

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

**AMELİYATHANEDE HASTALARIN HEMŞİRELİK
BAKIM KALİTESİ HAKKINDA DÜŞÜNCELERİNİN
VE KAYGI DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Esra ÇEVİK

Referans no: 428654

EDİRNE – 2012

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

**AMELİYATHANEDE HASTALARIN HEMŞİRELİK
BAKIM KALİTESİ HAKKINDA DÜŞÜNCELERİNİN
VE KAYGI DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Esra ÇEVİK

Destekleyen Kurum :

Tez No :

EDİRNE – 2012

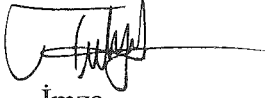
T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Esra ÇEVİK tarafından tez başlığı “ Ameliyathanede Hastaların Hemşirelik Bakım Kalitesi Hakkında Düşüncelerinin Ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi ” olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **11/04/2012** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “**Yüksek Lisans Tezi**” olarak kabul edilmiştir.



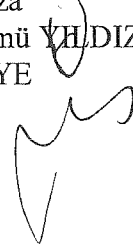
Yrd. Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK
JÜRİ BAŞKANI



Yrd. Doç. Dr. Tülin YILDIZ
ÜYE

İmza

Yrd. Doç. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK
ÜYE



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Levent ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Gerek tez çalıőmam sũresince, gerekse lisans ve yũksek lisans eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabır ve anlayıőla yũnlendiren, daima teővik ve ȳzveride bulunan değerli hocam ve tez danıőmanım **Yrd. Doç. Dr. Őmmũ YILDIZ FINDIK'a**,

Yũksek lisans eğitimim ve tez çalıőmam sırasında desteklerini esirgemeyen **Trakya Őniversitesi Sağlık Bilimleri Fakũltesi Hemşirelik Bȳlũmũ Őęretim Elemanlarına**

Yũksek lisans eğitimim boyunca ilgili yaklaőımları ve yardımları için **Trakya Őniversitesi Tıp Fakũltesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Mũdũrlũęũ'ne**

Çalıőmamın veri toplama aőamasında ihtiyacım olan her anda destek veren **Trakya Őniversitesi Tıp Fakũltesi Hastanesi Ameliyathane Hemşirelerine**

Yũksek lisans eğitimim boyunca sabır ve desteğini esirgemeyen **Aileme**

En içten duygularımla teőekkũr ederim.

Esra ÇEVİK
EDİRNE 2012

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
Ameliyathanede Hemşirelik Bakım Uygulamaları.....	6
Hemşirelik Bakımında Kalite.....	21
Cerrahide Kaygının Önemi.....	25
Kaliteli Hemşirelik Bakımının Hastanın Ameliyata Özgü Kaygı Düzeyine Etkisi....	28
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	30
BULGULAR.....	35
TARTIŞMA.....	50
SONUÇLAR.....	63
ÖZET.....	66
SUMMARY.....	68
KAYNAKLAR.....	70
TABLolar DİZİNİ.....	80
ÖZGEÇMİŞ.....	81
EKLER	

KISALTMALAR

ANA:	American Nurses Association
AORN:	Association of Perioperative Registered Nurses
AÖKÖ:	Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği
Ark:	Arkadaşları
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
ISO:	International Organization for Standardization
JCI:	Joint Commission International
KPHBS:	Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası
NQF:	National Quality Forum

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 verilerine göre; dünyada her 25 kişiden birine, toplamda her yıl 234 milyon insana cerrahi girişim uygulanmaktadır (1). Bu oran Türkiye'de 2008 yılı için 6 milyon 81 bin kişi iken, 2010 yılı için 8 milyon 614 bin kişidir (2). Cerrahi girişim hastaları psikolojik ve fizyolojik olarak etkilemektedir (3,4,5). Ameliyatın psikolojik etkileri ölüm korkusu, anesteziye bağlı denetimini yitirme korkusu, sakat kalma ve acı çekme korkusu, bilinmezlik, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma korkusu olarak sıralanabilir (3,6,7). Ameliyatın hasta üzerindeki fizyolojik etkileri kanama, kan basıncında azalma, oligüri, enfeksiyon, ameliyat sonrası komplikasyonlar, beden imajının ve yaşam tarzının değişmesidir (3,7,8). Gerek ameliyatın bu etkileri, gerekse ameliyathanenin hasta için yabancı ve kalabalık bir ortam oluşu nedeniyle cerrahi hastaları yoğun kaygı yaşamaktadır (9,10). Ameliyathaneler doğası gereği hastaların en savunmasız olduğu yerlerdir. Ameliyathane hemşiresinin, anestezinin etkisinde ve doku bütünlüğü bozulmuş olan hastaya, olası tüm olumsuzluklardan korumak için kaliteli bir bakım sunması gerekmektedir (11).

Hemşirelik bakımı, dünyanın her yerinde sağlık bakımındaki başarının önemli belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (12). Cerrahi hastalarının bakım süreci içinde ameliyathane hemşirelerinin hasta ile birlikteliği kısa bir zaman diliminde olmasına karşın oldukça etkilidir (13,14). Yapılan çalışmalar hemşirelerin vereceği bakımın kalitesi ile orantılı olarak hastaların kaygı düzeylerinin azaldığını ortaya koymuştur (13,15).

Ameliyathanede hemşirelik bakımı hastanın ameliyathaneye kabulü ile başlamaktadır (3,16). Ameliyathanedeki hastanın hemşirelik bakım süreci içinde; ameliyat hazırlığının kontrol edilmesi, hastaya bekleme sürecinde psikolojik destek sağlanması, hasta ile terapötik iletişim kurulması, premedikasyon uygulaması, hastanın ameliyat masasına alınması, ameliyat için gerekli araç gereçlerin kontrol edilmesi, cilt hazırlığının ve uygun pozisyonun sağlanması, hasta güvenliğinin, konforunun ve mahremiyetinin sağlanması, oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve hastaya ayılma odasında uygulanacak hemşirelik girişimleri yer alır (3,12,17,18,19,20). Perioperatif hemşirelik bakım girişimlerinin kalitesi, hastada cerrahi girişim ve ameliyathane ortamından kaynaklanan kaygıyı azaltacaktır (13,15,21).

Ameliyathanede hemşirelik bakım kalitesini geliştirmek ve ameliyata özgü kaygıyı azaltmak için hasta bireyin düşüncelerinden yararlanılmalıdır. Hasta bireyin düşüncelerinin bilinmesi ameliyathanede uygulanan hemşirelik bakımının yeniden değerlendirmesine yardım edecektir (22,23,24,25). Bu çalışmanın amacı, ameliyathanede hastaların aldıkları hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesidir.

GENEL BİLGİLER

Yaşam süresince bireyler, zaman zaman sağlıklı olma durumundan uzaklaşarak tedavi ve bakımı gerekli kılan hastalık durumları ile karşı karşıya gelmektedirler (26). Hastalık, bireyin homeostatik dengesinin bozulmasına ve buna bağlı olarak çok sayıda fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorununun ortaya çıkmasına, ayrıca bu sorunlara yönelik yardım alma gereksinimlerinin artmasına neden olmaktadır (27).

Profesyonel anlamda perioperatif hemşirelik hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrasında hastanın sağlığını ve yeterliliğini yeniden kazanması ve sürdürmesi için fizyoloji, biyoloji ve davranış bilimleri üzerine temellendirilmiş hemşirelik aktivitelerinin koordine edildiği, bireysel hemşirelik bakımının uygulandığı bir hemşirelik disiplini (6,28,29). Cerrahi hemşiresinin birincil sorumluluğu hastaya karşıdır (30). Hastanın hastalığı ile ilgili problemlerinin tanımlanmasında, çözümünde, diğer sağlık personelleri ile olan iletişimin sağlanmasında, hasta ve ailesinin eğitiminde, cerrahi girişim boyunca hastaların aldığı bakımın yapısı ve kalitesinden de yasal olarak sorumludur (18,27,30). 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 (18,29,30,31).

Cerrahi hemşiresinin kaliteli bakım sunabilmesi için anatomi ve fizyolojideki değişimler, hasta açısından sonuçları, ameliyat sırası risk faktörleri, olası kazaların önlenmesi, kesin cerrahi aseptinin sürdürülmesi ile hasta ve yakınlarının psikososyal açıdan

desteklenmesi üzerine bilgi sahibi olmalıdır (18,29,31). Cerrahi hemşirelerinin hastanın gereksinimlerini önceden belirleme ve uygun girişimleri başlatmada yetenekli olmaları gerekmektedir (21, 32, 33).

Perioperatif hemşirelik uygulamaları ameliyathanedeki bakımı belirleyen bir süreç olarak açıklanmaktadır. Cerrahi hastasının bakım süreci her bir döneminde hemşirenin önemli rol aldığı, hemşirelik sürecinin kullanıldığı ve cerrahi hastasının özel gereksinimlerinin karşılandığı üç farklı dönemi kapsar (12,20,33,34). Bunlar cerrahi girişim kararı verildiği anda başlayıp, hasta ameliyathaneye gönderildiğinde biten ameliyat öncesi (preoperatif) dönem, hastanın ameliyathaneye gönderilmesiyle başlayıp, ayılma ya da yoğun bakım ünitesine nakledilmesiyle biten ameliyat sırası (intraoperatif) dönem ve hasta ayılma odasına gönderildiğinde başlayıp hasta iyileşinceye kadar devam eder ameliyat sonrası (postoperatif) dönemdir (19,12,20,35,36).

Cerrahi girişimin kapsamının ve hasta üzerindeki etkilerinin ne olduğunun bilinmesini gerektiren, ameliyathanedeki bakımı belirleyen ve cerrahi hastasının en üst düzeyde fonksiyonlarına kavuşmasına yönelik özel uygulamaları içeren perioperatif hemşirelik bakımının amacı ise, cerrahi girişimden önce, hasta ve ailesinin sahip olduğu iyilik düzeyine eşit ya da daha iyi koşulların sağlanmasına yardımcı olmaktır (20,34,37). Bu amaç doğrultusunda perioperatif hemşireliğin önemli öğeleri, bilimsel temele dayalı bakımı gerçekleştirme, bakıma ilişkin değişik tekniklerin gereğini anlama, bunları ne zaman ve nasıl başlatacağını bilme, esneklik gerektiğinde tekniği sürdürme adına yaratıcı olma, güveni sağlama, bakım hedeflerini ve maliyeti değerlendirmedir (4,21).

Cerrahi hemşiresinin uygulamalarında, hastalara, ailelerine ve diğer yakınlarına kaliteli hizmet verebilmesi için geliştirilmiş belli standartlara uyması gerekmektedir (20). Perioperatif bakım, Ameliyathane Hemşireleri Birliği (Association of Operating Room Nurses) tarafından 1978 yılında Amerika'da ilk kez şekillendirilmiştir. Günümüzdeki adı Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) olan bu kurum standartlar geliştirerek kaliteli perioperatif bakımın verilmesini sağlamaktadır (12,25). AORN'un bu standartlarının yanında özel teknik beceriye sahip perioperatif hemşireler; hastalarda ve ekip üyelerinde güven verici bireysel nitelikler ile iletişim becerilerine sahip olmalıdırlar. 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, gözlemeleme ve iletişim becerileri,
- Saygı,
- Bilgi veren ve içten yaklaşım,
- Objektif yaklaşım,
- Tarafsız, ön yargısız, açık fikirli yaklaşım,
- Becerili olma,
- Çözümleyici yapı, yaratıcılık,
- Humanistik yaklaşım,
- Espiri anlayışına sahip olma,
- El ve entellektüel beceri,
- Dayanıklılık,
- Entellektüel aktivitelerde istek ve merak,
- Etik tavır olarak sıralanabilir (23,38,39).

