

Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Cerrahi Birimlerindeki Hemşirelerin Bakım Girişimlerini Kaydetme Durumları

Status of Surgical Clinic Nurses' Recording of Care Interventions in the Early Postoperative Period

Kadriye Aldemir Atmaca¹, Yeşim Dikmen Aydın², Özlem Şahin Akboğa³

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Suşehri Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Sivas, Türkiye

²Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

³Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Yozgat, Türkiye

Cite as: Aldemir Atmaca K, Dikmen Aydın Y, Şahin Akboğa Ö. Ameliyat sonrası erken dönemde cerrahi birimlerindeki hemşirelerin bakım girişimlerini kaydetme durumları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2024;11(2):323-332.

DOI: 10.54304/SHYD.2024.92679

Öz

Amaç: Bu araştırma, ameliyat sonrası erken dönemde cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerin bakım girişimlerini kaydetme durumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma, Ekim–Kasım 2023 tarihleri arasında, İstanbul ilinde bulunan ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren üç eğitim araştırma hastanesinin cerrahi birimlerinde çalışan 221 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, hemşireleri tanıtıcı bilgi formu ile ameliyat sonrası hemşirelik girişimlerini gerçekleştirme ve kayıt etme formları aracılığıyla toplanmıştır.

Bulgular: Cerrahi hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde uyguladıkları girişimler arasında en fazla yaşam bulguları değerlendirme (%100), en az ise hastanın cilt sıcaklığı, nemi ve renk değerlendirmesi (%81,9) olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, cerrahi hemşirelerin %100'ünün "ameliyat sonrası yaşam bulgularını izleme" ile "solunum değerlendirme ve gerekli ise oksijen desteği sağlama" girişimini uyguladığı ve her uygulamada kaydettikleri saptanmıştır. Diğer hemşirelik girişimlerinin uygulama sıklıkları arasında standart yaklaşımın olmadığı, ancak uygulamanın yapıldığı sıklık kadar kayıtların yapılmadığı belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmada, cerrahi hemşirelerinin, bakım girişimlerini uygulama ve kaydetme sıklıkları arasında eksiklikler bulunurken, hemşire gözlem formlarının cerrahi birimlere özel olması ve her girişim için kaydedilme alanının oluşturulması gereklidir.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi bakım, cerrahi hemşiresi, kayıt.

Abstract

Aim: This study was planned to determine the recording of care interventions by nurses working in surgical clinics in the early postoperative period.

Method: This descriptive study was conducted between October and November 2023 with 221 nurses working in the surgical clinics of three training and research hospitals providing tertiary health care services in Istanbul province. Data were collected through the 'sociodemographic data collection form' and 'performing and recording postoperative nursing interventions' forms.

Results: Among the interventions performed by surgical nurses in the early postoperative period, the most common was the assessment of vital signs (100%) and the least common was the assessment of the patient's skin temperature, humidity and colour (81.9%). In the study, it was determined that 100% of the surgical nurses applied the interventions of 'monitoring postoperative vital signs' and 'respiratory assessment and providing oxygen support if necessary' and recorded them in each application. It was determined that there was no standard between the application frequencies of other nursing interventions and that they were not recorded as often as the application was performed.

Conclusion: Deficiencies were found in the frequency of application and recording of care interventions by surgical nurses. Nurse observation forms should be specialised for surgical clinics and a recording area should be created for each intervention.

Keywords: Surgical care, surgical nurse, registration.

Corresponding author / Sorumlu yazar: Kadriye Aldemir Atmaca ▪ kadriyealdemir86@hotmail.com

Received / Geliş: 22.12.2023 ▪ **Accepted / Kabul:** 29.08.2024 ▪ **Published Online / Online Yayın:** 31.08.2024

Giriş

Hemşireler sağlık iş gücü içerisinde en kalabalık, hasta ve hasta yakını ile en uzun zaman geçiren sağlık meslek üyesidir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021). Ancak hemşireliğin görünürlüğü, hemşirelerin artan sayısı, eğitim sistemindeki iyileşme ve mesleki uzmanlığı ile paralel bir ilerleme kaydetmemiş, sağlık hizmet sunumunda hak ettiği konuma ulaşamamıştır (Lindrooth ve ark., 2015). Hemşireliğin sağlık bakımının sunulduğu her alanda katkısının anlaşılması ve görünürlüğünün sağlanmasında tıbbi kayıtların önemi büyük olmaktadır (Cerchione ve ark., 2023). Kayıt tutma hemşireliğin bakım hizmetindeki rol ve fonksiyonlarını gösterme, yaptığına değer biçilmesi ve faaliyetlerini tüm paydaşlara iletebilmeleri açısından oldukça önemlidir (Erdat, 2020).

Tıbbi kayıt, hastanın var olan ve geçmiş sağlık durumu, yaşamı, sürdürülen tedavi ve bakımı ile ilgili bilgileri içeren önemli bir veri kaynağıdır (World Health Organization, 2006). Bu kayıtların bir kısmı hemşireler tarafından oluşturulan bakım ile ilişkili kayıtlar olup bu kayıtlar bakımları devam eden hastalara ilişkin hemşirelerin hasta bakımı için ne planladığı ne yaptığı, nasıl yaptığı ve hangi sonuçlara ulaşıldığı hakkında bilgi sağlamaktadır (Şahin ve Erdemir, 2016). Kayıtlar, hastaların sağlık durumlarını, gerçekleştirilen hemşirelik girişimlerini ve bu girişimlerin sonuçları konusunda hemşirelerin birbirleri ve diğer sağlık çalışanlarıyla iletişim kurmasına katkı sağlamaktadır. Dolaylı olarak kayıtlar, hastanın bakımında süreklilik sağlamakla birlikte tüm ekibe bilgi kaynağı olarak hizmet etmektedir (De Groot ve ark., 2020). Kayıt tutma, hemşirelerin hastanın gelişimini değerlendirmeyi ve hangi girişimlerin etkili olduğunu belirlemeyi ve bakım planında gerekli olan değişiklikleri fark etmeyi sağlamaktadır. Kayıtlar, aynı zamanda hemşirelik araştırmaları için bir veri kaynağı olmakta ve bakım verilen bireye ne olduğunu ve ne zaman olduğunu bir göstergesi olması nedeniyle yasal süreçlerde kanıt olarak da kullanılabilir (Erdat, 2020). Eğer hemşirelik bakımı kayıt edilmez ise hem verilen kararın doğruluğunu kanıtlamak, hem de hemşirelik bakım etkinliklerinin temeli hakkında ilişki kurmak zorlaşabilmektedir (Dang ve Stafseth, 2023; Erdat, 2020). Kayıtların mesleğe olan katkılarından bir diğeri de hemşirelik bilgi birikimini artırmak ve veri tabanını oluşturmaktır. Bu şekilde kayıtlar, hemşirelik eğitimi ile birim uygulama standartlarının gelişimini değerlendirme ölçütlerini oluşturmaya yardım etmektedir (Forman ve ark., 2020). Kısaca doğru ve tam kayıtlar, hemşirelerinin kavramsal bilgisini kullanma, kritik düşünme ve sorun çözme becerisinin bir göstergesi olmaktadır (Erdat, 2020).

