

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**JİNEKOLOJİ VE ÜROJİNEKOLOJİ AMELİYATI OLAN
HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIM KALİTESİ
HAKKINDA DÜŞÜNCELERİ VE KAYGI DÜZEYLERİ**

D.Egemen AKIN

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, 2018

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**JİNEKOLOJİ VE ÜROJİNEKOLOJİ AMELİYATI OLAN
HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIM KALİTESİ
HAKKINDA DÜŞÜNCELERİ VE KAYGI DÜZEYLERİ**

D.Egemen AKIN

162038020

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

İSTANBUL, 2018

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

YÜKSEK LİSANS
TEZONAYI

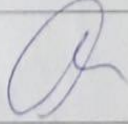
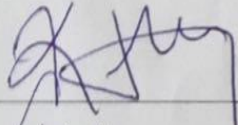
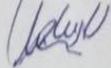
ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : D.Egemen AKIN
Danışman : Doç .Dr. K.Derya BEYDAĞ

Tez Savunma Tarihi: 12.06.2018
Tez Savunma Saati :13.00

Tez Konusu : "Jinekoloji ve Ürojinekoloji Ameliyatı Olan Hastaların Hemşirelik Bakım Kalitesi Hakkında Düşünceleri ve Kaygı Düzeyleri"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maaddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi Elçin BABAOĞLU (Üsküdar Üni.)	KABUL	
Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ	KABUL	
Dr. Öğr.Üyesi İknur ÇALIŞKAN	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr.Öğr.Üyesi Özlem YAZICI		

ÖZET

Bu çalışma, jinekoloji ve ürojinekoloji ameliyatı olan hastaların hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşünceleri ve ameliyata özgü kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmış, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini, SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinin Aseptik servisinde yatan, cerrahi işlem görmüş ve bilgilendirme sonrasında araştırmaya gönüllü bir şekilde katılım gösteren toplam 179 hasta oluşturmuştur. Çalışma için toplanan veriler, gerekli izinlerin alınmasından sonra Nisan 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyo-demografik ve hastalık özellikleri içeren bilgi formu, Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin analiz edilmesinde frekans analizleri, korelasyon, t- testi, Anova analizleri kullanılmıştır. Araştırmada Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı puan ortalamasının (125,9±14,3) Ameliyata Özgü Kaygı puan ortalamasının (25,9±6,03) olduğu belirlenmiştir. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalasından alınan puanlar hastanın kaliteli bir hemşirelik bakımı aldığını göstermektedir. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği'nden alınan puanın orta seviyede olduğu görülmektedir. Katılımcılar ameliyat esnasında ölmekten veya sonrasında meydana gelecek bir komplikasyondan veya kısıtlamadan orta düzeyde kaygı duymaktadır. Araştırmada, Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ile Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği arasında negatif yönlü zayıf bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Araştırmada yaş, eğitim durumu, medeni durum, tanı, cerrahi deneyim, olumsuz cerrahi deneyim, ameliyat öncesi eğitim alma durumu ve hastanın ameliyat sonrasında tedavi gördüğü servis ile Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yaş, medeni durum, tanı, cerrahi deneyim, olumsuz cerrahi deneyim, ameliyat öncesi eğitim alma durumu ile Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Bakım kalitesi, Kaygı düzeyi.

ABSTRACT

THE ANXIETY LEVELS AND THOUGHTS ABOUT NURSING CARE OF PATIENTS WHO UNDERWENT GYNECOLOGY AND UROGYNECOLOGY SURGERIES

In this descriptive and cross-sectional study, we aimed to assess the patients evaluation of nursing care and the operation-specific anxiety levels of the patients who underwent gynecology and urogynecology surgery. It consisted of a total of 179 patients who underwent surgery at the aseptic service of the Gynecology Department, SBU Kanuni Sultan Süleyman Research and Education Hospital. The patients participated voluntarily after informed consent to this study. The data collected for the study were obtained by using the information form including the sociodemographic and disease characteristics prepared by the researcher, quality perioperative nursing care scale and operation specific anxiety scale, between April2017 and January2018, after obtaining the necessary permits. The frequency analysis, correlation, t-test, Anova were used to analyze data. In the study, it was determined that the average quality of perioperative nursing care score (125.9 ± 14.3) and the operation specific anxiety score (25.9 ± 6.03). The values obtained from a quality perioperative nursing care scale indicate that the patient has received a quality nursing care. The score from the surgery-specific anxiety scale appears to be moderate. Participants are moderately concerned about a complication or constraint that may occur during surgery or afterwards. There is a negative correlation between quality perioperative nursing care scale and the operation-specific anxiety scale in the study. There was a significant relationship between the age, education, marital status, diagnosis, surgical experience, negative surgical experience, preoperative education status and quality of perioperative nursing care scale ($p < 0.05$). There was also a significant correlation between age, marital status, diagnosis, surgical experience, negative surgical experience, preoperative education status and the operation-specific anxiety scale ($p < 0.05$).

Key Words: Nursing, Care quality, Anxiety level.

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

.....
D.Egemen AKIN

ÖNSÖZ

Çalışmamı gerçekleştirmemde değerli zamanını ayırarak, sabırla ve büyük özveriyle katkıda bulunan, güler yüzü ve içtenliği ile cesaret veren, pozitif yaklaşımları ile kendime olan inancımı güçlendiren, kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ'a değerli bilgilerinden dolayı teşekkür eder sonsuz şükranlarımı sunarım.

Araştırmanın uygulanması sırasında çalışmama katkıda bulunan Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aseptik kliniğinde çalışan meslektaşlarıma ve Doç.Dr. Kerem Doğa SEÇKİN'e,

Yaşamımda bana olan inancı ve desteği ile her zaman yanımda olan sevgili eşim Ali Rıza AKIN'a, oğullarım Mert AKIN ve Alp Mete AKIN'a teşekkür ederim.

D.Egemen AKIN

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEZ ONAYI	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iii
BEYAN.....	iv
ÖNSÖZ.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Perioperatif Hemşirelik Bakım Standartları ve Kalitesi.....	4
2.2.Ameliyathane Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları.....	7
2.3. Ameliyat Sırası Dönemde Olası Riskler	12
2.4. Ameliyat Kaygı Düzeyleri.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Tipi	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	17
3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	18
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	18
3.4.2. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası (KPHBS)	19
3.4.3. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ).....	19
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	20
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
KAYNAKLAR	38
EKLER.....	44
EK-1 Gönüllü Olur Formu	44
Ek-2 Kişisel Bilgi Formu	45
EK-3 Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası.....	46
EK-4 Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği.....	48
EK-5 Etik Kurul İzni.....	50

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	21
Tablo 2: Katılımcıların Hastalığa İlişkin Bilgilerinin Dağılımı.....	22
Tablo 3: Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	23
Tablo 4: Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği Korelasyon Analizi	23
Tablo 5: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	24
Tablo 6: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	24
Tablo 7: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	25
Tablo 8: Katılımcıların Mesleklerine Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	25
Tablo 9: Katılımcıların Sosyal Güvencelerine Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	26
Tablo 10: Katılımcıların Tanılarına Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 11: Katılımcıların Daha Önce Cerrahi Deneyim Yaşama Durumuna Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 12: Katılımcıların Daha Önce Olumsuz Cerrahi Deneyim Yaşama Durumuna Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	28

Tablo 13: Katılımcıların Ameliyat Öncesi Eğitim Alma Durumuna Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... 29

Tablo 14: Katılımcıların Tedavi Gördükleri birime Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması 29



KISALTMALAR LİSTESİ

ANA:Amerikan Hemşireler Birliği

SBÜ:Sağlık Bilimleri Üniversitesi

KPHBS :Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası

AÖKÖ :Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği

SPSS :Statistical Packagefor Social Science for Windows



1. GİRİŞ

Arapça kökenli bir sözcük olan “cerh “yara”, cerrah “ ise “yara ile uğraşan kişi” anlamındadır. Bu sözcüklerin anlamlarından yola çıkılarak cerrahi hemşireliğini, yara bakımı yapan; yaralı hastanın bakımını sağlayan kişi olarak tanımlamak olasıdır. Günümüzde cerrahi girişim hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek ”kontrollü travma” olarak kabul edilir(1).

Bireyin yaşamındaki en önemli deneyimlerden biri olan cerrahi girişimler, hastalıkların tedavisinde ve sağlığın düzeltilmesinde yaygın olarak kullanılır(2). Hastalar ameliyatın kendileri için yararlı olduğunu kabul etseler de, ameliyatın risklerinden korkarlar. Cerrahi girişim sırasında hastalar anestezi aldıklarında bilincini yitirme kaygısı, bedeninin acı çekeceği ve denetimini yitireceği korkusu, ölüm riski, özürlü olacağı ve gelecek endişesi, beden üzerindeki denetimini kaybedeceği korkusu, cinsel yeterliliğinin kaybı, ameliyat sonrasında yeti yitimi ve bağımlılık korkusu ve çalışabilirliğini kaybedeceği endişesi gelişebilir(3) .

Ameliyat öncesindeki anksiyete nedenlerinden en önemlilerden birisi, bilinmeyen korkusudur(3).Ameliyattan önce yeterli bilgi alamayan hastaların ameliyattan öncesi ve sonrası dönemde kaygı, depresyon, öfke, ağrı, gelecek hakkında bilinmezlik ve ameliyat sonrası kişisel fonksiyonlarını yerine getirememeye gibi çeşitli sıkıntılar yaşadıkları belirlenmiştir (4-8).

Ameliyat sonrası kaygı düzeyinin ameliyat öncesi kaygı düzeyi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir(1). Bu nedenle hastaların ameliyat öncesi ve sonrası eğitimi ve bilgilendirilmesinin önemi büyüktür. Etkili bilgilendirme ile kaygı, korku, depresyon gelişiminin azaldığı, ağrı düzeyinin düştüğü, bireyin erken dönemde mobilize olduğu ve hastanede yatış süresini kısalttığı öne sürülmektedir(7,9-11).

Cerrahi girişimlerin uygulandığı ameliyat sırası dönemde, çoğunlukla hastalar, tanı ve nitelikli bir cerrahi girişim amacıyla ameliyat masasına yatarak tüm kontrolü ve sorumluluğu, yetkilendirilmiş sağlık çalışanlarına, kendileri adına işlem yapmak üzere bırakırlar(2).

Cerrahi bakım, tüm dünyada sağlık bakımının vazgeçilmez bir bileşeni olmuştur. Bireyin sağlığının korunmasında ve sürdürülmesinde, hastanın rahatı ve konforunun sağlanmasında önemli rol oynayan hemşirelik bakımı, dünyanın her yerinde sağlık bakımındaki başarının önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilmektedir(12)

Cerrahi Hemşireliği ise, “hastanın sağlık ve iyiliğinin yeniden kazanılması ve sürdürülmesi için fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin belirlenerek bilimsel bilgi üzerine temellendirilmiş hemşirelik faaliyetlerinin koordine edildiği ve kişiselleştirilmiş bakımın uygulandığı bir hemşirelik dalı”dır. Cerrahi ve ameliyathane hemşireliği, ameliyat ve diğer invaziv girişimler uygulanan hastanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında tüm bakım gereksinimlerini planlı bir biçimde karşılayan özel bir hemşirelik alanıdır(1,13).

Ameliyat olan hastaya bakım veren hemşireler kaliteli bir bakım sunma ve hasta güvenliğini sağlamakla sorumludur. Kaliteli bakım, güncel bilgiler doğrultusunda bakım verilen hastalarda istenen hasta sonuçlarının artırılması, istenmeyen hasta sonuçlarının azaltılmasıdır(13).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) hastaya mümkün olabilecek en iyi hemşirelik bakımını sağlamada yer alan aktivitelerin özetini kalite olarak tanımlamaktadır(14). Hastanın güvenliği ve iyiliği, ameliyathaneye giriş anından ayrılışına kadar ameliyathane hemşiresinin sorumluluğundadır (15,16).

Bir işin profesyonel niteliği, o görevi gerçekleştiren kişilerin sahip olduğu sorumluluk, yükümlülük, yetki ve otonomi ile belirlenir. Profesyonel hizmetin niteliklerinden biri olarak tanımlanan sorumluluk, bireyin davranışlarına ve davranışların sonuçlarına yanıt verebilmesidir. Diğer bir deyişle bir işlevden sorumlu olan bireyin, o işleve ait yükümlülüğü taşımasıdır. Bu bağlamda, profesyonel aktivite ve davranışlarını açıklayabilme, bu aktivitelerin getirdiği sorumluluğu üstlenme hak ve işlevleri, hemşirenin sorumluluğunu oluşturur(17,18).