Perioperatif hemşirenin sorumlulukları ise; hizmet alan hastalara, işveren ya da öğrenim deneyimi sağlayan eğitim kurumuna, belirlenmiş uygulama standartlarını desteklemek için mesleğine, kendisine ve diğer ekip üyelerinedir (12,26). Güven, dürüstlük ve gizlilik geçerli/ doğru ekip üyesi ilişkilerinin esasını oluşturmaktadır (23,26). Perioperatif hemşire, topluma iyi hemşirelik bakımı sunabilmek için beden ve akıl sağlığını korumada yeteneklerini sürekli geliştirmelidir (23,39). Mesleği ile ilgili gelişmeleri sürekli izlemeli ve bunların uygulamaya aktarılmasında gerekenleri yaparak güven duygusunu geliştirmelidir. Kişisel ve mesleki haklarını iyi bilmeli, öz saygısını ve meslek onurunu koruyabilmek için haklarının bilincinde olmalı ve savunmalıdır (40). Kendisini ek yük ve stresten, meslek hastalıkları ve kazalardan korumalıdır. Perioperatif hemşirelerin potansiyelinin arttırılması, nitelikli hasta bakımının en iyi şekilde sunulmasını sağlayacaktır (17,38,41).

Yapılan perioperatif hemşirelik tanımlarına göre cerrahi hemşiresi,

- Cerrahi hastasının bakımının koordinasyonunu sağlayan derin ve kapsamlı bilgiye sahip olmalıdır.

- Öncelikli girişimlerini hastanın tepkilerindeki değişiklikler ve bilimsel bilgi üzerine temellendirmelidir.
- Hasta savunucusu olarak hareket etmeli, olası hasta hedeflerine üst düzeyde ulaşabilmek için profesyonel bir sorumlulukla hemşirelik sürecini uygulamada kritik düşünme becerilerini kullanmalıdır.
- 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 tasarlamalı, koordine etmeli ve sunmalıdır.
- Teknolojik olarak kompleks bir ortamdaki uygulamalarda farklı ve esnek davranmalı, profesyonel hemşireliğin teknik ve davranışa ilişkin öğelerini birleştirmelidir.
- Perioperatif bakımın planlanması ve belirlenen hedeflere ulaşılmasında bilgi toplama çok önemlidir. Bu nedenle; hastanın sorunları, gereksinimleri ve sağlık durumu ile ilgili karar vermelidir.
- Hasta ile ilişkide ortak güven ve anlayış en önemli bileşenler olduğundan; hümanist bir yapıda olması gerekmektedir. Bireysel iletişimde, sıklıkla kültür, tutum ve geçmiş deneyimlerin etkili olduğunu bilmelidir.
- Hemşirelik sürecini, bakımın kalitesini bozmaksızın maliyet etkili biçimde kullanarak bakım hizmeti sunabilmelidir (19,6,38,40,42).

Cerrahi süreç içerisinde hasta açısından sorun olan ve iyileşmeyi geciktiren en önemli konu ameliyat girişiminin hasta üzerine etkileridir (7,13). Cerrahi girişim gerektiren durumlarda ameliyathane hemşirelerinin hasta ile birlikteliği kısa bir zaman diliminde olmasına karşın hastanın bakımında oldukça önemli bir paya sahiptir (7,14). Çünkü ameliyathaneler hastaların yalnız ve savunmasız olduğu, kalabalık ve yabancı ortamlar olup hemşirelik bakımına gereksinim olan önemli uygulama alanlarıdır (7,43). Ameliyathane hemşirelerinin duyarlılığı ve bu dönemde hastanın bakımını önemseme dereceleri hastanın ameliyat sonrası dönemde iyileşmesini en üst düzeye getirmeyi sağlayacaktır (6,13,43).

AMELİYATHANEDE HEMŞİRELİK BAKIM UYGULAMALARI

İntraoperatif dönem, hastanın ameliyathaneye gönderilmesiyle başlar, ameliyat girişiminin gerçekleştirilme ve hastanın ayılma ya da yoğun bakım ünitesine nakledilmesiyle biter (16,20). Bu dönemde ameliyathane hemşirelerinin hastalara bakım verme süreci kısa bir

zaman dilimini kapsamaktadır. Ancak ameliyathane hemşireleri diğer hemşirelik bakım alanlarından daha fazla hasta bilgi ve becerilerini uygulama şansına sahiptir (13,14).

Hastanın Ameliyathaneye Kabulü

Hastanın ameliyathaneye gelmesi ile ameliyathane hemşiresinin bakım sorumluluğu başlamaktadır (16,20). Hasta ameliyathaneye serviste hastayı cerrahi girişime hazırlayan hemşire tarafından getirilmeli ve ameliyathane hemşiresine teslim edilmelidir. Kurumsal politika ve prosedürlere göre hasta ameliyathaneye kabul edilmelidir (17,29). Ameliyathane hemşiresi hastaya kendini tanıtmalı ve hastanın kol bandı, dosya ve listedeki ismi, sözel olarak kimliği, protokol numarası, doğum tarihi, hekimin adı, ameliyatın yapılacağı yer ameliyat listesi ile karşılaştırılmalıdır (18,20,29). Aydınlatılmış onam formu, laboratuvar sonuçları, muayene ve tanı sonuçları ile ameliyathane hemşiresi hastayı değerlendirir (16,19). Hastanın var olan sağlık sorunları, sigara ve alkol alışkanlığı, alerjileri, lateks alerjisi, daha önce anestezi alma öyküsü, kan transfüzyonu öyküsü, bölgesel, geleneksel, etnik durumu, konu ile ilgili istekleri dikkatlice dinlenip kayıt edilmelidir (17,19,29). Rutin kontrollerin ardından hasta dinlenme odasına alınmalıdır (17,20).

Ameliyat Hazırlığının Kontrolü

Hasta dinlenme odasına anestezi verilmeden yaklaşık 30 dakika önce, bir yatak ya da sedye ile getirilmektedir (19). Sedye mümkün olduğunca rahat olmalı, klimalı odada hastanın üşümemesi için battaniyeler bulundurulmalı, hastanın rahatı için baş yastığı koyulmalıdır (17,19). Dinlenme odasına alınan hastanın ilk olarak giysileri, takıları, cüzdanı, yüzük, diş protezleri, lens, gözlük, işitme araçları hemşire tarafından alınıp kayıt edilmelidir. Hastaya ameliyat sonrası kayıt listesi ile teslim edileceği açıklanmalıdır (17,19,29,44). Hastanın varsa tokasının metal olmadığı, ojesinin olup olmadığı kontrol edilmelidir (17,19). Hastanın ameliyat öncesi diyet ve sıvı kısıtlamasına ait öyküsü alınmalıdır. Damar yollarının açıklığı ve idrar sondasının drenajı kontrol edilmelidir (7,19,43,44). Hasta monitörize edilerek yaşam bulguları takip ve kayıt edilmelidir. Dispne, hipertansiyon, taşikardi gibi solunum ve dolaşım sistemi ile ilgili sorunlar, bulantı, kusma, hepatit geçirme öyküsü gibi gastrointestinal sisteme ait sorunlar, oligüri, nefrit gibi üriner sisteme ait sorunlar, kadın hastaların hamile olup olmadığı, menstruasyon döngüsü ile ilgili sorunlar ve soygeçmişte malign hipertermi kas hastalıkları gibi öykülerin varlığı kontrol ve rapor edilmelidir (19,20,45,46). Hastadan kan

istemi yapılmışsa perioperatif hemşire kanların teminini ve kontrolünü sağlamalıdır (17,29). Ameliyat süreci içinde hastanın alması gereken ilaçlar varsa kontrol edilmelidir (19,47,19). Perioperatif hemşire hastanın rutin kullandığı ilaçlar arasında kortikosteroid, insülin, antihipertansif, trankilizan, dijital preparatlar, trisiklin antidepresanlar, antikoagüanlar, diüretik, aminoglukozid grubu antibiyotikler, kalsiyum kanal blokörleri ve beta blokörler olup olmadığı ayrıca ilaçları en son ne zaman kullandığını belirlemelidir (17,19).

Psikolojik Destek Sağlama

Hastanın dinlenme ünitesinde geçirdiği süre içinde psikolojik olarak desteklenmesi en az ameliyat hazırlığının kontrolü kadar önemlidir (6,17,29). Hastanın dinlenme odasından ameliyat masasına nakline kadar geçen süre içinde perioperatif hemşirenin hastanın emosyonel iyilik durumunu desteklemesi gerekmektedir (6,29). Hasta ameliyat olacağı ve sonrasını bilmediği içinde korkmakta, yoğun kaygı yaşamaktadır (19,20,41). Ameliyat sürecinde yoğun kaygı yaşayan kişiler ameliyat stresine uyum gösteremeyecek buna bağlı olarak komplikasyonlar gelişecek ve hastanın iyileşmesi gecikecektir (7,43,48). Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımında ameliyatın hasta üzerine duygusal etkilerinin giderilmesi önemli yer tutmaktadır (8).

Dunne ve Sanders'ın (49) çalışmalarında da belirledikleri gibi, ameliyat öncesi, ameliyat odasına girmeyi beklemek hastalar için önemli kaygı nedenidir (6,19). Yapılan çalışmalar hastaların ameliyathanede sağlık ekibinden beklentileri arasında ameliyat öncesi bekletilmeme ve rahatlatıcı şekilde konuşulması, ilgi ve hoşgörü gösterilmesinin yer aldığını belirlemiştir (7,43,50). Kaygıyı azaltmak için hastalar ameliyat vaktinden çok önce ameliyathaneye çağırılmamalı, ameliyatı bekledikleri odada sakin bir ortam oluşturulmalı, hemşireler iyi gözlem yapmalı ve bireyi tanımaya çalışmalıdır (49). Bireyle güven verici bir iletişim kurulmalı, korkularını açıklamasına fırsat verilmeli, dikkatle dinlenilmeli, bir birey olarak kabul edildiği ifade edilmeli, ameliyat boyunca yapılacak işlemler ve ameliyat sonrası duyabileceği ağrı konusunda açık anlaşılır bir dille bilgi verilmelidir. Perioperatif hemşire önyargılı olmamalı, ayrıca prosedürler hakkında gerekli açıklamalar yaparak hastayı desteklemelidir (7,28,41). Hastalara ameliyattan sonra nerede uyanacakları, arkadaş ve ailelerini ne zaman görecekleri, ameliyatın ne kadar süreceği ve ameliyat sonrasında olabilecek drenler konusunda da bilgi verilerek rahatlatılmalıdır (19,43). Dinlenme süresince hastaya müzik dinletilmesi de kaygıyı azaltmak için kullanılabilir bir girişimdir (17,19).

Psikososyal girişimlere kültürel, ruhsal ve dini inanışların tanımlanması ve bunlara saygı gösterilmesi de dahildir (19,29). Kaygıyı gidermek için sunulan hemşirelik bakımı sayesinde, ameliyat sonrasında daha az analjezik kullanılması, yaşam bulgularının daha kısa sürede düzene girmesi, strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonlarının daha az salınması ve ameliyat sonrasında hızlı iyileşme ve erken taburculuk için yardım sağlanmış olacaktır (8,20,51).

Premedikasyon Uygulaması

Premedikasyon psikolojik ve farmakolojik hazırlıklardan oluşmaktadır (52). Premedikasyon uygulaması öncesi hastalara ilacın amacı ve sonrasında kendinde hissedeceği oryantasyon bozukluğu, baş dönmesi gibi konular hakkında bilgi verilmelidir. Perioperatif hemşire hastaya ameliyat süreci içerisinde yanında olacağını açıklamalıdır (19,52). Premedikasyonun amacı kaygıyı, kullanılacak anestezi maddenin dozunu ve sekresyonları azaltmaktır (17,19). Sadece istem yapılan hastalara premedikasyon uygulanmalıdır. Uygulama öncesi hastanın yaşam bulguları kayıt edilmelidir (17,29,52). Bir yaşından küçüklere, ağır akciğer hastalığı, hipovolemi, hava yolu obstrüksiyonu, kafa içi basıncında artış ve mental durumu bozuk olan hastalara premedikasyon uygulanmamalıdır (52). Hasta uygulama öncesi bu durumlar açısından değerlendirilmeli ve yer kişi zaman oryantasyonu kontrol edilmelidir (17). Uygulama sonrasında hasta premedikasyonun etkisi ortaya çıkana kadar ameliyat masasına alınmamalı ve yalnız bırakılmamalıdır (17,19). Premedikasyon uygulanan hastada baş dönmesi olacağından sedye kenarlıkları kaldırılmalıdır. Bu sırada hasta herhangi bir ilaç reaksiyonu açısından izlenmelidir. Rahatlamayı sağlayabilmek için çevre sessiz tutulmalı, uyaranlar engellenmelidir (17,19,52).