Günümüzde hemşirelik uygulamalarında kayıt tutmanın önemi giderek artmakta ve yapılan bakım uygulamaları daha sık kayıt altına alınmaya başlanmıştır (Gürkan ve ark., 2023). Ancak kayıtlar incelendiğinde büyük bir bölümünün yaşam bulguları, verilen ilaçlar ve bazı bakım girişimlerinden oluştuğu ve bunlardan çoğunun da hekim isteminde yer alan girişimler ile sınırlı olduğu ve hemşirenin bağımsız olarak gerçekleştirdiği hasta değerlendirmesine, hastanın gereksinimlerine ve hemşirelik girişimlerine neredeyse yer verilmediği görülmüştür (Zangmo ve ark., 2018). Ancak hemşirelik uygulamaları ve bu uygulamaların hasta üzerindeki etkileri düzenli olarak ve zamanında kaydedilmesinin, hemşirelik mesleğinin görünürlüğü ve bakım çıktılarının değerlendirilmesi açısından oldukça önemli olduğu bilinmektedir.

Ameliyat sonrası erken dönem hasta bakımda önemli bir zaman dilimi olmaktadır. Bu dönem, yakın izlem ve gözlem gerektirmekte ve hastanın bağımlı olması nedeni ile bakım uygulamaları oldukça fazla yapılmaktadır. Bu dönemde yapılan uygulamaların kayıt altına alınması, bakımın devamlılığı ve takım içindeki iletişimin etkinliği açısından oldukça önemli olmaktadır (Witkowski ve ark., 2021). Amerikan Perioperatif Hemşireleri Derneği (Association of periOperative Registered Nurses - AORN), cerrahi hemşirelerinin hasta bakımını verimli ve güvenli bir şekilde sağlamak için elektronik bilgi sistemlerinin kullanımını önermiştir (AORN, 2015). Kayıt tutmanın mesleki önemine sürekli vurgu yapılmasına karşın, hemşirelik kayıtlarının sıklıkla eksik olduğu, doğruluktan yoksun ve kalitesiz olduğu rapor edilmektedir (Erdat, 2020). Bu konuda yapılan çalışmalarda, hemşirelerin kayıt konusundaki eksikliklerinin tutum, bilgi, standart bir kayıt yöntemin bulunmaması ve yetersiz hemşirelik belgelerine bağlı olduğunu savunmaktadır (Tajabadi ve ark., 2020; Bjerkan ve ark., 2021; Tasew ve ark., 2019). Bu bağlamda hemşirelerin, bu konudaki tutum ve davranışlarında değişiklik olup olmadığının belirli aralıklar ile değerlendirilmesi ve sonuçların tartışılması önemlidir. Ayrıca, konu ile ilgili yakın zamanlı yapılan bir çalışmanın olmaması ve ülkemizde ameliyat sonrası erken dönemde bakım uygulamalarını kayıt etme durumlarını inceleyen bir çalışmaya rastlanmaması nedeniyle bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Türü: Çalışma, hemşirelerin ameliyat sonrası erken dönemde bakım girişimlerinin kaydetme durumlarını belirlemek amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Soruları:

- Hemşireler ameliyat sonrası erken dönemde yapılması gereken bakımları uyguluyorlar mı?
- Hemşireler ameliyat sonrası erken dönemde uygulanan bakımın kaydını tutuyorlar mı?
- Hemşireler ameliyat sonrası erken dönemde bakım uygulamalarını hangi sıklıkta yapıyorlar?

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Çalışma, Ekim–Kasım 2023 tarihleri arasında üçüncü basamak sağlık hizmeti veren Sağlık Bakanlığına bağlı üç eğitim araştırma hastanesinin cerrahi birimlerinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır.

Araştırmanın Evren-Örnekleme: Çalışmanın evrenini, ilgili hastanelerin cerrahi birimlerinde çalışan 285 hemşire oluşturmuştur. Evreni bilinen örneklem yöntemi kullanılarak yapılan hesaplamada $[n = 285 \times (1,96)^2 (0,5) \times (0,5) / (0,05)^2 \times (285-1) + (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)]$ en düşük örneklem büyüklüğü 164 olarak belirlenmiştir. Çalışmada, araştırmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama aşamasında ulaşılabilen 221 hemşire örnekleme oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları: Veriler, hemşireleri tanımaya yönelik bilgileri sorgulayan bir bilgi formu ile ameliyat sonrası hemşirelik girişimlerini gerçekleştirme ve kayıt etme durumlarını ve de bu girişimlerin sıklıklarını belirleyen iki ayrı form olmak üzere toplamda üç form ile toplanmıştır. Formlar cerrahi hastalıkları hemşireliğinin bakım temelinde yer alan alan bilgisi doğrultusunda (Akyolcu ve ark., 2011) oluşturulmuş ve üç uzman görüşü alındıktan uygulanmıştır.