Hemşirelerin bakım davranışlarının hastalar tarafından ne şekilde algılandığını bilmeleri, kendi bakım davranışlarına karşı daha duyarlı olmalarını sağlayabilir. Bunun yanında, hizmeti alan ve verenler arasındaki algılamaların belirlenmesi ve hizmetin doğru algılanması, verilen bakımın niteliğinin artmasına ve dolayısıyla hizmet kalitesinin de yükselmesine neden olacaktır. Bu nedenle genişleyen, büyüyen ve bilgi üzerine

temellenen hasta merkezli bakımın sağlanabilmesi için hastaların hemşirelik bakımına bakış açıları, öncelikleri ve bakım gereksinimleri iyi araştırılmalıdır. Bu bağlamda; ameliyathanede sunulan bakımın kalitesi ve ameliyata özgü kaygı düzeyleri hakkında hastaların bireysel düşüncelerinin bilinmesi önemlidir(19,21).

Bu çalışmada, jinekoloji ve ürojinekoloji ameliyatı olan hastaların aldıkları hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Perioperatif Hemşirelik Bakım Standartları ve Kalitesi

Kalite, üretilen mal veya hizmetlerin tüketicilerin beklentilerine uygunluğu ve beklentilerini karşılama derecesi olarak bilinmektedir. Kalite “kullanıma uygunluk” olarak tanımlanabilir. Kalite kavramı Fiegenbaum, Crosby ve Deming gibi uzmanların çalışmalarında yeniden yapılandırılarak sağlık bakımına taşınmıştır. Amerikan Ulusal Kalite Derneği kaliteyi “hasta bakım sürecinde mümkün olabilecek en iyi bilgi ve kayıtlara geçirilmiş mükemmel bir ürün”, Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ise “hastaya mümkün olabilecek en iyi hemşirelik bakımını sağlamada yer alan aktivitelerin bir özeti” olarak tanımlar (22). Akyolcu’un çalışmasında hemşireler bakımın kalitesini hastanın ihtiyacının ve beklentilerinin karşılanması olarak tanımlamışlardır (25).

Cerrahi girişimin kapsamının ve hasta üzerindeki etkilerinin ne olduğunun bilinmesini gerektiren perioperatif hemşirelik bakımının amacı, cerrahi girişimden önce, hasta ve ailesinin sahip olduğu iyilik düzeyine eşit ya da daha iyi koşulların sağlanmasına yardımcı olmaktır. Cerrahi hastasının en üst düzeyde fonksiyonlarına kavuşmasına yönelik özel uygulamaları içeren perioperatif hemşirelik bakımı, hasta ailesini ve hasta için önemli olan diğer bireyleri de kapsamına alır(24-26).

Perioperatif hemşireliğin önemli öğelerinin, bilimsel temele dayalı bakım gerçekleştirme, bakıma ilişkin değişik tekniklerin gereğinin anlama, bunları ne zaman ve nasıl başlatacağını bilme, esneklik gerektiğinde tekniği sürdürme adına yaratıcı olma, güveni sağlama, bakım hedeflerini ve maliyeti değerlendirme olduğu bilinmektedir. Bireyselliği ön planda tutan bilimsel yaklaşımlar ve hasta / aileyi rahatlatıcı davranışların perioperatif hemşirelikte önemli olduğu, cerrahi hemşireliği alanının bilimsel bilgi, teknik beceri ve davranışın harmanlandığı temel sorumluluğu üstlenme, kritik düşünme ve karar verme olarak ele alındığı ifade edilmektedir. Böylesi sorumlulukların büyüklüğünün şaşırtıcı olduğu, alanına özgü bilgi birikimi, uygulama süreci, istek, sürekli dikkat, disiplin ve ekip içinde uyumluluk gibi özelliklerin, sürekli kendini geliştirme zorunluluğunun haklı gerekçeleri olduğu vurgulanmaktadır(12,27).

Perioperatif hemşire, cerrahi anatomi, fizyolojik değişimler, hasta açısından sonuçları, ameliyat sırası risk faktörleri, olası kazaların önlenmesi, kesin cerrahi

asepsinin sürdürülmesi ile hasta ve yakınlarının psikososyal açıdan desteklenmesi sorumluluklarını üstlenmektedir (12,28,29).

Perioperatif hemşirelik uygulamalarının amacı, hastalara, ailelerine ve diğer yakınlarına kaliteli hizmet vermektir. Kaliteli hizmet verebilmek için belli standartlar geliştirilmiştir. Perioperatif bakım konusu Ameliyathane Hemşireleri Birliği (Association of Operating Room Nurses) tarafından 1978 yılında Amerika'da ilk kez şekillendirilmiştir. Günümüzdeki adı The Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) olan bu kurum standartlar geliştirerek kaliteli perioperatif bakımın verilmesini sağlamaktadır(12,30,31).

Perioperatif hemşire:

- Cerrahi hastasının bakımının koordinasyonunu sağlayan derin ve kapsamlı bilgisahiptir.
- Öncelikli girişimlerini hastanın tepkilerindeki değişiklikler ve bilimsel bilgi üzerine temellendirir.
- Hasta savunucusu olarak hareket ederek, olası hasta hedeflerine üst düzeyde ulaşabilmek için profesyonel bir sorumlulukla hemşirelik sürecini uygulamada kritik düşünme becerilerini kullanır.
- İnvaziv işlemler uygulanması nedeniyle koruyucu refleksleri ya da öz bakım yetenekleri potansiyel olarak tehlikede olan hastaların belirlenmiş fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve spiritüel gereksinimlerini karşılamak için bakımı tasarlar, koordine eder ve sunar.
- Teknolojik olarak kompleks bir ortamdaki uygulamalarda farklı ve esnek davranarak, profesyonel hemşireliğin teknik ve davranışa ilişkin öğelerini birleştirir.
- Perioperatif bakımın planlanması ve belirlenen hedeflere ulaşılmasında bilgi toplama çok önemlidir. Bu bağlamda; hastanın sorunları, gereksinimleri ve sağlık durumu ile ilgili karar verir.

- Hasta ile ilişkide ortak güven ve anlayış en önemli bileşenler olduğundan; hümanist bir yapıda olması gerekir.
- Bireysel iletişimde, sıklıkla kültür, tutum ve geçmiş deneyimlerin etkili olduğunu bilir.
- Hemşirelik sürecini, bakım kalitesini bozmaksızın maliyet etkili biçimde kullanarak bakım hizmeti sunar (32-34).

Özel teknik ve beceriye sahip olmanın yanı sıra perioperatif hemşireler; hastalarda ve ekip üyelerinde güven telkin eden bireysel nitelikler ile iletişim becerilerine sahip olmalıdırlar. Genelde bilgi vermek, bilgi toplamak, gerilimi azaltmak ve sorunları araştırmak amacıyla kullanılan iletişim, hasta bakımının sürekliliğinin sağlanmasında ve ekip üyelerinin etkili ve uyumlu çalışmasında temel oluşturması nedeniyle perioperatif hemşirelerin iletişim becerilerini bilmesi ve uygulaması gerekmektedir. Hasta bakımının kalitesine katkıda bulunan bu doğal özellikler:

- Empati,
- Dürüstlük,
- Organizasyon ve etkinlik yeteneği,
- Esneklik ve değişime yatkınlık,
- Duyarlık ve doğru algılama,
- Anlayış, güven verme ve destekleyici yapı/doğa,
- İyi dinleme, gözlemlenme ve iletişim becerileri,
- Saygı,
- Bilgi veren ve içten yaklaşım,
- Objektif yaklaşım,
- Tarafsız, ön yargısız, açık fikirli yaklaşım,
- Becerili olma,
- Çözümleyici yapı, yaratıcılık,
- Hümanistik yaklaşım,
- Espri anlayışına sahip olma,

- El ve entelektüel beceri,
- Dayanıklılık,
- Entelektüel aktivitelerde istek ve merak,
- Etik tavır olarak sıralanabilir (32,35).

Hasta olmak ve hastaneye yatmak bireylerin yaşamını birçok yönden etkilemekte, kaygı ve endişelerini attırmaktadır. Hastaların ameliyathanede ameliyat öncesi dönemde sağlık ekibinde beklentileri arasında da ilk sırada “Ameliyat Öncesi Bekletilmeme” ve “Ruhsal Olarak Rahatlatıcı Şekilde Konuşulması, İlgi, Hoşgörü” gösterilmesi yer almaktadır. Ameliyattan önce yeterli bilgi almayan hastalarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası emosyonel sıkıntılara rastlanmakta ve ameliyat sonrası komplikasyonların görülme riski artmaktadır (20).

Tüm büyük ameliyatlarda hastada ölüm korkusuna neden olur. Ölüm korkusu daha sonra yerini genel kaygı ve postoperatif ağrı korkusuna bırakır. Artan kaygı ve korku, ağrı şiddetinin artmasına neden olur. Postoperatif ağrı duygusunun artmasına kaygının yanı sıra, kontrol kaybı duygusu, izolasyon, destek gruplarından ayrılma, ağrıya verilen ailevi ve kültürel değerler, ağrı ve acıya karşı daha önceki kişisel deneyimler de etkilemektedir (19,20).

Ameliyat olmak üzere hastaneye kabul edilen bireylere ameliyat öncesi öğretimin planlı ve sistematik bir biçimde verilmesi önemlidir. Ancak, tek başına öğretim ile planlı da olsa, istenilen sonucu elde etmek mümkün olmayabilir. Öğretim, sistemli bakımın yalnızca bir parçasını oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşirelik bakımının ameliyat sonrası komplikasyonların gelişiminin önlenmesi ile hastaların hastanede kalış süresi kısalabilir. Bunun yanında hastaların kendilerini anlayan, yargılamayan ve bilgi veren hemşirelerden aldıkları bakımdan daha çok memnun olmaları da sağlanabilir (20,21).

2.2.Ameliyathane Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Sağlığın yükseltilmesi ve hastalık durumunda yeniden kazanılması aşamalarında, korunmaya yönelik aktiviteler ile tedavi ve bakım girişimlerine ilişkin değişimler, mesleki gelişim ve yenilenme gereğini beraberinde getirmektedir. Toplumun gereksinimlerinde günün getirdiği farklılıklar, bilimsel ve teknoloji alanında

yaşanan hızlı değişim, gelişim süreci, araştırma ve incelemelerden elde edilen veriler, hemşirelik bakım girişimlerini yoğun bir biçimde etkilemektedir. Bu değişimler, doğal olarak ameliyathane hemşirelerinin rol ve sorumluluklarını da etkilemektedir. Sorumluluk, bireyin kendi davranışları için hesap verme yükümlüğü, sorumlu olmak ise; bireyin yaptığı iş için diğer kişi / gruplara yanıt verebilmesidir(15, 36-38).

Birinci ve II. Dünya Savaşları (1914-1918, 1939-1945) ve savaş sonrası yıllarda teknolojik ilerlemeler, hemşirelerin, özellikle de ameliyathane hemşirelerinin rolünde önemli gelişim ve değişimler için temel oluşturmuştur. Yirminci yüzyılda ise ameliyathane hemşiresinin var olan rollerini korumak ve bu rolleri geliştirmek için çalışmalar yapılmış, standartlar yayınlanarak roller tanımlanmaya çalışılmıştır(15).

Amerikan Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireler Derneği (Association of Perioperative Registered Nurses-AORN) cerrahi ve ameliyathane hemşiresini “operasyon ya da invaziv girişim nedeniyle, potansiyel olarak koruyucu refleksleri ya da kendine bakım yetisi tehlikeye giren hastaların, gereksinimlerini karşılamak üzere, hemşirelik sürecini kullanarak bakımı belirleyen, koordine eden ve veren profesyonel hemşire” olarak tanımlamaktadır(38).