Hastanın Ameliyat Masasına Nakli

Hastanın ameliyat masasına taşınması ve masaya alınmasından ameliyathane hemşiresi sorumludur (19,50,53). Hasta gerekli açıklamalar yapılarak cerrah, anestezi ve ameliyathane hemşiresi ile ameliyat masasına getirilmelidir (53). Ameliyathane hemşiresi hastanın transferi sırasında oluşabilecek riskleri bilmeli ve gerekli önlemleri almalıdır (19,50). Taşıma için uygun araç kullanılmalıdır. Hastanın taşınacağı sedyenin tekerlekleri kilitlenebilmeli, kenarlıkları olmalı, baş ve ayak kısmı çıkarılabilmelidir. Sedyenin ayarlanabilir serum askıları, oksijen tüpü için uygun bölümleri ve iyi bir manevra yeteneği

olmalıdır. Hasta sedyeye alınmadan önce hemşire tarafından kilitlerin ve tüm parçaların çalışıp çalışmadığı kontrol edilmelidir (17,19,47). Hipotermiyi engellemek için hastanın vücut ısısı taşıma sırasında korunmalıdır. Ancak hasta battaniye ile ameliyat masasına alınmamalı, yerine uygun örtüler kullanılmalıdır (17,19,29). Taşıma esnasında hastanın mahremiyetine özen gösterilmeli, çok hızlı hareket ettirilmemelidir (10,29,47). Yapılacak işlemler hastaya açıklanarak, sedyeden ameliyat masasına 3- 4 personelin yardımı ile geçirilmelidir. Sedyeye ve masanın tekerlekleri hasta aktarılırken kilitlenmelidir (19,50). Masaya getirilen hasta ameliyat ekibi ile tanıştırılmalıdır. Ameliyat odasının kapıları sürekli kapalı tutulmalı, oda trafiği kontrol edilmelidir (17). Hastaya anestezi uygulanmadan adı, ameliyat bölgesi, alerjileri ve aydınlatılmış onam formu, ameliyat esnasında verilmesi gereken ilaçları bir kez daha kontrol edilmelidir (20). Anestezi indüksiyonu öncesi cilt temizliği ya da üriner katater uygulaması gibi girişimlerden kaçınılmalıdır (53).

Ameliyat İçin Gerekli Araç Gereçlerin Kontrolü

Hastaya anestezi uygulanmadan, ameliyathane hemşiresi kullanılacak setleri ve özel aletleri, süturları, gerekli ilaç ve materyalleri, aspirasyon ve irrigasyon malzemelerini, cerrahi aletlere ek olarak kullanılabilen bant, anastomoz klipsleri, cilt staplerleri gibi malzemeleri kontrol etmelidir (19,20). Tüm malzemelerin steril ve hazır olduğundan emin olmadan hastaya anestezi indüksiyonu başlanmamalıdır. Ameliyathane hemşiresi masaya aldığı aletleri, spanç, bistüri ve iğneleri saymalıdır (19,20,54,55).

Anestezi İndüksiyonu Sırasında Hastanın Desteklenmesi

Hastaların çoğu anesteziye bağlı kaygı yaşarlar. Bunlar genellikle anesteziden uyanamama ve ameliyat esnasında ağrı çekeceği gibi korkulardır (19,56,57). Hasta ile terapötik iletişim teknikleri kullanılarak korkuları ile baş edebilmesi için yardımcı olunmalıdır. Bazı hastalar anestezi esnasında, ameliyat sonrası bulantı ve kusmalardan yakınırlar. Hemşire bu yan etkilerin uygun ilaçlarla önlenebileceği konusunda hastaya bilgi vermelidir (19,49,58,59). Anestezinin indüksiyon evresinde hasta konuşmalara karşı çok hassastır, cerrahi ekibin yüksek sesle konuşması ve ameliyat odasındaki gürültü önlenmelidir (19,60). Anesteziye giriş evresinde hastada psikolojik, solunum ve kardiyovasküler sistemle ilgili akut değişimler olabileceğinden hasta çok iyi izlenmelidir (57). Alerjik reaksiyonlar ve anafilaksi belirtileri gözlenmelidir. Hemşire hastaya kullanılacak alet ve monitörlerin hazır ve

çalışır durumda olmasını sağlamalıdır (49,56). Hastaya uygun boyutta maskenin kullanıldığından emin olunmalı, vital bulguları ve göğüs hareketleri takip edilmelidir (19,57). Gözlerin korunmamasına bağlı gelişecek komplikasyonları önlemek için hastanın gözleri kapalı tutulmalıdır (49). Gastrik içeriğin aspirasyonunu önlemek için induksiyon evresinde aspiratör hazır bulundurulmalıdır (19). Anestezi induksiyonu sonrası, anestezinin derinleştiği ve stabilize olduğu evre olan idame dönemine kadar cerrahi işlem başlatılmamalıdır (19,57,61).

Cilt Temizliğinin Sağlanması

Hasta anestezinin derinleştiği evrede iken ameliyat bölgesinin tıraşı ve üriner katater uygulaması yapılmalıdır (21,53). Deri temizliğinin amacı ameliyat bölgesini geçici ve kalıcı mikroorganizmalardan arındırmak, derideki kir ve yağı temizlemektir (17,58). Derinin temizliği jilet yerine tüy dökücü kremler yada elektrikli makineler ile yapılmalıdır. Jilet ile tıraş sonrası küçük kesikler ve abrazyon gelişerek eksudasyona neden olur ve 18 saat içinde bu alanda kolonizasyon başlar (11,17,19). Perioperatif deri temizliğinin ikinci aşaması derinin antiseptisidir (19). Bu uygulama hastaya pozisyon verildikten sonra yapılır. Ameliyat alanı çevresiyle birlikte antiseptik solüsyonlar kullanılarak mekanik yöntemlerle temizlenmelidir (17,19,21,53). İnsizyon bölgesinin temizliğinde birçok antiseptik seçeneği vardır ancak önemli olan ameliyata uygun solüsyon kullanmaktır (19,44). Boyamada kullanılan solüsyonun sıcaklığı 40 dereceyi geçmemelidir. Masa üzerine az miktarda antiseptik içeren boyama seti açılmalıdır. Boyama yaparken steril eldiven giyilmeli ve insizyon alanından başlayarak çevreye doğru genişleyen çerçeveler ile alan boyanmalıdır. Boyama esnasında periferik ulaşıldıktan sonra tampon değiştirilmelidir. İşlem yaklaşık 5 dakika sürmelidir (11,17,19,44,53). Genel kural olarak hasta, insizyonun genişletilmesine, ek bir insizyonun yapılabilmesine ve drenlerin yerleştirilmesine olanak verecek ayrıca örtülerin altında yeterli bir güvenli alan bırakacak kadar boyanmalıdır (11,19).

Uygun Pozisyonun Verilmesi

Hastaya doğru pozisyonun verilmesi perioperatif hemşirenin sorumluluğunda olup cerrahi işlemler, IV girişimler ve hastanın monitorizasyonu için gereklidir (19,21,44). Pozisyon verilirken hastanın yaşı, boyu, kilosu, derinin durumu, vasküler, solunum, nörolojik ve fiziksel hareketlilik durumu, anestezi şekli ve ameliyatın süresi göz önünde bulundurulmalıdır (19,49,62,63). Pozisyon verilirken kullanılan yardımcı cihazlar ve ameliyat

masasının parçaları ameliyat öncesinde kontrol edilmelidir (19). Hastaya pozisyon verilirken yeterli personel bulunması gereklidir (50,63). Verilecek pozisyonun cerrahi alanın açıklığını, hava yolu ve yeterli ventilasyonu sağlaması, hastanın fizyolojik güvenliğini ve olası travmayı önlemesi gerekmektedir (19,50,63). Pozisyon verildikten sonra hastanın solunum, dolaşım, nörolojik, kas ve iskelet sistemleri değerlendirilmelidir (19,55). Cerrahi pozisyon vermede komplikasyonları önlemek için vücut ağırlığının dağılımı mümkün olduğunca eşit yapılmalı, tüm kemiksi alanlar jel pedler, köpük yastıklarla korunmalı, masa tespit bantları/ kemerlerinin oluşturabileceği popliteal sinir hasarını ve lokal basıyı önlemek amacıyla dizlerin 4- 5 cm. uzağından bağlanmalı, alt ekstremitelerde venöz göllenmeyi önlemek amacıyla elastik bandaj, antiembolitik çorap giydirilmeli, kan volümündeki ani değişimleri önlemek için pozisyon değişiklikleri derece derece yapılmalı, masanın metal kısımları ile hastanın teması engellenmelidir (19,55,64,65). Hastaya pozisyon verildikten sonra steril alan oluşturmak, sıvı geçişini engellemek ve insizyon bölgesini çevreden izole etmek için steril örtüler kullanılarak hasta örtülmelidir (19,55).

Hasta Güvenliğinin Sağlanması

Ameliyatın başlaması ile birlikte ekip içinde hemşirenin sorumlulukları steril olan ve olmayan uygulamalar olarak ayrılabilir. Steril uygulamaları skrap hemşireler, steril olmayan uygulamaları da sirküler hemşireler yerine getirir (29,38,61,64). Ameliyathanede hemşirelik bakımında kalitenin sağlanabilmesi için, hemşirelerin çalışma sistemi, politikalar, prosedürler, cerrahın tercihleri ve araç gereç konusunda yeterli bilgi ve beceri sahibi olmaları ve bilgisizlik ya da ihmal nedeniyle hastaya zarar vermemeleri gerekir (38,55,59,61). Ameliyathanede hasta güvenliğini sağlayabilmek için; perioperatif hemşirenin hasta kimliğinin doğru tanımlanmasına, sağlık profesyonelleri arasında iletişim yetersizliğinin giderilmesine, ilaç uygulama hatalarının önlenmesine, yanlış taraf, yanlış hasta, yanlış cerrahi girişimlerin engellenmesine, enfeksiyona bağlı sağlık bakım risklerini belirleyip önlenmesine, düşmelerin, ve yanıkların oluşmasının önlenmesine, yüksek riskli hastaların belirlenmesine ve bası yaralarının oluşmamasına yönelik girişimlerde bulunması gerekmektedir (55,61). Hasta güvenliğinin sağlanması hemşirelik bakımında kalite göstergesidir ve ameliyathanede hemşirelik bakımı içinde önemli yer tutmaktadır (11,58,66).

Hasta kimliğinin doğru tanımlanması: Sağlık bakım uygulamalarında hastanın tanımlanması için hastanın oda ya da yatak numarasını içermeyen en az iki tanımlayıcının

kullanılması gerekmektedir. Hastalara, hastaneye yatışından itibaren isim yazılı bileklik / kol bandı takılması hasta kimliğinin karıştırılmasını engelleyecektir (17,29,55).

Ameliyat esnasında hastayla ilgili yapılan her uygulamanın düzenli bir kayıt sistemi oluşturularak standart formlara kaydedilmesi ve güvenli biçimde saklanması, hemşirelik bakımının niteliği kadar araştırmalar ve yasal süreçler için dayanak gerektiği durumlarda da iyi bir kaynak olacaktır (19,55,61).

Sağlık profesyonelleri arasında iletişim yetersizliği: Ekip içi ve ekipler arası iletişim, sağlık kuruluşlarındaki hizmetin seyrini ve kalitesini etkileyen önemli faktörlerden olmakla birlikte, ameliyathaneler bu iletişimin en kritik noktalarda sürdürüldüğü alanlardır (55,63).

