3. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı 27

Tablo 4-4. Hastaların Bakım Düzeylerinin İncelenmesi 28

Tablo 4-5. Hastaların Bireysel ve Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Gereksinimleri Oranlarının İncelenmesi 29

Tablo 4-6. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Bakım Gereksinimleri Düzeylerinin Değerlendirilmesi 31

Tablo 4-7. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Gereksinimleri Düzeylerinin Değerlendirilmesi 33

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar **Açıklama**

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KBY : Kronik Böbrek Yetmezliği

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

KAH : Koroner Arter Hastalığı

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BÜYÜK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIMI GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Aynur KAYA

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Hemşirelik Esasları, Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Prof. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ

Araştırma, büyük cerrahi girişim geçiren hastaların hemşirelik bakımı gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı. Çalışma özel bir üniversite hastanesinin cerrahi kliniklerinde bakım veren 111 hemşire ile gerçekleştirildi. Araştırma verileri; "Hemşire Bilgi Formu", "Hasta Bilgi Formu", "Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği" ile toplandı. Veriler; büyük cerrahi girişim geçirmiş ve ameliyat sonrası 1. gününde olan hastalara bakım veren hemşirelerden, yatan hasta servislerinde araştırmacı tarafından, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin toplanması 10-15 dakika arasında tamamlandı. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemler ile analiz edildi.

Hastaların hemşirelik bakımı gereksinimlerini belirleyen hemşirelerin; yaş ortalamasının 25,51±2,21 yıl, %83,8'inin kadın, %94,6'sının lisans mezuniyet derecesine sahip olduğu ve %78,4'ünün ortalama 33,72±20,90 aydır servis hemşiresi olarak görev yaptığı bulundu. Hastaların Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'ne göre "orta düzey üstü (20,50±4,86)" bakım gereksinimlerinin olduğu saptandı. Orta düzey üstü ve üst düzeyde bakım gereksinimi olan hastaların ameliyat sonrası yoğun bakımda tedavi-bakım alma oranlarının, diğer hastalardan daha fazla oranda olduğu belirlendi ($p<0,01$). Düşük eğitim düzeyi, sigara-alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, yoğun bakımda tedavi ve bakım alma gereksinimi gibi değişkenlerin, bakım gereksinimini belirlemede önemli olduğu görüldü ($p<0,05$).

Ameliyat sonrası dönemde olan hastaların bakım gereksinimi düzeylerinin belirlenmesinde eksiksiz veri toplanması ve sistematik değerlendirme için, hasta sınıflandırma ölçeklerinden yararlanılması gerektiği ve hastaların bakım gereksinimlerinin karşılanması ve hemşire insan gücü planlanmasında bu analizlerin dikkate alınması önerilmektedir.

Eylül 2023 , 80 sayfa.

Anahtar kelimeler: Bakım Gereksinimi, Hasta Sınıflandırma, Perroca, Cerrahi Girişim.

ABSTRACT

M.Sc. THESIS

DETERMINATION OF NURSING CARE NEEDS OF PATIENTS UNDERGOING MAJOR SURGERY

Aynur KAYA

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Nursing Fundamentals

Fundamentals of Nursing Programme

Supervisor : Prof. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ

The study was planned as a descriptive study to determine the nursing care needs of patients undergoing major surgical intervention. The study was conducted with 111 nurses providing care in the surgical clinics of a private university hospital. The data were collected using the "Nurse Information Form", "Patient Information Form" and "Perroca Patient Classification Scale". The data were collected by the researcher in inpatient wards by face-to-face interview method from nurses caring for patients who had undergone major surgical intervention and were on the first postoperative day. Data collection was completed between 10-15 minutes. The obtained data were analyzed using appropriate statistical methods.

It was observed that the mean age of the nurses who determined the nursing care needs of the patients was 25.51±2.21 years, 83.8% were female, 94.6% had a bachelor's degree, and 78.4% had been working as ward nurses for an average of 33.72±20.90 months. According to the Perroca Patient Classification Scale, the patients were found to have "above intermediate level (20.50±4.86)" care needs. It was determined that the rate of receiving treatment and care in

postoperative intensive care unit was higher in patients with intermediate and higher level care needs than in other patients ($p<0.01$). Variables such as low level of education, smoking and alcohol use, presence of chronic disease, need for treatment and care in intensive care unit were found to be important in determining the need for care ($p<0.05$).

It is recommended that patient classification scales should be utilized for complete data collection and systematic evaluation in determining the level of care needs of patients in the postoperative period and that these analyses should be taken into account in meeting the care needs of patients and planning nurse manpower.

September 2023, 80 pages.

Keywords: Care Requirement, Patient Classification, Perroca, Surgical Intervention.

1. GİRİŞ

Günümüzde teknoloji, sağlık, ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımındaki gelişmeler sonucu cerrahi girişimler sıkça başvurulan yöntemler haline gelmiş ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Bunun bir sonucu olarak cerrahi girişimlerde belirli komplikasyonların ortaya çıkabilme ihtimali yadsınamaz bir gerçektir. En sık rastlanan komplikasyonlar atelektezi, yara yeri infeksiyonu, üriner retansiyon ve üriner yol enfeksiyonlarıdır (İzveren, 2011). Bu komplikasyonların önlenmesinde, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakımı oldukça önemlidir. Ameliyat öncesi, sırası verilen planlı hemşirelik bakımının ve ameliyat sonrası verilen optimal hemşirelik bakımının komplikasyonları büyük ölçüde önlediği saptanmıştır (Dal, 2011). Ameliyat sonrası hemşirelik bakımının odak noktası; ağrı yönetimi, kardiyovasküler fonksiyonu sürdürme, solunum sistemi fonksiyonunu sürdürme, yeterli beslenme ve eliminasyonu sağlama, sıvı-elektrolit dengesini sürdürme, yeterli renal fonksiyonu sürdürme, istirahat ve güvenliğin sağlanması, erken hareket ve ambulasyonun sağlanması, yara iyileşmesini sağlama, psikolojik destek sağlama, enfeksiyonları ve komplikasyonları önleme şeklinde olmaktadır (İzveren ve Dal, 2011).

Ameliyat sonrası erken dönemde bireylerin bakım gereksinimleri ve bağımlılık durumları artmaktadır. Bireylerin bakım gereksinimlerinin ve bağımlılık-bağımsızlık durumlarının belirlenmesi; bireye özgü hemşirelik bakımını planlamada hemşireye temel bilgi sunmakla birlikte, hastaya verilen hemşirelik bakımının kalitesinin de artmasını sağlamaktadır. Bakım gereksinimi, hastanın öz-bakım gereksinimlerini karşılayabilmede profesyonel desteğe ihtiyaç duyması ve bağımlılık durumuna göre belli bir düzeyde bakım talep etmesi olarak tanımlamaktadır. Bakım gereksinimi; sağlık-hastalık dizgesinin her bir düzeyinde görülebilecek bir durumdur (Korhan ve ark., 2013). Bu nedenle hemşirenin bakımından sorumlu olduğu bireylerin ne derecede bakım gereksinimi olduğunun ortaya konması bakım sürecinin yönetiminde büyük önem taşımaktadır.

Literatürde hastaların bakım gereksinimlerini ortaya koyan bazı çalışmalar incelendiğinde; Korhan ve ark. (2013) dahili kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılığının "yüksek düzeyde" olduğunu belirtmektedir. Bu durum dahili kliniklerde yatan hastalarda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), inme, kalp yetmezliği gibi hastalıkların daha fazla

olmasıyla ilişkilendirilmiştir (Korhan ve ark., 2013). Kılıç ve ark. (2017) dahili ve cerrahi kliniklerde yapılan bir çalışmada ise, cerrahi kliniğinde yatan ameliyat sonrası hastaların bakım gereksinimlerinin, dahiliye kliniğinde yatan hastalara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gülengün ve ark. (2018)'nın ise, KOAH hastalarının "orta düzeyde" bakım gereksinimlerinin olduğunu, hareket, uyku ve dinlenme, kişisel temizlik ve giyinme gibi yaşam aktivitelerinde daha çok bağımlı oldukları ve yaş arttıkça bağımlılık düzeyinin de arttığını saptamıştır. Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) tanısı olan hastalarla yapılmış bir çalışmada ise, bakım bağımlılığının "orta düzeyde" olduğu ve bunların genellikle, giyinme, soyunma, tehlikelerden kaçınma, hareketlilik ve eğlence gibi aktivitelerde daha fazla olduğu belirlenmiştir (Özkan Tuncay ve Fertelli, 2020). Baksi ve Genç (2020) ise, cerrahi kliniklerde yatan ve cerrahi girişim geçirmiş 200 hastada yapılan bir çalışmaya göre beyin-sinir cerrahisi kliniğinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Lima ve ark. (2010) tarafından Brezilya'da bir üniversite hastanesinin anestezi sonrası bakım ünitesinde 402 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada da, üniteye daha çok "yüksek ve orta düzeyde" hemşirelik bakımı gereksinimi olan hastaların kabul edildiği sonucuna ulaşılmıştır (Lima ve ark. 2010).

Başarılı ve etkili bir rehabilitasyonun temeli sadece yeterli tıbbi tedaviyle değil, aynı zamanda hasta merkezli ve kapsamlı hemşirelik bakımıyla gerçekleşir. Bağımlılığın azaltılması, bağımsızlığın desteklenmesi, bu bağlamda kişilerin aktif bir şekilde yaşama dönmelerine yardımcı olmak ve yaşam kalitelerinin artmasını sağlamak oldukça önemlidir (Bilgin ve ark., 2020).

Tüm bu bakım gereksinimleri göz önüne alındığında hastaların özellikle ameliyat sonrası erken dönemde hemşirelik bakımı gereksinimine büyük ölçüde ihtiyaç duyduğu bilinmektedir. Her birey sahip olduğu bireysel özelliklere, sağlık öyküsüne (akut ve kronik hastalıklar), geçirmiş olduğu hastalıklara, ameliyatlara, var olan sağlık durumuna ve geçirilen cerrahi işleme yönelik farklı bakım gereksinimlerine ihtiyaç duymaktadır (İzveren ve Dal, 2011). Yeterli hemşirelik bakımı hizmeti sunumu için gereksinim duyulan hemşire iş gücü planlamasında hasta sınıflandırması sistemlerinin kullanımı önem arz etmektedir (Avcı ve ark., 2013). Böylece istenen nitelikte hemşirelik bakım hizmeti sunumu için gereken kaynakların belirlenmesi kolaylaşır ve bakımın kalitesi güvence altına alınmış olur (Yetim, 2016). Aynı zamanda hasta sınıflandırma sistemi, bakım yönetiminde karar verme süreci için bir rehber olarak öne çıkmaktadır. Hasta sınıflandırma sistemleri sayesinde bakım daha

işlevsel planlanır ve bakım çıktılarında belirgin iyileşmeler görülür. Daha etkin bakım ve taburcu planlaması ile bakım kalitesinde artış sağlanır (Abreu ve ark., 2014).

Bu bilgiler ışığında araştırma, büyük cerrahi girişim geçiren hastaların, hemşirelik bakımı gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla planlandı. Elde edilen sonuçların büyük cerrahi girişim geçiren hastaların hemşirelik bakımı planlamalarında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Bilim ve teknolojinin gelişmesi sonucunda birçok hastalık için cerrahi tedaviler geliştirilmiş ve bunlar beraberinde büyük cerrahi girişimleri gündeme getirmiştir. Böylelikle, ameliyat sonrası dönemde bakım kavramı ön plana çıkmıştır. Özellikle büyük cerrahi girişimler sonrası hastaların hemşirelik bakımına gereksinimlerinin özellikli ve daha fazla olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda hastaların ameliyat sonrası dönemdeki bakım gereksinimlerinin bilinmesi, hemşirelik bakımının planlanması ve bakım yönetiminde hemşireye temel veri sağlar (Kılıç ve ark., 2017).

Ameliyat sonrası planlı ve etkin hemşirelik bakımı, gelişebilecek sorunların ve komplikasyonların erken dönemde önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Ameliyat sonrası erken dönemde en çok karşılaşılan sorunlar; ameliyat yerinde ağrı, öksürük, bulantı, yutma güçlüğü ve konstipasyondur (Kılıç ve ark., 2017). Bu konu ile ilgili Vermişli ve Çam (2015)'ın derleme makalesinde, ameliyat sonrası erken mobilizasyonun komplikasyonları önlemenin yanı sıra, bireyin kendi bağımsızlığını desteklediği ve yaşam kalitesi düzeyini arttırdığı bildirilmektedir. Ayrıca ameliyat sonrası hemşirelik bakımında hastanın gereksinimlerinin belirlenmesi ve buna yönelik erken dönemde etkin hava yolu yönetimi, hemodinamik monitörizasyon, ağrı yönetimi, immobilizasyonun önlenmesi için erken ve sık ambulasyon, yara ve dren bakımı, derin ven trombozu profilaksisi, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması ve sürdürülmesi, enteral ve/veya beslenmenin sağlanması, hasta/ailesinin eğitimi ve emosyonel destek sağlanması gibi hemşirelik bakım uygulamaları ile ameliyat sonrası oluşabilecek birçok komplikasyon önlenebilmektedir (Aygın ve Açıl, 2015). Bir sistematik derlemede, profesyonel hemşireler tarafından verilen bakımın, ölüm oranlarını düşürdüğü, üriner enfeksiyon, üst gastrointestinal sistem kanaması, hastane kaynaklı pnömoniler, şok, kardiyak arrest gibi komplikasyonları azalttığı bildirilmiştir (Lanshear, 2015; Akatın ve ark., 2019).

Ameliyat sonrası dönemde bireyi tüm boyutları ile ele alıp değerlendirmek ve bireyin bireyselliğini göz önünde bulundurmak için, hemşirelik bakımında hemşirelik

model/kuramlarından yararlanılması önem arz etmektedir. Bu doğrultuda bu bölümde ameliyat sonrası bireylerin hemşirelik bakım gereksinimlerinin incelenmesi; bireysel ve bütüncül bir yaklaşıma odaklanan "Yaşam Modeli" doğrultusunda açıklanacaktır (Akyüz, 2022).

2.1.1. Yaşam Süresi

Bebeklik, çocukluk, adölesan/ergenlik, yetişkinlik/erişkinlik, yaşlılık olarak yaşamın bütün evrelerinde bireylerin biyofizyolojik, psikososyal, kültürel ve çevresel özellikleri farklılık göstermektedir. Buna bağlı olarak ameliyat sonrası bireylerde yaşa bağlı olarak bakım gereksinimleri ve iletişim düzeyleri de farklı olabilmektedir. Hemşirelik bakımının da buna uygun şekilde planlanması gerekmektedir (Acaroğlu ve ark., 2021; Özbudak ve Oskay Şahin, 2021).

Bebeklikte ve çocuklukta birey savunmasızdır ve kendini sınırlı şekilde ifade edebilir. Bu nedenle hemşirelik bakımı daha fazla dikkat ve sezgi gerektirmektedir. Ailenin bakıma katılımı önemlidir. *Adölesan dönemde* bireyler duygusal sorunlar yaşayabilir ve mahremiyete daha çok ihtiyaç duyabilirler. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımında bireyin duygusal açıdan desteklenmesi ve mahremiyetine özen gösterilmesi önemlidir. *Yetişkinlik döneminde* ise; bireyin yaşadığı sağlık sorunları bireyin özellikle iş ve aile yaşamını daha fazla etkilemektedir. Ameliyat sonrası bireyin stres düzeyi yüksek olabilmektedir. Aynı zamanda bireylerin hastalık durumlarına göre yanıtları, değişiklik göstermesine karşın yaşam süresi içinde bağımsızlığının en yüksek olduğu dönemdir. *Yaşlılar*da ise biyofizyolojik yaşlanmanın gerçekleşiyor olması, ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riskini arttırmaktadır. Aynı zamanda yaşlı bireylerde ameliyat sonrası düşmeler artmakta, Alzheimer ve demans gibi eşlik edebilecek ek hastalıkların yanında ameliyat sonrası deliryum gelişme riski de artmaktadır. Bu nedenle hemşirelik bakımında düşmelere yönelik önlemlerin alınması ve vücut fonksiyonlarının devamının kontrolü açısında yaşam bulgularının takibi önemlidir. Yaşam süresi boyunca *bebeklik ve yaşlılık dönemi* bireylerin bağımlılıklarının en fazla olduğu dönem olduğundan, ameliyat sonrası hemşirelik bakımı gereksinimleri de daha fazla olabilmektedir (Acaroğlu ve ark., 2021; Özbudak ve Oskay Şahin, 2021).