Ameliyathane hemşireleri, cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrasında hastaların güvenliğinin sağlanmasından primer olarak sorumludur. Birincil sorumluluğu hastaya ait olan ameliyathane hemşiresi, cerrahi girişim boyunca hastaların aldığı bakımın yapısı ve kalitesinden yasal olarak da sorumludur. Hemşire sözcüğü geleneksel olarak, güvenlik ve rahatlık sağlayıcı, destekleyici ve sırdaş olma anlamı taşımaktadır (16,32,39).

Ayrıca hemşirelerin bakım verici, tedavi edici, eğitici, koruyucu, eşgüdümü sağlayıcı, hasta haklarını koruyucu, bakımın yönetimi, danışmanlık ve araştırma yapıcı rolleri vardır. Bu rollerin etkin bir biçimde uygulanabilmesi hemşirelerin bilgi ve becerilerini hastanın ihtiyaçlarını karşılamada kullanabilme derecesine bağlıdır (6,40,41).

Ameliyathane hemşiresi, uygulamalarını oldukça kompleks, değişebilen, çeşitli cerrahi donanımların olduğu fiziksel bir çevrede yapmak zorundadır. Bu nedenle; rollerini, profesyonel hemşireliğin zorunluluğu olarak teknoloji ve davranış bilimlerinin her ikisini birleştiren bir yaklaşımla ortaya koyması gerekmektedir (38,39).

Ameliyathane hemşireliği uygulaması, cerrahi girişim deneyimleyen hastaya ameliyat öncesi (preoperatif), sırası (intraoperatif) ve sonrası (postoperatif) dönemde sağlanan aktiviteleri kapsar(32). Cerrahi hastasının bakım sürecinin her bir döneminde hemşirenin rol aldığı, hemşirelik sürecinin kullanıldığı ve cerrahi hastasının özel gereksinimlerinin karşılandığı perioperatif hemşirelik uygulamaları ameliyathanedeki bakımı belirleyen bir süreç olarak açıklanmaktadır (12,24-25).

Ameliyat öncesi tanılama ve planlama, ameliyat sırası uygulama, ameliyat sonrası değerlendirme yoluyla bakımın sürekliliğinin sağlanmasını hedefler(37,38).

Ameliyat öncesi dönemde hemşire, tanılama ve planlama öğelerini yerine getirir. Hastanın fizyolojik, psikososyal ve spiritüel yönden tanılanması, girişim için hastaya güvenli pozisyon verilmesi, ekipman ve enstrümanların hazırlanması gibi uygulamaları gerçekleştirir. Ameliyat sırası dönemde, hemşirenin sorumluluğu, hastanın saygınlığı ve kapsamlı güvenliğinin sürdürülmesini kapsar. Ameliyat masasında hastaya güvenli pozisyon verilir, hastanın fiziksel durumu izlenir, cerrahi ekipmanın güvenli kullanımı sağlanır. Steril alan izlenir, cerrahi girişim sonuçlarını etkileyen çevresel faktörler kontrol edilir(17,42).

Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımının amacı, hastanın anestezi ve cerrahi girişim sonrası güvenli iyileşmesinin sağlanmasıdır. Hastaya doğru pozisyon verilir. Solunum, dolaşım ve diğer önemli fizyolojik belirtiler izlenir. Yeterli sıvı dengesi sağlanır. Bu sorumluluklar kapsamında ameliyathane hemşireleri; mesleki gelişim ve alanlarına özgü bakım aktivitelerini nitelikli bir biçimde uygulama, kariyerlerini ilerletme, becerilerini çeşitlendirme, teknolojik getirileri uygulamaya yansıtma yeterli olma, bakımda söz sahibi olma adına rollerini gerçekleştirmede bilinçli olmalıdırlar (12,17).

Ameliyathane hemşiresinin, kendisine, bireye ve topluma, mesleğine, meslektaşlarına ve diğer sağlık çalışanlarına karşı sorumlulukları vardır. Topluma nitelikli bakımı sunabilmek için beden ve akıl sağlığını korumada yeteneklerini sürekli geliştirmeli, mesleki gelişmeleri sürekli izlemeli ve bunların uygulamaya aktarılmasında gerekli girişimlerde bulunarak güven duygusunu geliştirmeli, bireysel ve mesleki haklarını iyi bilmeli, öz saygısını ve meslek onurunu koruyabilmek için, haklarının bilincinde olmalı ve savunmalı, mesleki kazalar ve hastalıklardan korunmalı,

sınırlılıklarını iyi bilmeli, işini iyi planlamalıdır. İnsan hakları ve değerlerini ön planda tutmalı, bireyin gereksinim duyduğu hemşirelik bakımını vermeli, bilinçli/bilinçsiz cerrahi hastasının savunuculuğunu üstlenmelidir. Pozitif hasta hedeflerine ulaşmada hasta adına güvenli, etkili çevre oluşturma, ekip içinde olumlu ilişkiyi sağlama ve hasta haklarının savunucusu olma rolünün de 90'lı yıllardan başlayarak üstlenildiğine dikkat çekilmektedir. Savunuculuk rolü sağlık çalışanlarını etik dışı davranmaktan ve yasaya aykırı olmaktan korumaktadır. Hemşire, birey ve hastaya en yakın ve en yoğun iletişim kuran sağlık ekibi üyesi olması nedeniyle, birey/hastanın ihtiyaçlarının bilme hastayı haksızlıklardan korumada da en uygun kişidir. Ameliyathane hemşiresi mesleğini uygularken, meslektaşları ve diğer sağlık ekip üyeleri ile birlikte çalışmalı ve bu uyumu sürdürmelidir (32,43).

Ameliyathane hemşiresinin uygulamada hasta bakım rolleri steril çalışan hemşire ve dolaşıcı hemşire olarak belirlenmiştir. Steril çalışan hemşire, cerrahi el antisepsisi uygular, steril cerrahi ekibin üyesi olarak çalışır. Ameliyat sırasında hastanın güvenliğini korur, cerrahi ekibe ameliyat için gerekli alet ve malzemeleri seçer, hazırlar ve verir. Dolaşıcı hemşire, ameliyathanede hasta bakımını yönetir, kayıtları tutar, hasta ve çalışanlar için güvenli ve rahat bir çalışma ortamı sağlar, ameliyat süresince steril olarak çalışan cerrahi ekibin çalışmalarına destek verir. Ayrıca hasta savunuculuğu görevi yapar(13).

Ülkemizde steril çalışan hemşire ve dolaşıcı hemşirenin görev tanımları,19 Nisan 2011 tarihli resmi gazetede yayınlanan “ Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile belirlenmiştir.

Steril çalışan hemşirenin sorumlulukları,

- Ameliyat sırasında steril alan içinde çalışır.
- Steril alanın korunmasına yönelik aseptik teknikleri uygular. Bulaşmayı (kontaminasyonu) önlemek için gerekli önlemleri alır.
- Ameliyathanede hasta güvenliğine yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlar ve uygular.
- Bir gün önceden ertesi günün ameliyat ve işlem tiplerini gözden geçirir. Alet ve malzeme ile ilgili hazırlık yapar.

- Cerrahi işlem süresince ekipte yer alır.
- Cerrahi el antiseptisini uygular. Steril gömlek ve eldiven giyer. Cerrahi ekibin steril gömlek ve eldiven giymesine yardımcı olur.
- İşlem sırasında gereken steril alet, diğer malzemelerin hazırlanmasını ve kullanımını sağlar.
- Hastanın steril örtülmesine yardım eder.
- Malzemeleri kolay alınabilecek şekilde düzenler ve işlemin tipine göre cerrahın ihtiyacı olan malzemeyi önceden belirleyerek verir.
- Cerrahi işlem sırasında ihtiyaç duyulan iğne, iplik gibi sarf malzemeleri yeteri kadar hazırlayarak kullanıma hazır hale getirir.
- İşlem sonrası tüm aletleri, kompresler ve tamponları dolaşıcı hemşire ile birlikte sayar ve kaydeder.
- Ameliyat sırasında alınan doku örneklerini tanımlayarak dolaşıcı hemşireye güvenli bir biçimde teslim eder.
- Ameliyat sonrası malzemelerin temizlenmesini, sayılmasını, listeye uygun şekilde hazırlanmasını, steril edilmesini ve kullanıma hazır bulundurulmasını sağlar(36,43).

Dolaşıcı hemşirenin sorumlulukları,

- Ameliyathanedeki hastanın hemşirelik bakımından sorumludur.
- Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında cerrahi ekibin malzeme ihtiyaçlarını sağlar.
- Hastanın endişesini azaltmak için psikolojik destek sağlar.
- Hasta için güvenli ve konforlu çevre sağlamada ekibi gözleyerek yardımcı olur.
- Uygun hasta bakımı ve hasta güvenliği için gereken tüm uygulamalarını yapar.
- Hastayı işlem sonrası güvenli bir biçimde ünite hemşiresine yazılı ve sözlü şekilde teslim eder.
- Hastanın kimliğini doğrular, hasta bilgilerini gözden geçirir.
- Hastanın ameliyat masasına alınmasına, uygun pozisyon verilmesine, güvenliğinin sağlanmasına yardım eder, mahremiyetini korur.
- Cerrahi işlem süresince odada kalarak ihtiyaca yönelik destek verir. İhtiyaç duyulan tıbbi malzemeyi temin eder. Paket açma standartlarını uygular.

- Cerrahi doku örneklerini (spesmen) uygun şekilde hazırlar, etiketler, kayıt eder ya da kayıt edilmesi için sekreterliğe teslim eder ve laboratuara gönderilmesini sağlar(36,43).

Ameliyathane hemşiresinin rollerinin analizinde çeşitli yaklaşımlar kullanılmıştır. Araştırmacıların, hasta, çevre ve tıbbi/ teknik işlerle ilgili roller, bağımlı, bağımsız roller tanımlamada rol bileşenlerini ele alma eğiliminde oldukları görülmüştür(37). Genel olarak ameliyathane hemşiresinin rol ve sorumlulukları; geniş, kapsamlı ve nitelikli hasta bakımını sağlamak, araştırma bulgularını hemşirelik bakımına yansıtma, uygulama alanındaki sorunları tanımlama, diğer hemşirelere ve öğrencilere rol modeli olmak, oryantasyonlarını sağlamak ve eğitmek, diğer sağlık çalışanları ile işbirliği yapmak, bakımı değerlendirmek için araçlar geliştirmek, gereksinim olduğu zaman değişiklik yapmaktır(29).

2.3. Ameliyat Sırası Dönemde Olası Riskler

Ameliyat sırası dönem (intraoperatif), cerrahi girişim sırasındaki süreci belirtir. Cerrahi girişim sırasında hastanın güvenliğini ve konforunu sağlayan, cerrahi girişimi uygulayan, yaşamsal fonksiyonları sürdüren ve takip eden, verilen bakımı kaydetmeyi sağlayan, sağlık bakım ekibi tarafından yapılan aktiviteleri kapsar. Cerrahi girişimin gerçekleştirilmesini kapsayan bu dönem, hastanın ameliyathaneye girmesiyle başlar, anestezi indüksiyonundan, hastanın ayılma odası veya yoğun bakıma nakledilmesine kadar sürer (6).

Ameliyathanede hasta birçok riskle yüz yüzedir; enfeksiyon, semptomları gidermede cerrahın yetersizliği, girişim ya da anesteziye bağlı geçici ve kalıcı komplikasyon olasılığı ve ölüm, cerrahi deneyimin sık olmayan ancak potansiyel sonuçlarıdır. Bu risklere ek olarak, sedasyon ve anestezi alan hasta geçici olarak hem bilişsel fonksiyon ve hem de bireysel koruyucu mekanizmalarını kaybeder. Tüm önemli vücut sistemleri, anestezi ve cerrahi nedeniyle bozulur, hastaların çoğunda cerrahi ve anestezinin etkisiyle homeostatik denge sağlanabilse de, tüm hastalar girişim sırasında risktedir. Bu riskler aşağıdakileri içerir (44,45):

- Alerjik reaksiyonlar
- Elektrolit dengesizliği ve anestetik ajanların yan etkilerine bağlı kardiyak ritim bozukluğu,
- Lokal anestezinin toksik düzeylerine bağlı myokard depresyonu, bradikardi ve dolaşımla ilgili kollaps,
- Lokal anestezinin toksik düzeylerine bağlı santral sinir sistemi sıkıntısı, nöbetler ve solunum durması,
- Bilinçli sedasyon sırasında fazla ya da az sedasyon,
- Özellikle yaşı hastalarda ajitasyon ya da oryantasyon bozukluğu,
- Anestezi sırasında yetersiz solunum desteği nedeniyle hipoventilasyona bağlı hipoksemi ya da hipokapni,
- Zor entübasyona bağlı larenks travması, oral travma ve diş kırılması,
- Ameliyathane sıcaklığının düşük olması, beden boşluklarının açılması ve anestetik ajanlara bağlı termoregölasyonda bozulmaya bağlı hipotermi,
- Kan kaybı ya da anestezinin yan etkilerine bağlı hipotansiyon,
- İnfeksiyon,
- Kan damarlarının kompresyonu ya da staza bağlı tromboz,
- Anestezinin yan etkilerine bağlı malignhipertermi,
- Uzun süren ve uygun olmayan pozisyona bağlı sinir hasarı, cilt bütünlüğünde bozulma,
- Elektrik şoku ya da yanıklar,
- Lazer yanıkları, ilaç toksisitesi, hatalı ekipman ya da insan hataları (44).