İletişim ile ilgili tıbbi hataların çoğunlukla sözel olarak verilen ve yasalar izin veriyorsa telefonla bildirilen hasta istemlerinden kaynaklanmakta olduğu, bunlar arasında en sık karşılaşılanın ise klinik laboratuvar testlerinin telefonla öğrenilmesi sırasında sonuçların yanlış yorumlanması şeklinde ortaya çıktığı belirtilmektedir (29,30,47,55).

Bu hataları önlemek için Uluslararası Birleşik Komisyonu (JCI), bir işlemi/ uygulamayı ya da kritik test sonuçlarını sözel ya da telefonla rapor ederken sonuçların önce not edilmesi, okunması, tekrarlanması ve alıcıya tekrarlatılmasını önermektedir (47,55). Lipponen ve ark. (67) cerrahi ekipte hataların potansiyel kaynaklarının neler olduğu ve hataların nasıl önlenebileceğiyle ilgili İngiliz, Amerikan ve Finlandiya hemşirelerinin deneyimlerini inceledikleri çalışmada “ekip çalışmasında hatalara neden olan potansiyel faktörlerin hata yapma korkusu, ekibin bozulması, fazla çalışma süresi ve iş stresi olduğunu bu nedenle ekipte sorumluluk paylaşımı ve koordine ekip çalışması ve eksiksiz kayıt tutma sayesinde hataların önlenebileceğini” belirlemişlerdir (67).

İlaç uygulama hataları: Sağlık bakım alanlarından birisi olan ameliyathaneler, kliniklerle karşılaştırıldığında teknik becerilerin uygulandığı, ilaç ve solüsyonların steril alana verildiği, cerrahlar, anestezi teknisyenleri, asistanlar ve hemşirelerin ekip olarak çalıştığı alanlardır (24).

İlaç uygulama hataları, ilacı yanlış zamanda uygulama, ilacı uygulamayı unutma, yanlış dozda verme, reçete edilmemiş ilacı uygulama, yanlış ilacı uygulama, ilacı uygun teknikle hazırlamama, etkileşime giren ilaçları aynı anda uygulama, uygulamayı kaydetmemedir (19,24,68,69).

Ameliyathanede sıklıkla karşılaşılan ilaç uygulama hataları ise, ilaç uygulamasından önce hastanın alerjilerini sorgulamama ve kaydetmeme, sözel istemlerin yazılı hale dönüştürülmemesi, benzer isimleri ve etiketleri olan ilaçların uygulama sırasında karıştırılması, ilaçların yanlış sulandırılması, enjektöre çekilen ilaçların ve ilaç bölmelerinin etiketlenmemesi sonucunda yanlış ilaçların uygulanması şeklinde sıralanabilir (19,55,69).

Ameliyat esnasında ilaç uygulama hatalarının çoğu, ilaç istemlerinin genellikle sözel olarak verilmesi ve maske kullanımı nedeniyle ilacın ismi/ dozunun yanlış anlaşılması gibi iletişim hatalarına bağlı olarak da gelişmektedir (55). Ayrıca, ilaç steril alana verildiğinde paketinden çıkarılması gerektiğinden etiketlendirmenin yeterli olmaması buna bağlı olarak da eksik ya da yetersiz kayıt sistemi ilaç hatalarının başlıca nedenleri arasındadır (24,70). Bu hataların önlenmesi için steril alana verilen ilacın adı ve dozu yüksek sesle tekrarlanmalı, cerrahi girişim bitene kadar steril alana verilmiş olan ilaç kutuları atılmamalı, ilacın kaydı mutlaka yapılmalı ve steril alana açılmış tüm ilaçlar görev değişimi sırasında teslim edilmelidir (17,62,70).

İlaç uygulamalarında doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru hasta ve doğru zamanı içeren beş doğru ilkesine uyulmalı, uygulanan ilaçlar mutlaka kaydedilmeli ve üzerinde etiket bulunmayan ilaçlar atılmalıdır (17,70). İlaç hatalarının, sıklıkla benzer isimli ve benzer görünümlü ilaçlar, yaygın kullanılmayanlar, kullanım öncesi test gerektirenler ve çoğu hastada alerjiye neden olan yaygın kullanılan ilaçlar nedeniyle geliştiği belirtilmiştir (17,24).

Hastanın kullandığı reçeteli/ reçetesiz ilaçlar anestezi ilaçlarla etkileşime girebileceği ve kanamayı da arttırabileceği için ameliyat öncesinde mutlaka kontrol edilmelidir. Ayrıca ameliyat öncesi hastanın ilaç alerjisi olup olmadığı da sorgulanmalıdır (17,24,70).

Yanlış taraf, yanlış hasta, yanlış cerrahi girişim: Ameliyathane gibi yüksek riskli ortamlarda çalışma prosedürleri ve kontrol listelerinin oluşturulmasıyla çoğu tıbbi hata

önlenebilmektedir (10,20,70). Bu nedenle DSÖ, 2007-2008 yıllarında tıbbi hataları önemli ölçüde azaltacağı düşünülen bir kontrol listesi oluşturmuştur (66).

Bu kontrol listesi üç bölümde ele alınmıştır.

İlk bölüm, anestezi indüksiyonu öncesi hasta tanınması uygulamalarını içerir.

Bunlar;

- Hastanın kimlik kontrolü,
- Planlanan girişimin adı ve yeri,
- Hastanın aydınlatılmış onamı,
- Taraf işareti,
- Alerji durumu,
- Anestezi güvenliğinin sağlanması,
- Pulse oksimetre ve hastanın monitörize edilmesi,
- Hastanın zor entübasyon/aspirasyon riski,
- Kanama riskidir.

İkinci bölüm, anestezi sonrası, insizyon öncesi uygulamaları içerir. Bunlar;

- Tüm ekip üyelerinin birbirini tanınması,
- Cerrah, anestezi uzmanı ve hemşirenin hastayı, tarafı ve prosedürü doğrulaması,
- Cerrahi açıdan beklenmeyen/kritik durumlar,
- Anestezi açısından hastanın özelliği olma durumu,
- Hemşirenin sterilizasyon ve ekipman kontrolü,
- Antibiyotik profilaksisidir.

Üçüncü bölüm, hasta ameliyathaneden çıkmadan önce yapılan uygulamaları içerir. Bunlar;

- Hemşirenin tüm ekip üyeleriyle birlikte prosedürün ismini doğrulaması,
- Alet, spanç, iğne sayımının doğrulanması,
- Alınan doku örneklerinin hasta ismini de içerecek şekilde tanımlanıp kaydedilmesi ve ilgili birime gönderilmesi,
- Cerrahi girişim sırasında herhangi bir olay olup olmadığının sorgulanması,
- Cerrah, hemşire ve anestezi uzmanının hastanın kendine gelmesi sırasında tüm uygulamaları tekrar gözden geçirmesidir (66,71).

Yanlış taraf cerrahisini önlemek için bir başka uluslararası kuruluş olan JCI Temmuz 2004'te bir çeşit preoperatif kontrol listesi olarak tanımlanan ve taraf cerrahisi uygulama ilkelerini içeren evrensel protokolü yayınlamıştır (47,52,71). Buna göre, cerrahi girişimin uygulanacağı alan, anlaşılır bir simge kullanılarak işaretlenmeli, bu işlem aktif iletişim yöntemleri kullanılarak yapılmalı ve bu sürece hasta da dahil edilmelidir (71,72). Joint Commission'ın 2005 yılında yaptığı bir çalışmada yanlış taraf cerrahisinin %70 iletişim hatalarından kaynaklandığı, bu hataların ise en sık cerrahi ekip üyeleri arasındaki etkisiz ya da yetersiz iletişimden, eksik kayıt tutma ve taraf işaretlemeye hastanın katılmamasından kaynaklandığı belirtilmiştir (47,52,71,73).

Enfeksiyona bağlı sağlık bakım riskleri: Sağlık bakım alanında teknolojinin ilerlemesiyle yaşam kalitesi ve süresi artmaktayken, buna paralel olarak önlemler alınmadan yapılan cerrahi girişimler sonucu enfeksiyon riski ve ölüm oranı da artmaktadır (55,74).

Enfeksiyona bağlı sağlık bakım risklerini önlemede hastane enfeksiyonlarının %14-16'sını oluşturan cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi önem taşımaktadır. İnsizyondan 60 dakika (Vankomisin türü ilaçlar 2 saat) önce profilaktik antibiyotik uygulanması, gerekiyorsa cilt traşı yapılması, hastanın vücut ısısının (36-38 °C) ve kan glikoz seviyesinin (200 mg/dl'nin altında) normal sınırlarda tutulması cerrahi alan enfeksiyonlarını önleme adımları arasındadır (75). Bununla birlikte tüm invazif uygulamalarda aseptik tekniğe uyulmalı, hastane enfeksiyonlarını önlemede en önemli ve en basit uygulamanın su ve sabunla, gerektiğinde de antiseptik bir solüsyonla el yıkama olduğu unutulmamalıdır (55,76).

Ameliyathane birimi, hasta bakımında kullanılan steril malzeme ve aletlerin en sık kullanıldığı yer olduğundan bu alet ve malzemelerin uygun dekontaminasyon, sterilizasyon ve dezenfeksiyonu enfeksiyonların önlenmesinde kritik önem taşır (77). Dekontaminasyon ile başlatılan süreç, standartlara uygun paketleme, uygun sterilizasyon ve depolama aşamalarından geçip kullanıma sunulur (55,77). Bu işlemlerden geçip kullanıma sunulan tüm sarf malzemelerinin son kullanma tarihleri ve sterilizasyon süreleri kontrol edilmelidir (29,78). Bu süreçte bir aksamaya neden olmamak için başta sterilizasyon cihazları olmak üzere ameliyathanedeki tıbbi cihazların periyodik bakım, onarım ve kalibrasyonları yetkili firma tarafından yapılmalıdır (16,78).

Cerrahi girişim öncesi, sırası ve insizyon kapanmadan alet, iğne, bistüri ve spanç gibi ameliyatta kullanılan tüm malzemeler sayılıp kaydedilmelidir (19,55). Malzeme sayım kayıtları sirküle hemşirenin sorumluluğunda olmalı, sayım sesli yapılmalı, scrub hemşire setlerin içindeki aletleri ve sayılarını bilmeli, cerrahi alana verdiği her malzemeyi ve yerleşimini izlemelidir (29,55,79).

Yanlış sayım hastaların cerrahi tedavisiyle ilgili hukuki sorunlara yol açtığı gibi, hastalar için de ciddi komplikasyonlara yol açabildiğinden sayım sonucunun kime bildirildiği (cerrah ismi), sayımın kim tarafından kaç kez ve ne zaman yapıldığı, sayım yanlış ya da eksik yapılmışsa sonrasında nasıl bir uygulamanın yapıldığı (röntgen çekilip çekilmediği) ve sonucun ne olduğu kaydedilmelidir (55,70). Yine, doku dahil olmak üzere, implante edilen her türlü gerecin imalat adı ve seri numarasıyla tanımlanarak dosyaya kaydı yapılmalıdır (55).

Düşmeler: Düşmeye neden olabilecek durumların izlenmesi ve düşme riski bulunan hastaların önceden belirlenmesi ve rapor edilmesi düşme riskini azaltacaktır (10, 31, 47). Bu nedenledir ki, hastaya cerrahi servisinde ya da girişim öncesi derlenme ünitesinde premedikasyon uygulanıp uygulanmadığı kontrol edilmelidir (19,47).

Hastanın nakil için kilit sistemli, IV solüsyonlar için askısı bulunan, kenar korumalı ve emniyet kemerli transfer sedyeleri kullanılmalı, hasta nakil talimatı oluşturulmalı ve yeni personel hasta transferiyle ilgili eğitilmelidir (19,50). Ayrıca hasta nakil işlemlerinden ameliyathane hemşireleri sorumludur. Hastanın sedyeye nakli esnasında 3- 4 personel yardımcı olmalı, sedye ve masa tekerlekleri kilitlenerek hasta nakledilmelidir (24,50). Kaymaları önleyici zemin yüzeyi, ıslak zemin kontrolü ve iyi aydınlatma hastalar kadar personel içinde tehdit oluşturan düşmeleri engelleyecektir (22).