Kişisel bilgi formu: Bu form alan yazın doğrultusunda (De Groot ve ark., 2020; Moy ve ark., 2021) hazırlanmış ve formda hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, meslekte çalışma yılı, çalışılan cerrahi kliniği, mesleği isteyerek seçme durumu, mesleğinden memnuniyet düzeyini belirleyici sorular bulunmaktadır. Ayrıca hemşirelerin kayıt tutmanın önemi ile ilgili görüşlerini, kayıt tutmanın hasta bakımına ve hemşirelik mesleğine katkısına ilişkin görüşlerini, hemşirelik kayıt ile ilgili eğitim alma durumunu, kayıt tutmama nedenlerini sorgulayan 12 sorudan oluşmaktadır.

Ameliyat sonrası hemşirelik girişimlerini gerçekleştirme ve kayıt etme durumlarını belirleme formu: Bu form ameliyat sonrası erken dönemde hemşirelerin uygulaması beklenen girişimlerin yapıma ve kaydedilme durumlarını belirlemek üzere alan yazın desteğinde hazırlanan 21 sorudan oluşmaktadır (Akyolcu ve ark., 2011).

Ameliyat sonrası hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirme ve kayıt etme sıklığı belirleme formu: Bu form ameliyat sonrası erken dönemde hemşirelerin uygulaması beklenen girişimleri yapma ve kaydetme durumlarının sıklığını belirlemek üzere alan yazın desteğinde oluşturulmuştur (Akyolcu ve ark., 2011).

Verilerin Toplanması: Çalışma verileri, araştırmacılar tarafından cerrahi birimlerinde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler ile yüz-yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama formlarının ortalama yanıtlanma süresi 20-25 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package of Social Sciences 22.0 (SPSS) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden frekans, oran, ortalama, standart sapma (SS) kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmaya başlamadan önce yerel bir etik kuruldan (Karar tarihi ve sayısı: 03.10.2023/07/06) onay ve kurum izni (E-93596471-010.01-418602) alınmıştır. Katılımcılara çalışma hakkında gerekli açıklama yapıldıktan sonra cerrahi hemşirelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Çalışmanın en önemli sınırlılığı, cerrahi hemşirelerinin kaydetme davranışlarının öz bildirimine bağlı olması ve hemşire gözlemlerdeki kayıtlar ile tutarlılığının karşılaştırılmamasıdır. Diğer bir sınırlılık ise değişik nedenlerden (hemşirelerin veri toplama sürecinde ulaşılabilmesi, izinli ve raporlu olmaları) dolayı evrenin tamamına ulaşılabilmesidir. Ayrıca çalışmanın sadece Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yapılmış olması diğer hastane gruplarını yansıtmamasıdır.

Bulgular

Tablo 1. Cerrahi hemşirelerin bireysel özellikleri (N:221)

Bireysel özellikler	n	%
Yaş	29,75 (SS=6,16) (min.22-max. 53)	
Cinsiyet		
Kadın	178	80,5
Erkek	43	19,4
Eğitim düzeyi		
Lise	43	19,5
Önlisans	36	16,3
Lisans	124	56,1
Lisansüstü	18	8,1
Meslekte çalışma yılı	7,45 (SS=6,45) (min.1-max.34)	
Mesleği isteyerek seçme durumu		
Evet	170	76,9
Hayır	51	23,1
Mesleğinden memnuniyet düzeyi		
Çok memnun	44	19,9
Kısmen memnun	134	60,9
Memnun değilim	43	19,5
Çalışılan cerrahi birimler		
Ortopedi	18	8,1
Genel cerrahi	81	36,7
Göğüs cerrahisi	39	17,6
Kalp ve damar cerrahisi	30	13,6
Plastik cerrahisi	11	5,0
Üroloji	22	10,0
KBB	20	9,0
Kayıt tutmanın önemi ile ilgili görüşler		
Evet	206	93,2
Hayır	15	6,8
Kayıt hasta bakımına ve hemşirelik için önemine ilişkin görüşleri		
Bakımın devamlılığını sağlar	21	9,5
Ekibin hasta hakkında bilgi sahibi olmasını sağlar	60	27,1
Hemşirelik eğitimi ve araştırmaları için kaynak oluşturur	43	19,5
Yasal güvence sağlar	57	25,8
Diğer	40	18,1
Hemşirelik kayıt ile ilgili eğitim alma durumu (Son altı ay)		
Evet	115	52,0
Hayır	106	48,0
Kayıt tutmama sebepleri ile ilgili görüşler		
Zaman kaybı	27	12,2
İş yoğunluğu	69	31,2
Kayıt için form olmaması	54	24,4
Hekim istemi olmaması	42	19,1
Diğer	29	13,1

SS=Standart Sapma, min.; minimum, max.: maximum

Katılımcıların yaş ortalaması 29,75 (SS=6,16) yıl olup %80,5'i kadın ve %56,1'i lisans mezunudur. Çalışmaya katılan cerrahi hemşirelerin meslekte ortalama 7 yıl [7,45 (SS=6,45)] çalıştığı, %76,9'u mesleğini isteyerek seçtiği, %60,9'u mesleğinden kısmen memnun olduğu ve %36,7'si genel cerrahi kliniğinde çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 1). Katılımcıların çoğunun (%93,2)

hemşirelik girişimlerinde kayıtların önemli olduğunu, yarısının (%52) son altı ay içerisinde bu konu ile ilgili eğitim almadığı saptanmıştır. Katılımcılara hemşirelik girişimlerinin kayıt edilmesinin hasta bakımına ve hemşirelik için önemine ilişkin görüşleri sorulduğunda; cerrahi hemşirelerin %27,1'i ekibin hasta hakkında bilgi sahibi olmasını sağladığı için, %25,8'i yasal güvence sağlaması nedeniyle hemşirelik kayıtlarının önemli olduğunu bildirmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin yapılan girişimleri kayıt etmeme nedenleri arasında birinci sırada iş yoğunluğu (%31,2) olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2. Cerrahi hemşirelerin ameliyat sonrası hemşirelik girişimlerini gerçekleştirme ve kayıt etme durumları (N=221)