2.1.2. Yaşam Aktiviteleri

Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi: Büyük cerrahi girişim geçiren hastalar için güvenli bir yerde olduklarını hissetmeleri oldukça önemlidir. Hastalar özellikle büyük cerrahi girşimler sonrasında çevresinde ve üzerinde tanımadığı birçok tıbbi cihaz ve malzeme görmekte ve bunlardan endişe duyabilmektedirler. Bu ekipmanlar, bireylere ameliyat öncesinde açıklansa da, ameliyat sonrası dönemde hasta bunlardan endişe duyabilmektedir. Bu nedenle bireylerin kişi, yer ve zaman oryantasyonunu sağlamaya yardımcı olmak, çevresinde bulunan cihazları açıklamak, bireyin güvende hissetmesini sağlayacaktır. Aynı zamanda bireyin güvenli çevresinin sağlanması ve sürdürülmesinde; bilişsel ve mental durum, duyusal ve fiziksel işlevsellik, enfeksiyon riski, düşme riski, izolasyon gereksinimi, fiziksel ortamın özellikleri gibi durumlar, bu aktivitenin bağımlılık/bağımsızlık durumunu belirleyici faktörler arasındadır (Acaroğlu ve ark., 2021; Karadağ ve ark., 2017; Atabek Aştı ve Karadağ, 2012; Akyüz, 2022). Özellikle hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrı da, bireyi birçok açıdan etkilemektedir. Ameliyat sonrası ağrının etkin şekilde kontrol altına alındığı durumlarda hastaların iyileşme kalitesinin arttığı görülmüştür (Wu ve Richman, 2004). Ayrıca Ocak ve Topçu (2023)'nun bir çalışmasında hemşirelerin bilgi ve deneyimleri ile hastaların ağrı düzeyleri arasında olumlu anlamda bir ilişki olduğu ortaya konmuştur.

İletişim: Ameliyat sonrası bireylerin ameliyata ile ilişkili ağrı, dispne ya da yapılan ameliyat bölgesine bağlı olarak sözel, duyusal ve işitsel problemler görülebilir. Bireyler ameliyat sonrası hemen etkili iletişim kuramayabilirler. Bu dönemde iletişimi engelleyen faktörlerin farkına varılarak kontrol altına alınması ve etkili iletişimin kurulması, hasta gereksinimlerinin belirlenmesi ve optimal bakımın sağlanması açısından oldukça önemlidir (Acaroğlu ve ark., 2021; Atabek Aştı ve Karadağ, 2012). Aynı zamanda total diz artroplastisi ameliyatı olmuş bir grup hastada yapılan randomize kontrollü çalışmada, hastalarla yaşam aktiviteleri hakkında yapılan motivasyonel görüşmelerin hastaların fiziksel uyumunu ve yaşam kalitelerini arttırdığı görülmüştür (Bakır ve Göktaş, 2023).

Solunum: Büyük cerrahi girişimlerde ameliyat sonrasında solunum komplikasyonları sıklıkla görülmektedir. Göğüs duvarı ve / veya batın insizyonunun solunum kasları bütünlüğünü bozması, insizyon bölgesinin ağrısı, frenik sinir disfonksiyonu, buna bağlı veya başka etkilerle meydana gelen diyafram disfonksiyonu ve diğer sistemik etkiler, solunumun derinliğini azaltır. Solunum derinliğinin azalması, hipoksemi, atelektazi, bronş

hipersekresyonu ve enfeksiyon gibi komplikasyonlara neden olur (Özkan ve ark., 2015). Ameliyat sonrası hastanın solunum sisteminin yönetiminin etkili bir şekilde sağlamak ve komplikasyonları önlemek için hastanın ameliyat öncesi ve ameliyat sırasındaki durumu, mevcut hastalıkları, sigara kullanımı gibi durumlar göz önünde bulundurularak bireysel açıdan hastanın değerlendirilmesi sağlanmalıdır (Martin ve Turkelson, 2006).

Bireyin bireysel ve hastalık özelliklerine ve uygulanan anestezi türüne bağlı olarak ameliyat sonrası dönemde atelektazi, pulmoner emboli, dispne ve solunum ile ilgili diğer komplikasyonların gelişme riski oldukça fazladır. Bu nedenle hastanın ameliyat sonrası dönemde yaşam bulgularının sık ve düzenli olarak değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Bu komplikasyonların önlenmesi için; hastaya ameliyat öncesi solunum egzersizleri, triflow kullanımı ve erken mobilizayon gibi eğitimlerin verilmesi ve ameliyat sonrası bunların uygulanmasına devam edilmesi birçok komplikasyonun önlenmesinde oldukça önemlidir (Acaroğlu ve ark., 2021; Tüfekçi ve ark, 2022).

Beslenme: Ameliyat sonrası dönemde bireyler, belirli bir süre sonra beslenmeye başlayabilmektedirler. Bu süreç sonrasında hastalarda anestezi ve ameliyata bağlı olarak bulantı-kusma ve iştahsızlık olabilir ya da kendi kendine yemek yiyemeyebilir. Aynı zamanda bireysel ve hastalık özellikleri ya da anestezi türüne bağlı olarak hastalarda yutma güçlüğü, sindirim sistemi sorunları da görülebilmektedir. Bu gibi durumları doğru tanılayabilmek ve bireyin hemşirelik bakım gereksinimlerini belirleyebilmek için belirli aralıkla beslenme değerlendirmesi yapılması, bağırsak seslerinin dinlenmesi, diyetinin kademeli şekilde değiştirilmesi, boy-kilo ölçümü, aldığı-çıkardığı sıvı takibi ve bireyin bağımsızlığını desteklemek gibi hemşirelik girişimleri oldukça önemlidir (Yanık ve Yılmaz, 2019; Akyüz, 2022;)

Boşaltım: Ameliyat sonrası hareketsizlik ve kullanılan anestezik ve analjeziklere bağlı bireylerin üriner ve bağırsak boşaltımında da değişiklikler görülmektedir. Anesteziye bağlı olarak kullanılan ilaçlar nedeniyle hastalarda renal sistem ve bağırsak sistemi olumsuz etkilenebilir. Bu nedenle hastalarda idrar çıkışında azalma, üriner retansiyon, üriner kateterlere bağlı olarak idrar yolu enfeksiyonu, üriner inkontinans, konstipasyon, diyare gelişebilmektedir (Aydın ve Bulut, 2014). Bu nedenle idrar takibi ve defekasyon sıklığı, miktarı, kıvamı değerlendirilmelidir. Birey bu dönemde hareket kısıtlılığı yaşayabileceği için gerektiğinde sürgü ve ördek ile bireye destek olunmalıdır. Aynı zamanda boşaltım aktivitesi

bireyler için mahremiyete özen gösterilmesi gereken bir aktivitedir (Acaroğlu ve ark., 2021). Yapılan çalışmalarda; ameliyat sonrası ortopedi hastalarının konstipasyon riski olduğunu göstermiş ve hemşireler tarafından konstipasyon risk değerlendirmelerinin rutin olarak yapılması önerilmiştir. Aynı zamanda sıvı ve lif alımının arttırılmasının konstipasyon riskini azaltıığı sonucuna varılmıştır (Büyükyılmaz ve ark, 2012; Trads ve ark., 2018)

Kişisel Temizlik ve Giyinme: Ameliyat sonrası dönemde bireylerde halsizlik, hareketsizlik, ağrı olabilmektedir. Aynı zamanda hastaya bağlı monitör, cihaz olması dren, üriner kateter, pansuman varlığı hastanın hareketini kısıtlamakta, öz-bakım eksikliğine neden olmakta ve bağımlılık durumunu arttırmaktadır. Aynı zamanda yapılan ameliyatın özelliği, bölgesi vb. özel bakım gerektirebilmektedir. Bu nedenle hemşire bireyi doğru ve eksiksiz bir şekilde tanılayarak bakım gereksinimlerini belirlemeli ve öz-bakım ihtiyaçlarını karşılamalı ve destek olmalıdır. (Santos ve ark., 2017). Hemşire gerektiğinde bireyin mahremiyetine özen göstererek, yatak içi öz-bakım gereksinimlerini bireysel özelliklerini dikkate alarak karşılamalıdır. Aynı zamanda tüm bu uygulamalar sırasında bireyin kendisini güvende hissetmesi, bakıma katılımının desteklenmesi önemlidir (Atabek Aştı ve Karadağ, 2012).

Beden Sıcaklığının Kontrolü: Ameliyat sonrası dönemde bireylerde hipotermi ve hipertermi gelişme riski yüksektir. Ameliyathane odasının sıcaklığının düşük olması nedeniyle hipotermi gelişebilir. Ameliyat sonrası gelişebilecek herhangi bir enfeksiyon nedeniyle ise, hipertermi gelişebilmektedir. Ameliyat sonrası gelişen yüksek ateş; akciğerlere, idrar yollarına, insizyon hattına, hareketsizliğe ve ilaçlara bağlı olarak da gelişebilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde gelişen hipertermiyle birlikte nabız, arteryel kan basıncı, solunum sayısı gibi diğer parametrelerin de etkilenmektedir. Hipertermi ile birlikte vücudun enerji ihtiyacı da artmaktadır. Bu nedenle hemodinamik parametrelerin izlenmesi ve değerlendirilmesi önemli hemşirelik girişimleridir. Yaşam bulgularının değerlendirilmesi ve normal değerlerindeki sapmalar homeostazisin bozulduğunu ya da devam etmediğini göstermektedir. Beden sıcaklığının kontrolünü sağlamak amacıyla yaşam bulgularının takibi önemlidir. Böylelikle hipertermi ya da hipotermi durumlarında hemşire erken müdahalede bulunabilmektedir. Hipotermi/hipertermi gibi durumlara yönelik non-farmakolojik (sıcak/soğuk uygulamalar vb.) ve farmakolojik uygulamalar yapılabilir (Pour, 2012; Aydın ve Bulut, 2014).

Hareket: Gerçekleştirilen ameliyata bağlı olarak değişmekle birlikte hastalara uygulanan zorunlu yatak istirahati, ameliyat bölgesine bağlı hareket kısıtlılığı, ağrı, hastaya bağlı olan

tıbbi cihazlar, drenler, tüpler, üriner kateter vb. nedeniyle hareket aktivitesi, bireyin ameliyat sonrası en çok etkilenen aktivitelerinden biri olmaktadır. Bu dönemde bireyde erken iyileşmeyi sağlamak amacıyla tolere edebildiği düzeyde hareketini sağlamak ve uygun pozisyonu vermek önem arz etmektedir. Böylelikle bireyin kendi bakımına katılması sağlanır ve uygulanan erken mobilizasyon ile atelektazi, pulmoner emboli, derin ven trombozu, pnömoni, enfeksiyon gibi ameliyat sonrası sıklıkla görülebilecek komplikasyonların riski azaltılmış olur. Bu dönemde bireyin anesteziye bağlı halsizlik, baş dönmesi gibi semptomları olabilir. Kullanılan yardımcı araç-gerece bağlı olarak da düşme riski yüksek düzeyli olabilmektedir. Bireyi bu konuda cesaretlendirmek ve desteklemek bağımsızlığını sağlamak ve sürdürmek açısından önemlidir (Acaroğlu ve ark., 2021; Nesbitt ve ark., 2012). Hastaların ameliyat sonrası mobilizasyonuyla ilgili göğüs cerrahisi ameliyatı olmuş hastalar üzerinde yapılan bir çalışmaya göre hastaların ameliyattan 2 saat sonra mobilize edilmelerinin, ameliyattan 1 gün sonraki mobilizasyona göre daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Liu ve ark., 2022; Korkmaz ve Çullu, 2015; Geçit ve Giersbergen, 2021).

Çalışma ve Eğlenme: Ameliyat sonrası dönemde hastanede yatış ve taburculuk sonrasında iyileşme süresinin uzaması, özellikle yetişkin bireylerin iş yaşamını etkilenmekte, bu durum bireyin kendisinin ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin geçimini etkileyebilmektedir. Hemşire, bireyin sosyal güvence varlığı/yokluğunu belirleyerek, hastanın gereksinimlerini belirlemesi pskikosoyal destek açısından önemlidir (Kaya, 2022).

Cinselliği İfade Etme: Cinselliği ifade etme aktivitesi yalnızca cinsel deneyim ile ilgili olmadığı gibi, bireyin yaşadığı biyofizyolojik ve psikososyal değişimlerden de etkilenebilmektedir. Özellikle mastektomi, histerektomi, prostatektomi, ooferektomi, stoma açılması gibi ameliyatlar sonrası bireylerin beden algısı değişebilmekte ve kendisini yetersiz görmektedirler. Aynı zamanda özellikle kalp ameliyatları sonrası hastalarda cinsel disfonksiyon ya da psikolojik olarak cinsel yaşama dönüşte sorunlar olabilmektedir. Bu durumda bireyin tanılanması, aile desteğinin sağlanması, cinsel danışmanlık, gerekirse konsültasyon liyezon psikiyatrisi ile iş birliğinin yapılması için hekim ile iş birliği sağlanmalıdır (Karadağ ve ark., 2017; Tuncer ve Oskay, 2021).

Uyku ve Dinlenme: Bireylerde ameliyat sonrası, ameliyata bağlı ağrı, yatak istirahati, hastane ortamı, tıbbi cihazlar, dış ortamın gürültüsü, kullanılan ilaçlar gibi nedenlerle bazı uyku bozuklukları gelişebilmektedir. Bireyin uyku ve dinlenme aktivitesinde bağımsızlığını

sağlayabilmek amacıyla öncelikle ağrı yönetiminin sağlanması ve sonrasında güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi gerekmektedir. Bunun için bireyin hemşirelik bakımı gereksinimleri belirlenerek, hekimi direktifi ile farmakolojik yöntemler uygulanabilir (Kaya, 2022). Aynı zamanda uykuya yardımcı araçlar (göz bandı, özel yastıklar vs.), müzik dinleme, gevşeme egzersizleri gibi nonfarmakolojik yöntemlerin de uyku kalitesini iyileştirdiğine dair kanıtlar bulunmaktadır (Beswick ve ark., 2023) Ameliyat sonrası devam eden hemşirelik bakımı ve solunum egzersizlerinin de uyku kalitesini iyileştirebileceği sonucuna varılmıştır (Du, 2022).

Ölüm: Özellikle büyük cerrahi girişimler, hastaya ve hastalığa bağlı olarak değişmekle birlikte mortalitesi yüksek olan ameliyatlardır. Ortopedi cerrahisi, batın cerrahisi, kalp-damar cerrahisi ve beyin cerrahisi gibi büyük cerrahi girişim olarak tanımlanan bu girişimlerde, yaşamsal riskler bireyin ve hastalığın özelliklere bağlı olarak daha fazla sıklıkla görülebilmektedir. Aynı zamanda her cerrahi girişim için az da olsa ölüm riskinin varlığı, hastaların genel anestezi alması, entübasyon gibi etkenlerin hastalar tarafından bilinmesi bireyde ölüm korkusu, "masada kalma korkusu" yaratabilmektedir. Ayrıca ölüm durumunun gerçekleşmesi durumunda bireye inançları doğrultusunda gerekli bakımın verilmesi ve ailenin yas sürecine destek olmak da oldukça önemlidir (Acaroğlu ve ark., 2021). Yapılan bir çalışmada; katılımcılar, hemşirelerin ailelerle zaman geçirmelerini, aileler ve hastaların ölüm öncesi ve sonrası bir araya getirilmesini önemli ve değerli bulduklarını bildirmişlerdir (Bloomer ve ark., 2013).

2.1.3. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler

Biyo-fizyolojik Faktörler: Bireyin ameliyat sonrası yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler arasında en önemlileri biyo-fizyolojik faktörlerdir. Bireyin bağımlılık düzeyi açısından önemlidir. Bireyin yaşı, var olan hastalıkları, boyu, kilosu önemlidir. Özellikle yaşlı hastalarda bağımlılık arttığı için ameliyat sonrası dönemde iyileşme daha yavaş olabilmektedir. Aynı zamanda yaşlı ve kronik hastalıkları olan bireylerde ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riski fazladır. Obez hastalar için ise, anestezi risk oluşturmaktadır. Bu nedenle bireylerin hemşirelik bakım gereksinimleri fazla olabilmektedir (Velioğlu, 2012; Acaroğlu ve ark., 2021; 2022; Kaya, 2022, Kankaya ve Karadakovan, 2017).

Psikolojik Faktörler: Ameliyat sonrası dönemde anestezik ilaçların da etkisiyle bireyde kısa süreli bazı mental değişiklikler gelişebilmektedir. En önemlisi ameliyat sonrası daha çok yaşlı hastalarda, Alzheimer ve demansı gibi hastalıkları bulunan hastalarda mental değişiklikler gelişebilir ve uzun süreli olabilir. Yine aynı hasta grubunda ameliyat sonrası elektrolit değişikliğine bağlı olarak deliryum tablosu gelişebilmektedir. Sıklıkla anksiyete ve depresyon da görülmektedir. Ayrıca büyük cerrahi girişimlerden sonra, beden imajı, benlik saygısında değişim ve yaşanan biyo-fizyolojik durumlar (ağrı, bilişsel durum değişikliği vb.) psikososyal sorunlara neden olabilmektedir. Bu dönemde hasta-hemşire arasında güven duygusu önemlidir. Bu nedenle etkili iletişim, saygı ve etik değerlere bağlılık önemlidir (Karadağ ve ark., 2017; Akkaya, 2013; Yalçın ve Aştı, 2010).

Sosyo-Kültürel Faktörler: Artan küreselleşme ve göç gibi faktörler nedeniyle sosyokültürel açıdan farklılıkları bulunan bireylerin aynı coğrafyalarda bulunması verilen hemşirelik bakımını etkilemekte ve kültürlerarası farklılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Bireyin içinde yaşadığı toplum, kültür ve inanç sistemi, eğitim düzeyi ameliyat sonrası dönemde durumunu algılama biçimini etkileyebilmektedir. Bu nedenle bireyin eğitimine, inanç sistemine ve kültürünü dikkate almak ve uygun şekilde hemşirelik bakımını planlamak ve destek sağlamak önemlidir (Koçkar ve Uzun, 2007; Temel, 2008).