Yanıklar: Tıbbi teknolojik cihazların çok sayıda bulunduğu ameliyathanelerde sıklıkla kullanılan elektrikli cihazlar, alkol bazlı cilt antiseptikleri, disposabl kağıt ürünler ve ortamdaki oksijen gibi yanıcı gazlar nedeniyle yangın ile karşılaşma riski oldukça yüksektir (32,80).

Ameliyathanede bulunan en önemli ve temel cihazlardan biri olan elektrocerrahi/koter cihazı, dokunun hemostazı ya da diseksiyonunda kullanılır (13,46). Koter cihazlarının kullanımı sırasında gerçekleşen yanıkların çoğunlukla hasta dönüş elektrotu/ koter plağından

kaynaklandığı rapor edilmiştir Bu nedenle koter cihazı ve lazere bağlı yanıkların önlenmesi için hastanın tüm takıları çıkartılmalı, koter plağı doğru boyda seçilmeli, koter plağının yerleştirileceği vücut bölümünün doku bütünlüğü değerlendirilerek yerleştirileceği en uygun alan seçilmelidir (13,19,80). Bu alan ameliyat bölgesine oldukça yakın, kalın kas gruplarının üzerinde, tüysüz, dolaşımı iyi olan bir alan olmalı ve plak iyi temas edecek şekilde yerleştirilmelidir (65,81).

Ameliyathanede yangınları önlemede özellikle baş ve boyun cerrahisinde ortamdaki yoğun oksijenin örtü, plastik ve tüylerin tutuşmasına neden olabileceği unutulmamalı, pulmoner ve orofaringeal cerrahi girişimlerde trakeal tüplerin tespitinde kullanılan tüm tespit materyalleri ıslatılmalı, cilt antiseptikleri kurumadan hasta örtülmemeli, fiberoptik ışık kaynakları kullanılmadığında bekleme modunda kalmalıdır (19,65,80).

Ameliyathanede yangınları önlemek için yanıcı maddelerin taşınması ve depolanmasında önlem alınmalı, yangın emniyet planı yapılmalı ve personele bu konuda eğitim verilmeli, yangın söndürme sistemleri olmalı ve yangın söndürme tüpleri bulundurulmalıdır (19,24,81,82).

Yüksek riskli hastaların belirlenmemesi: Yetmiş yaş ve üzeri hastalar, acil cerrahi uygulananlar, kronik hastalığı olanlar, bulaşıcı hastalığı olanlar, bağışıklık sistemi baskılanmış olanlar, sedatize olanlar, bilinci kapalı olanlar, akıl hastalığı bulunanlar, diyaliz hastaları ve çocuk hastalar yüksek riskli hasta grubunda sayılabilir (83,84). Özellikle yaşlı hastalar yaşları gereği kronik ve dejeneratif hastalıklar ve buna bağlı sürekli ilaç kullanımı, sosyal izolasyon, depresyon ve duyu kaybı ile karşı karşıya olduklarından bu grubun önemli bir parçasıdır (19,84).

Şişman hastalar ise solunum sistemi problemleri, yara iyileşmesinin gecikmesi ve şişmanlığa bağlı kronik hastalıklar nedeniyle risk grubundadır (84). Yüksek risk grubundaki hastaların ameliyathane ortamında kendini daha savunmasız hissedeceği ve çevreye uyum sağlamada güçlük çekebileceği söylenebilir (19).

Basınç yaraları: Hareketsiz kalma sonucu dokuların basınca maruz kaldığı düşünülürse, ameliyat olan her hastanın basınç yarası oluşumuna karşın risk grubunda değerlendirilmesi gerekir (19,62). Cerrahi işlem sırasında da uzun ve yoğun basınca bağlı

doku hasarında erken devrede ezilme ve çürük oluştuğu, bu kapalı basınç yaralarının üçüncü ve dördüncü evreye kadar ilerleyebildiği belirtilmiştir. Cerrahi girişime bağlı basınç yaralarının gelişmesinde ameliyat sırasındaki riskler arasında hastanın pozisyonu ve pozisyon ekipmanlarının uygunluğu, sürtünme ve aşınma, ameliyat öncesi insizyon bölgesinin temizliğinde kullanılan solüsyonların aşırı nemliliği ve hastaya bağlı faktörlerin yer aldığı belirtilmektedir (19,62,63). Hastaya ameliyat masasında uygun pozisyon verilmesi ve vücut boşluklarının desteklenmesinin sorumluluğunu perioperatif hemşire ekibin diğer üyeleriyle paylaşır (49,85). Ameliyatta ideal pozisyon, cerrahi alanı en uygun şekilde görmeyi ve ulaşmayı, anestezi ve yaşam fonksiyonlarını en iyi şekilde değerlendirmeyi ve sürdürmeyi, hastayı basınç yaralarından korumayı sağlar (50, 63).

Cerrahi girişim sırasında oluşan basınç yaraları girişim sonrası daha çok ağrı duyulmasına, enfeksiyon riskine, iyileşmenin gecikmesine ve mortalite oranının artmasına neden olmaktadır (19,85). Bu nedendir ki pozisyon, solunum ve dolaşımın yeterli olmasına izin verecek şekilde olmalı, masa tespit bantları/ kemerleri çok sıkı bağlanmamalıdır. Sinirler, kaslar ve kemik çıkıntıları silikon yastık gibi pozisyon destek ekipmanlarıyla uygun şekilde desteklenerek sinir ve doku basıları önlenmelidir. Ayrıca, kol ve bacaklar masadan sarkmamalı, tüm beden ağırlığı tek bir noktaya verilmemelidir. Basınç alanları dikkatli ve doğru şekilde desteklendiğinde, sinir hasarı ve kas ağrıları engellenecektir (55,85,86).

Ayrıca turnike, dikkatsiz kullanımında orta şiddetli ağrı, artmış doku ödemi, tendon yırtığı, hipertansiyon, taşikardi ve yüksek ateş gibi komplikasyonlara neden olabilen bir araçtır. Geniş ve ekstremite şekline uygun manşonların düşük basınçta kullanılmasıyla, uygun basınç ve sürede, doğru turnike uygulamasıyla olası sinir-kas hasarı azaltılabilir (86,87).

Hipotermiyi Önlemek

Ameliyat esnasında bir diğer önemli noktada hipoterminin önlenmesidir. Hipotermi santral ısının 36 derecenin altına düşmesidir (29,50). Ameliyat esnasında hastada vücut ısısındaki değişikliklerin yaş, cinsiyet, vücut yüzey bölgesi, ameliyatın tipi ve süresi, ameliyathanenin ısısı ile ilişkili olduğu ve myokard infarktüsü, solunum yetmezliği, inme ve kanama gibi komplikasyonlarında hipotermi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. En belirgin nedenleri ameliyathane ısısı (18- 21 derece), ısıtılmamış sıvıların verilmesi, büyük

ameliyatlarda vücut boşluklarının uzun süre açık kalması ve yaşlılık gibi sıralanabilir (19,38,40,88).

Isı regülasyon merkezinin fonksiyonlarının, inhalasyon anesteziikleri ile deprese olması, kuru ve soğuk gazların ventilasyonu, laporoskopik işlemler için karbondioksit gazının verilmesi vücut ısısını düşürür (79). Anestezi indüksiyonu sırasında oluşan vazodilatasyon ısının merkezden periferik dokulara dağılımına neden olur. İndüksiyonu izleyen 30 dakika içinde santral ısı 0.5- 1.5 derece azalır. Ayrıca anestezi periferik dilatasyona neden olur. Bu nedenle anestezi altında %80 oranında hafif hipotermi görülür. Ameliyat esnasında hastayı ısıtmanın hafif hipotermiyi önlemede etkin olduğu ve postoperatif komplikasyonları önlediği gözlenmiştir. Hasta pasif eksternal yöntemlerle (baş ve vücudun örtülmesi) ya da aktif internal yöntemlerle (ısıtılmış nemli hava, ısıtılmış intravenöz sıvılar ve irigasyon), ısıtılmış havlu, hidrotermik battaniyeler, termal ısıtma fanları, radiant ısıtma lambaları ile ısıtılarak vücut ısısının daha fazla düşmesi önlenmelidir (19,50,88).

Ayılma Odasında Hemşirelik Bakımı Uygulamaları

Hasta ameliyatın bitiminde cerrah, anesteziist ve ameliyat hemşiresi ile birlikte ayılma odasına alınmalıdır (19,29). Ayılma odası hemşiresi hasta gelmeden önce tansiyon aleti, steteskop, dil basacağı, airway, derece, IV sıvı uygulamaya ilişkin malzemeleri, sakşın cihazını, böbrek küvet ve kardiyak monitörü hazırlamalıdır. Ayrıca acil durumlarda kullanmak için acil arabasını, defibrilatörü, trakeostomi ve kateterizasyon setlerini, endotrekeal tüp, oksijen ve gastrik sakşın cihazını da hazırda bulundurmalıdır (26,28,44).

Hasta ayılma odasına geldiğinde eğer sakıncalı bir durum yoksa sol lateral pozisyonunda yatağına alınır, kenarlıklar kaldırılmalı, hastanın başı yan çevrilerek çenesi mandibula üzerinden ileri itilerek dilin solunum yolunu kapatması ve aspirasyon önlenmelidir (50). Hastayı yatağına alırken hızlı pozisyon değişiklikleri ortostatik hipotansiyona neden olacağından hasta yavaş ve dikkatlice döndürülmelidir (19,44). Hasta yatağına alınır alınmaz kirli gömlek çıkarılıp kuru ve temiz gömlek giydirilir. Battaniye yardımı ile sıcak tutulmaya çalışılır. Hemşire hızlı bir şekilde hastayı monitörize eder solunum ve dolaşımını, bilinç durumunu, IV sıvıları, cilt rengini-nemini, pansumanı, direnlerin kıvrılıp tıkanmadığını kontrol ederek genel durumunu belirler. Hastanın alındığı saati kayıt eder (19,11,17,53).

Hastaların monitorizasyonun iki yöntemle; idrar katateri takılarak saatlik idrar çıkımının kontrol edilmesi ve santral venöz basıncın ölçülmesi ile sağlanır. Postoperatif dönemde saatlik idrar volümünün 30- 50 ml de tutulması ve santral venöz basıncında 5- 12 cm-su arasında tutulması hastanın hidrasyonunun optimal düzeyde olduğunun göstergesidir. Bir diğer nokta da kortizol, insülin, dijitaler gibi ilaçların zamanına ve dozlarına dikkat edilmesidir (19,26,53).

Ameliyat hemşiresi ayılma odasında görevli hemşireye hastayı teslim ederken tanısını, ameliyat süresini, ameliyatta gelişen komplikasyonları, drenajı, alerjilerini, hipertermiyi, hipotermiyi ve ameliyat sonrası risklerini bildirmelidir (17,19,53).

Ayılma odası parametreleri arasında solunum durumu, dolaşım, vücut ısısı, deri bütünlüğü, üriner fonksiyonları, gastrointestinal fonksiyonları, sıvı elektrolit dengesi ve rahatlığın sağlanması yer almaktadır (17,29,44).

Hastanın ayılma odasından kliniğe gönderilmesi için; genel anestezi etkisinin geçmiş ve yaşam bulguları düzene girmiş olması, bedenin herhangi bir yerinden aşırı direnaja olmaması, hastanın bilinci açılmış olması gerekmektedir (29,19,44). Hastanın gideceği klinik bilgilendirilip dosyası ve ayılma odası izlem formuyla birlikte gönderilmelidir (29,53).

Ameliyathanede hemşirelik bakımında kalitenin sağlanması için bireyselliği ön planda tutan bilimsel yaklaşımlar ve hastayı rahatlatıcı davranışlar sergilenmelidir (19,29). Cerrahi hemşiresi ameliyathanede bilimsel bilgi, teknik beceri ve davranışın harmanlandığı temel sorumluluğu üstlenme, kritik düşünme ve karar verme yeteneklerini kullanarak bakımın kalitesini geliştirebilir (21,29).