Ameliyat sonrası hemşirelik girişimleri	Uygulamayı gerçekleştirme		Kayıt etme	
	n (%)		n (%)	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hastanın nabız, solunum, vücut sıcaklığı ve kan basıncı ilk bir saatte 15 dk da, ikinci saatte 30 dk bir ölçüyorum	221 (100,0)	0	221(100)	0
Solunum değerlendiriyorum ve gerekli ise oksijen desteği sağlıyorum	218 (98,6)	3 (1,4)	213 (97,7)	5 (2,3)
Ağız bakımını veriyorum	186 (84,2)	35 (15,8)	175 (94,1)	11 (5,9)
Hastaya güvenli, rahat ve solunumu kolaylaştırıcı pozisyon veriyorum	215 (97,3)	6 (2,7)	190 (88,4)	25 (11,6)
Hastanın cilt sıcaklığı, nemi ve renk değerlendirmesi yapıyorum	181 (81,9)	40 (18,1)	172 (95,1)	9 (4,9)
Kanama takibi	185 (83,7)	36 (16,3)	162 (87,6)	23 (12,4)
Drenaj sistemi ve bağlantıları kontrol ediyorum	214 (96,8)	7 (3,2)	189 (88,3)	25 (11,7)
Drenaj gelenini kontrol ediyorum	209 (94,6)	12 (5,4)	189 (90,4)	20 (9,6)
Bilinç durumu ve oryantasyonu kontrol ediyorum	219 (99,1)	2 (0,9)	206 (94,1)	13 (5,9)
Ağrının tipi ve özelliğini değerlendiriyorum	214 (96,8)	7 (3,2)	193 (90,2)	21 (9,8)
Analjezik ilaçların dozu ve uygulama yoluna göre ilaçların etkinliği değerlendiriyorum	216 (97,7)	5 (2,3)	206 (95,4)	10 (4,6)
Hastanın aldığı, çıkardığı takibini yapıyorum	201 (95,0)	11 (5,0)	184 (91,5)	17 (8,5)
Mesane distansiyonunu kontrol ediyorum	213 (96,4)	8 (3,6)	194 (91,1)	19 (8,9)
Mümkün olan en kısa sürede hastayı döndürüyorum, aktif pasif egzersizler yaptırıyorum	202 (91,4)	19 (8,6)	171 (84,7)	31 (15,3)
Hasta ameliyattan sonra postop 0. günde yatak dışına çıkması ve hareketini sağlıyorum	207 (93,7)	14 (6,3)	187 (90,3)	20 (9,7)
Ameliyat sonrası 1. günden itibaren günlük 6 saat yatak dışında kalmasını ve hareket etmesi bilgisini veriyorum	216 (97,7)	5 (2,3)	196 (90,7)	20 (9,3)
Derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırıyorum	217 (98,2)	4 (1,8)	201 (92,6)	16 (7,4)
Spontan idrar çıkışını kontrol ediyorum	213 (96,4)	8 (3,6)	196 (92,0)	17 (8,0)
İlk gaz ve gaita çıkışını kontrol ediyorum	216 (97,7)	5 (2,3)	193 (89,4)	23 (10,6)
Oral alımını kontrol ediyorum	215 (97,3)	6 (2,7)	197(91,6)	18 (8,4)
Ekstremitelerini hareket ettirebilme düzeyini değerlendiriyorum	213 (96,4)	8 (3,6)	198 (93,0)	15 (7,0)

Ameliyat sonrası erken dönemde cerrahi hemşirelerinin ilk üç sırada uyguladığı girişimler "yaşam bulguları (%100)", "bilinç durumu ve oryantasyonu kontrolü (%99,1)", "solunum değerlendirmesi ve gerekli ise oksijen desteği sağlanması (%98,6)" olmuştur. Cerrahi hemşirelerin en az uyguladığı girişimler arasında "cilt sıcaklığı, nemi ve renk değerlendirmesi", "kanamanın izlenmesi" ve "ağız bakımının verilmesi" yer almıştır. İlk üç sırada kayıt tutulan girişimler arasında "yaşam bulguları (%100)", "solunumu değerlendirip ve gerekli ise oksijen desteği sağlanması (%97,7)", "cilt sıcaklığı, nem ve renk değerlendirmesi (%95,1)" olduğu belirlenmiştir. Cerrahi hemşirelerinin büyük bir kısmının (genellikle %80 üzeri) ameliyat sonrası erken dönemde diğer girişimleri uyguladığı ve kaydettiği bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelerin ameliyat sonrası hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirmeye ve kayıt etme sıklığı