Çevresel faktörler: Ameliyat sonrası güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesinin önemli olduğu kadar bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve kontrol altına alınması gerekmektedir. Bireyin içinde bulunduğu hastane ortamındaki, ısı, nem, ses, ışık gibi tüm faktörler bireyin bütün yaşam aktivitelerini etkileyebilmektedir. Özellikle ameliyat sonrası dönemde hastalara sakin bir ortam yaratmak ağrı kontrolünde etkilidir (Karadağ ve ark., 2017; Yüceer, 2011).

Politiko-ekonomik Faktörler: Bireylerin gelir kaynaklarının yeterliliği, sosyal güvencesinin varlığı, taburculukta bakım gereksinimlerinin karşılanma durumu gibi faktörler bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanabilme düzeyini önemli ölçüde etkilemektedir. Özellikle büyük cerrahi girişimlerin maddi açıdan karşılanması ve taburculukta gerekli bakımın sağlanması bireylerin sosyal güvencesinin varlığı ve maddi gelirleriyle önemli ölçüde bağlantılıdır. Ayrıca savunuculuk rolü gereği, hemşireler bireyleri hakları konusunda bilgilendirmeli ve eşitsizliği önlemeye yönelik gerektiğinde bireylerin savunuculuğunu üstlenmelidir (Acaroğlu ve ark., 2021; Demirel ve Akın, 2014).

2.1.4. Bağımlılık-Bağımsızlık Dizgesi

Bireyler ameliyat sonrası dönemde belirli düzeylerde bağımlı ya da yarı bağımlı olabilmektedir. Bireylerin bağımlılık- bağımsızlık düzeyleri bireysel özelliklere ve hastalık özelliklerine göre değişebilmektedir. Birey ile iş birliği içinde, bireyin bakıma katılımını sağlamak ve mümkün olduğunca bireyin bağımsızlığını desteklemek erken iyileşme ve hastane yatış süresinin de kısalmasını sağlayabilmektedir (Velioğlu, 2012; Acaroğlu ve ark., 2021; Karadağ ve ark., 2017).

2.1.5. Yaşamda Bireysellik

Tüm bireyler birbirinden farklı ve özgündür. Buna bağlı olarak hemşirelik bakım gereksinimleri de farklı olabilmektedir. Bireysel farklılıkların yanında, bireylerin geçmiş deneyimleri de dahil olmak üzere, içinde bulundukları durumu algılama biçimlerini değiştirmektedir. Bireysellik; yaşam süresi, bağımlılık-bağımsızlık dizgesi ve aktiviteleri etkileyen faktörlerle biçimlenmektedir. Her birey kendine özgüdür. Bu nedenle bireye özgü humanistik ve holistik bakımı sağlamak hemşirelik bakımının temelini oluşturmaktadır (Velioğlu, 2012; Acaroğlu ve ark., 2021; Kaya, 2022).

2.2. HASTA SINIFLANDIRMA SİSTEMLERİ

2.2.1. Hasta Sınıflandırma Sistemlerinin Tanımı

Geçmişten günümüze hasta sınıflandırma sistemlerinin birçok tanımı yapılmıştır. Giovanetti'ye göre (1979) hasta sınıflandırma; "belli gözlemler sonucu yapılan çıkarımlarla hastaların gruplandırılması"dır. Perroca ve Gaidzinski (1998) ise, "hastanın biyo-psiko-sosyal gereksinimleri için gerekli olan personel sayısını hesaplamanın yanı sıra, doğrudan ve dolaylı bakım için harcanan zamanı ve hastanın bağımlılık derecesini belirlemenin bir yolu" olarak ifade edilmektedir. Malloch (2012) ise hasta sınıflandırma sistemini, hastaların bakım gereksiniminin belirlenmesi ve ihtiyaç duyulan hemşire iş gücünün organize edilebilmesi için hasta başına düşen hemşire sayısını belirlemek olarak tanımlamıştır. Başka bir tanıma göre hasta sınıflandırma sistemi; "benzer gereksinimleri olan hastaları gruplandırarak, her grup hastanın ihtiyaç duyduğu hemşirelik bakımının niteliğini sayısal bir puan ile belirleyerek, hemşire insan gücü planlamasının yapılması"dır. Başka bir ifadeyle, en az bakım gerektiren hastadan, en çok bakım gerektiren hastaya kadar, hemşirelik bakım gereksinimleri çok çeşitli olan hastaların sınıflandırılarak her bir kategorideki hastanın, 24 saatte ne kadar (kaç saat)

hemşirelik bakımına gereksinimi olduğunu ve bu hastaların optimal bakım gereksinimini karşılamak üzere serviste ne kadar hemşirenin çalıştırılması gerektiğinin hesaplanmasıdır (Yıldırım, 2015). Benzer şekilde Yetim (2016) ise, hastaların bakım gereksiniminin belirlenmesi ve gerekli hemşire iş gücünün yönetilebilmesi için hasta başına düşen hemşire sayısının belirlenmesi olarak ifade etmiştir.

Hemşirelik biliminde ise; "hastaların belli bir süre olan hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik bir sınıflandırma yöntemi" olarak tanımlanmaktadır. Özetle; hasta sınıflandırma sistemi hastaları, 24 saatlik zaman diliminde, hemşirelik bakım gereksinimlerine, hastalıklarının şiddetine ve hastalara verilen bakımın miktarına göre gruplandıran ve hastaların bireysel özelliklerini dikkate alan hesaplama aracıdır. Amaç, benzer gereksinimlere sahip olan hastaları benzer gruplara dahil ederek bakım planlanmasını sağlamaktır (Akatın ve ark., 2019).

Tüm bu tanımların ortak özelliklerinin; belirli bir sürede, hastaların bireysel özellikleri dikkate alınarak, belli gruplar oluşturularak, sistematik bir şekilde sınıflandırmanın yapılması olduğu görülmektedir. Yani; hem bakım gereksinimi, hem de gereksinim duyulan sağlık bakımı ekibi üyesi/hemşire sayısının belirlenmesi ile bakımın yönetiminin sağlanması olarak ifade edilmektedir (Bal, 2017; Persolja, 2018).

Hasta sınıflandırmanın temel amacı; hemşirelik bakım gereksinimlerini ortaya koymaktır. Bununla birlikte birçok konuda da yol gösterici olmaktadır. Hasta sınıflandırma sistemleri kullanılması hemşirelerin iş yükünün belirlenmesini sağlamaktadır. Aynı zamanda hastaların bakım gereksinimlerini sistematik bir biçimde ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda gereken hemşire iş gücü planlanabilmektedir. Bu sayede hemşirelerin hastalara optimal bakımı verebilmeleri için gereken hemşirelik bakımının planlanması ve organize edilmesi sağlanmaktadır (Yetim, 2016; Bal, 2017; Zaybak, 2015).

Hasta sınıflandırma sistemleri, bakım planına hem hastanın, hem de hastaya bakım veren hemşirelerin kararlara katılımını sağlar. Aynı zamanda hemşirelik bakım sonuçlarına ilişkin veriler de, kayıt altına alındığından birçok açıdan yazılı kanıt oluşturabilmektedir Yetim, 2016; Bal, 2017; Zaybak, 2015).

Hasta sınıflandırma sistemleri sayesinde başta hastalar olmak üzere; hemşireler, hemşire yöneticiler, kurumlar, ülkeler, ulusal-uluslararası kuruluşlar kısa ve uzun vadede hemşire

insan gücü planlaması ve hasta bakım gereksinimlerine dair veriler elde edilebilmektedir. Aynı zamanda hasta sınıflama sistemlerini sağlık bakım hizmetleri için gerekli finansal planlamanın oluşturulmasında da önemli bir unsurdur. Bu doğrultuda insan işgücünde gerektiğinde yer değiştirmelerin ya da belirli eklemelerin yapılmasını sağlayarak, hem bakımın kalitesini hem de maliyeti kontrol altına almış olur (Yetim, 2016; Kim ve ark., 2022). Hasta sınıflandırma sistemleri ayrıca; ortak bir dil oluşturulmasında, hasta bakım sonuçlarının takibinin sağlanmasında, akademik ve klinik araştırmalarda, fazla mesainin ve hasta bakım kalitesinin gözlemlenmesinde, personel kadrosunun oluşturulmasında, hemşirelerin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinde, klinik karar verme, performans ölçümü, kaynak yönetimi ve bakım maliyetlerinin izlenmesinde de veri kaynağı olarak kullanılabilmektedir (Keskin, 2019; Yetim, 2016).

2.2.2. Hasta Sınıflandırma Sistemi Tarihçesi ve Tipleri

Sürekli gelişen dünyada nüfus artışı, buna bağlı hastalıkların ve hasta bakım gereksinimlerinin artması, insanları hemşirelik bakımı ve hemşire işgücü planlamasında bazı ölçüm araçlarını geliştirmeye yönlendirmiştir. Bunun sonucunda bazı somut veriler elde edilerek, gerekli planlamalar yapılabilecektir (Yetim, 2016).

Hemşirelikte hasta sınıflandırmaya dair ilk örnekler Florence Nightingale'e dayanmaktadır. Nightingale'in hastaları hastalıklarının şiddeti ve bakımın yoğunluğuna göre sınıflandırılarak, özel ünitelere yerleştirmesi ilk sınıflandırma çalışmalarına örnek gösterilmektedir (Keskin, 2019; Yetim, 2016). Daha sonraki yıllarda (1950); hasta sınıflandırma sistemleri Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) geliştirilmeye başlanmıştır. ABD ordusu kritik göstergelerden yola çıkarak hasta sınıflandırma için bir yöntem bulmuştur (Keskin, 2019).

Sistematik açıdan hasta sınıflama sistemi ilk olarak 1961'de ABD'deki John Hopkins Hastanesi ve Üniversitesi'ndeki bir grup araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Bu grup hastaları bakım gereksinimi derecesine göre sınıflandıran bir sistem geliştirmiştir. Bu sayede hemşirelerin hasta bakımı dışında da, farklı sorumluluk ve görevleri olduğu fark edilmiştir. Bu durum göz önünde bulundurularak hasta sınıflandırma sistemleri şekillenmeye başlamıştır (Keskin, 2019; Perroca, 1996). 1980'de Joint Comission International (JCI) tarafından hemşirelerin nitelik ve niceliklerinin, hastaların bakım gereksinimlerini karşılayacak şekilde oluşturulmasının zorunluluğu sınıflandırma sistemlerinin artmasını sağlamıştır (Keskin, 2019; Yetim, 2016). 1981'den itibaren de ABD'de hasta sınıflandırma sistemi kullanımı zorunlu

hale getirilmiştir. Devam eden süreçte hemşire yöneticiler artık sınıflandırma sistemlerini sadece insan gücü belirleme amacıyla değil, verimliliği arttırma, maliyeti hesaplama, hemşirelik bakımını planlama gibi geniş yelpazede kullanmaya başlamışlardır (Perroca, 1996). 1996'da ise Perroca tarafından 13 bakım göstergesi kullanılarak "Perroca Hasta Sınıflandırma Sistemi" geliştirilmiştir. Sonrasında bazı eksik yanları görülerek gerekli güncellemeler yapılmıştır (Lima ve ark., 2010). Yapılan birçok çalışmaya rağmen, hemşireliğin gelişen rolleri ve sorumlulukları, iş tanımında görülen farklılıklar nedeniyle standart bir hasta sınıflandırma ölçeği henüz geliştirilememiştir. Yeni hasta sınıflandırma sistemleri ve var olan sistemleri geliştirmeye yönelik çalışmalar halen devam etmektedir (Keskin, 2019). Kim ve ark. (2022)'nın Güney Kore'de üçüncü basamak bir hastanede, Asan Hasta Sınıflandırma Ölçeği kullanılarak 50 cerrahi hastaları üzerinde gerçekleştirdikleri araştırmalarına göre; geliştirilen bu yeni ölçeğin hasta bağımlılık düzeyi ve hemşire girişimleri ile iş yükünü ölçmede yararlı olduğu saptanmıştır.

Hasta sınıflandırma sistemleri bakımın yönetiminde karar verme aşamasında hemşirelere büyük ölçüde rehberlik etmektedir (Abreu ve ark., 2014). Hasta sınıflandırmanın doğru yapılabilmesi için bu sistemlerin yeni gelişmelere uyum sağlaması oldukça önemlidir. Hastaların bireysel ve hastalık özellikleri, hastanın bağımlılık/bağımsızlık düzeyi, bakım gereksinimi gibi konular; birimlerarası ve kurumlararası farklılıklar olabileceğinden bu sistemlerin kurumlar tarafından pilot uygulamalarının yapılması, böylelikle her grup için doğru kararların alınmasında önemli bir adım olacaktır. Doğru ve güvenilir verilere ulaşabilmek için geliştirilen bu sistemlerin geçerlik ve güvenirliklerinin sağlanması da büyük önem taşımaktadır (Yetim, 2016; Junttila ve ark., 2022).

Literatüre bakıldığında iki tip hasta sınıflama sistemi olduğu görülmektedir.

Tanımlayıcı (Kısa Tanımlama-Prototip) Hasta Sınıflandırma Sistemi: Tanımlayıcı hasta sınıflandırma sistemi, hastaların hemşirelere olan bağımlılık düzeylerini üç ya da dört grupta tanımlayan sistemleri içermektedir. Bu sistemde benzer grupları belirli gruplara ayrılması ile, hastaların gereksinim duyduğu bakımın düzeyi ortaya çıkar. Örneğin; bağımlılığı en az olan hasta birinci gruba dahil edilirken, hemşirelik bakım gereksinimi en fazla olan hasta dördüncü gruba dahil edilir. Bu sistemlerde hastaların bakım gereksinimleri tanımlanmıştır. Belirli kavramlarla belirli hasta tipleri oluşturulmuştur. Hasta tanılaması ile gereksinimlerini açıklayan en uygun sınıf seçilir. Hasta sınıfına karar verirken sayısal değerler değil de,

kavramsal uygunluğa göre seçimin yapılıyor olması, sistemi öznel bir araca dönüştürmektedir. Bu yöntem kolay ve uygulama süresi kısa olmasına rağmen; hemşirelik bakım gereksinimlerini doğru şekilde belirlemediği ve aynı hastanın farklı hemşireler tarafından farklı gruplara dahil edildiği gözlemlenmiştir. Bu açıdan güvenilirliği düşük olarak tanımlanmaktadır (örn. Rowland Hasta Sınıflandırma Ölçeği) (Keskin, 2019; Yetim, 2016: Ekici, 2015).

Kontrol Listesi Şeklinde Hasta Sınıflandırma Sistemi: Kontrol listesi şeklinde hasta sınıflandırma sistemi, hastaların her vardiyada ve her gün değerlendirildiği diğer siteme göre objektif olan ve en çok kullanılan sistemdir. Bu sistemde hastaların bakım gereksinimlerine yönelik belli göstergeler ve bakım alanları tanımlanır ve bunlar için puanlar belirlenir. Örneğin; yaşam aktiviteleri gibi bakım alanları tanımlanır ve bu alanlar kendi içinde puanlanır. Her bakım alanı için alınan puanlar toplanması ile sınıflandırma cetveline göre hastanın bağımlılık düzeyi belirlenir ve hasta sınıfları oluşturulur. Toplam puan hastanın hangi sınıfa dahil olduğunu belirlemektedir (Keskin, 2019; Yetim, 2016; Ekici, 2015).

Kontrol listesi şeklinde olan hasta sınıflandırma sistemlerine örnek olarak Rush Medicus, Cheltenham, Oulu, Zebra, Perroca hasta sınıflandırma sistemi gösterilebilir. Fazla zaman almasına rağmen; diğer türe kıyasla daha objektif sonuçlar vermesinin yanında göstergelerin iyi seçilmemesi, eksik ve yanlış değerlendirmeye neden olabilmektedir (Keskin, 2019; Yetim, 2016; Ekici, 2015).

2.2.3. Hasta Sınıflandırma Sistemi Örnekleri

Hasta sınıflandırma sistemleri sürekli gelişmekte ve güncellenmekte olsa da, hasta sınıflandırmasının doğru şekilde yapılabilmesi için geçerlik ve güvenilirliği test edilmiş hasta sınıflandırma ölçeklerinin kullanımı önem arz etmektedir. Bu bölümde literatürde yer alan bazı hasta sınıflandırma sistemi örnekleri açıklanmıştır.

Rush Medikus Hasta Sınıflandırma Sistemi: Haussmann ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilen sistem, bakım gereksinimleri çeşitli düzeylerde olan hastaların sınıflandırılmasını ve bu sınıflandırmadaki hastaların 24 saat içinde ne kadar süre hemşirelik bakımına gereksinim duyduklarını belirleyerek, optimal bakım gereksinimini ortaya koyan bir sistemdir. Skalada hemşirelik bakım gereksinimini tanımlayan 29 bakım alanı ve bunlara ait puanlar bulunur. Hastalar ayrıca bağımlılık düzeyine göre belli puan aralıklarıyla

sınıflandırılmıştır. Hemşire her bakım alanı için hastaya uygun puanları seçer ve en son toplam puan hastanın sınıfını belirler. Türkçe literatürde geçerlik ve güvenirlik çalışmasına rastlanmamıştır (Akatın ve ark., 2019; Zaybak, 2012).

Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeği: Ölçek; Cheltenham tarafından 1984 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını 2000 yılında Yıldırım ve Oktay gerçekleştirmiştir. Ölçek; "hareket, hijyen, beslenme ve mental durum" olmak üzere dört ana bakım kriterinden oluşmaktadır. Her bir kriter hastanın bakım ihtiyacına göre 0 ile 4 arasında puanlanmakta ve bu dört kriterden elde edilen toplam puana göre hastalar sınıflandırılmaktadır. Hastanın aldığı toplam puan arttıkça, bağımlılık düzeyi de artmaktadır. Tip 1 hasta öz-bakım yeterliliği açısından bağımsız olan hasta iken; Tip 4 hasta hemşireye tam bağımlı ve bakım gereksinimi en fazla olan hastayı tanımlamaktadır (Keskin, 2019; Yetim, 2016; Bozkurt ve ark., 2017).

Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi: Cullen ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilen sistem, hastaya 24 saat içinde uygulanacak hemşirelik girişimlerini belirtmektedir. "Temel aktiviteler, ventilatör desteği, kardiyovasküler destek, renal destek, nörolojik destek, metabolik destek ve özel girişimler" olmak üzere yedi ana başlık altında toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması 1998 yılında Kılıçaslan tarafından yapılmıştır. Bu sistem ile yoğun bakım ünitelerindeki iş yükleri belirlenerek, hemşire insan gücü planlaması yapılabilmektedir (Keskin, 2019; Yetim, 2016).

Oulu Hasta Sınıflandırma Ölçeği: Ölçek, 1995 yılında Finlandiya-Oulu Üniversite Hastanesi'nde, Kaustinen tarafından bir grup araştırmacının çalışmaları temel alınarak geliştirilmiş ve aynı hastanede, aynı yıl kullanılmaya başlanmıştır. Hastaların yaşam aktivitelerine (örn. kişisel hijyen, beslenme, boşaltım vb.) odaklanarak altı bakım alanı içeren bu ölçek, bütüncül bakıma önem vermektedir. Bu ölçeğin; birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve onkoloji klinikleri gibi farklı hizmet alanlarında da geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmış ve bu alanlarda da kullanımının uygun olduğu belirtilmektedir (Keskin, 2019; Yetim, 2016; Fagerstrom, 2000).

Zebra Hasta Sınıflandırma Sistemi: Bu sistem, 1980'de Levenstam ve Bergbom tarafından artan hemşirelik bakım gereksinimi nedeniyle geliştirilmiştir. Ölçeğin hijyen, beslenme, gözlem (yaşam bulguları gibi), mobilizasyon, kontrol edilemeyen çıktılar olarak altı farklı

bakım alanı mevcuttur. Her bir bakım alanının değerlendirmesi yapıldıktan sonra hemşirelik bakımı sınıflandırılır (Yetim, 2016).

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği: Bu ölçek ise, 1990'da Perroca tarafından Brezilya'da hemşirelik bakım alanlarını ortaya koymak ve hemşire iş yükünü ölçmek için geliştirilmiştir ve 2011 yılında revize edilmiştir. Ölçeğin eski halinde 13 olan hasta bakım alanı sayısı yeni versiyonunda 9'a düşürülmüştür. Bakım alanları için kapsam geçerliliği %80-96 arasında bulunmuştur. Ölçek; "bakım sürecinin planlanması ve koordine edilmesi, tetkik, gözlem ve takip, kişisel hijyen ve boşaltım, deri ve mukoza bütünlüğü, beslenme ve hidrasyon, hareket ve egzersiz tedavisi, tedavi ve ilaç uygulamaları, emosyonel destek, sağlık eğitimi ve danışmanlık" olmak üzere dokuz bakım alanı içermektedir. Her bir bakım alanı için puanlama 1 (en az hemşirelik bakım gereksinimi) – 4 (en fazla hemşirelik bakım gereksinimi) şeklinde yapılır. Her bir bakım alanından elde edilen puanlar toplanarak ölçek toplam puanı elde edilir. Toplam puan en az 9, en fazla 36 puan üzerinden hastalar en az bakım gereksiniminden, yoğun bakım gereksinimine kadar dört bakım sınıfına ayrılır (Perroca, 2011). Bu ölçeğin 2013 yılında psikometrik ölçümleri revize edilerek, hemşirelik bakım alanlarının tanımlanmasında ve hemşire iş yükününün ölçümünde geçerli ve güvenilir bir araç olduğu tekrar kanıtlanmıştır (Yetim, 2016; Keskin, 2019; Perroca, 2011).

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIM TİPİ

Araştırma; kardiyovasküler, ortopedi, beyin ve sinir, üroloji, göğüs, genel cerrahi kliniklerinde büyük cerrahi girişim geçiren hastaların, hemşirelik bakımı gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla "tanımlayıcı" çalışma olarak planlandı. Bu bağlamda çalışmanın sonucunda, büyük cerrahi girişim geçiren hastaların hemşirelik bakımı planlamalarında yol gösterici sonuçlara ulaşıldığı düşünülmektedir.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

Belirlenen araştırma soruları;

- Büyük cerrahi girişim geçiren hastaların hemşirelik bakımı gereksinimi düzeyleri nelerdir?
- Büyük cerrahi girişim geçiren hastaların bireysel özellikleri hemşirelik bakımı gereksinimlerini etkiler mi?
- Büyük cerrahi girişim geçiren hastaların hastalık ve tedaviye bağlı özellikleri hemşirelik bakımı gereksinimlerini etkiler mi? şeklinde belirlendi.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma özel bir üniversite hastanesinin kardiyovasküler, ortopedi, beyin ve sinir, üroloji, göğüs cerrahisi, jinekoloji, genel cerrahi kliniklerinde Ekim 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini, özel bir üniversite hastanesinde büyük cerrahi girişim geçiren (kardiyovasküler, ortopedi, beyin ve sinir, üroloji, göğüs cerrahisi, jinekoloji, genel cerrahi) hastalara ameliyat sonrası 1. gününde bakım veren hemşireler oluşturdu (N=124). Örneklemi ise; belirlenen evren içinden, büyük cerrahi girişim geçiren hastalara bakım veren, örneklem kriterlerine uyan ve çalışmayı katılmayı kabul eden hemşireler oluşturmuştur. Buna göre

Power (Güç) analizi ile hesaplanan örneklem formülüne göre; evreni (N=124 hemşire) %3 yanılma payı, %98 güven aralığına göre temsil edecek örneklem sayısının 111 olduğu belirlenmiştir. Araştırma örneklemi, basit rastgele örnekleme yöntemine göre, belirlenen tarih aralığında araştırma kriterlerine uyan 111 hemşire ve 111 hasta verisi ile tamamlandı.

3.4.1. Örneklem Seçim Kriterleri

Meslekte / veri toplanan kurumda en az 6 ay ve üzerinde bir süredir görev yapan ve cerrahi kliniklerde çalışan, en az lisans mezuniyet derecesine sahip hemşireler çalışma kapsamına alındı.

3.4.2. Dışlanma Kriterleri

Veri toplama araçlarında eksiklik olması, hasta sınıflandırma sürecinin klinik süreçler nedeniyle yarıda kalması vb. sebepler dışlanma kriteri olarak değerlendirildi. Araştırma sürecinde toplanan veriler arasında eksik veri ile karşılaşılmadı.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Veriler; hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerini içeren Hemşire Bilgi Formu, hastaların bireysel ve hastalık özelliklerini içeren Hasta Bilgi Formu ve Perroca Hasta Sınıflama Ölçeği kullanılarak elde edildi.

Hemşire Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form; 7 sorudan oluşmakta ve araştırma örneklemine dahil edilen hemşirelere ait tanıtıcı bilgileri toplamaya yöneliktir. Formda hemşirelerin, bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi) ve mesleği ile ilgili sorulardan oluşmaktadır (Akyüz, 2022)

Hasta Bilgi Formu: 18 sorudan oluşan formda hemşirelerin bildirimine dayalı olarak hastaların, bireysel özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleği vb.), hastalık özelliklerine (yatış tarihi, tanı, ameliyat türü, ameliyat sonrası yoğun bakıma girme durumu, akut/kronik hastalık varlığı, sürekli kullanılan ilaçlar, herhangi bir yardımcı cihaz kullanımı, sigara, alkol kullanımı vb.), ilişkin sorulardan oluşmaktadır (Akyüz, 2022)

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği: Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği ise 1990'da Perroca tarafından Brezilya'da hemşirelik bakım alanlarını ortaya koymak ve hemşire iş yükünü ölçmek için geliştirilmiştir. Perroca tarafından 2011 yılında ölçek belirli nedenlerle yenilenmiştir. Perroca'nın bildirimine göre (2011) hasta sınıflandırma sistemi ile ilgili yürüttüğü çalışmalarda ölçeğin hemşirelik bakım alanlarını yeterli derecede ölçmediğine dair hemşirelerden geri bildirimler almıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda hemşirelik bakım alanlarının azaltılması ve bunlara yönelik faktörlerin eklenmesi önerilmiştir. Bu öneriler ile içerik güncellemiştir ve sınıflandırma ölçeğine yeni hali verilmiştir. Ölçeğin eski halinde 13 olan hasta bakım alanı sayısı yeni versiyonunda 9'a düşmüştür. Bakım alanları için kapsam geçerliliği %80-96 arasında bulunmuştur. Ölçekte yer alan dokuz bakım alanı aşağıda verilmiştir.

- Bakım sürecinin planlanması ve koordine edilmesi
- Tetkik, gözlem ve takip
- Kişisel hijyen ve boşaltım
- Deri ve mukoza bütünlüğü
- Beslenme ve hidrasyon
- Hareket ve egzersiz tedavisi
- Tedavi ve ilaç uygulamaları
- Emosyonel destek
- Sağlık eğitimi ve danışmanlık

Her bir bakım alanı için puanlama 1 (en az hemşirelik bakım gereksinimi)-4 (en fazla hemşirelik bakım gereksinimi) şeklinde yapılır. Her bir bakım alanından elde edilen puanlar toplanarak ölçek puanı elde edilir. Toplam puan en az 9, en fazla 36 puan üzerinden hastalar aşağıda belirtildiği şekilde dört bakım sınıfına ayrılır.

- En az bakım gereksinimi olan hasta (9-12 puan; minimal bakım)
- Orta düzey bakım gereksinimi olan hasta (13-18 puan)
- Orta düzey üstü bakım gereksinimi olan hasta (19-24 puan; yarı yoğun bakım)
- Yoğun bakım gereksimi olan hasta (25-36 puan)

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin psikometrik ölçümleri Perroca tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Bu ölçeğin hemşirelik bakım alanlarının tanımlanmasında ve hemşire iş yükününün ölçümünde geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bulunmuştur (Yetim, 2016).

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin bu araştırma sonucu Cronbach Alfa ile hesaplanan iç tutarlık katsayısı, 0,80 olarak saptandı ve oldukça güvenilir bulundu.

3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Veri toplama sürecine etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra başlandı. Veriler; büyük cerrahi girişim geçirmiş ve ameliyat sonrası 1. gününde olan hastalara bakım veren hemşirelerden, hemşirelerin bakım ve tedavi saatlerini aksatmayacakları uygun zaman diliminde, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi toplandı. Araştırmada, her hemşirenin ameliyat sonrası 1. gününde bakım verdiği bir hastayı tanılayarak sınıflandırma yapması istendi. Verilerin toplanması 10-15 dakika arasında tamamlandı.

3.7. ARAŞTIRMANIN YASAL VE ETİK YÖNLERİ

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için Koç Üniversitesi'nden etik kurul izni (Ek-1) ve tez çalışmasının yürütüldüğü Koç Üniversitesi Hastanesi'nden kurum izni alındı (Ek-2). Araştırmaya katılacak hemşirelerden, araştırmanın amacı, planı, süresi ve elde edilen bilgilerin nasıl ve nerede kullanılacağı açıklanarak gönüllülük ilkesi doğrultusunda, araştırmaya katılımları için sözlü ve yazılı izinleri alındı (Ek-3). Ölçeği geliştiren yazarlardan yazılı izin alındı (Ek-7).

3.8. ARŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Araştırmanın güçlü yönleri; büyük cerrahi girişim geçiren hastaların (kardiyovasküler, ortopedi, beyin ve sinir, üroloji, göğüs cerrahisi, jinekoloji, genel cerrahi) hemşirelik bakım gereksinimlerini ve bakım düzeylerini belirlemeye yönelik ilk bilimsel çalışma olmasıdır.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın sadece bir üniversite hastanesinin cerrahi (kardiyovasküler, ortopedi, beyin ve sinir, üroloji, göğüs cerrahisi, jinekoloji, genel cerrahi) kliniklerinde büyük cerrahi girişim geçiren ve ameliyat sonrası ve 1. gününde değerlendirilen 111 hasta verisinden oluşması ve hasta bakımı gereksinimlerinin, sadece bir vardiya sırasındaki o hastanın bakımından sorumlu hemşire tarafından belirlenmesi sınırlılıkları oluşturdu.

3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İstatistiksel analizler için SPSS 26 (***S****tatistical* ***P****ackage for the* ***S****ocial* ***S****ciences*) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher-Freeman-Halton test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde; büyük cerrahi girişim geçiren hastaların hemşirelik bakımı gereksinimlerini belirlemek amacıyla 111 hasta üzerinden elde edilen veriler, uygun istatistiksel analizler yapılarak aşağıda belirtilen sıra ile tablolar halinde sunuldu.

Bu doğrultuda;

-Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine yönelik bulgular (Tablo 4-1),

-Hastaların bireysel ve hastalık özelliklerine yönelik bulgular (Tablo 4-2) ve (Tablo 4-3),

-Hastaların bakım gereksinimi düzeylerinin sınıflandırılmasına yönelik bulgular (Tablo 4-4) ve (Tablo 4-5),

-Hastaların bireysel ve hastalık özelliklerine göre bakım gereksinimleri düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik bulgular (Tablo 4-6) ve (Tablo 4-7) olarak ele alındı.

4.1. HEMŞİRELERİN BİREYSELVE MESLEKİ ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4-1'de sunuldu.

Tablo 4-1. Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (N=111)

Bireysel Özellikler		**n (%)**
Yaş(yıl)	*Ort±Ss* *(Medyan) Min-Maks*	25,51±2,21 25 (22-32)
Cinsiyet	Erkek Kadın	18 (16,2) 93 (83,8)
Eğitim Düzeyi	Lisans Yüksek Lisans Doktora ve Üstü	105 (94,6) 5 (4,5) 1 (0,9)
Çalışma Pozisyonu	Ekip Lideri Hemşire Servis Hemşiresi	24 (21,6) 87 (78,4)
Mesleki Deneyim Süresi (ay)	*Ort±Ss* *(Medyan) Min-Maks*	33,72±20,90 26 (7-108)
Haftalık Çalışma Süresi (saat)	*Ort±Ss* *(Medyan) Min-Maks*	48,59±2,44 48 (48-60)
Vardiyalardaki Hemşire Sayısı	*Ort±Ss* *(Medyan) Min-Maks*	4,66±0,73 5 (2-6)

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalamasının 25,51±2,21 yıl, %83,8'inin kadın, %94,6'sının lisans mezuniyet derecesine sahip olduğu ve %78,4'ünün ortalama 33,72±20,90 aydır servis hemşiresi olarak görev yaptığı bulundu (Tablo 4-1). Araştırmanın yapıldığı kurumda vardiyalarda çalışan hemşire sayısı ortalamasının 4,66±0,73 olduğu belirlendi (Tablo 4-1).

4.2. HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIK ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan hastaların bireysel özelliklerine ait bulgular Tablo 4-2'de, hastaların hastalık-tedavi özelliklerine ait bulgular Tablo 4-3'de sunuldu.

Tablo 4-2. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (n=111)

Bireysel Özellikler		**n (%)**
Yaş(yıl)	*Ort±Ss*	60,98±14,27
	(Medyan) Min-Maks	62 (20-90)
Cinsiyet	Erkek	60 (54,1)
	Kadın	51 (45,9)
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	16 (14,4)
	İlköğretim	15 (13,5)
	Lise	46 (41,4)
	Lisans ve Üstü	34 (30,6)
Yaşadığı Yer	Marmara Bölgesi	97 (87,4)
	Ege Bölgesi	4 (3,6)
	Karadeniz Bölgesi	3 (2,7)
	İç Anadolu Bölgesi	2 (1,8)
	Doğu Anadolu Bölgesi	1 (0,9)
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	4 (3,6)
Medeni Durum	Bekar	9 (8,1)
	Evli	102 (91,9)
Meslek	Çalışmıyor	29 (26,1)
	Emekli	45 (40,5)
	Memur	22 (19,8)
	İşçi	15 (13,5)
Beden Kitle İndeksi (BKİ) (kg/m2)	*Ort±Ss*	26,93±4,80
	(Medyan) Min-Maks	26,37 (17,53-43,91)
	Zayıf	2 (1,8)
	Normal	37 (33,3)
	Fazla Kilolu	48 (43,2)
	Obez	17 (15,3)
	Aşırı Obez	7 (6,3)
Sigara Kullanımı	Var	34 (30,6)
	Yok	77 (69,4)
Alkol Kullanımı	Var	24 (21,6)
	Yok	87 (78,4)

Çalışma kapsamına alınan hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamalarının 61,00±14,27 yıl, %54,1'inin erkek, %45,9'unun kadın olduğu görüldü. Büyük çoğunluğu (%87,4) Marmara Bölgesinde yaşayan hastaların %41,4'ünün lise mezunu, %30,6'sının lisans ve üstü derecesinden mezuniyet derecesine sahip, %91,9'unun evli, %40,5'inin emekli olduğu belirlendi. Hastaların beden kitle indeksi ortalamasının 26,93±4,80 (fazla kilolu) olduğu, % 69,4'ünün sigara, %78,4'ünün alkol kullanımının olmadığı belirlendi (Tablo 4-2).