HEMŞİRELİK BAKIMINDA KALİTE

Sağlık hizmetleri, hayati öneme sahip hata kabul etmeyen, doğrudan insan hayatıyla ilgili bir hizmet alanıdır. Bu nedenle birçok kamu hizmetiyle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinin üzerinde daha hassas durulması gerekmekte ve olabildiğince yüksek kalitede hizmet vermek kaçınılmaz bir sorumluluk olmaktadır. Ancak kalite, kişisel değerlerden, inançlardan, tutum ve davranışlardan dolayı farklı kişilere göre farklı anlamlar taşıyabilen subjektif bir kavramdır ve tanımlanması zordur (20,26,89).

Sağlık hizmeti kalitesinin tarihsel süreç içinde 19.yy da ele alınmaya başlanmış ve birçok tanımla yapılmıştır (90). Bu tanımlar, tanımlayanın bakış açısı ve yaklaşımına göre farklı bir kavramı ele almıştır. Sağlık hizmeti kalitesini yalnızca tıbbi faaliyetler açısından ele alan bir tanıma göre kalite; bir hastalık ya da durumun bir fonksiyonu olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir (26,90). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA); hastaya mümkün olabilecek en iyi hemşirelik bakımını sağlamada yer alan aktivitelerin özetini kalite olarak yorumlamaktadır (91). Sağlık hizmetleri sunumundan kalite kavramı uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hasta gereksinim ve beklentilerinin tam olarak karşılanması olarak da tanımlanabilir (10,26). Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO)'nün tanımları önemlidir ve kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen ya da olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır diye açıklanır. Amerikan Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesi ise kaliteyi; verilen bakım ile istenen sonuçların alınmasını artırma ve olası istenmeyen sonuçları azaltma derecesi olarak tanımlamaktadır (43,92).

Sağlık hizmeti kalitesinin bu kadar zor açıklanabilen bir kavram olması, sağlık alanının özelliklerinden de ileri gelmektedir. Hizmet kalitesinin çok sayıda değişkenden etkilenmesi ve bunların açık bir şekilde tanımlanmayışı, dahası subjektif faktörlerin etkilerine açık oluşu, doğrudan doğruya nesnel ölçütler kullanılarak ölçülmesi ve tanımlanmasını güçleştirmekte ve sağlık hizmeti kalitesinin sezgisel olarak algılanmasını gündeme getirmektedir (93,94,95).

Bu sezgisel algılamaya büyük ölçüde sağlık personelleri yön vermektedir (28,96). Hastaneye gelen hasta ve ailesinin yabancı oldukları bu ortama ilişkin olarak yaşadıkları korku ve endişeleri karşısında sağlık bakım ekibinin tutumu, bireylerin hastane deneyimini ve bakımdan algılanan kaliteyi büyük ölçüde etkilemektedir (28,37). Hastane ortamı hasta birey için yabancı, korkutucu, endişe verici ve karmaşık bir ortamdır. Hastaneye yatma bireyi özel bakıma ve duygusal desteğe ihtiyaç duyan bağımlı bir kişi konumuna getirmektedir. Yataklı tedavi kurumlarında hastalara verilen bakımın etkinliği hemşirenin mesleki bilgisinin yanında bu bilgiyi hasta gereksinimlerini belirlemede kullanabilme becerisine dayanmaktadır (35,36). Yapılan araştırmalar, hasta ile en yoğun ilişki içinde olan hemşire personelin davranışının bakımın algılanmasında önemli olduğunu ortaya koymaktadır (35,36,37).

1980'lerde Donebedian, kalitenin farklı ancak birbirine içten bağlı parçalardan oluştuğunu ileri sürmüştür. Bunlar; yapı, süreç ve sonuçtur. Yapı, sağlık bakım alanında işbirliğini sağlamak için sistemleştirilmiş tüm madde ve hizmetleri tanımlamaktadır (araç, gereç, bina, personel vb.). Süreç, hemşire tarafından verilen bakıma yönelik olup neyin nasıl yapılması veya bakımın nasıl yürütülmesi ile ilgilidir. Sonuç ise, verilen bakım sonucunda, hastanın sağlık düzeyinde değişme, bilgisinde artma ve memnuniyet derecesi ile ilişkilidir (25,26,35). Donebedian'ın oluşturduğu bu çatı pek çok sağlık bakım hizmetlerinde hemşirelik bakım standartlarını oluşturmak için kullanılmıştır (89,97).

Hemşirelik bakımında kaliteye ulaşabilmek için önce hemşirelikte beklenen kalite standardını, sağlık sisteminde ve hemşirelik uygulamalarında karşılaşılan güçlükleri ayrıca hastaların bakımdan beklentilerini iyi değerlendirmek gerekir (18,25). Standartların oluşturulmasına başlamadan sorunların neler olduğunun saptanması ve sonuca nasıl ulaşılabileceği doğrultusunda ön araştırmaların yapılmalıdır. Bu bağlamda Ulusal Kalite Forumu (NQF) ve Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) bazı kalite ölçütleri belirlemişlerdir. Bu ölçütler şunlardır:

- *Basınç ülserleri,
- *Düşmeler,
- *Özel ünitelerdeki hastalarda üriner kateter,
- *Pnömoni ve akut myokart infarktüsü olan hastalar için sigara içmeyi durdurma,
- *Nazokomiyal enfeksiyonlar,
- *İhmallerin önlenmesi,
- *Ağrının yönetimi,
- *Psikososyal etkileşim,
- *Hasta memnuniyeti,
- *Tutarlı iletişim,
- *Kardiovasküler hastalıkların önlenmesi,
- *Her gün, her hasta için hemşirelik bakım saatleridir (24,43,91,98).

Sağlık, insanların en önemli değeri; kendi sağlıkları ile ilgili konularda en iyi hizmeti almaları da en doğal haklarıdır. Bu nedenle sağlık hizmetleri tüm insanlara din, dil, ırk, cins, ekonomik durum farkı gözetmeksizin eşit olarak sunulmalıdır (54,62,99). Hemşirelik bakımı çeşitli ortamlarda değişik yaş, kültür, bireysel beklenti ve inançlara sahip kişilere ve topluma verilen bir hizmettir (15). Hastaya yardım süreci ve hemşirenin işlevini yerine getirmesiyle

ilgili üç temel öge vardır. Bunlar; hastanın davranışı, hemşirenin tepkisi ve hemşirelik girişimidir. Hemşirelerin, bakım davranışlarının hastalar tarafından ne şekilde algılandığını bilmeleri, kendi bakım davranışlarına karşı duyarlı olmalarını sağlayabilir. Bunun yanında, hizmeti alan ve verenler arasındaki algılamının belirlenmesi ve hizmetin doğru algılanması, verilen bakımın niteliğinin artmasına ve dolayısıyla hizmet kalitesinin de yükselmesine neden olacaktır (15,67,93,98).

İyi kalitedeki bir hizmette ölçülebilir 4 temel öge vardır. Bunlar; ulaşılabilir optimal süreç, kaynakların verimli kullanılması, hizmetten kaynaklanabilecek problemlerin en aza indirilmesi, hasta ve personel memnuniyetidir (15,94,37). Kaliteli sağlık hizmeti; mümkün olan en kısa sürede sağlığı iyileştirmek, korunma, erken tanı ve tedaviyi sağlamak, kabul edilebilir bilimsel ilkeleri, uygun modern teknolojiyi, uygun profesyonel kaynakları kullanmak, hizmetin sürekliliği ve değerlendirme için belgelemek ve kayıt tutmak ile sağlanabilir (26,35). Bunun yanında kaliteli bir hizmet ancak gerekli eğitimi almış, gerekli araç gereçler ve talimatlarla desteklenen personelden elde edilen bir hizmettir ve talepleri karşılamak için değişmeye açık bir süreçtir (31,35,100).

Hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin ölçümü, diğer meslek alanlarında kullanılan yöntemlerden farklı değildir. Ölçüm yapabilmek için, hemşirelerin çalıştıkları ünitelere özgün, belli standartların oluşturulması ve bu standartlara ulaşma durumunun belirlenmesi en bilinen yöntemdir (9,23,43). Standartların oluşturulmasında kalite güvenliği rol almaktadır. Sağlık hizmetlerinde hayati önem taşıyan tüm alanlarda hataları azaltmak ve ortadan kaldırmak amacıyla kalite güvenliği programları oluşturulmuştur. Kalite güvenliği, bir ünite veya kurumda verilen bakımın sistematik bir süreç içinde değerlendirilmesidir (20,26,43). Başka bir deyişle kalite güvenliği, kaliteli hizmet sunumudur (43). Standartlar, hemşirelik uygulamalarının önceden belirlenen kalite düzeyine ulaşip ulaşmadığını ölçmede kullanılan rehber ya da amaçlardır (19,94). Hemşirelik mesleği; geliştirdiği hemşirelik bakım standartları ve kriterleri ile hemşirelik hizmetlerinin verildiği yapı, hemşirelik süreci ve bunun sonunda ulaşılanları sürekli ve nesnel olarak ölçerek, hastanın gereksindiği hemşirelik bakımının belirli gelişmişlik düzeyine ulaştırılmasını güvence altına alır (9,43,101). Geleneksel bakım modeli yerine, bireye özgü bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesini sağlayan hemşirelik sürecinin uygulanması, kaliteli bakımın bir göstergesidir. Standart ve kriterlerin tanımlanması, uygulamalarda kriterleri kullanarak, standartlara ulaşıp ulaşılmadığına

bakılması ve en uygun hareket tarzının seçilmesi kalite güvencesi programının uygulanması basamaklarıdır (19,43,94).

Kısaca hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesinde başlıca iki yaklaşım izlenmektedir. Bunlardan birincisi, bakımın standartlarının belirlenmesi ve uygulamanın bu standartlara göre ölçülmesi yolu ile değerlendirme ve kontrol yöntemi, diğer yaklaşım ise, hasta memnuniyetinin izlenmesi yani hemşire ve hastaya göre verilen bakımın hangi yönlerinin önemli algılandığı ve hastaların hemşirelik bakımından memnun olmalarıdır. (9,23,26,43).

Ameliyathaneler hastaların bilinmeyen alet ve fiziksel ağrı veren işlemlerle karşılaşacağı, aileden uzak ve yabancı ortamlardır (16,102). Bu ortamda cerrahi hemşirelerinin sunacağı bakımda, hastaların hem cerrahinin hem de ameliyathane ortamının etkilerinden korunması kalite göstergesidir (25,43). Cerrahi hemşireleri, ameliyathanede hasta bakımının kalitesini hasta hedeflerini tanımlayarak ve bireyselleştirilmiş hemşirelik girişimlerini sağlayarak geliştirebileceklerdir (10,42,101). Hemşireler ameliyathanedeki tüm aktiviteleri planlayıp, hazırlayıp hastanın, cerrahın ve ekibin gereksinimlerini dikkate alarak cerrahi işlemi hızlandırma yoluyla koordinasyonu sağlayarak bakımın kalite düzeyini geliştirebileceklerdir (20,38,42).

CERRAHİDE KAYGININ ÖNEMİ

Kaygı, kişiye tehlikeyi haber veren ve bu tehlike ile başa çıkması için önlem almaya iten bir sinyaldir. Genel olarak gelecekte olabilecek bir tehlikeyi beklemenin yarattığı huzursuzluk hissi olarak tanımlanmaktadır (43,103,104). Hastalar gerek hastalığın kendisinde oluşturduğu fiziksel etkiler gerekse hastaneye yatışın getirdiği çevre değişimi sonucu kaygı duymaktadır. Ancak cerrahi hastalarında kaygının temel nedeni bedensel ve yaşamsal düzenine yönelik bir tehdit olarak algıladıkları ameliyat girişimidir (83,103). Anestezi, ameliyathane ortamı ve invaziv girişimler gerçek ve gerçek dışı korkulara sebep olur (16,102,103). Ameliyat fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyim olarak görülmektedir (57). Tüm ameliyatlarda hastada ölüm korkusuna yol açar, ölüm korkusu da daha sonra yerini genel kaygı ve postoperatif ağrı korkusuna bırakır (29,41,48,105).