Ameliyat sonrası hemşirelik girişimleri	Uygulamayı gerçekleştiren hemşirelerde uygulamayı yapma sıklığı						Hemşirelerde kayıt etme sıklığı					
	Saat başı	İki saatte	Üç saatte	Dört saatte	Yaşam bulgularının izlenmesi sırasında	Her 8 saatte bir	Gereksinime göre	Her uygulamada	Her 8 saatte bir	Gereksinime göre	Her uygulamada	Kayıt yapmayan
	n (%)											
Hastanın nabız, solunum, vücut sıcaklığı ve kan basıncı ilk bir saatte 15 dk da, ikinci saatte 30 dk bir ölçüyorum (n=221)	-	-	52 (28,0)	67 (36,0)	221 (100,0)	-	25 (13,4)	42 (22,6)	71 (38,1)	104 (56,0)	11 (5,9)	-
Solunum değerlendiriyorum ve gerekli ise oksijen desteği sağlıyorum (n=218)	-	-	-	-	218 (100,0)	-	-	28 (13,0)	136 (63,3)	54 (25,1)	25 (11,6)	-
Ağız bakımı verme (n=186)	-	-	-	-	114 (62,9)	-	37 (20,4)	18 (10,0)	164 (90,6)	8 (4,4)	9 (5,0)	-
Hastaya güvenli, rahat ve solunumu kolaylaştırıcı pozisyon verme (n=215)	103 (48,0)	26 (12,0)	-	-	58 (27,0)	-	-	8 (4,3)	135 (73,0)	27 (14,6)	23 (12,4)	-
Hastanın cilt sıcaklığı, nemi ve renk değerlendirmesi (n=181)	12 (6,7)	-	-	-	136 (62,1)	-	4 (2,1)	8 (4,3)	76 (35,5)	113 (52,8)	25 (11,7)	-
Kanama takibi (n=185)	37 (20,0)	-	-	-	121 (57,9)	-	22 (10,3)	-	63 (30,1)	126 (61,4)	20 (9,5)	-
Drenaj sistemi ve bağlantıları kontrol etme (n=214)	48 (22,5)	-	-	11 (5,1)	136 (62,1)	-	44 (21,1)	-	85 (38,8)	121 (55,2)	13 (6,0)	-
Drenaj gelenini kontrol etme (n=209)	35 (16,7)	-	-	9 (4,3)	14 (6,5)	-	29 (13,2)	-	182 (85,0)	11 (5,1)	21 (9,9)	-
Bilinç durumu ve oryantasyonu kontrolü (n=219)	54 (24,7)	-	-	-	10 (4,7)	-	-	-	175 (81,9)	31 (14,3)	10 (4,6)	-
Ağrının tipi ve özelliğini değerlendirme (n=214)	3 (1,4)	10 (4,7)	-	187 (87,4)	17 (8,4)	-	166 (82,6)	-	4 (1,9)	180 (89,6)	17 (8,5)	-
Analjezik ilaçların dozu ve uygulama yoluna göre ilaçların etkinliği değerlendirme (n=216)	16 (7,4)	12 (5,6)	-	178 (82,4)	17 (8,4)	-	93 (43,7)	9 (4,2)	40 (18,7)	154 (72,3)	19 (9,0)	-
Hastanın aldığı, çıkardığı takibini yapıyorum (n=201)	18 (9,0)	-	-	-	37 (17,4)	-	38 (18,8)	124 (61,4)	3 (1,5)	168 (83,1)	31 (15,4)	-
Mesane distansiyonunu kontrol ediyorum (n=213)	66 (31,0)	5 (2,3)	-	3 (1,4)	6 (3,0)	-	180 (87,0)	-	-	187 (90,3)	20 (9,7)	-
Aktif pasif egzersizler yaptırıyorum (n=202)	26 (12,9)	8 (3,9)	-	-	27 (13,0)	-	190 (87,9)	20 (9,3)	-	196 (90,7)	20 (9,3)	-
Hasta ameliyattan sonra postop 0. günde yatak dışına çıkması ve mobilizasyonunu sağlıyorum (n=207)	-	-	-	-	6 (2,8)	-	-	-	-	-	-	-
Ameliyat sonrası 1. günden itibaren günlük 6 saat yatak dışında kalmasını ve mobilize olmasının bilgisini veriyorum (n=216)	168 (77,4)	-	-	-	35 (16,1)	-	-	-	30 (13,8)	171 (78,8)	16 (7,4)	-
Derin solunum ve öksürük egzersizleri (n=217)	144 (67,7)	-	-	5 (2,3)	64 (30)	-	-	-	8 (3,7)	188 (88,3)	17 (8,0)	-
Spontan idrar çıkışı (n=213)	47 (21,7)	-	55 (25,5)	-	91 (42,1)	-	17 (7,9)	6 (2,8)	19 (8,8)	174 (80,6)	23 (10,6)	-
İlk gaz ve gaita çıkışı kontrolü (n=216)	64 (29,8)	-	-	22 (10,2)	45 (20,9)	-	84 (39,1)	-	21 (9,76)	176 (81,86)	18 (8,37)	-
Oral alımını kontrolü (n=215)	13 (6,1)	-	-	70 (32,9)	7 (3,3)	-	123 (57,7)	-	8 (3,8)	190 (89,2)	15 (7,0)	-
Ekstremitelerini hareket ettirebilme düzeyini değerlendirme (n=213)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Çalışmaya katılan cerrahi hemşirelerinin tamamı, ameliyat sonrası yaşam bulgularını alan yazında belirtildiği gibi ilk bir saatte 15 dk'da, ikinci saatte 30 dk'da bir ölçüm yaptıklarını bildirmişlerdir. Cerrahi hemşireleri, yaşam bulgularının ölçülmesi sırasında solunumun değerlendirilmesi ve gerekli ise oksijen desteği sağlanması girişimini de eşzamanlı yaptıklarını iletmişlerdir (Tablo 3).

Diğer hemşirelik girişimlerinin uygulama sıklıkları arasında standardın olmadığı ve farklı zaman aralıklarında uygulamaların yapıldığı belirlenmiştir. Cerrahi hemşirelerinin büyük bir kısmının yaşam bulgularını değerlendirmesi sırasında uyguladığı girişimler; "hastanın cilt sıcaklığı, nemi ve renk değerlendirmesi (%62,9)", "kanamanın izlenmesi (%73,6)", "drenaj sistemi ve bağlantılarını kontrol etme (%62,1)", "drenajdan geleni kontrol etme (%57,9)", "bilinç durumu ve oryantasyonu kontrolü yapma (%62,1)", "ilk gaz ve gaita çıkışının kontrolü (%42,1)" olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Cerrahi hemşirelerin saat başı değerlendirdikleri girişimler arasında; "hastaya güvenli, rahat ve solunumu kolaylaştırıcı pozisyon verme (%48)", "derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırma (%77,4)", "spontan idrar çıkışının kontrolü (%67,7)" yer almıştır. Cerrahi hemşirelerin iki ve üç saatte bir uyguladıkları girişim oranlarının oldukça az olduğu saptanırken, her dört saatte bir uygulanan girişimler arasında; "ağız bakımı yapma (%36)", "ağrının tipi ve özelliğini değerlendirme (%87,4)", "analjezik ilaçların dozu ve uygulama yoluna göre ilaçların etkinliğini değerlendirme (%82,4)" gibi girişimlerin yer aldığı bulunmuştur (Tablo 3).