Ameliyathane hemşiresi kişinin güvenliği, mahremiyeti ve psikolojik durumu üzerine temellendirilen gereksinimlerini karşılamakla yükümlüdür. Ameliyat ve diğer invaziv işlemler uygulanan hastaların bakımında birincil sorumluluğa sahip olan ameliyathane hemşiresi bireysel hasta gereksinimlerini karşılamak, etkili ve kaliteli bir hizmet verebilmek amacıyla hemşirelik bakımını planlayarak uygular. Diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yaparak hasta bakımında sürekliliği sağlar. Ameliyathane hemşireliği etkinlikleri, yüksek riskli durumlardan hastaları korumak, fiziksel çevre güvenliğini sağlamak, hastanın fiziksel emosyonel, kültürel, etik ve dini gereksinimlerini karşılamak ve kişisel saygınlığını sürdürmesine yardım etmeyi içerir (36,43).

Ameliyat Sırası (İntraoperatif) Dönemde Bakım Öncelikleri

- Anestezi indüksiyonu sırasında hastanın desteklenmesi,
- Yaralanmayı önlemek ve cerrahi erişim sağlamak için güvenli hasta konumlandırma,
- İşleme başlamadan önce duraklatmak için tüm ekip için bir “zaman aşımı” süreci oluşturulması ve aşağıdakilerin onaylanması;
- Doğru hasta kimliği,
- Doğru taraf,
- Yapılacak işlemin anlaşılır olması,
- Hasta onam formunun kontrol edilmesi,
- Doğru pozisyon verilmesi,
- Durumu uygun olarak doğru implantlar,
- Uygun mevcudiyetli x-ışınları,
- Enfeksiyonu önlemek için uygun cilt hazırlığı başlatılması,
- İşlem sırasında asepsinin sürdürülmesi,
- Uygun aralıklarla araç ve keskin sayımı tamamlanması,
- Tahmini riske dayalı yangın önleme tedbirlerinin uygulanması,
- İlgili güvenlik ve enfeksiyon kontrol önlemleri ve ameliyat süresi çerçeveleri de dahil olmak üzere, prosedürün dikkatle belgelenmesidir (36,43)

Ameliyathane hemşiresi, anestezi yönetiminin bir sonucu olarak kendilerini savunması mümkün olmayan hastaları savunur. Ameliyat sırası dönemde hemşirelik bakımı, hastanın güvenliğini homeostazisi sürdürme, hastaya uygun pozisyon verme ve psikolojik destek olmaya odaklanır. Bu bağlamda ameliyat sırası dönemde hemşire hastanın ağrı ve beden sıcaklığının yönetiminden, hastaya uygun pozisyon vermeden, hastayı bilgilendirmeden, hastaya psikolojik destek sağlayarak güvenli çevrenin oluşturulmasından sorumludur (6).

2.4. Ameliyat Kaygı Düzeyleri

Hastanede yatma ve cerrahi girişim hastalarda kaygıya neden olmaları bakımından büyük öneme sahip durumlardır. Hastaneye yatmanın ve cerrahi girişimi beklemenin yanı sıra, ameliyatın hasta için taşıdığı anlam, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında yaşanabilecek durumlara yönelik bilgi yetersizliği, olası olumsuz sonuçlar, ameliyat sonrası ağrı, günlük işlerin kesintiye uğraması, kontrol kaybı, yabancı ve aileden uzak bir çevrede bulunmak ve çeşitli tıbbi uygulamalar kaygı nedenleri arasında yer almaktadır. Cerrahi girişime ihtiyaç olduğunun hastaya söylenmesi ile başlayan kaygı hastaneye yatmayla birlikte artar ve hastanın hastalığa uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve masraflarını, düzelme ve iyilik halini, hastalığın gidişini ve hastanın ek hastalıklarla karşılaşmasını olumsuz yönde etkileyebilir(46,47).

Ameliyat olmak için hastaneye yatan bireylerde ise bu korku, endişe ve ümitsizliğin daha yoğun yaşandığı belirtilmektedir. Ameliyat öncesi kaygının oluşmasında fizyolojik (kan kaybı, anestezi, hareketsizlik, ağrı gibi) faktörler yanı sıra psikolojik (bağımsızlığın kaybı, beden imajında değişim, organ kaybı, ölüm tehlikesi, aileden uzak kalma, işini kaybetme gibi) faktörlerin de rol oynadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ayrıca literatürde ameliyatın zamanı, süresi, başarı oranı, gelişebilecek olası durumlar, drenaj, katater gibi bilinmeyen aletler, tıbbi işlemler ve ameliyat sonrası yaşam biçimi değişiklikleri konusundaki bilgi gereksiniminin de kaygıyı arttırıcı nedenler arasında olduğu belirtilmektedir. Bazı çalışmalarda ise daha önceki anestezi ve cerrahi deneyiminin, uygulanacak ameliyatın türünün, geçirilecek ameliyatın küçük veya büyük olmasının da kaygı düzeyini etkilediği belirtilmektedir (47,48).

Tüm ameliyatlar hastada ölüm korkusuna yol açar, ölüm korkusu da daha sonra yerini genel kaygı ve postoperatif ağrı korkusuna bırakır. Ayrıca cerrahide kaygıya neden olan korku kaynakları;

- Ölüm korkusu,
- Bedenin zarar göreceği ve acı çekeceği korkusu,
- Anestezi sırasında kimliğini ve denetimini yitireceği korkusu,

- Ameliyat sonrasında yeti yitimi ve bağımlılık korkusu,
- Hem cerrahi, hem de anestezi ile ilişkili olarak bilinmeyen korkusu,
- İşlemin belirli yönlerine ilişkin özgül korkular (örneğin: ameliyat korkusu, enjeksiyon korkusu, anestezi korkusu) ve sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma korkusu şeklinde sıralanabilir(48).

Cerrahi işlem uygulanacak olan hastalarda sıklıkla izlenen genel psikolojik faktörler kaygı, korku ve umutsuzluk olarak sıralanır. Ameliyat girişimi hastaların yaşamını yitirme, sakat kalma, ağrı hissetme, bağımsızlığını kaybetme, yardım alamama, kendisine ve ailesine yeterli olamama gibi korkular yaşamasına neden olabilir. Cerrahi girişimin hastanın beklentilerini karşılayamayacak olması ve olumsuz sonuçlanabileceği düşüncesi kaygıya yol açar. Ameliyat öncesi dönemde kaygı ameliyatın türüne, kaygının etkilerinin anlaşılmasına, beklentilerin karşılanmasına, olası sonuçlara, tutulan organ ve sistemlere, ameliyatın zorluk ve risk derecesine, hastanın buna ilişkin önyargılarına ve kişilik sonuçlarına göre değişebilmektedir (49).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın şekli, yapıldığı yer ve özellikleri, araştırmanın evreni ve örnekleme, verilerin toplanması, değerlendirilmesi hakkında bilgiler verilmektedir.

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, jinekoloji ve ürojinekoloji ameliyatı olan hastaların ameliyathanede aldıkları hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerini ve kaygı düzeylerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, İstanbul il merkezinde bulunan SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulanmıştır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Aseptik Servisi 20 yataklı olup, 11 Hemşire, 2 Kadın Hastalıkları ve Doğum Asistan Hekimi ve 4 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzman Hekimi görev almaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Aseptik bölümünde günde ortalama 4 ameliyat yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinin Aseptik Servisinde yatan, ameliyathanede jinekoloji ve ürojinekoloji cerrahi işlemi görmüş 542 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, Nisan 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü 179 hasta oluşturmuştur. Uygulama öncesinde gerekli izinler alınmıştır (Ek-1).

Araştırma örnekleminin belirlenmesinde evrendeki birey sayısı bilindiğinde kullanılan formülden yararlanılmıştır. Bu formüle göre örneklem büyüklüğü 179 olarak hesaplanmıştır.

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot pq$$

$$n = 542 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) / (0,05)^2 \cdot (542-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) = 179$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evren büyüklüğü

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer ($\alpha = 0,05$ için teorik t değeri 1,96 olarak alınmıştır)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0,50 olarak alınmıştır)

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (1-p) (1-0,50= 0,50 olarak alınmıştır)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma (0,10 olarak alınmıştır)

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş ve üzeri olmak,
- Türkçe konuşup anlaşabilmek
- Ameliyat sonrası en az 1 gün tedavi görmüş olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Jinekolojik ve ürojinekolojik operasyon geçirmiş olmak,
- Herhangi bir ruhsal problemi olmamaktır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Onkoloji hastası olmamak.

3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmada veri toplama aracı olarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu, Kişisel Bilgi Formu, Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Skalası ile Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırma kapsamında kullanılan kişisel bilgi formu; hastaların demografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, sosyal güvence, tanı, cerrahi deneyim, olumsuz cerrahi deneyim, ameliyat öncesi eğitim alma durumu, ameliyattan sonra tedavi gördüğü birim) ile ilgili bilgileri içermektedir (Ek-2).

3.4.2. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası (KPHBS)

Hastanın ameliyat öncesi hazır hale getirilmesi, cerrahi işlem sırasında anestezisinin verilmesi ile başlayan, ameliyat tamamlandığında anestezinin sonlandırılması ve eski faaliyetlerini kazanana kadar bakım ve tedavisinin yapıldığı dönemde hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla “Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası” kullanılmıştır (Ek-3).

Kullanılan ölçek perioperatif dönemde hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan 2002 yılında (Leinonen ve Leinonen-Kilpi)’nin geliştirdiği 32 maddelik, 5’likert tipli bir formdur. Ölçeğin Türkçe uyarlaması 2006 yılında Dönmez ve Özbayır (2010) tarafından gerçekleştirilmiştir. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalasının iç tutarlılığını incelemek için yapılan güvenilirlik analizi sonucu α : 0,92 bulunmuştur. Ölçek, 0= Bu durumu değerlendiremedi, 1= Hiç katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Fikrim yok, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum şeklinde puanlanmakta, ölçek kapsamında negatif madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanlar, 0 ile 160 puan üzerinden puanlanmakta, alınan puanların yüksekliği hastanın aldığı bakımın ne kadar kaliteli olduğunu göstermektedir (23).