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 (19,29,43,103,105).

Surman (106), cerrahinin psikolojik anlamını tanımlarken cerrahi işlemin iki yönüne vurgu yapmıştır. Bunlardan ilki cerrahi, ağrı ve acının azaltılmasına yönelik kararlı bir yaklaşımdır şeklindedir, ikincisi ise cerrahide beklentilerde artış ve bağımlılıkla karakterize bir transferans ilişkisi vardır diye açıklanmıştır. Yani cerrahi işlem uygulanacak olan hasta, ağrı ve acıdan kurtuluş umudu taşımasının yanı sıra, işlemin kendisinden kaynaklanacak yeni ağrı ve acıların ayrıca bağımlılığın, eğer anestezide bilincini yitirecekse yaşayacağı bilinmezliğin korkusu gibi korkular içindedir. Bu korku kaynaklarına bağlı olarak cerrahide görülen kaygı türleri sınıflandırılabilir (60,105,106).

Preoperatif Kaygı

Ameliyat kararı ve bekleme süreci çoğu hastada tedaviyi aksatmayacak ölçüde kaygıya neden olmaktadır. Genel cerrahi hastalarının %5'inde tedavi reddine neden olacak düzeyde kaygı yaşadığı bulunmuştur (106). Preoperatif kaygının derecesi tanı ile, tutulan organ ve sistem ile, operasyonun zorluk ve risk derecesi ile, hastanın buna ilişkin önyargularıyla ilişkilidir. Bunun yanı sıra hasta-sağlık personeli ilişkisinin niteliği de belirleyici rol oynar. Bazı hastalar güvensizlik yaşarlar. Bu güvensizliğin altında yatan düşünce bozukluğu, depresyon ya da bilişsel bozukluktan kaynaklanma olasılığı göz ardı edilmemelidir. Yanı sıra sağlık çalışanlarının tutumu da kaygıya neden olabilir (30,106,107).

Psikodinamik kuramcılarının preoperatif kaygıyı açıklayan varsayımlarının bazıları şunlardır, bazı hastaların bilinçdışı nedenlerle cerrahiyi bir tür cezalandırılma, cerrahı da bir tür agresör olarak algılayabilir. Tutulan organ ve sistemin birey için sembolik öneminden

kaynaklanabilir, ya da hastanın daha önce benzer işlem uygulanan bir başkasıyla özdeşim yapması söz konusu olabilir (27,108).

Bilişsel kuramcılar ise preoperatif kaygıyı bazı hatalı bilişsel şemalarla açıklarlar, Postoperatif kazanç/kayıp dengesinin hatalı algılanmaktadır, olası kayıplar üzerinde aşırı durulmaktadır ya da önceki deneyimler konusunda bellek çarpıtılmaktadır. Böyle durumlarda hemşireler hastanın önceki hastalık ve ameliyatlarında kullandığı başatme biçimleri mutlaka sorgulanmalıdır (27,108).

Genel Tıbbi Duruma Bağlı Kaygı

Cerrahi tedavi gerektiren hastalık ya da eşlik eden diğer hastalıklar kaygıya neden olabilir (27,41).

Madde Kullanımının Yol Açtığı Kaygı Bozuklukları

Hastanın kullandığı ilaçlar kaygıya neden olabileceği gibi, hastaneye yatışın madde kullanımını sonlandırdığı durumlarda yoksunluk belirtisi olarak kaygı görülebilmektedir (41,47).

Cerrahiye İlişkin Özgül Fobiler

Bu durumda kaygı yalnızca cerrahinin bileşeni olan özgül bir uyaran ya da durumla ilişkilidir. Tedavi reddine neden olabilecek düzeyde hastane, hekim, ameliyat, enjeksiyon, anestezi fobileri görülebilir (41,102,107).

Önceden Varolan Kaygı Bozuklukları

Cerrahi girişim olasılığı hastada önceden var olan panik bozukluğu, fobiler, obsesif-kompulsif bozukluk belirtilerinde alevlenmeye neden olabileceği gibi operasyon sırasında ilaçların kesilmesi ve ilaç etkileşimleri tedaviyi aksatabilir (47,49,106).

Cerrahi kliniklerinde gözlenen kaygı hastalar için iki açıdan önem taşımaktadır. Birincisi cerrahi girişimin kendisinin kaygı kaynağı olabileceği ve postoperatif morbiditeyi

etkileyebileceğidir. Ameliyat öncesinde kaygı düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyat sonrasında daha fazla tıbbi komplikasyon geliştiği ve yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir (26,57,107). Hastanın biyopsikososyal bütünlüğü göz önüne alındığında, bu bulgular kaygı tedavisinin cerrahi tedavinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini göstermektedir (26,60,76,101). İkinci önemli nokta ise kaygıyı yatıştırmak için kullanılan ilaçların cerrahi işlem sırasında kullanılan anesteziik maddelerle etkileşime girme olasılığıdır. İlaçların kesilmesi de kaygı belirtilerinde alevlenmeye neden olabilir. Bu yüzden cerrahi hastalarının kaygıyla baş etme yolları içinde farmakolojik yöntemler risk taşıyabilir (76,106).

KALİTELİ HEMŞİRELİK BAKIMININ HASTANIN AMELİYATA ÖZGÜ KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ

Cerrahi hastalarında kaygının nedenleri arasında en sık görülen bilinmezlik korkusudur (3,19,29,3,109). Cerrahi hastasının bakımını koordine edecek düzeyde derin ve kapsamlı bilgiye sahip perioperatif hemşire, öncelikli girişimleri hastanın tepkisinde görülen değişiklikler ve bilimsel bilgi temelinde gerçekleştirir. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası tüm uygulamalara ve olasılıklara ilişkin hasta ve ailesini eğitir (30,109,110). Eğitim zamanını planlamak için hastanın kaygı düzeyi değerlendirilmelidir. Çünkü genel olarak gelecekte olabilecek bir tehlikeyi beklemenin yarattığı huzursuzluk hissi olarak tanımlanan kaygı, hafif düzeyde yaşandığında birey spontan dikkatini, cesaretini ve atılganlığını artırırken, yüksek kaygı algılama-kavrama ve karar verme yeteneğini azaltabilir (19,49). Ayrıca hastaya özel zaman ayırmak, onunla birebir konuşmak, duygu ve düşüncelerini açıklaması için fırsat vermek, uyulması gereken talimatları yazılı olarak vermek gibi girişimlerle hasta hemşire ilişkisinin niteliğine bağlı kaygıyı azaltabileceği gibi bilinmezlik korkusu ile baş etmesine de yardımcı olacaktır (31,43,103).

Kaygı çaresizlik, madde bağımlılığı, cerrahiye yönelik fobiler gibi nedenlerle de gelişebilir ve hastaya kontrolü kaybettiği duygusunu verir. Hemşirenin empatik, kavrayıcı ve destekleyici yaklaşımı ile hasta kontrol duygusunu yeniden kazanacak ve baş etme mekanizmalarını etkin şekilde kullanmaya yönlendirilecektir (6,8,19,106).

Turhan (15) elektif cerrahi planlanan hastalarla yaptığı çalışmasında hasta ile en fazla vakit geçiren sağlık çalışanı olan hemşirelerin vereceği bakım ile orantılı olarak hastaların

kaygı düzeylerinin azaldığını belirlemiştir. Kaygının azalması ile birlikte hastanın ağrı düzeyi, kullanılan analjezik sayısı ve dozu da azalacaktır (15,57).

Sonuç olarak perioperatif dönemde sağlanacak kaliteli bir hemşirelik bakımı ile cerrahinin hasta üzerindeki etkileri azaltılabilir, hastanın kaygı ile baş etmesi ve bundan doğacak komplikasyonların önüne geçilmesi sağlanabilir. Hastada daha az anestezi gereksinimi, postoperatif daha az analjezik kullanımı, yaşam bulgularının daha kısa sürede düzene girmesi, daha hızlı iyileşme ve aktif yaşama geri dönüşün kolaylaşması sağlanabilir (8,13,49,106).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE TİPİ

Araştırma, batın ameliyatı olan hastaların ameliyathanede aldıkları hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Ekim 2010- Haziran 2011 tarihleri arasında yapıldı.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde yatan ve batın ameliyatı olan hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örnekleme ise, araştırmanın amacı açıklanarak, bilgilendirme sonrası araştırmaya katılım için izin alınan ve araştırma kriterlerini karşılayan toplam 150 hastayı kapsadı. Örneklem seçiminde belirtilen kriterler dikkate alındı;

Hasta bireyin;

- 18 yaş ve üzeri olması,
- Bilişsel, duyuşsal ya da sözel olarak iletişim kurmayı engelleyecek bir sorununun olmaması,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü ve istekli olması,
- Batın ameliyatı geçirmiş olması,
- En az bir gece yatarak tedavi görmüş olması,
- En az okur yazar olması,
- Psikiyatrik hastalık tanısı koyulmamış olması,
- Bilincinin açık olmasıdır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama araçları olarak kişisel bilgi formu, Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada kullanılan kişisel bilgi formu; hastaların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence) ve sağlık öyküsü (geçirilmiş cerrahi deneyim, olumsuz cerrahi deneyim, ameliyat öncesi eğitim alma durumu, tanılar) ile ilgili bilgilerini içerecek şekilde araştırmacı tarafından geliştirilmiş 11 sorudan oluşan veri toplama aracıdır (Ek 1).

Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası (KPHBS)

Hastaların perioperatif dönemde aldıkları hemşirelik bakımının kalitesini değerlendirmek amacı ile “Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası” kullanılmıştır (Ek 2).

Ölçek perioperatif dönemde hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan 2002 yılında Tuija Leinonen ve Helena Leinonen-Kilpi tarafından geliştirilmiş 34 maddelik ve likert tipli bir araçtır (Good Perioperative Nursing Care Scala, Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası-KPHBS). Skalanın Türk toplumuna uyarlanması 2006

yılında Dönmez ve Özbayır (26) tarafından 346 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Uzmanların önerileri doğrultusunda maddeler tekrar gözden geçirilerek skaladaki madde sayısı 34'den 32'ye düşürülmüştür. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalasının iç tutarlılığını ölçmek için yapılan Chronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur.

Kaliteli perioperatif hemşirelik bakım puanı skaladaki maddelere verilen yanıtların toplanması ile elde edilmektedir. (0= Bu durumu değerlendiremedi, 1= Hiç katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Fikrim yok, 4= Katılıyorum, 5= Tamamen katılıyorum). Skalada negatif ifade içeren maddeler bulunmamaktadır. Sonuçlar 0-160 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Alınan puan ne kadar yüksekse hastaya sağlanan hemşirelik bakımının o kadar kaliteli olduğu kabul edilmektedir (26,30).

Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)

Hastaların ameliyata ilişkin kaygı düzeylerini değerlendirmek amacı ile 'Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği' kullanılmıştır (Ek 3).

Ölçek Karancı ve Dirik (83) tarafından 2003 yılında geliştirilmiş likert tipli bir araçtır (Anxiety Specific to Surgery Questionnaire). Teorik olarak ölçeğin geliştirilmesinde kaygının bilişsel modelinin temel kavramı olan tehdit algısı temel alınmıştır. Hastalar tarafından cerrahlara ve hemşirelere belirtilen korkular ve hastaların ifade ettikleri korkular dikkate alınarak geliştirilmiştir. Hastaların yaşadıkları duygular 3 boyut altında toplanmıştır. Bunlar ağrı hissetmekten duyulan korkular, ameliyat esnasında ölmekten duyulan korkular ve ameliyat sonu oluşabilecek komplikasyon ve sınırlılıklardan duyulan korkulardır. Ölçek ile ilgili norm çalışmaları bulunmamakla birlikte 3 farklı türde ameliyat olan 146 hastadan elde edilen Cronbach alfa değeri 0.79 olarak belirlenmiştir.