Tablo 4-3. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n=111)

Hastalık Özellikleri		**n (%)**
Kronik Hastalık	Var	80 (72,1)
	Yok	31 (27,9)
Kronik Hastalık Türü	Hipertansiyon	41 (36,9)
	Diyabet	31 (27,9)
	Koroner Arter Hastalığı	16 (14,4)
	Diğer	35 (31,5)
Sürekli Kullanılan İlaç	Var	79 (71,2)
	Yok	32 (28,8)
Sürekli Kullanılan İlaç Türü	Antihipertansif	38 (34,2)
	Antikoagülan	16 (14,4)
	Oral Antidiyabetik	21 (18,9)
	Diğer İlaçlar	37 (33,3)
Yatış Yapılan Klinik	Genel Cerrahi	33 (29,7)
	Göğüs Cerrahisi	26 (23,4)
	Beyin Cerrahi	19 (17,1)
	Kalp-Damar Cerrahisi	12 (10,8)
	Ortopedi	11 (9,9)
	Üroloji	8 (7,2)
	Jinekoloji	2 (1,8)
Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım Transferi Oldu Mu?	Evet	76 (68,5)
	Hayır	35 (31,5)
Yardımcı Araç Gereç Kullanımı Var mı?	Evet	24 (21,6)
	Hayır	87 (78,4)

Hastaların hastalık özellikleri incelendiğinde; %72,1'inin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu, bu kronik hastalıkların ise, %36,9'unun hipertansiyon, %27,9'unun diyabet, %14,4'ünün KAH, %31,5'inin diğer kronik hastalığı (kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği vb.) olduğu görüldü. Hastaların %71,2'sinin sürekli kullandığı bir ilacı olduğu, kullandığı ilaç türlerinin ise, %34,2'sinin antihipertansif, %14,4'ünün antikoagülan, %18,9'unun oral antidiyabetik, %33,3'ünün diğer ilaçları (beta-bloker, antiepileptik vb.) kullandığı belirlendi. Büyük çoğunluğu genel cerrahi (%29,7) ve göğüs cerrahisi (%23,4) kliniklerinde ameliyat olan hastaların, %68,5'inin ameliyat sonrası yoğun bakımda tedavi ve bakım gördüğü, %78,4'ünün ameliyat sonrası dönemde yardımcı araç gereç kullanımının olmadığı saptandı (Tablo 4-3).

4.3. HASTALARIN BAKIM GEREKSİNİMİ DÜZEYLERİNİN SINIFLANDIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan hastaların bakım gereksinimi düzeylerine ait bulgular Tablo 4-4'de, hastaların bireysel ve hastalık özelliklerine göre sınıflandırma sonuçlarının değerlendirilmesine ait bulgular Tablo 4-5'de sunulmuştur.

Tablo 4-4. Hastaların Bakım Düzeylerinin İncelenmesi (n=111)

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği Ortalama=20,50±4,86 Minimum-Maksimum=11-31	**n (%)**	**Puan Aralığı**	**Ort±SD**
Düşük Düzeyde Bakım Gereksinimi	7 (6,3)	11-12	11,86±0,38
Orta Düzeyde Bakım Gereksinimi	35 (31,5)	13-18	16,06±1,45
Orta Düzey Üstü Bakım Gereksinimi	42 (37,8)	19-24	21,64±1,66
Üst Düzeyde Bakım Gereksinimi	27 (24,3)	25-31	26,70±2,00

Hastaların Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği ile elde edilen bakım gereksinimlerine göre dağılımları incelendiğinde; %6,3'ünün düşük, %31,5'inin orta, %37,8'inin orta üstü ve %24,3'ünün üst düzeyde bakım gereksinimi olduğu görüldü. Bu kapsamda Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği toplam puanı ortalamasının 20,50±4,86 olduğu belirlendi. Ölçek değerlendirme cetveline göre, araştırma kapsamına alınan büyük cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası 1. günde "orta düzey üstü" bakım gereksinimlerinin olduğu saptandı (Tablo 4-4).

Tablo 4-5. Hastaların Bireysel ve Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Gereksinimleri Oranlarının İncelenmesi (n=111)

Bireysel ve Hastalık Özellikleri		**Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği**				**İstatistiksel analiz (χ^2, p)**
		Düşük Düzeyde Bakım	**Orta Düzeyde Bakım**	**Orta Düzey Üstü Bakım**	**Üst Düzeyde Bakım**	
Yaş(yıl)	*Ort±Ss*	53,71±22,3	62,11±14,05	58,07±14,39	65,93±10,37	4,984
	Medyan (Min-Maks)	59 (21-84)	61 (31-90)	58 (20-79)	65 (42-87)	*0,173*[a]
	≤50 Yaş	3 (42,9)	6 (17,1)	12 (28,6)	1 (3,7)	
	51-60 Yaş	1 (14,3)	11 (31,4)	11 (26,2)	7 (25,9)	
	61-70 Yaş	1 (14,3)	9 (25,7)	8 (19,0)	12 (44,4)	
	>70 Yaş	2 (28,6)	9 (25,7)	11 (26,2)	7 (25,9)	
Cinsiyet	Kadın	3 (42,9)	17 (48,6)	16 (38,1)	15 (55,6)	2,228
	Erkek	4 (57,1)	18 (51,4)	26 (61,9)	12 (44,4)	*0,530*[b]
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	2 (28,6)	5 (14,3)	7 (16,7)	2 (7,4)	6,558
	İlköğretim	0 (0,0)	3 (8,6)	6 (14,3)	6 (22,2)	*0,676*[b]
	Lise	2 (28,6)	17 (48,6)	15 (35,7)	12 (44,4)	
	Lisans ve Üstü	3 (42,9)	10 (28,6)	14 (33,3)	7 (25,9)	
BKI(kg/m2)	*Ort±Ss*	25,65±5,21	26,6±4,7	26,94±5,32	27,67±4,04	2,143
	Medyan (Min-Maks)	25 (18-32,1)	26,3 (19,4-35,3)	25,9 (17,5-43,9)	26,9 (20-36,7)	*0,543*[a]
	Zayıf	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (2,4)	0 (0,0)	
	Normal Kilolu	3 (42,9)	14 (40,0)	14 (33,3)	6 (22,2)	
	Fazla Kilolu	1 (14,3)	12 (34,3)	20 (47,6)	15 (55,6)	
	Obez	2 (28,6)	8 (22,9)	3 (7,1)	4 (14,8)	
	Aşırı Obez	0 (0,0)	1 (2,9)	4 (9,5)	2 (7,4)	
Sigara Kullanımı	Yok	7 (100,0)	27 (77,1)	26 (61,9)	17 (63,0)	5,560
	Var	0 (0,0)	8 (22,9)	16 (38,1)	10 (37,0)	*0,122*[b]
Alkol Kullanımı	Yok	7 (100,0)	29 (82,9)	32 (76,2)	19 (70,4)	3,486
	Var	0 (0,0)	6 (17,1)	10 (23,8)	8 (29,6)	*0,323*[c]
Kronik Hastalık	Yok	3 (42,9)	10 (28,6)	14 (33,3)	4 (14,8)	3,699
	Var	4 (57,1)	25 (71,4)	28 (66,7)	23 (85,2)	*0,296*[c]
Sürekli Kullanılan İlaç	Yok	3 (42,9)	10 (28,6)	13 (31,0)	6 (22,2)	1,491
	Var	4 (57,1)	25 (71,4)	29 (69,0)	21 (77,8)	*0,711*[b]
Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım Transferi	Evet	2 (28,6)	21 (60,0)	29 (69,0)	24 (88,9)	11,504
	Hayır	5 (71,4)	14 (40,0)	13 (31,0)	3 (11,1)	*0,006*[b]*

[a]*Kruskal Wallis Test* [b]*Fisher Freeman Halton Test* [c]*Pearson Chi-Square Test* **p<0,01*

Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, BKI, sigara-alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanım durumları ile bakım gereksinimi sınıflaması arasında anlamlı fark

bulunmadı (p>0,05). Buna karşın; hastaların ameliyat sonrası yoğun bakımda tedavi-bakım alma oranları ile bakım gereksinimleri arasında anlamlı farklılık saptandı (p<0,01). Orta düzey üstü ve üst düzeyde bakım gereksinimi olan hastaların ameliyat sonrası yoğun bakımda tedavi-bakım alma oranlarının, düşük düzeyde bakım gereksinimi olan hastalardan daha fazla; aynı şekilde üst düzeyde bakım gereksinimi olan hastaların ameliyat sonrası yoğun bakımda tedavi-bakım alma oranlarının orta düzeyde bakım gereksinimi olan hastalardan daha fazla oranda olduğu belirlendi (Tablo 4-5).

4.4. HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIK ÖZELLİKLERİNE GÖRE BAKIM GEREKSİNİMLERİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan hastaların bireysel özelliklerine göre bakım gereksinimleri düzeylerinin değerlendirilmesine ait bulgular Tablo 4-6'da, hastaların hastalık özelliklerine göre bakım gereksinimleri düzeylerinin değerlendirilmesine ait bulgular ise Tablo 4-7'de sunuldu.

Tablo 4-6. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Bakım Gereksinimleri Düzeylerinin Değerlendirilmesi (n=111)

Bireysel Özellikler			**Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği**									
			Bakım Sürecini Planlama	**Tetkik ve Gözlem**	**Kişisel Hijyen**	**Deri ve Mukoza Bütünlüğü**	**Beslenme ve Hidrasyon**	**Hareket ve Egzersiz**	**Tedavi ve İlaç**	**Emosyonel Destek**	**Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık**	**Toplam Puan**
Yaş ortalaması(yıl)		*r*	-0,017	0,059	-0,046	0,030	-0,044	0,063	0,116	0,058	0,160	0,028
		p	*0,861*	*0,536*	*0,628*	*0,756*	*0,646*	*0,510*	*0,226*	*0,546*	*0,094*	*0,771*
Cinsiyet	**Kadın**	*Ort±Ss*	2,57±0,98	1,73±0,75	2,75±0,91	2,14±0,94	1,9±0,73	2,53±0,83	2,31±0,95	2,1±0,9	2,69±0,91	20,71±5,06
	Erkek	*Ort±Ss*	2,32±1,03	1,92±0,83	2,6±0,79	2,1±0,77	1,93±0,8	2,38±0,83	2±0,82	2,27±0,9	2,8±1,01	2032±4,72
		Z	-1,376	-1,168	-1,056	-0,016	-0,112	-0,811	-1,675	Z:-1,027	-0,669	-0,943
		p	*[d]0,169*	*[d]0,243*	*[d]0,291*	*[d]0,987*	*[d]0,911*	*[d]0,417*	*[d]0,094*	*[d]0,305*	*[d]0,504*	*[d]0,346*
Eğitim Düzeyi	**Okuryazar**	*Ort±Ss*	2,25±1	1,75±0,77	2,63±1,02	2±0,89	1,81±0,54	2,69±0,95	1,88±0,81	1,88±0,72	2,44±0,81	19,32±477
	İlköğretim	*Ort±Ss*	2,47±0,99	1,87±0,74	3±0,65	2,33±0,82	2,47±0,74	2,8±0,77	2,6±0,83	2,6±0,91	2,8±0,86	22,93±4,78
	Lise	*Ort±Ss*	2,35±0,99	1,91±0,84	2,52±0,78	2,02±0,8	1,76±0,71	2,28±0,66	2,09±0,86	2,22±1,01	2,89±0,92	20,04±4,80
	Lisans ve Üstü	*Ort±Ss*	2,62±1,07	1,74±0,79	2,74±0,9	2,21±0,91	1,94±0,85	2,41±0,96	2,15±0,96	2,12±0,77	2,68±1,09	20,58±4,84
		χ^2	1,938	1,210	4,718	2,874	9,609	4,839	6,055	5,218	3,055	4,759
		p	*[a]0,585*	*[a]0,751*	*[a]0,194*	*[a]0,411*	***[a]0,022****	*[a]0,184*	*[a]0,109*	*[a]0,157*	*[a]0,383*	*[a]0,190*
BKI ortalama(kg/m2)		*r*	0,022	-0,031	0,161	0,195	0,108	0,130	0,251	-0,093	0,067	0,136
		p	*0,820*	*0,743*	*0,091*	***0,040****	*0,260*	*0,174*	***0,008****	*0,329*	*0,484*	*0,154*
Sigara Kullanımı	**Yok**	*Ort±Ss*	2,39±1,08	1,73±0,79	2,7±0,89	2,08±0,9	1,81±0,65	2,45±0,85	2,06±0,92	2,06±0,85	2,69±0,94	19,97±4,94
	Var	*Ort±Ss*	2,53±0,86	2,06±0,78	2,59±0,74	2,21±0,73	2,18±0,94	2,44±0,79	2,32±0,81	2,47±0,96	2,88±1,01	21,67±4,97
		Z	-0,641	-2,121	-0,615	-1,086	-1,935	-0,147	-1,655	-2,300	-1,063	-1,732
		p	*[d]0,522*	***[d]0,034****	*[d]0,538*	*[d]0,277*	*[d]0,053*	*[d]0,883*	*[d]0,098*	***[d]0,021****	*[d]0,288*	*[d]0,083*
Alkol Kullanımı	**Yok**	*Ort±Ss*	2,34±1,02	1,76±0,81	2,66±0,87	2,07±0,87	1,83±0,65	2,4±0,86	2,07±0,89	2,1±0,85	2,7±0,94	19,93±4,77
	Var	*Ort±Ss*	2,75±0,94	2,08±0,72	2,71±0,75	2,29±0,75	2,25±1,03	2,63±0,71	2,42±0,88	2,5±1,02	2,92±1,02	22,55±4,71
		Z	-1,703	-1,994	-0,308	-1,390	-1,761	-1,324	-1,845	-1,921	-1,027	-2,134
		p	*[d]0,089*	***[d]0,046****	*[d]0,758*	*[d]0,165*	*[d]0,078*	*[d]0,186*	*[d]0,065*	*[d]0,055*	*[d]0,305*	***[d]0,033****

[a]Kruskal Wallis Test *r: Spearman Korelasyon Katsayısı* **p<0,05* ***p<0,01* *•Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.*

Hastaların yaş ortalaması ve cinsiyete göre, Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği ile değerlendirilen bakım gereksinimleri alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-6).

Hastaların eğitim durumlarına göre, "Beslenme ve Hidrasyon" dışındaki alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$), Buna karşın; eğitim durumu ilköğretim düzeyinde olan hastaların, "Beslenme ve Hidrasyon" alanındaki bakım gereksiniminin lise düzeyinde olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu belirlendi ($p<0,01$) (Tablo 4-6).

Hastaların BKI düzeylerine göre, "Deri ve Mukoza Bütünlüğü" ve "Tedavi ve İlaç" dışındaki alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Hastaların BKI ortalamaları ile "Deri ve Mukoza Bütünlüğü" ve "Tedavi ve İlaç" alanlarında ise, pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4-6).

Hastaların sigara kullanım durumuna göre "Tetkik ve Gözlem" ve "Emosyonel Destek" dışındaki alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Buna karşın; sigara kullanan hastaların, Tetkik ve Gözlem" ve "Emosyonel Destek" alanlarındaki bakım gereksinimlerinin kullanmayanlara göre "anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4-6).

Hastaların alkol kullanım durumuna göre, "Tetkik ve Gözlem" dışındaki alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Buna karşın; alkol kullanan hastaların, "Tetkik ve Gözlem" alanındaki bakım gereksinimlerinin kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4-6).