3.4.3. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)

Hastaların operasyona ilişkin kaygı seviyelerini analiz etmek amacı ile “Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği” kullanılmıştır (Ek-4). Bu ölçek Karancı ve Dirik (2003) tarafından geliştirilmiş likert tipinde bir ölçektir. Bu ölçek tehdit kaygısı temel alınarak hazırlanmıştır. Hastalar tarafından hemşirelere ve cerrahlara ifade edilen korkular dikkate alınarak geliştirilmiştir. Hastaların yaşamış oldukları hisler 3 boyut altında toplanmıştır. Bu boyutlar ağrı hissetmekten, ameliyat esnasında ölmekten ve ameliyat bittikten sonra ortaya çıkabilecek sınırlılıklar ve komplikasyonlardan duyulan korkulardır. Ölçek ile alakalı norm çalışmaları olmamakla beraber 3 çeşit ameliyat geçiren 146 hasta ile yapılan güvenilirlik çalışmasından α : 0,79 olarak belirlenmiştir. Ölçek toplamda 10 ifadeden meydana gelmektedir. Ameliyata özgü kaygı puanı ifadeler verilen cevapların toplanması ile bulunmaktadır. Ölçek, 1=Hiç katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kararsızım, 4= Katılıyorum, 5= Tamamen katılıyorum şeklinde puanlanmakta, yalnızca 8. madde tersine puanlanmaktadır. Ölçek için beklenen değer

aralığı 0-50 olup, yüksek puanlar ağrı duymaktan, ameliyat esnasında ölmekten ve ameliyat sonrası çıkacak komplikasyonlardan ve kısıtlamalardan duyulan kaygıları yansıtmaktadır(4).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, bilgisayarda SPSS for Windows (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik hesaplamaları, Man Whitney U testi, Kruskal wallis testi, Paired-Sample t testi ve Anova testi kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın, tek bir hastanede yapılmış olması ve sadece kadın hastalardan oluşması çalışmanın sınırlılıkları arasındadır. Elde edilen sonuçlar, verilerin toplandığı tarihlerde çalışmanın yapıldığı hastanede, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Aseptik servisinin jinekoloji ve ürojinekoloji ameliyatı olan hastalarının kullanılan anket ve ölçeklere verdikleri yanıtlara genellenebilir.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama işlemi öncesinde SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve 11.04.2017 tarihinde Etik Kurul onayı alınmıştır (Ek-5). Etik kurul onayı alındıktan sonra çalışmanın yapılacağı kurumdan gerekli izin alınmıştır. Veri toplama işlemi öncesinde, araştırma kapsamına alınan hastalara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, çalışmaya istekli ve gönüllü olan hastaların onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların sosyo-demografik, hastalık ve bu değişkenlerle Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası (KPHBS) ile Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ) arasındaki farklılıklara dair analizler verilmektedir.

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Hastalığa Özgü Bilgilerinin Dağılımı

Tablo 1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (N:179)

Değişken	Gruplar	n	%
Yaş grupları	20-30 yaş	11	6,1
	31-40 yaş	30	16,8
	41-50 yaş	79	44,1
	51-60 yaş	41	22,9
	61 yaş ve Üzeri	18	10,1
Eğitim Durumu	Okur Yazar	31	17,3
	İlköğretim	107	59,8
	Ortaöğretim	28	15,6
	Yükseköğretim	13	7,3
Medeni Durum	Bekâr	18	10,1
	Evli	161	89,9
Meslek	Emekli	6	3,4
	Ev Hanımı	131	73,2
	İşçi	37	20,7
	Memur	5	2,8
Sosyal Güvence	Emekli Sandığı	28	15,6
	SSK	134	74,9
	Yok	17	9,5
Toplam		179	100,0

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmektedir. Katılımcıların yaş grupları incelendiğinde, % 44,1’inin 41-50 yaş arasında olduğu görülürken 51-60 yaş arasında olanların % 22,9’ı, 31-40 yaş arasında olanların % 16,8’i, 61 yaş ve üzeri olanların % 10,1’i araştırmayı oluşturmaktadır. Katılımcıların %59,8’inin ilköğretim mezunu, % 17,3’ünün okuryazar, %15,6’sının ortaöğretim,

%7,3'ünün ise yükseköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılım gösterenlerin % 89,9'u evli, % 73,2'sinin ev hanımı, % 74,9'unun sosyal güvencesinin SSK olduğu görülmüştür.

Tablo 2: Katılımcıların Hastalığa İlişkin Bilgilerinin Dağılımı (N:179)

Değişken	Gruplar	n	%
Hastanın Tıbbi Tanısı	İdrar Kaçırma	8	4,5
	İdrar Kesesi Sarkması	5	2,8
	Tüp Ligasyon	2	1,1
	Kist	14	7,8
	Myom Alımı	43	24,0
	Polip	5	2,8
	Rahim Alımı	22	12,3
	Rahim Duvarı Kalınlığı	6	3,4
	Rahim Sarkması	16	8,9
	Rahim Tümörü	58	32,4
Daha Önce Cerrahi Deneyimi Olma durumu	Var	114	63,7
	Yok	65	36,3
Daha Önce Olumsuz Cerrahi Deneyim Yaşama Durumu	Var	6	3,4
	Yok	173	96,6
Ameliyat Öncesi Eğitim Alma Durumu	Eğitim Almamış	75	41,9
	Eğitim Almış	104	58,1
Ameliyattan Sonra Tedavi Gördüğü Birim	Aseptik Servisi	168	93,9
	Kadın Hastalıkları	6	3,4
	Onkoloji Servisi	5	2,8
Toplam		179	100,0

Katılımcıların hastalıklarına özgü verilerin dağılımları görülmektedir. Katılımcıların % 4,5'i idrar kaçırma, % 2,8'i idrar kesesi sarkması, % 1,1'i tüp ligasyon, % 7,8'i kist, % 24,0'ü myom alımı, % 2,8'i polip, % 12,3'ü rahim alımı, % 3,4'ü rahim duvarı kalınlığı, % 8,9'u rahim sarkması, % 32,4'ünün rahim tümörü tanısı aldığı görülmektedir. Katılımcıların % 63,7'sinin daha önce cerrahi deneyim yaşadığı görülürken; %36,3'ünün ise daha önce cerrahi deneyiminin olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların %3,4'ünün daha önce olumsuz bir cerrahi deneyim yaşadığı görülürken, %96,6'sının olumsuz bir durumla karşılaşmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %41,9'unun ameliyat öncesi eğitim almadığı, % 58,1'inin ise eğitim almış olduğu görülmektedir. Katılımcıların % 93,9'unun ameliyat işleminden sonra aseptik servisinde tedavi gördüğü görülmektedir.

Tablo 3: Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	X±SS	Beklenen Değer
Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası	125,9±14,3	0-160
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	25,9±6,03	0-50

Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı Skalası (KPHBS) puan ortalamasının 125,9±14,3 ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ) puan ortalamasının 25,9±6,03 olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Bu sonuçlar, hastaların kaliteli bir hemşirelik bakımı aldığını ve ameliyat esnasında ölmekten veya sonrasında meydana gelecek bir komplikasyondan veya kısıtlamadan orta düzeyde kaygı duyduklarını göstermektedir.

Tablo 4: Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği Korelasyon Analizi

Ölçekler	Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası		Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	
	r	p	r	p
Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası	-	-	-0,152	,042
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	-0,152	,042	-	-

Tablo 4'te Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı ile Ameliyata Özgü Kaygı ilişkisi incelendiğinde, hastaların Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım düzeyi ile Ameliyata Özgü Kaygı düzeyleri negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir (r=-0,152, p=0,042).

Tablo 5: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Yaş	n	X± Ss	F	p
Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası	20-30 yaş	11	103,1 ±13,49	0,601	.011
	31-40 yaş	30	101,4 ±16,25		
	41-50 yaş	79	104,22±17,01		
	51-60 yaş	41	97,1±10,59		
	61 yaş ve üzeri	18	96,2± 12,92		
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	20-30 yaş	11	28,71 ±7,01	0,541	.006
	31-40 yaş	30	26,52 ±6,82		
	41-50 yaş	79	21,05± 5,41		
	51-60 yaş	41	27,41±7,56		
	61 yaş ve üzeri	18	29,19 ±5,84		

Tablo 5’te katılımcıların yaş grupları ile Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı (KPHB) ve Ameliyata Özgü Kaygı (AÖK) düzeylerine etkisi incelenmiştir. Katılımcıların yaş grupları ile KPHB ve AÖK puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). KPHB algısında en yüksek puan ortalamasının 41-50 yaş arası katılımcılar olduğu belirlenmiştir. AÖKÖ incelendiğinde, 61 yaş ve üzeri katılımcıların daha yüksek değeri aldığı görülmektedir.

Tablo 6: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Eğitim Durumu	n	X± Ss	F	p
Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası	Okur Yazar	31	97.62±14,13	0,252	0.026
	İlköğretim	107	100,8±11,18		
	Orta Öğretim	28	103,1±9,08		
	Yükseköğretim	13	101.7±10,21		
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	Okur Yazar	31	21,94±5,02	0,362	0.958
	İlköğretim	107	29,3±6,10		
	Orta Öğretim	28	28,4±4,92		
	Yükseköğretim	13	27,5±7,05		

Tablo 6’da Katılımcıların eğitim seviyeleri ile KPHB düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Orta Öğretim mezunu katılımcıların en yüksek değeri aldığı belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim seviyeleri ile AÖKÖ arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 7: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Medeni Durum	n	X ± Ss	t	p
Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası	Bekar	18	110.9±13,12	1,115	0.003
	Evli	161	96,7±19,07		
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	Bekar	18	28,7±6,03	1,230	0.001
	Evli	161	26,9±5,14		

Katılımcıların medeni durumları ile KPHBS ve AÖKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Evli olanların puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 8: Katılımcıların Mesleklerine Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Meslek	n	X ± Ss	F	p
Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası	Emekli	6	102.7±1,32	0,252	0.707
	Ev Hanımı	131	94,2±1,05		
	İşçi	37	101,5±1,09		
	Memur	5	103.81±1,22		
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	Emekli	6	23,49±6,32	0,362	0.870
	Ev Hanımı	131	31,28±5,14		
	İşçi	37	28,83±5,41		
	Memur	5	27,47±4,24		

Katılımcıların meslekleri ile KPHBS ve AÖKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 9: Katılımcıların Sosyal Güvencelerine Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Sosyal Güvence	n	X ± Ss	F	p
Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası	Emekli Sandığı	28	105,5± 13,10	0,283	0.537
	SSK	134	101,4± 15,72		
	Yok	17	97,7± 14,65		
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	Emekli Sandığı	28	30,94± 8,32	0,676	0.146
	SSK	134	29,18± 5,04		
	Yok	17	33,83± 7,46		

Katılımcıların sosyal güvenceleri ile KPHBS ve AÖKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$)

4.2. Katılımcıların Hastalıklarına Özgü Niteliklerin Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı ve Ameliyata Özgü Kaygı Seviyelerine Etkisi

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların hastalıklarına özgü niteliklerin kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı seviyelerine etkisi incelenmiştir.

Tablo 10: Katılımcıların Tanılarına Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Tanı	n	X ± Ss	F	p
Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası	İdrar Kaçırma	8	103,2±17,7	1,152	0,003
	İdrar Kesesi Sarkması	5	95,9±13,1		
	Tüp Ligasyon	2	101,3±15,4		
	Kist	14	100,6±13,3		
	Myom Alımı	43	105,8±1,7		
	Polip	5	108,1±14,1		
	Rahim Alımı	22	97,9±13,0		
	Rahim Duvarı Kalınlığı	6	102,6±10,2		
	Rahim Sarkması	16	96,5±14,9		
	Rahim Tümörü	58	103,6±15,6		
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	İdrar Kaçırma	8	28,4±7,5	,0472	0,001
	İdrar Kesesi Sarkması	5	29,6±8,1		
	Tüp Ligasyon	2	26,2±6,8		
	Kist	14	30,7±5,8		
	Myom Alımı	43	28,2±7,2		
	Polip	5	31,1±4,9		
	Rahim Alımı	22	33,3±7,2		
	Rahim Duvarı Kalınlığı	6	27,4±6,7		
	Rahim Sarkması	16	32,9±4,6		
	Rahim Tümörü	58	30,5±5,9		

Katılımcıların aldığı tanı ile kaliteli KPHBS ve AÖKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Katılımcıların aldığı puan ortalamalarına göre KPHB algısında en yüksek değeri Polip tanısı alanlar olduğu belirlenmiştir. AÖK düzeyinde ise rahim ameliyat olan katılımcıların puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 11: Katılımcıların Daha Önce Cerrahi Deneyim Yaşama Durumuna Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Cerrahi Deneyim	n	X ± Ss	t	p
Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası	Var	114	108.80±13,05	1,721	0.001
	Yok	65	101,84±17,21		
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	Var	114	32,4±5,18	1,364	0.000
	Yok	65	27,2±6,10		

Katılımcıların daha önce cerrahi deneyim yaşama durumu ile KPHBS ve AÖKÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Daha önce cerrahi deneyim yaşamış olanların puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 12: Katılımcıların Daha Önce Olumsuz Cerrahi Deneyim Yaşama Durumuna Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Olumsuz Cerrahi Deneyim	n	X ± Ss	t	p
Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası	Var	6	103.2± 13,19	1,163	0.006
	Yok	173	105,6± 15,02		
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	Var	6	27,4± 14,08	1,874	0.043
	Yok	173	32,8± 13,01		