Cerrahi hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun her vardiyada değerlendirdiği girişimler; "hastanın aldığı, çıkardığını izlenmesi (%82,6)", "hastaya ameliyattan sonra postop 0. günde yatak dışına çıkması ve hareketinin sağlanması (%87)" ve "ameliyat sonrası 1. günden başlayarak günlük altı saat yatak dışında kalması ve hareketin olması (%87,9)" olarak belirlenmiştir. Ayrıca, cerrahi hemşirelerin yarıdan fazlasının her vardiyada hastanın ekstemitelerini hareket ettirebilme düzeyini değerlendirdiğini (%57,7) açıklamıştır. Cerrahi hemşirelerin en fazla gereksinime göre uyguladığı girişim, aktif pasif egzersizler yaptırma (%61,4) olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Örnekleme alınan cerrahi hemşirelerinin %100'ü "yaşam bulgularını ölçme" ve "solunumu değerlendirip ve gerekli ise oksijen desteği sağlama" girişimini kayıt etmektedir. Cerrahi hemşirelerin %90,6'sının hastanın cilt sıcaklığı, nemini ve rengini değerlendirdiği, %85'inin ağrının tipi ve özelliğini değerlendirdiği, %81,9'unun analjezik ilaçların dozu ve uygulama yoluna göre ilaçların etkinliğini her uygulamada kayıt ettiğini belirtmiştir (Tablo 3).

Tartışma

Hemşirelik kayıtları, hastaların gereksinimleri ve hemşirelik girişimleri hakkında önemli bir bilgi kaynağı sağlayarak hemşirelik bakımının kalitesini artırabilmektedir. Doğru hemşirelik kayıtları, sağlık çalışanları arasında iletişim, hastaların gereksinimleri ve hemşirelik girişimleri hakkında önemli bir bilgi kaynağı ve hemşirelik bakımını ile hasta sonuçlarının iyileştirmesine katkı sağlayan önemli bir araç olmaktadır (Asmirajanti ve ark., 2019). Ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi, iyileşmenin hızlanmasında hemşirelik bakımının önemi büyük olmakla birlikte, hemşireler ameliyat sonrası uygulamaların bir çoğunu yaptıkları halde kayıt altına almamaktadır. Oysa ameliyat sonrası bakımın kalitesi ve standartlara uygunluğu kayıtlar aracılığıyla değerlendirilebilmektedir (AORN, 2015). Önceki çalışmalarda, kayıt tutmanın hemşireler tarafından iş yükü getiren bir görev olarak görüldüğü, kayıt tutmaya ilişkin isteksiz tutum sergiledikleri ve kayıt tutmaya hasta bakımına göre daha az öncelik verdikleri ortaya konmuştur (Mutshatshi ve ark., 2018; Shahverdi ve Nasiri, 2018). Aynı şekilde yapılan bu çalışmada, katılımcıların kayıtların öneminin farkında olduğu, ancak iş yoğunluğu nedeniyle kayıt yapmadıkları ve konuya ilişkin bir eğitim almadıkları belirlenmiştir (Tablo 1). Çalışmadan böyle bir sonuç elde edilmesi hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde iş yoğunluğunun fazla olması ve kayıt tutmayı bakımın bir parçası olarak düşünmemeleri nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan cerrahi hemşireleri kayıtların "Ekibin hasta hakkında bilgi sahibi olmasını sağladığını" "Yasal güvence sağlayacağını" ve "Hemşirelik eğitimi ve araştırmaları için kaynak oluşturacağı görüşündedir (Tablo 1). Benzer şekilde Nakate ve arkadaşlarının (2015) hemşirelerin kayıtların yasal güvence sağladığı konusunda ayı görüşte oldukları belirlenmiştir. Karkkaine ve Eriksonun (2005) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %38'i durum analiz yapmak için %26'sı bakımı planlamak için hemşirelik kayıtlarının önemli olduğunu bildirmiştir (Karkkainen ve Eriksson, 2005). Hemşirelerin kayıt tutmanın öneminin farkında olmaları nitelikli ve görünür kayıtların oluşturulmasında önemli bir adım olarak değerlendirmektedir.

Bu çalışmada cerrahi hemşirelerinin tamamının yaşam bulgularını gerçekleştirilmesi ve kaydetmesi oldukça dikkat çekicidir (Tablo 2). Bu çalışmayla uyumlu olarak önce yapılan bir çalışmada da hemşirelerin çalışma saatleri içinde en çok bakım