Tablo 4-7. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Gereksinimleri Düzeylerinin Değerlendirilmesi (n=111)

Hastalık Özellikleri			Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği									
			Bakım Sürecini Planlama	Tetkik ve Gözlem	Kişisel Hijyen	Deri ve Mukoza Bütünlüğü	Beslenme ve Hidrasyon	Hareket ve Egzersiz	Tedavi ve İlaç	Emosyonel Destek	Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık	Toplam Puan
Kronik Hastalık	**Yok**	*Ort±Ss*	2,35±0,98	1,84±0,93	2,58±0,96	2,03±0,87	1,81±0,79	2,29±0,94	1,84±0,78	2,19±0,95	2,68±1,05	19,62±4,58
	Var	*Ort±Ss*	2,46±1,03	1,83±0,74	2,7±0,8	2,15±0,84	1,96±0,75	2,51±0,78	2,26±0,91	2,19±0,89	2,78±0,93	20,84±4,94
		Z	-0,481	-0,215	-0,611	-0,802	-1,075	-1,362	-2,129	-0,083	-0,516	-1,206
		p	*[d]0,630*	*[d]0,830*	*[d]0,541*	*[d]0,423*	*[d]0,283*	*[d]0,173*	***[d]0,033****	*[d]0,934*	*[d]0,606*	*[d]0,228*
Sürekli Kullanılan İlaç	**Yok**	*Ort±Ss*	2,41±1,01	1,88±0,94	2,63±0,98	2,19±1	1,88±0,75	2,28±0,96	1,94±0,88	2,09±0,96	2,66±1,04	19,94±4,69
	Var	*Ort±Ss*	2,44±1,02	1,81±0,74	2,68±0,79	2,09±0,79	1,94±0,77	2,52±0,77	2,23±0,89	2,23±0,88	2,78±0,93	20,72±4,93
		Z	-0,166	-0,087	-0,287	-0,215	-0,340	-1,391	-1,501	-0,852	-0,684	-0,718
		p	*[d]0,868*	*[d]0,930*	*[d]0,774*	*[d]0,830*	*[d]0,734*	*[d]0,164*	*[d]0,133*	*[d]0,394*	*[d]0,494*	*[d]0,473*
Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım Transferi	**Evet**	*Ort±Ss*	2,5±1	1,92±0,8	2,76±0,83	2,24±0,86	2,13±0,75	2,51±0,82	2,25±0,85	2,26±0,87	2,86±0,96	21,43±4,60
	Hayır	*Ort±Ss*	2,29±1,05	1,63±0,77	2,46±0,85	1,86±0,77	1,46±0,56	2,31±0,83	1,91±0,95	2,03±0,95	2,51±0,92	18,46±4,84
		Z	-0,939	-1,862	-1,565	-2,177	-4,574	-1,418	-2,059	-1,295	-1,748	-2,979
		p	*[d]0,348*	*[d]0,063*	*[d]0,118*	***[d]0,030****	***[d]0,001***	*[d]0,156*	*[d]0,040**	*[d]0,195*	*[d]0,080*	***[d]0,003****

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

Hastaların kronik hastalık durumlarına göre, “Tedavi ve İlaç” dışındaki alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Buna karşın; kronik hastalığı olan hastaların, “Tedavi ve İlaç” alanındaki bakım gereksiniminin olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4-7).

Hastaların sürekli kullanılan ilaç durumlarına göre, Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği ile değerlendirilen bakım gereksinimleri alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4-7).

Hastaların ameliyat sonrası yoğun bakımda tedavi ve bakım alma durumlarına göre, “Deri ve Mukoza Bütünlüğü”, “Beslenme ve Hidrasyon” ve “Toplam Puan” dışındaki alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Buna karşın; yoğun bakımda tedavi ve bakım alan hastaların, “Deri ve Mukoza Bütünlüğü”, “Beslenme ve Hidrasyon” ve “Toplam Puan” alanlarındaki bakım gereksiniminin almyanlara göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4-7).

5. TARTIŞMA

Toplanan veriler sonucu yapılan analizler ve elde edilen sonuçlar, aşağıdaki başlıklar doğrultusunda uygun literatür verileri ile tartışıldı.

- Hastaların bireysel ve hastalık özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,
- Hastaların bakım gereksinimi düzeylerinin sınıflandırılmasına ilişkin bulguların tartışılması olmak üzere iki ana başlık altında ele alındı.

5.1. HASTALARIN BİREYSEL VE HASTALIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışma kapsamına alınan hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamalarının 61,00±14,27 yıl, %54,1'inin erkek, %45,9'unun kadın olduğu görüldü. Büyük çoğunluğu (%87,4) Marmara Bölgesinde yaşayan hastaların %41,4'ünün lise mezunu, %30,6'sının lisans ve üstü derecesinden mezuniyet derecesine sahip, %91,9'unun evli, %40,5'inin emekli olduğu belirlendi. Hastaların beden kitle indeksi ortalamasının 26,93±4,80 (fazla kilolu) olduğu, %69,4'ünün sigara, %78,4'ünün alkol kullanımının olmadığı belirlendi (Tablo 4-2). Hastaların hastalık özellikleri incelendiğinde; %72,1'inin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu, bu kronik hastalıkların ise, %36,9'unun hipertansiyon, %27,9'unun diyabet, %14,4'ünün KAH, %31,5'inin diğer kronik hastalığı (kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği vb.) olduğu görüldü. Hastaların %71,2'sinin sürekli kullandığı bir ilacı olduğu, kullandığı ilaç türlerinin ise, %34,2'sinin antihipertansif, %14,4'ünün antikoagülan, %18,9'unun oral antidiyabetik, %33,3'ünün diğer ilaçları (beta-bloker, antiepileptik vb.) kullandığı belirlendi. Büyük çoğunluğu genel cerrahi (%29,7) ve göğüs cerrahisi (%23,4) kliniklerinde ameliyat olan hastaların, %68,5'inin ameliyat sonrası yoğun bakımda tedavi ve bakım gördüğü, %78,4'ünün ameliyat sonrası dönemde yardımcı araç gereç kullanımının olmadığı saptandı (Tablo 4-3).

Bu konu ile ilgili Ferreira ve ark. (2017) Perroca Hasta Sınıflama Ölçeği kullanılarak yoğun bakımda yatan hastaların bakım gereksinimlerini belirlediği araştırma sonucuna göre, hastaların %57,5'inin kadın, yaş ortalamalarının 62,10± 23,4 yıl, yatış sürelerinin ortalama

6,90±6,50 gün, hastaneye yatış nedenleri onkolojik (%27,5), akciğer sorunları (%20), sepsis/enfeksiyon (%15), kardiyak (%12,5), nefrolojik ve ürolojik sorunlar (%10), gastrointestinal (%10) ve nörolojik (%5) sorunlar olduğunu belirlemiştir. Lima ve ark. (2010) ise, Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği ile ameliyat sonrası yoğun bakımda izlenen 402 hastanın, yaş ortalamasının 51,57±16,73 yıl, %54'ünün kadın olduğunu saptamıştır. Benzer şekilde Santos ve ark. (2018) palyatif bakım ünitesinde yaptığı araştırmada, 1568 hastayı Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği ile retrospektif olarak değerlendirmiştir. Buna göre hastaların %51,5'inin kadın ve yaş ortalamalarının 62,50±13,30 yıl olduğu belirlenmiştir. Soares ve ark. (2022) ise, Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği ile izledikleri 225 hastanın; %65,3'ünün erkek ve 60 yaş üstü (%51,5) yaş grubunda, %60,4'ünün hipertansif, %28,4'ünün diyabetik ve %64'ünün sürekli ilaç kullandığını saptamıştır. Zaybak ve ark. (2012) ise, yatağa bağımlı hastaları Rush Medicus Hasta Sınıflandırma Ölçeği ile değerlendirdikleri araştırmasında; hastaların yaş ortalamasının 60,5±20,30 yıl ve %54'ünün kadın olduğunu belirlemiştir. Yetim (2016) tez çalışmasında, Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği ile tanılanan 300 hastanın; %53,7'sinin erkek ve hastaların yaş ortalamasının 59,0±19,06 yıl olduğu saptanmıştır.

Hasta sınıflama ölçekleri dışında, hastaların bakım bağımlılığı düzeylerini değerlendirerek, bakım gereksinimlerini belirleyen araştırmalar da bulunmaktadır. Özbudak ve Oskay Şahin (2021)'in iki kamu hastanesinin dahili ve cerrahi kliniklerindeki 380 yaşlı hasta üzerinde Bakım Bağımlılığı Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmasında, hastaların %55,3'ünün kadın, %80,0'inin evli, %49,2'sinin ise ilköğretim mezunu, %62,9'unun dahili hastalıklar nedeniyle dahili servislerde yatarak tedavi-bakım gördüğü, %69,5'inin kronik hastalığa sahip ve %76,6'sının refakatçisi bulunan hastalardan oluştuğu belirlenmiştir. Ayrıca nefroloji kliniğinde 195 hasta ile yapılan çalışmada, hastaların %55,2'sinin erkek, %65,5'inin 50 yaş ve üstü, yarıdan fazlasının (%63,6) evli, %55.2'sinin okuryazar, %78,1'inin herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiş. Hastaların %73,9'unun KBY'ye ek bir hastalığının (hipertansiyon, diyabet vb) olduğu, %44,2'sinin 1-5 yıldır KBY yaşadığı, %71,5'i haftada 3 kez diyalize girdiği belirlenmiştir (Özkan Tuncay ve Fertelli, 2020). Korhan ve ark. (2013) dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlenmek amacıyla 579 hasta ile bakım bağımlılığı ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada, hastaların yaş ortalamasının 53,34±3,35 yıl, %52,5'inin erkek, %60,1'inin ilköğretim mezunu ve %58,7'sinin çalışmadığı belirlenmiştir. Dahili kliniklerde yatan hastaların %60,3'ünün,

cerrahi kliniklerinde yatan hastaların ise %39, 5'inin kronik bir hastalığının olduğu saptanmıştır (Korhan ve ark. 2013). Baksi ve Genç (2020) ise, ameliyat sonrası izledikleri 200 hastanın yaş ortalamasının 45,92±17,45 yıl, %51'inin erkek, %73,0'ünün evli, %39,5'inin okuryazar, %59,5'inin çalışmadığı, %66,5'inin ekonomik durum algısının orta düzeyde, %75,0'ının sağlık güvencesinin olduğu, %97,5'inin ailesiyle yaşadığı ve %95,5'inin evde bakımına destek olacak yakının bulunduğunu saptamıştır. Ayrıca yine bu araştırmada; hastaların yatış süresi ortalamasının 7,90±9,48 gün, %31,5'inin kronik hastalığı bulunduğu ve %47,6'sını hipertansiyon ve kalp yetmezliği olduğunu, %70,0'inin planlı cerrahi girişim geçirdiği, %66,5'sının daha önceden hastaneye yattığı ve %54,0'ünün daha önce ameliyat deneyininin olduğu saptanmıştır (Baksi ve Genç 2020). Gülengün ve ark. (2018), hastanede yatarak tedavi-bakım gören KOAH hastaların yaş ortalamasının 61,55±9,15 yıl, %87,3'ünün erkek, %40,9'unun ilköğretim mezunu, %75,5'inin evli olduğu, %85,5'inin de geçmişte sigara kullandığı, %47,2'sinin KOAH'a ek bir hastalığının (hipertansiyon, diyabet vb.) olduğunu belirlemiştir. Kılıç ve ark. (2017) ise, dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların %40,6'sının 61-80 yaş aralığında, %61,4'ünün erkek, %34,4'ünün ilkokul mezunu, %71'inin acil servisten hasta servisine yatışının yapıldığını ve%64,0'ünün ameliyat olduğunu belirlemiştir. Literatürdeki çalışma sonuçları değerlendirildiğinde; araştırmanın örneklem grubunu oluşturan hastaların bireysel ve hastalık özelliklerinin benzerlik gösterdiği görülmektedir.

5.2. HASTALARIN BAKIM GEREKSİNİMİ DÜZEYLERİNİN SINIFLANDIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hastaların Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği ile elde edilen bakım gereksinimlerine göre dağılımları incelendiğinde; %6,3'ünün düşük, %31,5'inin orta, %37,8'inin orta üstü ve %24,3'ünün üst düzeyde bakım gereksinimi olduğu görüldü. Bu kapsamda Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği toplam puanı ortalamasının 20,50±4,86 olduğu belirlendi. Ölçek değerlendirme cetveline göre, araştırma kapsamına alınan büyük cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası 1. günde "orta düzey üstü" bakım gereksinimlerinin olduğu saptandı (Tablo 4-4). Ayrıca orta düzey üstü ve üst düzeyde bakım gereksinimi olan hastaların ameliyat sonrası yoğun bakımda tedavi-bakım alma oranlarının, düşük düzeyde bakım gereksinimi olan hastalardan daha fazla; aynı şekilde üst düzeyde bakım gereksinimi olan hastaların ameliyat sonrası yoğun bakımda tedavi-bakım alma oranlarının orta düzeyde bakım

gereksinimi olan hastalardan daha fazla oranda olduğu belirlendi (Tablo 4-5). Bu araştırmada eğitim durumu ilköğretim düzeyinde olan hastaların "Beslenme ve Hidrasyon"; sigara kullanan hastaların "Tetkik ve Gözlem" ve "Emosyonel Destek"; alkol kullanan hastaların "Tetkik ve Gözlem" alanlarındaki bakım gereksinimlerinin diğer hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu belirlendi ($p<0,05$). Ayrıca hastaların BKI ortalamaları ile "Deri ve Mukoza Bütünlüğü" ve "Tedavi ve İlaç" alanlarında ise, pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4-6). Buna göre hastaların BKI ortalamaları arttıkça "Deri ve Mukoza Bütünlüğü" ve "Tedavi ve İlaç" alanındaki gereksinimlerinin de arttığı söylenebilir. Ayrıca kronik hastalığı olan hastaların "Tedavi ve İlaç"; yoğun bakımda tedavi ve bakım alan hastaların, "Deri ve Mukoza Bütünlüğü", "Beslenme ve Hidrasyon" ve "Toplam Puan" alanlarındaki bakım gereksiniminin diğer hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4-7).

Bu çalışmadaki gibi Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği kullanılarak yapılan araştırmalar incelendiğinde; Brito ve Fernandes (2016); yaşlı hastaların bakım gereksinimlerinin "yüksek düzeyde" olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ferreira ve ark. (2017) ise, yoğun bakımda izlenen hastaların %21,3'ünün "orta düzey", %31,4'ünün "yarı-üst düzey" ve %47,3'ünün "üst düzey" bakıma gereksinimi olduğunu saptamıştır. Lima ve ark. (2010) ise, ameliyat sonrası erken dönemde hastaların %0,7'sinin "düşük düzey", %3'ünün "orta düzey", %43,5'inin "orta düzey üstü", %52,7'sinin ise "üst düzey" bakım gereksinimi olduğunu belirlemiştir. Santos ve ark. (2018) palyatif bakım ünitesinde izlenen hastaların, %42'sinin "yarı-bağımlı ve tam bağımlı" olarak sınıflandırılmıştır. Yetim (2016) ise, genel yoğun bakım, dahiliye ve cerrahi servislerinde yatarak tedavi-bakım gören 300 hastadan %10,7'sinin "düşük", %35,7'sinin "orta", %24,3'ünün "orta düzey üstü" ve %29,3'ünün "üst düzey" bakım gereksinimi olduğunu saptamıştır. Riboldi ve ark. (2016) tarafından yapılan bir çalışmada da, Perroca Hasta Sınıflandırma Sisteminin Brezilya'da sıklıkla kullanıldığı ve yarar sağladığı görülmüş, bu nedenle Google üzerinden bir bulut sistemi oluşturularak bilgisayar temelli bir sisteme aktarılması için temel oluşturan çalışmalar yapılmaya başlanmıştır.

Ayrıca bir diğer hasta sınıflama aracı olan Rush Medicus Hasta Sınıflandırma Ölçeği kullanılarak yapılan çalışma sonuçları da, araştırma bulguları ile benzerlik açısından incelenmiştir. Zaybak ve ark. (2012) yatağa bağımlı hastaların %70'inin "orta düzey", %30'unun "üst düzey" bağımlı olduğunu belirlemiştir. Akatın ve ark. (2019) geniş örneklem grubu (N=13.906) ile gerçekleştirdiği araştırma sonucunda; farklı yatan hasta servislerinde

yatarak tedavi-bakım gören hastaların %11,40'ının "üst düzey bağımlı", %32,77'sinin "orta düzeyde bağımlı", %39,60'ının "düşük düzey bağımlı" ve %16,23'ünün "bağımsız" olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bozkurt ve ark. (2017)'nın yoğun bakımda tedavi-bakım gören hastaların %35'inin "orta düzeyde", %65'inin "üst düzey" bağımlı olduğunu belirtmektedir.

Hastaların hemşirelik bakım gereksinimi düzeyleri; sınıflama araçları dışında, bakım bağımlılığı ölçekleri kullanılarak da belirlenebilmektedir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; Baksi ve Genç (2020) beyin ve sinir cerrahisi kliniğinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin, diğer hastalara göre daha yüksek olduğu, yaş ve hastanede yatış süresi arttıkça bireylerin bağımlılık düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastaların "yüksek düzeyde bağımlı" oldukları ve okur-yazar olmayan, kronik hastalığı olan, refakatçisi bulunan ve dahili servislerde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeyleri de diğerler hastalara göre daha yüksek düzeyli olarak bulunmuştur (Özbudak ve Oskay Şahin 2021). Ferreira ve ark. (2017) ise, yoğun bakımdaki hastaların büyük çoğunluğunun, "üst düzey" bakıma gereksinimi olduğunu belirlemiştir.

Literatürdeki çalışma sonuçları değerlendirildiğinde; çalışmaya benzer ve farklı birçok örneklem grubunda çalışma olduğu ve örneklem grubunun bireysel ve hastalık özelliklerindeki değişimlere göre benzer çalışmaların sonuçlarında da farklılıklar olduğu görülmektedir. Örneklem grubuna dahil olan hastaların yaşı, mobilizasyon durumu, yoğun bakım ya da yatan hasta servisinde bulunma durumu, ameliyat olup olmadığı gibi durumlar bakım gereksinim düzeyinde farklılıklara neden olmaktadır. Örnekleminde yaşlı hasta grubu fazla olan çalışmalarda (Brito ve Fernandes, 2016) bakım gereksinimi düzeyi yüksek bulunurken, yatan hasta servisleri (Yetim, 2016) ve yoğun bakımlarda yapılan (Ferreira ve ark., 2017) farklı çalışmalarda yoğun bakım ünitelerindeki hastaların bakım gereksinimi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Farklı örneklem grupları ile farklı sonuçlara ulaşılsa da belirli bireysel ve hastalık özelliklerinin bulunduğu örneklem gruplarında da yaklaşık ya da benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir.