Katılımcıların daha önce olumsuz cerrahi deneyim yaşama durumu ile KPHBS ve AÖKÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Daha önce olumsuz cerrahi deneyimi olanların puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 13: Katılımcıların Ameliyat Öncesi Eğitim Alma Durumuna Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ameliyat Öncesi Eğitim Alma Durumu	n	X ± Ss	t	p
Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası	Almış	75	103,9±14,5	1,183	0.019
	Almamış	104	96,7±16,4		
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	Almış	75	31,3±5,01	1,559	0.008
	Almamış	104	29,4±7,10		

Katılımcıların ameliyat öncesi eğitim alma durumu ile KPHBS ve AÖKÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Eğitim almış olanların puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 14: Katılımcıların Tedavi Gördükleri birime Göre Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Servis	n	X ± Ss	F	p
Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası	Aseptik Servisi	168	108,3 ±15,24	2,886	0.007
	Kadın Hastalıkları	6	105,6 ±16,02		
	Onkoloji Servisi	5	101,3 ±12,17		
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	Aseptik Servisi	168	33,6 ±8,23	2,112	0.168
	Kadın Hastalıkları	6	30,4 ±5,41		
	Onkoloji Servisi	5	31,8 ±7,12		

Katılımcıların ameliyat sonrası tedavi gördükleri servis ile kaliteli KPHBS puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Aseptik servisinde tedavi görenlerin puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların ameliyat sonrası tedavi gördükleri servis ile AÖKÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde tedavi gören hastaların aldıkları hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerini ve kaygı düzeylerini değerlendirilmek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bu çalışmada, katılımcıların Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı puan ortalamasının $125,9 \pm 14,3$ olarak bulunmuştur (Tablo 3). Kaliteli perioperatif hemşirelik bakım skalasından alınan puanlar hastanın kaliteli bir hemşirelik bakımı aldığını göstermektedir. Dönmez ve Özbayır (2006) ülkemizde yapmış oldukları çalışmada kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamasını $128,2 \pm 1,27$ olarak bulmuşlardır (23). Çevik'in (2012) çalışmasında, kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamasının $101 \pm 15,5$ olduğu belirlenmiştir (3). Çalışma bulgusu, Dönmez ve Özbayır'ın çalışması ile benzer, Çevik'in çalışmasından yüksek bulunmuştur.

Hastaların, Ameliyata Özgü Kaygı puan ortalamasının $25,9 \pm 6,03$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Ameliyata özgü kaygı ölçeğinden alınan puanın orta seviyede olduğu görülmektedir. Katılımcılar ameliyat esnasında ölmekten veya sonrasında meydana gelecek bir komplikasyondan veya kısıtlamadan orta düzeyde kaygı duymaktadır. Çevik'in (2012) çalışmasında, ameliyata özgü kaygı puan ortalamasının $28,5 \pm 7,06$ olduğu belirlenmiştir (3). Yılmaz ve ark. (2011) cerrahi hastalarının kaygı düzeyleri ile ilgili çalışmalarında hastaların kaygı puan ortalamasını $31,91 \pm 6,30$ olarak bulmuşlardır. Dirik (2001) çalışmasında hastaların ameliyata özgü kaygı düzeylerini $36,50 \pm 17,55$ olarak bulmuştur (5). Sonuçlar, çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışma bulgusunun, diğer çalışmalara göre düşük olması, katılımcıların kadın hastalıklarına ilişkin ameliyat geçiren hastalar olması, ameliyat riskinin az olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Katılımcıların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ile ameliyata özgü kaygı ilişkisi incelendiğinde, hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ile ameliyata özgü kaygı düzeyleri negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir ($r = -0,152$, $p = 0,042$) (Tablo 4). Perioperatif hemşirelik bakımında maksat, hastanın fizyolojik ve psikolojik bakımdan hastanın operasyona hazır hale getirilmesidir. Hastalar aldıkları bakımın yetersiz olduğunu düşündüğünde, kaygılarının

arttığını göstermektedir. Bu bakımdan ameliyata özgü kaygı kapsamında araştırmaya katılanların verdiği cevaplar ışığında perioperatif hemşirelik bakımı hizmeti veren hemşirelerin perioperatif hemşirelik bakımın psikolojik tarafının eksik verildiğini göstermektedir. Çevik'in ameliyathanede hastaların hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi isimli çalışmasında kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ile hastaların ameliyata özgü kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (3). Turhan'ın (2007) elektif cerrahi operasyon planlanan hastaların kaygı ve memnuniyetleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapmış olduğu araştırmasında negatif yönde orta düzeyde ilişki saptamıştır (54).

Katılımcıların yaş grupları ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı düzeylerine etkisi incelenmiştir. Katılımcıların yaş seviyeleri ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ve ameliyata özgü kaygı ölçeği arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.05$) (Tablo 5). Katılımcıların yaş seviyeleri ile perioperatif bakım ölçeği ve ameliyata özgü kaygı ölçekleri arasında anlamlı bir ilişkinin olması yaş almışlık yani hayat kaygısının arttığı şeklinde açıklanabilmektedir. Tabloda görüldüğü üzere yaş seviyesi arttıkça kaygı ve perioperatif hemşirelik puanının arttığı görülmektedir. Bu beklendik bir sonuçtur. Yaş ile beraber kronik hastalıkların artması, ameliyat sırasında risk artışına neden olabilmektedir. Algier ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu araştırma çalışmamızla benzer farklılıklar göstermemektedir (59). Benzer şekilde Çevik'in (2012) yapmış olduğu araştırmada çalışmamızla paralellik göstermemektedir (3).

Katılımcıların eğitim seviyeleri ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Katılımcıların eğitim seviyesi ile ameliyata özgü kaygı ölçeği arasında da anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$) (Tablo 6). Katılımcıların eğitimi ile perioperatif hemşirelik bakımı arasında anlamlı bir ilişkinin olması eğitim değişkeninin bakım düzeyini algılaması üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Hastaların eğitim düzeyleri ile ameliyata özgü kaygı ölçeği arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı da ameliyat kaygısının yaşanması insanın yaşama kaygısı, başına kötü bir iş gelme düşüncesinin oluşturduğu bir kaygı türüdür. Dolayısı ile eğitimle- kaygı arasında anlamlı bir ilişkinin olmaması oldukça doğal bir durumdur Çalışma bulgusunun aksine, Çevik'in (2012)

çalışmasında, okuryazar olanların perioperatif hemşirelik bakım kalitesi puan ortalaması $97,89 \pm 12,46$ bulunurken, ilköğretim mezunu olanların $100,1 \pm 18,95$, orta öğretim mezunu olanların $102,6 \pm 13,53$ ve yüksek öğretim mezunu olanların $102,4 \pm 9,84$ bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (3). Aynı çalışmada, hastaların eğitim durumlarının ameliyata özgü kaygı düzeyleri üzerine etkisi incelendiğinde; okuryazar olanların ameliyata özgü kaygı puan ortalaması $32,11 \pm 6,81$ bulunurken, ilköğretim mezunu olanların $28,55 \pm 6,91$, ortaöğretim mezunu olanların $28,67 \pm 5,75$ ve yüksek öğretim mezunu olanların $21,36 \pm 10,02$ bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve hastaların eğitim düzeyleri arttıkça ameliyata özgü kaygı düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (3). Çalışmanın, jinekoloji ve ürojinekoloji ameliyatı olan hastalarla yapılmış olmasının, Çevik'in çalışması ile farklı olmasında etkili olmuş olabilir.

Katılımcıların medeni durumları ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ve ameliyata özgü kaygı ölçeği arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0,05$) (Tablo 7). Katılımcıların medeni durumları ile ameliyata özgü kaygı ölçeği ve perioperatif hemşirelik bakımı arasında anlamlı bir ilişkinin olması eş desteğinin olmasının olumlu etki ettiği şeklinde açıklanabilmektedir. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde Çevik'in (2012) çalışmasında, evli olanların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamasının ($102,9 \pm 15,55$) bekar olanlara ($94,94 \pm 14,26$) göre daha fazla olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu; evli olanların özgü kaygı puan ortalamasının ($28,09 \pm 6,02$), bekar olanlardan ($29,89 \pm 9,61$) daha düşük olduğu saptanmış ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (3). Çalışma bulgusundan farklı olarak Okanlı ve ark.'nın (2006) yaptıkları çalışmalarında medeni durum ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmektedir (60).

Katılımcıların meslekleri ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ve ameliyata özgü kaygı ölçeği arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p > 0,05$) (Tablo 8). Katılımcıların sahip olduğu mesleklerinin hemşirelik bakım düzeyi ve ameliyata özgü kaygı düzeyi üstünde etkili olmayacağı düşünülmektedir. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Çevik'in (2012) çalışmasında, kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamaları işçiler için $96,70 \pm 16,17$ bulunurken, memurlar için $100,7 \pm 14,68$, emekliler için $103,1 \pm 16,27$ ve diğer meslek gruplarında çalışanlar için $101,4 \pm 15,49$ olarak bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı

saptanmıştır (3). Devebakan ve Yağcı'da (2005) araştırmaları da çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (55). Çalışma bulgusundan farklı olarak, evik (2012) alışmasında, ameliyata özgü kaygı düzeyi puan ortalamasını işçiler için $26,65 \pm 6,88$, memurlar için $24,78 \pm 5,89$, emekliler için $29,62 \pm 5,14$ ve diğer meslek gruplarında çalışanlar için $29,41 \pm 7,55$ olarak bulmuş ve emeklilerin kaygı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğunu belirtmiştir (3).

Katılımcıların sosyal güvenceleri ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ve ameliyata özgü kaygı leği arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$) (Tablo 9). Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, evik'in (2012) alışmasında, sosyal güvencesi olan hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalaması $101,3 \pm 14,66$ ve sosyal güvencesi olmayanların $99,62 \pm 19,19$ olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Aynı çalışmada, hastaların ameliyata özgü kaygı puan ortalaması sosyal güvence durumlarına göre değerlendirildiğinde sosyal güvencesi olanların puan ortalamasının ($28,31 \pm 6,86$), sosyal güvencesi olmayan hastaların puan ortalamasına ($29,41 \pm 7,88$) göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (3). Ayoğlu (2003) araştırmasında hastaların sosyal güvenlik durumları ile kaygı düzeyleri arasında araştırma bulgusu ile benzer sonuçlar göstermektedir (56).

Katılımcıların ameliyat tanısı ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ve ameliyata özgü kaygı leği arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.05$) (Tablo 10). Rahim ameliyatı olan hastaların kaygı düzeyi, diğerlerinden yüksek çıkmıştır. Bu sonuç, hastaların durumu kadınlığın kaybı şeklinde yorumladıklarını, bu durumunda kaygıyı arttırdığını dşndrmştir. Çalışma bulgusundan farklı olarak, evik'in çalışmasında (2012), hastaların tanısı ile Kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalaması ve ameliyata özgü kaygı düzeyi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (3).

Katılımcıların yaşadığı cerrahi deneyim ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ve ameliyata özgü kaygı leği arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.05$) (Tablo 11). Daha önce cerrahi deneyim yaşamış olanların puanlarının daha yüksek olduğu grlmştir. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, evik'in (2012) alışmasında, cerrahi deneyimi olan hastaların kaliteli perioperatif

hemşirelik bakımı puan ortalamasının $101,0 \pm 17,14$ ve cerrahi deneyim olmayan hastaların puan ortalamasının $100,9 \pm 13,70$ olduğu ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Aynı çalışmada, cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyata özgü kaygı puan ortalamaları $28,86 \pm 7,36$ ve cerrahi girişim geçirmemiş olanların ameliyata özgü kaygı puan ortalamaları $28,13 \pm 6,73$ bulunmuş ve kaygı düzeyleri ile cerrahi deneyim arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmemiştir (3). Çalışma bulgusundan farklı olarak, Leinonen ve ark. (2000) çalışmasında cerrahi deneyim yaşamının anlamlı bir farklılık yaratmadığı görülmektedir (57).