verdikleri hastanın yaşamsal bulgularını kaydettiği raporlanmıştır (Zangmo ve ark., 2019). Cerrahi hemşirelerinin ameliyat sonrası ilk üç sırada kaydettikleri uygulamalar arasında en fazla kaydedilen girişimler “yaşam bulguları”, “solunum değerlendirilmesi ve gerekli ise oksijen desteği sağlanması”, “cilt sıcaklığı, nemi ve renk değerlendirmesinin yapılması gelirken; en az kaydedilen girişimler “hastayı döndürme”, “aktif pasif egzersizler yaptırılması” olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Bu çalışmada ilk iki sırada kaydedilen uygulamaların hekim istemine yer alması nedeniyle en sık kaydedilen hemşirelik girişimi olduğu düşünülmektedir. Diğer girişimlerin kaydına ilişkin farklı ve oldukça düşük oranlar belirlenmiştir. Hemşirelik sağlık bakım hizmeti içerisinde önemli ve vazgeçilmez bir disiplin olmasına karşın, yarattığı etkinin tam olarak görüldüğü söylenememektedir. Bunun en önemli nedenlerinden biri hemşirelik uygulamalarının kayıtlarda var olandan daha fazla olması, bakımın her yönünü kayıtlara yansıtılmalarıdır (Bani Issa ve ark., 2020). Çalışmada, uygulamaların kaydında oranların düşük olmasının nedeninin kontrol ve denetimin az olduğu alanlarda olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada ameliyat sonrası bakım uygulamalarından yaşam bulguları, solunum değerlendirilmesi ve gerekli ise oksijen desteği sağlanması dışında gerçekleştiren diğer hemşirelik uygulamalarının sıklıklarında farklılıklar olduğu görülmektedir (Tablo 3). Ameliyat sonrası bakımın sıklığı hakkında yol gösterici bilgiler yeterli değildir. Genellikle sık gözlem ve izlemden söz edilmekte ancak bir nicel veri belirtilmemektedir. Genellikle hasta izlem sıklığı hekim istemi, hastane politikalarına bağlı farklılıklar gözlemlendiği bildirilmiştir (Newton et al., 2020). Bu çalışma bulgusu bu yönde olup cerrahi hemşireleri arasında bakım sıklığının standart olmadığı görülmektedir. Bu durum uygulama sıklıklarının belli bir bilimsel çerçeve, kanıt temelli yaklaşımlar ile belirlenmesi ve tüm uygulama aralıklarının nicel bir veri ile belirtilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada “yaşam bulgularının değerlendirilmesi” ve “solunum değerlendirilip gerekli ise oksijen desteği sağlanması” her uygulamadan sonra kaydedilen girişimler olduğu, ancak diğer ameliyat sonrası uygulamalarının kaydının her uygulamadan sonra tutulmadığı belirlenmiştir (Tablo 3). Daha öncesinde de bu durumun temel nedeni hemşirelerin gerçekte yaptıkları uygulamaların çok azını kaydetmeleri olarak gösterilmiştir (Olivares Bøgeskov ve Grimshaw-Aagaard, 2019). Zangmo ve arkadaşları (2019) tarafından incelenen 317 hemşire kaydı sonucuna göre yaşam bulgularına ait değerlendirmelerin kaydının tam olduğu, buna karşılık bakım süreçlerini içeren kayıtların tam olmadığı belirtilmiştir. İtalya’da yapılan gözlemsel bir çalışmada, hemşirelerin yaptıklarının sadece %40’ını, kayıtlarına yansıttıklarını ve kayıtlarında büyük bir oranın yazılması zorunlu olan hekim istemi, komplikasyonlar ve anormal/patolojik bulguların yer aldığı kayıtlar olduğu görülmektedir (De Marinis ve ark., 2010). Avoka Asamani ve arkadaşlarının (2014) hemşirelerin yaptıkları girişimlerin %46’sını, Kebede ve arkadaşları (2017) %37,4’nü, Tasew ve arkadaşları (2019) ise %47,8’ini kaydettiklerini bildirmişlerdir. Bu bulgular, hemşire kayıtları ile ilgili sorunların devam ettiğini göstermektedir. Bu durumun nedeni, hemşirelerin eksik kayıt tutmasını bir sorun olarak görmemesi ve hemşirelerin hastayla ilgili bilgileri sözel olarak iletme geleneğine bağlı kalarak ya da iletişim ile bu açığı kapatacaklarına inanmaları olduğu düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışma bulgularına göre hemşirelerin yaptıkları girişimleri kaydetmede önemli eksiklikler olduğu, uygulama sıklıkları ile ilgili standart bir davranış sergilemedikleri saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin bazı bakım girişimini kaydetmedikleri gibi kaydetme sıklıklarında da sorunlar olduğu belirlenmiştir. Bu konu ile ilgili öneriler cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelere uygulama sıklıkları ile ilgili kanıtlar doğrultusunda kılavuzların oluşturulması ve birimlerde bunun kullanılması sağlanmalıdır. Ayrıca hastane yönetimlerinin, cerrahi birimlerinde mesleki gereklilikleri yerine getirecek geçerli hasta bakım açıklamalarının ve uygulama sıklıklarının yer aldığı hemşire gözlem formların kullanılmasını sağlamalı, formları belli aralıklarla gözden geçirilmeli, denetlenmeli, kontrol etmeli ve gerektiğinde güncellenmelidir. Hemşirelerin çalıştıkları kurumda, eksik veya yanlış kayıt tutmasına neden olan durumların ortaya çıkarılması, bu nedenlere yönelik iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir. Kayıtların, hemşirelerin mesleki kimliğine katkısının vurgulanması ve bu konularda hizmet içi eğitimlerin verilmesi önerilebilir.

Teşekkürler: Anketlerin değerlendirilmesinde uzman görüşü sunan Dr. Öğretim Üyesi Yasemin USLU, Dr. Öğretim Üyesi Pınar Yılmaz Eker, Dr. Hemşire Melike Durmaz’a katkılarından dolayı teşekkür ediyoruz.

Yazarlık Katkısı: Yazarlar makaleye katkılarını şu şekilde beyan etmektedir; çalışma fikri ve tasarımı: KAA,YDA veri toplama: KAA, YDA,ÖŞA; sonuçların analizi ve yorumlanması: KAA,YDA ; aday makalenin hazırlaması: : KAA, YDA,ÖŞA. Tüm yazarlar sonuçları gözden geçirdi ve makalenin son halini onayladı.

Etik Kurul Onayı: Yozgat Bozok Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Tarih: 18.10.2023 - Karar No: 07/06).

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Finansal Destek: Yazar(lar), çalışmanın finansman desteği olmadığını beyan eder.

Katılımcı Onamı: Katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

Acknowledgement: Providing expert opinion in the evaluation of the surveys, Dr. Faculty Member Yasemin USLU, Dr. Faculty Member Pinar Yılmaz Eker, Dr. We thank Nurse Melike Durmaz for her contributions.

Author Contribution: The authors confirm contribution to the paper as follows; study conception and design: KAA, YDA ; data collection: KAA, YDA, ÖŞA ; analysis and interpretation of results KAA, YDA: draft manuscript preparation: KAA, YDA, ÖŞA. All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

Ethics Committee Approval: Yozgat Bozok University Social and Human Sciences Ethics Committee approval was obtained (Date: 18.10.2023 - Number: 07/06).

Conflict of Interest: The authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: The authors declare that the study has no financial support.

Informed Consent: Informed consent of the participants were obtained.