Hastaların bireysel ve hastalık özellikleriyle ilgili bakım gereksinimine yönelik literatürdeki çalışma sonuçları değerlendirildiğinde benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bilgin ve ark. (2020) onkoloji hastalarının %60,5'inin, nefroloji hastalarının ise %63,2'sinin bakım bağımlılığı olduğu saptanmıştır ve okur-yazar olmayanların hastaların büyük çoğunluğunun (%72,6) bağımlı olduğunu belirlemiştir. Benzer şekilde; farklı bir çalışmada, KOAH hastalığı olan ve okuryazar olmayan bireylerin, bakım bağımlılığı puan ortalamasının diğer hastalara göre

yüksek olduğu saptanmıştır (Kara, 2019). Başarır ve Pakyüz (2015)'ün hemodiyaliz tedavisi gören hastalar ile gerçekleştirilen çalışmasında, sigara-alkol kullananların fiziksel aktivitelerinin daha az olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yetersiz olduğu saptanmıştır. Özkan Tuncay ve Fertelli (2020) ise; kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda yaş, eğitim durumu, ek bir kronik hastalık varlığı ve hastalık süresi değişkenlerinin bakım bağımlılığı düzeyini arttırdığını belirlenmiştir. Ayrıca yine bu çalışmada hastaların hareketlilik, giyinme ve soyunma, beden temizliği, tehlikelerden kaçınma, günlük aktiviteler ve eğlence aktiviteleri puan ortalamalarının daha düşük olduğu, bu aktivitelerde diğer aktivitelere göre daha fazla bağımlılık yaşadıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte kurallara uyma, iletişim, ilişki, bellek ve öğrenme aktiviteleri puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu aktivitelerde diğer aktivitelere göre daha bağımsız oldukları bildirilmektedir (Özkan Tuncay ve Fertelli, 2020).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışma kapsamına büyük cerrahi girişim geçiren hastaların hemşirelik bakımı gereksinimlerini belirleyen hemşirelerin; yaş ortalamasının 25,51±2,21 yıl, %83,8'inin kadın, %94,6'sının lisans mezuniyet derecesine sahip olduğu ve %78,4'ünün ortalama 33,72±20,90 aydır servis hemşiresi olarak görev yaptığı görüldü.

- Değerlendirme kapsamına alınan hastaların yaş ortalamalarının 61,00±14,27 yıl, %54,1'inin erkek, büyük çoğunluğunun (%87,4) Marmara Bölgesinde yaşayan hastaların %41,4'ünün lise mezunu, %91,9'unun evli, %40,5'inin emekli olduğu, beden kitle indeksi ortalamasının 26,93±4,80 (fazla kilolu) olduğu, % 69,4'ünün sigara, %78,4'ünün alkol kullanımının olmadığı, %72,1'inin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu, %71,2'sinin sürekli kullandığı bir ilacı olduğu, %68,5'inin ameliyat sonrası yoğun bakımda tedavi ve bakım gördüğü, %78,4'ünün ameliyat sonrası dönemde yardımcı araç gereç kullanımının olmadığı saptandı.

- Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği değerlendirme cetveline göre, araştırma kapsamına alınan büyük cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası 1. günde "orta düzey üstü" bakım gereksinimlerinin olduğu saptandı.

- Orta düzey üstü ve üst düzeyde bakım gereksinimi olan hastaların ameliyat sonrası yoğun bakımda tedavi-bakım alma oranlarının, düşük düzeyde bakım gereksinimi olan hastalardan daha fazla; aynı şekilde üst düzeyde bakım gereksinimi olan hastaların ameliyat sonrası yoğun bakımda tedavi-bakım alma oranlarının orta düzeyde bakım gereksinimi olan hastalardan daha fazla oranda olduğu belirlendi.
- Düşük eğitim düzeyi, sigara-alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, yoğun bakımda tedavi ve bakım alma gereksinimi gibi değişkenlerin, bakım gereksinimini belirlemede önemli olduğu görüldü.

Bu sonuçlar doğrultusunda ameliyat sonrası dönemde olan hastaların bakım gereksinimi düzeylerinin belirlenmesinde eksiksiz veri toplanması ve sistematik değerlendirme için, hasta sınıflandırma ölçeklerinden yararlanılması gerektiği ve hastaların bakım gereksinimlerinin

karşılanması ve hemşire insan gücü planlanmasında bu analizlerin dikkate alınması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abreu, S. P. D., Pompeo, D. A., & Perroca, M. G. (2014). Use of Patients' Classification Instruments: analysis of the Brazilian Production of Knowledge. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48, 1111-1118.

Acaroğlu R., Şendir M., Kaya H. (Ed.). (2021). Roper-Logan-Tierney Modelinin Uygulamada Kullanılması, Nobel Tıp Kitapevi,İstanbul, Isbn: 97860 53355977, 317-353.

Akatın, Y., Meltem, Ü. N. L. Ü., Bilir, L. E., Demir, Ş., Şentürk, S., Özge, U. Z. U. N., & Kaçar, F. (2019). Bir Eğitim-Araştırma Hastanesinde Yatan Hastaların Bağımlılık Düzeyinin Belirlenmesi ve Hemşire Sayısının Hesaplanması. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(1), 1-6.

Akkaya, C. U. (2013). Radikal Sistektomi Ve Üriner Diversiyon Yapılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı. Üroonkoloji Bülteni, 12(1), 43-5.

Akyolcu N. (2017). Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. (Eds), Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Tıp Kitabevleri, Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul.

Akyüz, E. (2022). Yaşlı Hastalarda Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakım Gereksinimi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. İstanbul

Alward, R. R. (1983). Patient Classification Systems: The Ideal vs. Reality. The Journal of Nursing Administration, 13(2), 14–19. http://www.jstor.org/stable/26807650

Atabek Aştı, T. & Karadağ, A. (Ed.) (2012). Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi.

Avcı, G. G. ve ark. (2013) Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Yükünün Belirlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 4:21-4.

Aydın, E., & Bulut, H. (2014). Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(1), 77-82.

Aygin, D., & Hande, A. Ç. I. L. (2015). Morbid Obezlerde Bariyatrik Cerrahi Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Bakımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(4), 604-613.

Bakır, G. K., ve Göktaş, S. (2023). The Effects Of Motivational İnterviews About Activities Of Daily Living On Physical Adjustment And Quality Of Life İn Elderly Total Knee Arthroplasty Patients: A Randomised-Controlled Trial.

Baksi, A., ve Genç, H. (2020). Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Bakım Bağımlılığı Durumlarının Bakım Algısı, Sosyo-demografik ve Klinik Özellikler Açısından İncelenmesi. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri, 12(4).

Bal, M. D. (2017). Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsangücü Planlama Yaklaşımları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3(1), 148-154.

Başarır, S., ve Pakyüz, S. Ç. (2015). Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 10(1), 19-31.

Beswick, A. D., Wylde, V., Bertram, W., & Whale, K. (2023). The Effectiveness Of Non-Pharmacological Sleep İnterventions For İmproving İnpatient Sleep in Hospital: A Systematic Review And Meta-Analysis. Sleep Medicine.

Bilgin, Ö., Özdemir, D., Saçkan, F., ve Güney, İ. (2020). Nefroloji ve Onkoloji Kliniklerinde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Belirlenmesi. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1), 14-23.

Bloomer, M. J., Morphet, J., O'Connor, M., Lee, S., & Griffiths, D. (2013). Nursing Care Of The Family Before And After A Death in The ICU—An Exploratory Pilot Study. Australian Critical Care, 26(1), 23-28.

Bozkurt, G., Türkmen, E., & Zengin, N. (2017). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bağımsız İşlevlerine İlişkin İş Yükü. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 21(2), 36-41.

Brito, F. M., & Fernandes, M. D. G. M. (2016). Dependência De Cuidados De Enfermagem De Pessoas Idosas Hospitalizadas: Estudo Transversal. Online Brazilian Journal of Nursing, 15, 591-3.

Büyükyilmaz, F., Sendir, M., Astı, T., & Gürpinar, S. (2012). Postoperative Constipation Risk Assessment in Turkish Orthopedic Patients. Gastroenterology Nursing, 35(2), 106-113.

Çağlar Tuncer, M., & Yeşiltepe Oskay, Ü. (2021). Açık Kalp Cerrahisinin Kadın Cinsel Fonksiyonuna Etkisi ve Cinsel Danışmanlık. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing, 8(3).

Demirel, T. & Akın, B. (2014). Sağlıkla İlişkili Olarak Sosyal Adalet, Eşitlik ve Hemşirelik. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7 (3) , 238-245 .

Du, J. (2022). Effects of the Combination of Continuous Nursing Care and Breathing Exercises on Respiratory Function, Self-Efficacy, and Sleep Disorders in Patients with Lung Cancer Discharged from Hospital. Contrast Media & Molecular Imaging, 2022.

Fagerström, L., Rainio, A. K., Rauhala, A., & Nojonen, K. (2000). Validation Of A New Method For Patient Classification, the Oulu Patient Classification. Journal of Advanced Nursing, 31(2), 481-490.

Ferreira, P. C., Machado, R. C., Martins, Q. C. S., & Sampaio, S. F. (2017). Classification Of Patients And Nursing Workload in Intensive Care: Comparison Between Instruments. Revista Gaucha De Enfermagem, 38.

Geçit, S., & van Giersbergen, M. Y. (2021). Cerrahi Hasta Bakımında Venöz Tromboembolizmin Önlenmesi Kanıt Temelli Uygulama Önerileri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 37(2), 179-187.

Gülengün, T. Ü. R. K., ve Üstün, R. (2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11(1), 19-25.

Grant, M., de Graaf, E., & Teunissen, S. (2021). A Systematic Review Of Classifications Systems To Determine Complexity Of Patient Care Needs In Palliative Care. Palliative Medicine, 35(4), 636-650.

İzveren, A. Ü., ve Dal, Ü. (2011) Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 36-46.

Junttila, J. K., Haatainen, K., Koivu, A., & Nykänen, P. (2022). How the reliability and validity of the patient classification system can be ensured in daily nursing work? A follow-up study. Journal of Clinical Nursing.

Kankaya, H. & Karadakovan, A. (2017). Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumuna Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (4), 21-29.

Kara, N. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Bakım Bağımlılığı. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Karadağ, A., Çalışkan, N., & Baykara, Z. G. (Eds.). (2017). Hemşirelik teorileri ve modelleri. Akademi basın ve yayıncılık.

Kaya, A. (2022). Roper, Logan ve Tierney'in Hemşirelik Modeline Dayalı Hasta Eğitim Programinin Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Öz-Bakim Gücüne Etkisinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Keskin, S. (2019). Pediatrik Cerrahi Servisine Özgü Hasta Sınıflandırma Ölçeği Geliştirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Kılıç, H. F., Cevheroğlu, S., & Görgülü, R. S. (2017). Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10(1), 22-28.

Kim, J., Kang, T., Seo, H. J., Seo, S. Y., Kim, M., Jung, Y., Lee, J. B. (2022). Measuring Patient Acuity And Nursing Care Needs In South Korea: Application Of A New Patient Classification System. BMC Nursing, 21(1), 1-10.

Köçkar, Ç., & Özge, U. Z. U. N. (2010). Lomber Disk Herni Ameliyatı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(4), 30-41.

Korhan, E. A., Yönt, G. H., Tokem, Y., Karadağ, Ö., Sarıoğlu, E., ve Yıldız, K. (2013). Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(4), 199-204.

Korkmaz, F. D., & Çullu, M. (2015). Venöz Tromboembolizm ve Hemşirelik Bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 31(1), 62-82.

Lankshear, A. J., Sheldon, T. A., & Maynard, A. (2005). Nurse Staffing And Healthcare Outcomes: A Systematic Review Of The International Research Evidence. Advances In Nursing Science, 28(2), 163-174.

Lima, L. B. D., Borges, D., Costa, S. D., & Rabelo, E. R. (2010). Classification Of Patients According To The Degree Of Dependence On Nursing Care And İllness Severity İn A Post-Anesthesia Care Unit. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18, 881-887.

Liu, T., Feng, J., Ge, L., Jin, F., Zhou, C., & Liu, X. (2022). Feasibility, Safety And Outcomes Of Ambulation Within 2h Postoperatively In Patients With Lung Cancer Undergoing Thoracoscopic Surgery. International Journal of Nursing Practice, 28(4), e12994.

Malloch, K. (2012). Changing Tides: Increasing Evidence To Embrace A Patient Classification System. Nursing Economics, 30(6), 356-358.

Martin, Caron G., Turkelson, Sandra L. (2006). Nursing Care of the Patient Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting. The Journal of Cardiovascular Nursing 21(2):p 109-117.

Nesbitt, J.C., Deppen, S., Corcoran, R., Cogdill, S., Huckabay, S., McKnight, D., Osborne, B.F., Werking, K., Gardner, M. and Perrigo, L. (2012), Postoperative Ambulation İn Thoracic Surgery Patients: Standard Versus Modern Ambulation Methods. Nursing in Critical Care, 17: 130-137.

Ocak, Ç., ve Topcu, S. Y. (2023). The Role Of Nurses' Knowledge And Attitudes In Postoperative Pain Management. Collegian. Elsevier.

Özbudak, E., Oksay Şahin, A. (2021). Hastanede Yatan Yaşlı Bireylerin Bakım Bağımlılıkları Hemşirelik Bakımı İle İlgili Değerlendirmeleri ve Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 9(1), 307-322.

Özkan Tuncay, F., ve Fertelli, T. (2020). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Bireylerde Bakım Bağımlılığı ve İlişkili Faktörler. Kocaeli Tıp Dergisi, 9(1), 32-40.

Özkan, D. M., Yavuz, M., & Köze, B. Ş. (2015). Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrasında Solunum Egzersizlerini Uygulama Durumları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 31(2), 1-7.

Perroca, M. G. (1996). Sistema De Classificação De Pacientes: Construção E Validação De Um Instrumento [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Perroca, M. G. (2011). Development And Content Validity of The New Version of a Patient Classification Instrument. Revista Latino-Americana De Enfermagem, 19, 58-66.

Perroca, M. G. (2013). The New Version of a Patient Classification İnstrument: Assessment of Psychometric Properties. Journal of Advanced Nursing, 69(8), 1862-1868.

Perroca, M. G., Gaidzinski, R. R. (1998). Sistema de Classificação de Pacientes: Construção e Validação de um Instrumento (Patient Classification System: Constructıon and Valıdatıon of an Instrument). Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp, 32(2), 153-168.

Peršolja, M. (2018). The Effect of Nurse Staffing Patterns on Patient Satisfaction and Needs: A Cross- Sectional Study. Journal of Nursing Management, 26(7), 858-865.

Pour, H. A. (2012). Ameliyat Sonrası Ateş ve Hemşirelik Bakımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(4), 309-322.

Santos, C. E. D., Klug, D., Campos, L., Losekann, M. V., Nunes, T. D. S., & Cruz, R. P. (2018). Análise da Escala de Perroca em Unidade de Cuidados Paliativos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 52.

Santos, J.C. dos, Ferreira, J.D.L., Lima, C.L.J. de, Ferreira, T.M.C., Maciel, G.M.C., Oliveira, P.S. de, Chianca, K.S.V. (2017). Nursing in The Pre and Postoperative of Bariatric Surgery. International Archives of Medicine, 10, 1–9.

Soares, L. C. B., Silva, D. O., Cunha, J. X. P. D., Pires, P. D. S., & Cardoso, L. G. V. (2022). Pressure Injury Development And Care Complexity In Patients At An Emergency Service. Cogitare Enfermagem, 27.

Temel, A. B. (2008). Kültürlerarası (Çok Kültürlü) Hemşirelik Eğitimi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(2), 92-101.

Trads, M., Deutch, S. R., & Pedersen, P. U. (2018). Supporting Patients İn Reducing Postoperative Constipation: Fundamental Nursing Care–A Quasi- Experimental Study. Scandinavian Journal Of Caring Sciences, 32(2), 824-832.

Tüfekçi, H., Akansel, N., & Sivrikaya, S. K. (2022). Pain İnterference With Daily Living Activities And Dependency Level Of Patients Undergoing CABG Surgery. Pain Management Nursing, 23(2), 180-187.

Velioğlu, P. (2012). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Akademi Basın ve Yayıncılık.

Vermişli, S., & Çam, K. (2015). Ürolojik Radikal Cerrahi Sonrası Erken Mobilizasyonun Etkinliği. Bulletin of Urooncology, 14, 324-326.

Wu Cl, Richman Jm. (2004). Postoperative Pain And Quality Of Recovery. Curr Opin Anaesthesiol. 17(5):455-460.

Yalçın, N., & Türkinaz, A. Ş. T. I. (2010). Hemşire-hasta etkileşimi. Florence Nightingale Journal of Nursing, 19(1), 54-59.