Katılımcıların yaşadığı olumsuz cerrahi deneyim ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ve ameliyata özgü kaygı ölçeği arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.05$) (Tablo 12). Olumsuz cerrahi deneyimi olanların puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgusundan farklı olarak, Çevik'in (2012) çalışmasında, olumsuz bir cerrahi deneyimi olan hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalaması $100,8 \pm 13,04$ ve olumsuz cerrahi girişim geçirmemiş hastaların puan ortalaması $101,0 \pm 15,81$ bulunmuş, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (3). Hastaların ameliyata özgü kaygı puan ortalamaları olumsuz cerrahi deneyimi olan hastalar için $26,82 \pm 7,67$ ve olumsuz cerrahi deneyimi olmayan hastalar için $28,65 \pm 7,02$ bulunmuş, aralarındaki farkın istatistiksel bir anlamlılık oluşturmadığı belirlenmiştir (3).

Katılımcıların ameliyat öncesi eğitim alma durumu ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ve ameliyata özgü kaygı ölçeği arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.05$) (Tablo 13). Eğitim almış olanların puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim almış olmanın kaliteli hemşirelik bakım algısında etkili olduğu düşünülmüştür. Çalışma bulgusu ile benzer şekilde, Çevik'in (2012) çalışmasında, ameliyat öncesi eğitim alanlarda kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamasının $108,1 \pm 15,96$; eğitim almayanlarda $95,43 \pm 12,82$ olduğu belirlenmiş ve ameliyat öncesinde eğitim alan hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır (3). Zerenler ve Ögüt'ün (2007) yapmış oldukları araştırmasında hemşirelerin verilen hizmetlerin kalitesi ile kaygı arasında anlamlı bir ilişki buldukları görülmüştür (58). Çalışma bulgusundan farklı şekilde, Çevik'in (2012) çalışmasında, ameliyat öncesi

eğitim alan hastaların ameliyata özgü kaygı düzeyi puan ortalaması $27,70 \pm 5,83$ bulunurken; eğitim almayanlar için $29,17 \pm 7,86$ bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel anlamlılık taşımadığı saptanmıştır (3).

Katılımcıların ameliyat sonrası tedavi gördükleri servis ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Aseptik servisinde tedavisi devam eden hastaların puan ortalamalarının, diğer servislerde tedavi görenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonucun, bu serviste yatan hasta sayısının diğer birimlerde yatan hastalara oranla daha fazla olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Çevik'in çalışmasında (2012), hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamaları ameliyattan sonra hastaların kabul edildiği bölüme göre incelenmiş, genel cerrahi servisinde tedavisi devam eden hastaların puanlarının daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (3).

Katılımcıların ameliyat sonrası tedavi gördükleri servis ile ameliyata özgü kaygı ölçeği arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$) (Tablo 14). Bu sonuç, tüm hastaların benzer kaygıları yaşadığını, ameliyat sonrasında tedavi gördüğü birimin kaygı düzeyini etkilemediğini göstermiştir. Çalışma bulgusundan farklı olarak Çevik'in çalışmasında (2012), hastaların ameliyata özgü kaygı puan ortalamaları ameliyattan sonra kabul edildiği bölüme göre incelenmiş ve yoğun bakım ünitesine götürülen hastaların ameliyata özgü kaygı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (3). Çalışmalar arasındaki farklılığı, farklı hastalık tanısı olan hastalar ile yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde tedavi gören hastaların aldıkları hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerini ve kaygı düzeylerini değerlendirilmek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Katılımcıların % 4,5'i idrar kaçırma, % 2,8'i idrar kesesi sarkması, % 1,1'i tüp ligasyon, % 7,8'i kist, % 24,0'ı myom alımı, % 2,8'i polip, % 12,3'ü rahim alımı, % 3,4'ü rahim duvarı kalınlığı, % 8,9'u rahim sarkması, % 32,4'ünün rahim tümörü tanısı aldığı görülmektedir (Tablo 2).
- Katılımcıların % 63,7'sinin daha önce cerrahi bir deneyim yaşadığı görülürken; %36,3'ünün ise cerrahi deneyiminin olmadığı görülmektedir (Tablo 2).
- Katılımcıların %3,4'ünün olumsuz bir cerrahi deneyim yaşadığı görülürken, %96,6'sının da olumsuz bir durumla karşılaşmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).
- Katılımcıların %41,9'unun ameliyat öncesi eğitim almadığı % 58,1'inin ise eğitim almış olduğu görülmektedir (Tablo 2).
- Katılımcıların Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakımı puan ortalamasının $125,9 \pm 14,3$ Ameliyata Özgü Kaygı puan ortalamasının $25,9 \pm 6,03$ olduğu belirlendi (Tablo 3).
- Katılımcıların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ile ameliyata özgü kaygı ilişkisi incelendiğinde, hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ile ameliyata özgü kaygı düzeyleri negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=-0,152$, $p=0,042$) (Tablo 4).
- Katılımcıların yaş grupları, eğitim durumu, medeni durum, tanısı, daha önce cerrahi deneyim yaşama durumu, olumsuz cerrahi deneyim yaşama durumu,

ameliyat öncesi eğitim alma durumu ve tedavi gördüğü servis ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 5,6,7,10,11,12,13,14).

- Katılımcıların meslekleri ve sosyal güvence tipi ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 8,9).
- Katılımcıların yaş grupları, medeni durum, tanısı, daha önce cerrahi deneyim yaşama durumu, olumsuz cerrahi deneyim yaşama durumu ve ameliyat öncesi eğitim alma durumu ile ameliyata özgü kaygı ölçeğiarasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 5,7,10,11,12,13).
- Katılımcıların eğitim durumu, meslekleri, sosyal güvence tipleri ve tedavi gördükleri servis ameliyata özgü kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6,8,9,14).

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Ameliyathanede hastaların perioperatif hemşirelik bakım kalitesi düzeyi ile ilgili düşüncelerinin sürekli olarak takip edilmesi ve önlemler alınması bakım kalite düzeyini arttırabilecektir.
- Hastaların kaygı düzeylerini düşürebilmek için hastalarla kurulan iletişime önem verilmesi gerekmektedir.
- Kaliteli bakım düzeyi ile ilgili ölçümlerin sürekli olarak yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aslan FE. "Cerrahi Hemşireliğin Tarihçesi", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009; 12(1):104
2. Dönmez Y, Özbayır T. "Validity and reliability of the „good perioperativenursing care scala“ for Turkish patients and nurses", *Journal of Clinical Nursing*, 2010; 20:166-174.
3. Çevik E. *Ameliyathanede Hastaların Hemşirelik Bakım Kalitesi Hakkında Düşüncelerinin ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi* (Tez). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı; 2012.
4. Karancı N, Dirik G. "Predictors of pre-and postoperative anxiety in emergency surgery patient", *Journal Psychosom Reserch*, 2003; 55(4): 363-369.
5. Dirik G. *Acil cerrahi servisinde ameliyat olan hastaların ameliyata özgü, ameliyat öncesi ve sonrası yaşadıkları durumsal kaygının yordalanmasında baş etme yollarının, algılanan sosyal desteğin ve önceki hastalık deneyimlerinin yordalayıcı güçleri* (Tez), Ortadoğu Teknik Üniversitesi; 2001.
6. Özbayır, T. (2010). Ameliyat Dönemi Bakım. Karadakovan, A., Eti-Aslan, F. (Eds.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana Nobel Tıp Kitabevi, 309-344
7. Erdil F, Elbaş N. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği* Ankara: Tasarım- Ofset Ltd. Şti; 2001.
8. Çoşkun H, Akbayrak N. "Hastaların Klinik Kabul ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001; 5(2): 63-68.
9. Güneş P. *Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaları Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi*(Tez), Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ; 2001.

10. Özbayır T, Demir F, Candan Y, Çoşkun İ, Dramalı A. "Hastaların Perioperatif Döneme İlişkin İzlenimlerinin İncelenmesi", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1):14-23.
11. Uzun Ö. "Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000; 3(2):36-45.
12. Cimilli C. "Cerrahide Anksiyete", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(3): 182-186.
13. Kuğu N, Berkan Ö, Akyüz G. "Ameliyat Olan ve Olmayan Kronik Vasküler Hastalığı Olan Olgularda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001; 2(4): 213-221.
14. Salkım Ö.Ö. *Kapalı Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi Hemşire Tarafından Verilen Hastaların Bilgi Düzeyine ve Ameliyat Sonrası Kaygı ve Ağrı Düzeylerine Etkisi*(Tez), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
15. Aksoy G. Perioperatif hemşiresinin eğitimi ve oryantasyonu. 4.Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 2003.
16. Gırsbergenyan Y, Kaymakçı Ş. Ameliyathane Hemşireliği. İzmir: Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Derneği Yayını; 2015.
17. Alcan Z. "Hemşirelik hizmetlerinde kalite", *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 2001; 5(4): 57-60.
18. Yavuz M, Dramalı A, Demir F, Yıldırım Ö. Ameliyathanede Yangın Emniyeti İle İlgili Durum Saptama İzmir: I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Kitabı; 1996.
19. Erdemir F. "Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi", *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998; 2(1):59-63.

20. Kanan N. "Nöroşirürji Ameliyathane Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları", *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*, 2011; 19(3): 179-186.
21. Yancey VJ. *Fundamentals of Nursing, Concepts, Process, and Practice* St. Louis: Mosby; 1997.
22. Demir F, Karayurt Ö, Dramalı A. Hemşirelik Bakım Önceliklerinin Hasta ve Hemşireler Açısından Değerlendirilmesi Antalya: Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi; 2002.
23. Dönmez CN. *Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası (Good Perioperative Of Nursing Care Scale)'nın Türk Hemşire ve Hastaları İçin Geçerlik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi (Tez)*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ; 2006.
24. Hegedus KS. "Providers' and Consumers' Perspective of Nurses' Caring Behaviours", *Journal of Advanced Nursing*, 1999; 30(5): 1090-1096.
25. Akyolcu N. Perioperatif hasta ve ailesinin eğitim gereksinimleri ve hemşirenin rolü. İzmir: 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı; 2003.
26. Leinonen T. "The Quality of Intraoperative Nursing Care: The Patient's Perspective", *Journal of Advanced Nursing*, 1996 24:843-852.
27. Mccoll E. "A Study To Determine Patient In Surgery", 11 th Ed.: Mosby Company; 1999.
28. Hanoğlu Z,BA. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Görevlerini Algılamaları ve Gerçekleştirebilme Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi Ankara: Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı; 1999.
29. Leinonen T. "Comparing Patient and Nurses Perceptions of Perioperative Care Quality", *Applied Nursing Research*, 2003; 16(1): 29-57.

30. Bayraktar N, "Ameliyathanede Ameliyat Öncesi Bekleyen Hastaların Gereksinimleri", *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2000; 3(6): 34-38.
31. Leinonen T. The Quality of Perioperative Care, Developing a Patient-Oriented Measurement Tool Turku-Finland.; 2002.
32. (US) A. Perioperative Standarts. Recommended Practicas and Guidelines America; 2008.
33. Kanan N. Perioperatif hemşirenin kişisel sorumluluğu İzmir: 4.Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı. Ege Üniversitesi Basımevi; 2005.
34. Meeker MH,RJC. Alexander's Care Of The Patient In Surgery: Mosby Company; 1999.
35. Myles PS,WDL,HM. "Patient Satisfaction After Anaesthesia and Surgery: Results of a Prospective Survey of 10811 Patients", *British Journal of Anaesthesia*, 2000; 84(1).
36. Leinonen T. "Research in Peri-operative Nursing Care", *Journal of Clinical Nursing*, 1999; 8: 123-138.
37. Dramalı A. "Ameliyathane hemşirelerinin geleneksel ve yeni rolleri", *Hemşirelik Forumu*, 1999; 2(1): 18-21.
38. Ladden CS. Concepts basic to perioperative nursing St.Louis: Mosby; 1999.
39. McGarvey HE. "Development and defineton of the role of the operating department nurse: A review", *J Adv Nurs*, 2000; 32(5): 1092-1100.
40. Atkinson LJFNH. Foundations of patients centered care. Neurosurgery. Berry & Kohn's Operating Room Technique St.Louis: Mosby; 1996.
41. Demirel N Taştan Ö. "Manisa ilinde kamuya ait hastanelerde çalışan hemşirelerin işlevlerini algılama durumları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi", *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2001; 4(4): 62-65.