Kaynaklar

- Akyolcu, N., Aksoy, G. & Kanan N. (2011). *Cerrahi hemşireliği uygulama rehberi*. İstanbul, Türkiye: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Association of periOperative Registered Nurses (AORN). *Guidelines for perioperative practice last revised: November 2009*. https://www.aorn.org/-/.../aorn/.../aorn.../ii-01_standards_20..., 2015 Copyright © 2015 AORN, Inc. All rights reserved. (Erişim: 20.10.2023)
- Avoka Asamani, J., Delasi Amenorpe, F., Babanawo, F. & Maria Ansah Ofei, A. (2014). Nursing documentation of inpatient care in Eastern Ghana. *British Journal of Nursing*, 23(1), 48-54. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.1.48>
- Asmirajanti, M., Hamid, A. Y. S. & Hariyati, R. T. S. (2019). Nursing care activities based on documentation. *BMC Nursing*, 18, 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0352-0>
- Bani Issa, W., Al Akour, I., Ibrahim, A., Almarzouqi, A., Abbas, S., Hisham, F. & Griffiths, J. (2020). Privacy, confidentiality, security and patient safety concerns about electronic health records. *International Nursing Review*, 67(2), 218-230. <https://doi.org/10.1111/inr.12585>
- Bjerkkan, J., Valderaune, V. & Olsen, R. M. (2021). Patient safety through nursing documentation: Barriers identified by healthcare professionals and students. *Frontiers in Computer Science*, 3, 624555. <https://doi.org/10.3389/fcomp.2021.624555>
- Cerchione, R., Centobelli, P., Riccio, E., Abbate, S. & Oropallo, E. (2023). Blockchain's coming to hospital to digitalize healthcare services: Designing a distributed electronic health record ecosystem. *Technovation*, 120, 102480. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2022.102480>
- Dang, H. & Stafseth, S. K. (2023). Documentation for assessing pain in postoperative pain management pre-and post-intervention. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 38(1), 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.05.079>
- De Groot, K., De Veer, A. J., Paans, W. & Francke, A. L. (2020). Use of electronic health records and standardized terminologies: A nationwide survey of nursing staff experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103523. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103523>
- De Marinis, M. G., Piredda, M., Pascarella, M. C., Vincenzi, B., Spiga, F. & Tartaglini Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1544-1552. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x>
- Erdat, Y. (2020). *Mesleki uygulamaların hemşire gözlem formunda görünürlüğü ile ilgili hemşire görüşlerinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye.
- Forman, T. M., Armor, D. A. & Miller, A. S. (2020). A review of clinical informatics competencies in nursing to inform best practices in education and nurse faculty development. *Nursing Education Perspectives*, 41(1), E3 E7. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000588>
- Gürkan, N., Enç, N. & Türen, S. (2023). Elektronik kayıt sistemlerinin hemşirelik uygulamalarında kullanımı ve önemi. *Akdeniz Hemşirelik Dergisi*, 2(1), 25-31. <https://doi.org/10.59398/ahd.1252182>
- Karkkainen, O. & Eriksson, K. (2003). Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 198-205. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00727.x>
- Kebede, M., Endris, Y. & Zegeye, D. T. (2017). Nursing care documentation practice: The unfinished task of nursing care in the University of Gondar Hospital. *Informatics for Health and Social Care*, 42(3), 290-302. <https://doi.org/10.1080/17538157.2016.1252766>
- Lindrooth, R., Yakusheva, O., Fairman, J., Naylor, M. & Pauly, M. (2015). Increasing the value of health care: The role of nurses. <https://digirepo.nlm.nih.gov/master/borndig/101679492/Increasing%20the%20Value%20of%20Health%20Care%20the%20role%20of%20nurses.pdf> (Erişim: 20.10.2023)
- Moy, A. J., Schwartz, J. M., Chen, R., Sadri, S., Lucas, E., Cato, K. D. & Rossetti, S. C. (2021). Measurement of clinical documentation burden among physicians and nurses using electronic health records: A scoping review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(5), 998-1008. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa325>
- Mutshatshi, T. E., Mothiba, T. M., Mamogobo, P. M. & Mbombi, M. O. (2018). Record-keeping: Challenges experienced by nurses in selected public hospitals. *Curationis*, 3041(1), e1-e6. <https://doi.org/10.4102/curationis.v41i1.1931>
- Nakate, G., Dahl, D., Drake, K. B. & Petrucka, P. (2015). Knowledge and attitudes of select Ugandan nurses towards documentation of patient care. *African Journal of Nursing and Midwifery*, 2(1), 056. Available at: http://ecommons.aku.edu/eastafrica_fhs_sonam/41

- Newton, C., Nordin, A., Rolland, P., Ind, T., Larsen-Disney, P., Martin-Hirsch, P., ... & Fotopoulou, C. (2020). British Gynaecological Cancer Society recommendations and guidance on patient-initiated follow-up (PIFU). *International Journal of Gynecologic Cancer*, 30(5), 695-700. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2019-001176>
- Olivares Bøgeskov, B. & Grimshaw-Aagaard, S. L. S. (2019). Essential task or meaningless burden? Nurses' perceptions of the value of documentation. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(1), 9-19. <https://doi.org/10.1177/2057158518773906>
- Sağlık Bakanlığı. *Sağlık istatistikleri yılı* (2021). Ankara. <https://www.saglik.gov.tr/TR-95109/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-yayinlanmistir.html> (Erişim: 12.11.2023)
- Shahverdi, M. & Nasiri, A. (2018). Comparing nurses' and head nurses' perspectives on the factors behind the quality of nursing documentation. *Modern Care Journal*, 15(4), e86615. <https://doi.org/10.5812/modernc.86615>
- Şahin, A. & Erdemir, F. (2016). Hemşirelikte ortak dil ve uluslararası hemşirelik terminolojileri. *Türkiye Birimleri Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular*. 2(1), 27-36.
- Tajabadi, A., Ahmadi, F., Sadooghi Asl, A. & Vaismoradi, M. (2020). Unsafe nursing documentation: A qualitative content analysis. *Nursing Ethics*, 27(5), 1213-1224. <https://doi.org/10.1177/096973301987168>
- Tasew, H., Mariye, T. & Teklay, G. (2019). Nursing documentation practice and associated factors among nurses in public hospitals, Tigray, Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12(1), 612. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4661-x>
- Wang, N., Hailey, D. & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1858-1875. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x
- Witkowski, C., Kimmel, L., Edwards, E. & Cosic, F. (2021). Comparison of the quality of documentation between electronic and paper medical records in orthopaedic trauma patients. *Australian Health Review*, 46(2), 204-209.
- World Health Organization (WHO) (2006). *Medical record manual: A guide for developing countries*. Cenevre, İsviçre. <https://iris.who.int/handle/10665/208125> (Erişim: 08.12.2023)
- Zangmo, K., Dema, T., Acharya, B., Sonam, S., Choden, T., Dechen, K. & Om, K. (2019). A clinical audit report on quality of nursing documentation at Jigme dorji Wangchuck national referral Hospital, 2018. *Bhutan Health Journal*, 5(2), 15-20. <https://doi.org/https://doi.org/10.47811/bhj.84>