Yanık, T. Ç., & Yılmaz, S. G. (2019). Kardiyovasküler cerrahi sonrası yoğun bakımda yaşanan sorunlar ve hemşirelik bakımı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 1(2), 122-127.

Yetim, G. (2016) Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yıldırım, D. (2015). Hasta Sınıflandırma Aracı Geliştirme. Florence Nightingale Journal of Nursing, 13(51).

Yüceer, S. (2011). Nursing Approaches İn The Postoperative Pain Management. J Clin Exp Invest www. clinexpinvest. org Vol, 2(4).

Zaybak, A., Güneş, Ü. Y., İsmailoğlu, E. G., & Ülker, E. (2012). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(1), 48-54.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

BÜYÜK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIMI GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%14	%13	%3	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%3
2	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%3
3	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	www.acarindex.com İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to Bülent Ecevit Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
7	paperity.org İnternet Kaynağı	%1
8	acikerisim.dicle.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
	9lib.net	

EKLER

EK-1 Etik Kurul İzni

EK-2 Kurum İzni

EK-3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK-4 Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği

EK-5 Hemşire Bilgi Formu

EK-6 Hasta Bilgi Formu

EK-7 Öğr. Gör. Güzin Ayan'ın İzin Yazısı

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☒ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Aynur KAYA
(İmza)

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☒ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Aynur KAYA
(İmza)

EK-3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa *Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi/Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı* öğretim üyesi *Prof. Dr. Funda Büyükyılmaz danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Aynur Kaya* tarafından yürütülen, Koç Üniversitesi Etik Kurulları'nın *[Etik Kurul onay numarası]* sayılı onayı ile izin verilen, B*üyük Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Hemşirelik Bakımı Gereksinimlerinin Belirlenmesi* başlıklı araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır.

Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü olarak katılımınız esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN AMACI

Değerli katılımcı,

Bu araştırma, büyük cerrahi girişim geçiren hastaların, hemşirelik bakımı gereksinimlerini belirleyerek elde edilen sonuçların hastaların hemşirelik bakımlarının planlanmasında yol gösterici olmasını ve dolayısıyla hastaların optimal bakımı alarak, kaynakların etkili bir şekilde kullanımını sağlamak amacıyla gönüllülük esasına dayalı olarak yapılmaktadır.

PROSEDÜRLER

Çalışma için harcayacağınız süre maximum 15 dk'dır. Bu sırada herhangi bir cihaz kullanılmayacak ve size herhangi bir işlem uygulanmayacaktır. Çalışmaya katılımınız sırasında sizinle sadece görüşme yapılacak ve bakım verdiğiniz hastanın durumunu belirlenmiş anket sorularıyla değerlendirmeniz istenecektir.

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

Bu çalışmaya katıldığınızda günlük yaşamınızda var olan herhangi bir riskten daha fazlasına ya da potansiyel herhangi bir riske ya da rahatsızlığa maruz kalmayacaksınız.

TOPLUMA VE/VEYA GÖNÜLLÜLERE OLASI FAYDALARI

Araştırma sonucunda elde edilen bilgiler hastaların bakımlarının planlanmasında biz hemşirelere yol gösterici olacak, hastaların optimal bakımı almalarını ve kaynakların etkili bir şekilde kullanımını sağlayacaktır.

GİZLİLİK

Bilgilerinizin gizliliği elektronik ortamda şifrelenerek ve fiziki metaryeller kilit altında tutularak sağlanacaktır. Bilgileriniz ancak kimliğinizi belli etmeyecek şekilde akademik yayın amaçlı kullanılabilir. Araştırmayı yürüten Prof. Dr. Funda Büyükyılmaz ve Aynur Kaya dışında bilgilerinize kimse erişemeyecektir. Çalışma ile ilgili sizden elde edilen kişisel bilgiler "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" gereğince gizli tutulacak ve sizin talebiniz dışında 3. kişilerle paylaşılmayacaktır.

KATILIM VE AYRILMA

Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamen kendi iradenizle ve etki altında kalmadan karar vermeniz önemlidir.

Katılmaya karar verdikten sonra, herhangi bir anda sahip olduğunuz herhangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ

-Prof. Dr. Funda Büyükyılmaz (Tez danışmanı), İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Abide-i Hürriyet Caddesi, 34381, Şişli/İstanbul,

-Aynur Kaya (Yüksek Lisans Öğrencisi), Koç Üniversitesi Hastanesi, Topkapı, Koç Üniversitesi Hastanesi, Davutpaşa Cd. No:4, 34010 Zeytinburnu/İstanbul

---

Yukarıda yapılan açıklamaları anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde yanıtlandı. Dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi.

_____

Katılımcı Adı-Soyadı

_____ _____

Katılımcı İmzası Tarih

_____ _____

Araştırmacının İmzası Tarih

EK-4 Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği

PERROCA HASTA SINIFLANDIRMA ÖLÇEĞİ

PERROCA Hasta Sınıflandırma Ölçeği: Hastalar, her bir bakım alanında 1-4 puan arasında tanımlanan ifadelere göre değerlendirilir ve hastanın durumunu yansıtan en uygun ifadeye göre puanlanır. Hasta sınıflandırması 9 ana bakım alanında verilen puanların toplamı alınarak yapılır (en düşük puan 9, en yüksek 36 puan); 9-12 puan arası "Düşük düzeyde (minimal) bakım", 13-18 puan arası "Orta düzeyde bakım", 19-24 puan arası "Yarı üst düzeyde (yarı-yoğun) bakım", 25-36 puan arası "Üst düzeyde (yoğun) bakım" gereksinimini ifade etmektedir).

BAKIM ALANLARI	**PUANLAMA KRİTERLERİ**
1. BAKIM SÜRECİNİN PLANLANMASI VE KOORDİNE EDİLMESİ	• lanlanmış olan hemşirelik bakımının devam ettirilmesi **(1 PUAN)** • lanlanmış olan hemşirelik bakımının kısmi olarak gözden geçirilmesi **(2 PUAN)** • Hemşirelik bakım planının hemşirelik ekibi veya kurum içi kaynaklara ihtiyaç duyularak hazırlanması **(3 PUAN)** • Hemşirelik bakım planının multidisipliner sağlık ekibi veya kurum dışı kaynaklara ihtiyaç duyularak hazırlanması **(4 PUAN)**
2. TETKİK, GÖZLEM VE TAKİP	• Yaşam bulguları (günde 3 defa), basit tanı testleri (15 dakikaya kadar), klinik değerlendirme, kilo tartma ve diğer antropometrik ölçümler, diğer ölçümler (ölçüm skalaları) (günde 1 defa). **(1 PUAN)** • Yaşam bulguları ve oksijen satürasyonu (günde 3 defa), hava yolu temizlenmesi (günde 3 defaya kadar), orta zorluktaki tanı ve tedavi işlemlerine yardım (15-30 dakika), diğer ölçümler (ölçüm skalaları) (günde 2-3 defa). **(2 PUAN)** • Yaşam bulguları ve oksijen satürasyonu, OKB (arter kateterizasyonu) (günde 4-6 defa), hava yolu temizlenmesi (günde 4-6 defa), orta zorluktaki tanı ve tedavi işlemleri (30-50 dakika), acil bakım, diğer ölçümler (ölçüm skalaları) (günde 4-6 defa). **(3 PUAN)** • Yaşam bulguları ve oksijen satürasyonu, İKB (intrakranial basınç) ve diğer işlemler (günde 6 defadan fazla), endotrakeal tüp ve mekanik ventilasyon bakımı, hemodiyaliz ve Swan-Ganz gibi tanı ve tedavi işlemleri (50 dakikadan uzun süren), kalp-akciğer canlandırması, diğer ölçümler (ölçüm skalaları) (günde 6 defadan fazla). **(4 PUAN)**
3. KİŞİSEL HİJYEN VE BOŞALTIM	• Hasta bu konuda kendi kendine yeterlidir. **(1 PUAN)** Hasta giyinmek, tuvalete gitmek, duş almak, ağız bakımı, eliminasyon kontrolü, traş olmak ve ameliyat öncesi bakım için hemşirenin yardımına, yönlendirmesine veya denetlemesine gereksinim duyar. **(2 PUAN)** • Hasta kişisel hijyen, boşaltım ve rahatlığının sağlanmasında (günde 6 defaya kadar) hemşireye gereksinim duyar (sürgü ve ördek verilmesi, alt bezinin değiştirilmesi, dren, stoma, idrar kateter, tüp

	ve torbalarının kontrolü, değiştirilmesi ve/veya boşaltılması). **(3 PUAN)** • Hasta kişisel hijyen, boşaltım ve rahatlığının sağlanmasında (günde 6 defadan fazla) hemşireye gereksinim duyar (sürgü ve ördek verilmesi, alt bezinin değiştirilmesi, dren, stoma, idrar kateter, tüp ve torbalarının kontrolü, değiştirilmesi ve/veya boşaltılması). **(4 PUAN)**
4. DERİ VE MUKOZA BÜTÜNLÜĞÜ	• Deri ve mukoza lezyonlarını önleyici girişimler yönünden rehberlik yapılması ve yapılanların izlenmesi. **(1 PUAN)** • Deri ve mukoza lezyonlarını önleyici girişimlerin (masaj, losyon, vb.) uygulanması (günde 3 defaya kadar); vücudun 1 ya da daha fazla yerinde teknik zorluk derecesi düşük, basit pansuman değişimi (günde bir defa). **(2 PUAN)** • Deri ve mukoza lezyonlarını önleyici girişimlerin (masaj, losyon, vb.) uygulanması (günde 4-6 defa); vücudun bir ya da daha fazla yerinde teknik zorluk derecesi düşük ya da orta düzeyde pansuman değişimi (günde 2-3 defa); vücut pozisyonunun değiştirilmesi (günde 6 defaya kadar). **(3 PUAN)** • Deri ve mukoza lezyonlarını önleyici girişimlerin (masaj, losyon, vb.) uygulanması (günde 6 defadan fazla); vücudun bir ya da daha fazla yerinde günde 3 defadan fazla, teknik zorluk derecesi orta düzeyde ya da günde 1 defa, teknik zorluk derecesi yüksek pansuman değişimi; vücut pozisyonunun değiştirilmesi (günde 6 defadan fazla). **(4 PUAN)**
5. BESLENME VE HİDRASYON	• Hasta bu konuda kendi kendine yeterlidir. **(1 PUAN)** • Hasta beslenme ve/veya sıvı alımı için hemşirenin yardımına, yönlendirmesine ve/veya denetlemesine gereksinim duyar. **(2 PUAN)** • Hasta nazogastrik tüp ya da stoma yoluyla beslenme ve/veya sıvı alımı için hemşireye gereksinim duyar (günde 6 defaya kadar). **(3 PUAN)** • Hasta nazogastrik tüp ya da stoma yoluyla beslenme ve/veya sıvı alımı için hemşireye gereksinim duyar (günde 6 defadan fazla); periferik ya da santral venöz kateter yoluyla beslenme ve/veya sıvı alımı için hemşirelik bakımına gereksinim duyar. **(4 PUAN)**
6. HAREKET VE EGZERSİZ TEDAVİSİ	• Hasta bu konuda kendi kendine yeterlidir. **(1 PUAN)** • Hasta, yürümesine destek ve/veya vücudunun farklı yerlerini hareket ettirmek için denetlenmesi, rehberlik ve cesaretlendirilmesi, protez, değnek, baston, tekerlekli sandalye ve yürüteç gibi aletlerin kullanılması konularında hemşirenin yardımına, yönlendirmesine ve/veya denetlemesine gereksinim duyar. **(2 PUAN)** • Hasta yürümesi; iki kişinin yardımıyla yataktan sandalyeye, sandalyeden yatağa geçebilmesi; yürüme ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi için eğitimi; birim içinde hemşirelerin gözetimi altında bir yerden bir yere gidebilmesi gibi konularda hemşirenin yardımına, yönlendirmesine ve/veya denetlemesine gereksinim duyar (günde 2 defaya kadar). **(3 PUAN)** • Hasta yürümesi; ikiden fazla kişinin yardımıyla yataktan sandalyeye, sandalyeden yatağa geçebilmesi; yürüme ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi için eğitimi; birim dışında hemşirelerin gözetimi altında bir yerden bir yere gidebilmesi gibi konularda hemşirenin yardımına, yönlendirmesine ve/veya denetlemesine gereksinim duyar (günde 2 defadan fazla). **(4**

	PUAN)
7. TEDAVİ VE İLAÇ UYGULAMALARI	• İlaç uygulamaları (günde 1-3 defa); infüzyonların başlatılması ve değiştirilmesi (günde 1-2 defa). **(1 PUAN)** • İlaç uygulamaları (günde 4 defa); infüzyonların başlatılması ve değiştirilmesi (günde 3-4 defa), (nazogastrik, nazoenteral tüp veya stoma, oksijen tedavisi) **(2 PUAN)** • İlaç uygulamaları (günde 6 defa), infüzyonların başlatılması ve değiştirilmesi (günde 5-6 defa) (tanıya yönelik testler ve/veya ameliyat için laksatif ve enemalar gibi bazı ilaçların uygulanması, periferik kateterin bakımı, kan ve kan ürünleri, plazma genişletici ve sitostatik ajanların kullanımı, peritonal diyaliz). **(3 PUAN)** • Her iki saatte bir ilaç uygulaması, infüzyonların başlatılması ve değiştirilmesi (günde 6 defadan fazla); vazoaktif ilaçlar ve yüksek riskli ilaçlar, epidural ve santral kateter bakımı, hemodiyaliz. **(4 PUAN)**
8. EMOSYONEL DESTEK	• Hasta ve/veya ailesi hastalık, tedavisi ve hastane süreciyle ilgili endişeleri nedeniyle emosyenel desteğe gereksinim duyar. **(1 PUAN)** • Hasta ve/veya ailesi endişeleri, gerginlikleri, sürekli şikayetleri ve istekleri nedeniyle emosyonel desteğe gereksinim duyar. **(2 PUAN)** • Hasta ve/veya ailesi apati, ümitsizlik, günlük aktivitelere katılma konusundaki isteksizlik veya sıklığı artan anksiyete semptomları nedeniyle emosyonel ve psikolojik desteğe gereksinim duyar. **(3 PUAN)** • Hasta ve/veya ailesi tıbbi tedaviyi reddetme ve diğer psikososyal sorunlar nedeniyle sürekli emosyonel ve psikolojik desteğe gereksinim duyar. **(4 PUAN)**
9. SAĞLIK EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIK	• İletişim engeli olan (körlük, sağırlık, akıl hastalığı, dil bozuklukları) veya farklı kültüre sahip, anlama ve kabullenme zorluğu çeken hastaya ve/veya ailesine eğitim ve danışmanlık verilmesi; evde kullanılacak özel ekipman ve materyel konusunda danışmanlık verilmesi. **(3 PUAN)** • Hastaya ve/veya ailesine öz bakım, evde kullanılacak özel ekipman ve cihazlar ve özel prosedürler (periton diyaliz, vb.) ile ilgili eğitim ve danışmanlık verilmesi. **(4 PUAN)** • Hastaneye yatış sırasında hasta ve/veya ailesine eğitim ve danışmanlık verilmesi. **(1 PUAN)** • Hastaya ve/veya ailesine ameliyat öncesi ve sonrası prosedürler, test sonuçları ve taburculukla ilgili eğitim ve danışmanlık verilmesi. **(2 PUAN)**

EK-5 Hemşire Bilgi Formu

HEMŞİRE BİLGİ FORMU

1. **Yaş: .....**
2. **Cinsiyet:** ( ) Kadın ( ) Erkek
3. **Eğitim Düzeyi:** a. Lisans b. Yüksek Lisans c. Doktora ve üstü
4. **Çalışma Pozisyonu:** ( ) Ekip Lideri Hemşire ( ) Servis Hemşiresi ( ) Diğer : .....
5. **Mesleki deneyim süresi:** ……
6. **Haftalık ortalama çalışma saati: .....**
7. **Vardiyalardaki ortalama hemşire sayısı:** …….

EK-6 Hasta Bilgi Formu

HASTA BİLGİ FORMU

1. **Post-op günü** …..
2. **Yaşı:** ……
3. **Boy:** ……
4. **Kilo:** ……
5. **Cinsiyet:** ( ) Kadın ( ) Erkek
6. **Eğitim Düzeyi:** ( ) Okur yazar değil ( ) Okur yazar ( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Lisans ve üstü
7. **Yaşanan Yer:** ……
8. **Meslek:** ……
9. **Medeni Durum:** ( ) Evli ( ) Bekar
10. **Sigara Kullanımı:** ( ) Hayır ( ) Evet
11. **Alkol Kullanımı:** ( ) Hayır ( ) Evet
12. **Yardımcı Araç-Gereç Kullanımı:** ( ) Hayır ( ) Evet ……
13. **Kronik Hastalık Varlığı:** ( ) Hayır ( ) Evet
14. **Kronik Hastalık Türü:** ……
15. **Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı:** ( ) Hayır ( ) Evet
16. **Sürekli Kullanılan İlaç Türü:** …….
17. **Ameliyat branş:** …….
18. **Ameliyat sonrası yoğun bakıma transfer oldu mu?:** ( ) Evet ( )Hayır

EK-7 Öğr. Gör. Güzin Ayan'ın İzin Yazısı

ÖZGEÇMİŞ