42. Erdil F EN. Ameliyatta hasta bakımı Ankara: Aydoğdu Ofset; 2001.
43. Özbayır T. Ameliyat dönemi bakım Adana: Nobel Kitabevi; 2010.
44. Üstün Ç. Genel hemşirelik ve cerrahi hemşireliği etiğine kısa bakış İzmir: 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı. Ege Üniversitesi Basımevi; 2005.
45. Yönetmeliği H. Hemşirelik Yönetmeliği (Ek.R.G-19/4/2011-27910) Resmî Gazete 19 Nisan 2011 Salı, Sayı : 27910 (Güncelleme tarihi 20.10.2016)http://www.saglik.gov.tr/. [Online].
46. Kanan N. Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı, Cerrahi Hemşireliği I İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012.
47. Eyi S, Kanan N, Akyolcu N, Akın ML, Acaroğlu R. "Koruyucu Hekimlik", *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2016; 15(12):
48. Eyi S, Kanan N, "Ameliyat Sırası Dönemde Kaliteli Hemşirelik Bakımına Ulaşmada Hemşirenin Rolü", *F.N. Hem. Derg*, 2017; 25(2):126-138.
49. Ovayolu N, Bahar A. "Hemşirelik ve Kalite", *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 9(1): 104-110.
50. Aksoy A. Opinions Of Nurses About Quality In Nursing: Abstract Book; 2001.
51. Yıldız D. *Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi* (Tez), Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2011.
52. Duman E. *Açık Kalp Cerrahisi Öncesi Anksiyetenin, Ameliyat Sonrası Ağrı ve Uyku Kalitesine Etkisi* (Tez), Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
53. Fındık ÜY, Topçu SY. "Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi", *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2012, 22-33.

54. Turhan Y. *Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif Ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi* (Tez), Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2007.
55. Devebakan N, Yağcı K. Sağlık İşletmelerinin Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeyinin Karşılaştırılmasında Servquel Yöntemi Ankara: Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Kongre Bildiriler Kitabı; 2005.
56. Ayoğlu T. *Ameliyat Öncesi Ve Sırası Bilgi Vermenin Hasta Ve Ailelerinin Anksiyete Düzeylerine Ve Kan Basıncı Değerlerine Etkisi*(Tez), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ; 2003.
57. Leinonen T, Leino KH. "Reserch in perioperative nursing care", *Journal of Clinical Nursing*, 2000; 8: 123-138.
58. Zerenler M ÖA. "Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenleri araştırması", *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2007; 18: 501-519.
59. Algier L, Abbasoğlu A, Hakverdioğlu G, Ökdem Ş, Göçer S. "Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005; 9(1): 33-40.
60. Okanlı A, Özer N, Akyıl R, Kaçkar Ç. "Cerrahi kliniklerde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 9(4): 38-44.
61. Yılmaz M, Sezer H, Gürler H, Beker M. "Predictors of perioperative anxiety in surgical inpatients", *Journal of Clinical*. 2011_doi:10.1111/j.1365_2702.2011.03799.x
62. Grieve R. "Day Surgery Preoperative Anxiety Reduction and Coping Strategies", *British Journal of Nursing*, 2002; 11(10).

EKLER

EK:1Gönüllü Olur Formu

Sayın Gönüllü,

Katıldığınız bu çalışma Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğimizin Aseptik bölümünde yapılacak bir çalışma olup, vermiş olduğunuz yanıtlarla Ameliyathanede hastaların aldıkları hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi yapılacaktır. Buna göre ameliyatınızdan sonra (en erken 1. gününde) araştırmacı tarafından, yüz yüze görüşülerek Kişisel Bilgi Formu, ardından Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği doldurulacaktır. Araştırmaya katılmanız durumunda bize bildirdiğiniz kişisel bilgileriniz gizli kalacak ve hasta mahremiyetine uygun bir tavır içinde olacağız. Araştırma sonuçları eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılacak kesinlikle kişisel bilgileriniz üçüncü şahıslara verilmeyecektir. Araştırmada yapılacak harcamalarda hiçbir şekilde sizden para talep edilmeyecek ya da size bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde her türlü tıbbi müdahale sağlanacaktır. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan ayrılabilirsiniz. (Bizleri zor durumda bırakmamak için çekilmenizi önceden bildirmenizi rica ederiz.) Araştırma sırasında bir sorunla karşılaştığınızda Hemş. D. Egemen AKIN'ı arayabilirsiniz. Araştırmaya katılmanız zorunlu değildir ve katılmama hakkınız vardır. Araştırmaya katılmayı redderseniz bu hasta hemşire/hekim ilişkisine herhangi bir zarar getirmeyecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Çalışmaya katılmadan önce yukarıdaki bilgilendirme yazısını okudum. Ayrıca bu konu ile ilgili bana sözlü açıklama yapıldı. Hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Açıklamayı yapan Araştırmacı: D.Egemen AKIN	Katılımcı Ad Soyad: Tarih: İmza: Adres: Telefon:	Rıza alma işleminde tanıklık Kuruluş görevlisi
---	---	--

Ek-2 Kişisel Bilgi Formu

Bu çalışma hastaların ameliyathanede aldıkları hemşirelik bakım kalitesi ile ilgili düşüncelerini ve kaygı düzeylerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu formlarda yer alan sorulara doğru ve tam cevap vermeniz hastaların ameliyathanede aldıkları hemşirelik bakım kalitesinin ve kaygı düzeyleri ile ilişkisinin anlaşılmasında bilgi oluşturacak ve cerrahi hastalarına yönelik hemşirelik bakımının geliştirilmesine olumlu katkı sağlayacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Hemşire D.Egemen AKIN

1. Yaş:.....

2. Eğitim Durumu:

- a) Okur-yazar b) İlköğretim c) Ortaöğretim d)Yükseköğretim

3. Medeni Durumu:

- a) Evli b) Bekar

4. Meslek:

- a) İşçi b) Memur c) Emekli d) Diğer.....

5. Sosyal güvence:

- a) Emekli sandığı b) SSKc) Özel Sigorta d) Yok

6. Tanı:

7. Cerrahi Deneyim:

- a) Var b) Yok

8. Olumsuz Cerrahi Deneyim:

- a) Var b) Yok

9. Ameliyat Öncesi Eğitim Alma Durumu:

- a) Eğitim Almış b) Eğitim Almamış

10. Ameliyattan sonra tedavi gördüğü bölüm:.....

EK-3 Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası

	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum	Bu durumu değerlendiremedi
1- Ameliyathanede tedavim süresince, yeterli ağrı kesici aldım ve ağrı hissetmedim.						
2- Ameliyattan sonra ayılma odasında kaldığım sürece yeterli ağrı kesici verildi ve ağrı hissetmedim.						
3- Hiçbir ağrı hissetmeden, nazikçe kaldırıldım ve taşındım.						
4- Ameliyat masasında rahat bir cerrahi pozisyon verildi(Destekler vücudumun hiçbir bölgesine baskı yapmadı ve vücudumda herhangi bir uyuşukluk olmadı).						
5- Ameliyathanede üşümedim (Gerektiğinde ısıtıcı araçlarla ısıtıldım).						
6- Ameliyattan sonra ayılma odasında üşümedim.						
7-Anestezimin (genel veya bölgesel anestezi) iyi yapıldığını düşünüyorum.						
8- Ameliyatımın /tedavimin çok iyi uygulandığını düşünüyorum.						
9- Ameliyathanedeki personel görevini iyi yapıyordu.						
10- Ameliyathanedeki personel görevlerini yerine getirirken çok dikkatli ve titizdi.						
11- Ameliyathanede bana yapılanlarla ilgili sürekli bilgi aldım. (Hiçbir tıbbi ifade kullanılmadan).						
12- Ayılma odasında/yoğun bakımda bana yapılan uygulamalarla ilgili sürekli bilgi aldım.						
13- Ameliyathanedeki hemşireler bana yapılan uygulamalar ve bunların neden yapıldığı konusunda yeterli bilgi verdiler.						
14- Cerrah ameliyatımla ilgili konularda bana yeterli bilgi verdi.						

15- Anestezi hekimi genel veya bölgesel anestezi ile ilgili konularda yeterli bilgi verdi.					
16- Ameliyathanede ne düşündüğümü ve istediğimi söyleyerek tedavimi yönlendirebildim.					
17- İstediğimde müzik dinleyebildim.					
18- Ameliyathanedeki personel bana cesaret verdi ve ruhsal olarak destekledi.					
19- Ameliyathanede heyecanlandığımda, ameliyathanedeki personel benimle konuşarak veya sakinleştirici vererek beni sakinleştirdi.					
20- Ameliyathanede bana saygılı ve düşünceli biçimde davranıldı.					
21- Ameliyathanede rahatsız olacak veya utanacak durumlara düşürülmedim.					
22- Ameliyathanede bakımımın ve tedavimin kişiye özel olduğunu hissettim (Montaj fabrikasındaymış gibi yapıldığını hissetmedim).					
23- Ameliyathanedeki personel bana arkadaşça davrandı.					
24- Ameliyathanedeki personel, birbirleri ile uyumlu çalıştılar.					
25- Ameliyathanedeki personel espriliydi.					
26- Ameliyathanedeki personel kibardı ve davranışları memnuniyet vericiydi.					
27- Ameliyathanedeki personel bana yeterince zaman ayırdı.					
28- Ameliyathane ortamı, telaşsız ve huzurluydu					
29- Aylıma odası/yoğun bakım, ameliyattan sonra kendine gelmek için sakin bir ortamdı.					
30- Ameliyathanede kendimi güvende hissettim.					
31- Ameliyathaneye alınmak için (serviste veya acil serviste) gereğinden fazla beklemek zorunda kaldığımı hissetmedim.					
32- Aylıma odasından kliniğe çok erken nakil edildiğimi hissetmedim.					

EK-4 Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği

Aşağıda, ameliyat olan kişilerin yaşadıkları bazı duygu ve düşünceler ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her ifadeyi dikkatle okuyup, ne kadar katıldığınızı belirtiniz.

1 = Hiç katılmıyorum 2 = Katılmıyorum 3 = Kararsızım 4 = Katılıyorum 5 = Tamamen Katılıyorum

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.Ölüm düşüncesi sık sık aklıma geliyor.					
2. Bana bir şey olursa ailemin ve çocuklarımın ortada kalacağını düşünüyorum.					
3. Ameliyat için bayıldıktan sonra uyanamamaktan korkuyorum.					
4. Ameliyat sırasında kanama ya da başka bir sorun yüzünden öleceğimi düşünüyorum.					
5. Ameliyat sonrası yara yerimin iltihap kapması ya da başka bir sorun çıkarak tamamen iyileşemeyeceğimi düşünüyorum.					
6. Ameliyat sonrasında yürüyememekten ya da eskisi gibi tüm ihtiyaçlarımı kendim karşılayamamaktan korkuyorum.					

7. Ameliyat sonrası çok ağrı çekeceğimi düşünüyorum.					
8. Ameliyat sonrası tüm ağrı ve sorunlardan kurtulacağımı düşünüyorum.					
9. Sakat kalmaktan korkuyorum.					
10. Ameliyat esnasında ağrı çekeceğimi düşünüyorum.					



EK-5 Etik Kurul İzni

EK-5.

İSTANBUL S.B.Ü. KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - İSTANBUL
S.B.Ü. KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ EVRAK BİRLİMİ
11.04/2017 16:10 - 90929729-000-7032
50043257363

T.C.
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
S.B.Ü. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı: 2017/14

Konu No: KAEK/2017.3.14

Sn.Döne Egemen AKIN
EBE

Kurulumuz çoğunluğunun katılımı ile klinik araştırmalar etik kurulu toplantısı yapılmış olup; Yürütücüsü olduğunuz "Ameliyathanede hastaların hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi" konulu araştırma dosyası klinik araştırmalar etik kurulunca görüşülüp oy birliği ile uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereği bilgilerinize sunulur.

Doç./Dr. Gökhan YILDIRIM
Etik Kurulu Başkanı

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Turgut Özal cad.no:1 HALKALI/KÜÇÜKÇEKMECE Tel (0212)404 15 00 Fax: (0212)495 59 56

Etik Kurul