Ölçek toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Ameliyata özgü kaygı puanı tüm maddelere verilen yanıtların toplanması sonucunda elde edilmektedir. (1= Hiç katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kararsızım, 4= Katılıyorum, 5= Tamamen katılıyorum). Sadece 8. madde toplanmadan önce ters olarak derecelendirilmektedir. (5= Hiç katılmıyorum, 1= Tamamen katılıyorum). 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 (41, 83).

VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı birimden yazılı izin alındı. Araştırmanın örnekleme uyan hastalara; araştırmanın amacı, yararları ve onlardan ne beklenildiği açıklandı. Araştırmaya katılmak istemeyen hastalar araştırma dışı bırakıldı.

Veriler, hastaların kendi odalarında araştırmacı tarafından, her hasta ile bir kez ve görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Batın ameliyatı olan hastalarla en erken postoperatif 1. günde görüşülerek kişisel bilgi formu dolduruldu, ardından Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası ve Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği dolduruldu. Araştırma verileri genel cerrahi kliniğinde, yemek, ziyaret ve tedavi saatleri dışında yaklaşık 20- 25 dakika zaman içinde toplandı.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Çalışma için etik kurul izni Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonundan 23.08.2010 tarihinde (Ek 4) ve çalışmanın yapılabilmesi için Tıp Fakültesi Dekanlığı Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı'ndan da 12.10.2010 tarihinde (Ek 5) gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmanın yapılacağı klinik yöneticilerine, servis yönetici hemşirelerine, servis hemşirelerine ve araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan hastalara araştırmanın amacı ve uygulanışı hakkında açıklama yapıldı. Bu bilgilerin sadece araştırma amacıyla kullanılacağı söylendi ve araştırmaya katılmaları konusunda sözlü onayları alındı.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler bilgisayarda SPSS 15.0.0 for windows (SPSS Inc., Chicago, Illinois USA.) paket programı kullanılarak gerçekleştirildi. Hastaların bireysel özelliklerinde yüzde, frekans ve ortalama analizleri, bağımlı değişkenler olan ameliyathanede hemşirelik bakım kalite düzeyi ve ameliyata özgü kaygı düzeyinin normal dağılıma uygunluk testleri Kolmogorov-Smirnov testi ile yapıldı. Hemşirelik bakımı ve kaygı ile ilgili 2-bağımsız grup ortalamasının karşılaştırılmasında Student t-test, k-bağımsız grup ortalamasının karşılaştırılmasında tek

yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulandı. Grupların varyansları farklı ise Kruskal-Wallis yöntemi tercih edildi. Hemşirelik bakımı, kaygı ve yaş sürekli değişkenleri arasında doğrusal ilişki düzeyini belirlemek amacıyla Pearson korelasyon katsayısı hesaplandı, $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Araştırmanın bulguları arasında hastaların bireysel ve hastalığa ilişkin özellikleri, ölçek puan ortalamaları, kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi puan ortalaması ile hastaların ameliyata özgü kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması, hastaların kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerinin kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ve hastaların ameliyata özgü kaygı düzeyleri ile karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 1. Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımları (n=150)

Kişisel Özellikler		
Yaş Ort ± SD (min- max)	58,11± 14,97 (22- 84)	
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	56	37,3
Erkek	94	62,7
Eğitim Düzeyi		
Okur- yazar	19	12,7
İlköğretim	60	40
Ortaöğretim	60	40
Yükseköğretim	11	7,3
Medeni Durum		
Evli	114	76
Bekar	36	24
Meslek		
İşçi	20	13,3
Memur	18	12,1
Emekli	26	17,3
Diğer	86	57,3
Sosyal Güvence		
Var	121	80,7
Yok	29	19,3

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması ($x\pm SD$) $58,11\pm 14,97$ olarak bulunmuştur. Tablo 1’de hastaların kişisel özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %37,3’ünün ($n=56$) kadın, % 62,7’sinin ($n=94$) erkek, %12,7’sinin ($n=19$) okur yazar, %40’ının ($n=60$) ilköğretim mezunu , % 40’ının ($n=60$) ortaöğretim mezunu %7,3’ünün ($n=11$) yüksek ğretim mezunu olduğu belirlendi. Çalışmada hastaların, %76’sının ($n=114$) evli, %24’ünün ($n=36$) bekar, %13,3’ünün ($n=20$) işçi, %12,1’inin ($n=18$) memur, %17,3’ünün ($n= 26$) emekli olduğu ve %57,3’ünün ($n=86$) diğer meslek gruplarında çalıştığı, %80,7’sinin ($n=121$) sosyal güvencesinin olduğu ve %19,3’ünün ($n=29$) sosyal güvencesinin olmadığı saptandı.

Tablo 2. Hastaların hastalığa özgü özelliklerinin dağılımları (n= 150)

Hastalığa Özgü Özellikler	n	%
Geçirilmiş Cerrahi Girişim		
Var	80	53,3
Yok	70	46,7
Olumsuz Cerrahi Deneyim		
Var	11	7,3
Yok	139	92,7
Ameliyat Öncesi Eğitim		
Eğitim almış	66	44
Eğitim almamış	84	56
Ameliyat Sonrası Gittiği Bölüm		
Cerrahi yoğun bakım	54	36
Cerrahi servisi	96	64
En Sık Görülen Tanılar		
Mide Kanseri	24	16
Kolon Kanseri	22	14,7
Rektum Kanseri	18	12
Diğer Tanılar (Apendisit, Kist Hidatik, İleus, Pilor Stenoza vb.)	86	57,3

Tablo 2’de hastaların hastalığa özgü bilgilerinin dağılımları incelendiğinde, hastaların %53,3’ünün (n=80) daha önce cerrahi girişim geçirdiği, %46,7’sinin (n=70) herhangi bir cerrahi girişim geçirmediği, %7,3’ünün (n=11) olumsuz bir cerrahi girişim deneyiminin olduğu, %92,7’sinin (n=139) olumsuz bir cerrahi deneyiminin olmadığı belirlendi. Hastaların %44’ünün (n=66) ameliyat öncesi eğitim aldığı, %56’sının (n=84) ameliyat öncesi eğitim almadığı saptandı. Ameliyat sonrası cerrahi yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların oranı %36 (n=54), servise kabul edilen hastaların oranı % 64’tür (n=96). Batın ameliyatı geçiren hastaların tanılarına bakıldığında %16’sının (n=24) mide kanseri, %14,7’sinin (n=22) kolon kanseri, %12’sinin (n=18) rektum kanseri olduğu ve %57,3’ünün (n=86) kanser nedeni dışındaki tanılar ile ameliyat olduğu belirlendi.

Tablo 3. Kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı düzeyi

Ölçekler	X±SS	Beklenen Değer
Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası	101±15,5	0- 160
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	28,5±7,06	0- 50

Tablo 3’te Kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı ölçeklerinin total puanları incelendiğinde, kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamasının 101±15,5, ameliyata özgü kaygı puan ortalamasının 28,5±7,06 olduğu belirlendi.

Tablo 4. Kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı ilişkisi

Ölçekler	Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası		Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	
	r*	p	r	p
Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası	–	–	-0,140	0,087
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	-0,140	0,087	–	–

*: Pearson Korelasyon.

Tablo 4’de kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ile ameliyata özgü kaygı ilişkisi incelendiğinde, hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ile ameliyata özgü kaygı düzeyleri arasında ilişki belirlenmedi ($r=-0,140$, $p=0,087$).

Tablo 5. Bireysel değişkenlerin kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı düzeyine etkisi

Bireysel Değişkenler		Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası		Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	
		r= -0,134*	p=0,103	r= 0,470*	p=0,000
Yaş	n	X ±SS	Sonuçlar	X±SS	Sonuçlar
Cinsiyet					
Kadın	56	100,2±12,93	t= -0,488**	29,93±8,33	t=1,760**
Erkek	94	101,5±17,02	p= 0,627	27,68±6,07	p=0,082
Eğitim Düzeyi					
Okur-yazar	19	97,89±12,46	KW=1,795*** p= 0,616	32,11±6,81	KW=11,729*** p=0,008
İlköğretim	60	100,1±18,95		28,55±6,91	
Ortaöğretim	60	102,6±13,53		28,67±5,75	
Yüksekokul	11	102,4±9,84		21,36±10,02	
Medeni Durum					
Evli	114	102,9±15,55	t=2,742**	28,09±6,02	t=-1,061**
Bekar	36	94,94±14,26	p=0,007	29,89±9,61	p=0,295
Meslek					
İşçi	20	96,70±16,17	F=0,699**** p=0,554	26,65±6,88	F=2,927**** p=0,036
Memur	18	100,7±14,68		24,78±5,89	
Emekli	26	103,1±16,27		29,62±5,14	
Diğer	86	101,4±15,49		29,41±7,55	
Sosyal Güvence					
Var	121	101,3±14,66	t=0,456**	28,31±6,86	t=-0,758**
Yok	29	99,62±19,19	p=0,651	29,41±7,88	p=0,449

*: Pearson Korelasyon; **: Student t Testi; ***: Kuruskal Wallis Varyans Analizi;

****: One Way ANOVA.

Tablo 5’da hastaların kişisel özelliklerinin kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı düzeylerine etkisi incelendi.

Hastaların yaşları ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmedi ($r=-0,134$ $p=0,103$) (Tablo 5). Hastaların yaşları ile ameliyata özgü kaygı düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde pozitif yönlü korelasyon saptandı ve yaş ilerledikçe kaygı düzeylerinin yükseldiği belirlendi ($r=0,470$ $p=0,000$) (Tablo 5).

Hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalaması, cinsiyete göre değerlendirildiğinde, bayanların puan ortalamasının ($100,2\pm 12,93$), erkeklerin puan ortalamasına ($101,50\pm 17,02$) göre daha düşük olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($t=-0,488$ $p=0,627$) (Tablo 5). Hastaların cinsiyetlerinin ameliyata özgü kaygı düzeylerine etkisi incelendiğinde, bayanların kaygı puan ortalamasının ($29,93\pm 8,33$), erkeklerin kaygı puan ortalamasına ($27,68\pm 6,07$) göre daha fazla olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak bir anlamlılık oluşturmadığı belirlendi ($t=1,760$ $p=0,082$) (Tablo 5).

Eğitim durumunun kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı düzeyine etkisi incelendiğinde, okur yazar 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 saptandı ($KW=1,795$ $p=0,616$) (Tablo 5). Hastaların eğitim durumlarının ameliyata özgü kaygı düzeyleri üzerine etkisi incelendiğinde okur yazar 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 belirlendi ($KW=11,72$ $p=0,008$) (Tablo 5). Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça ameliyata özgü kaygı düzeylerinin azaldığı saptandı.

Hastaların medeni durumlarının kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamalarına etkisi değerlendirildiğinde, evli olanların 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 belirlendi ($t=2,742$ $p=0,007$) (Tablo 5). Evli olanların, bekar hastalara göre

hemşirelik bakım kalitesini daha yüksek düzeyde algıladıkları belirlendi. Hastaların ameliyata özgü kaygı puan ortalamaları, medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde evli olanların puan ortalamasının (28,09±6,02), bekar olanlardan (29,89±9,61) daha düşük olduğu saptandı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($t=-1,061$ $p=0,295$) (Tablo 5).

Hastalar meslek gruplarına göre incelendiğinde, kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamaları işçiler için 96,70±16,17 bulunurken, memurlar için 100,7±14,68, emekliler için 103,1±16,27 ve diğer meslek gruplarında çalışanlar için 101,4±15,49 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($F=0,699$ $p=0,554$) (Tablo 5). Ameliyata özgü kaygı düzeyi puan ortalamaları işçiler için 26,65± 6,88, memurlar için 24,78±5,89, emekliler için 29,62±5,14 ve diğer meslek gruplarında çalışanlar için 29,41±7,55 olarak bulundu ve emeklilerin kaygı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu saptandı ($F=2,927$ $p=0,036$) (Tablo 5).

Sosyal güvencesi olan hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalaması 101,3±14,66 ve sosyal güvencesi olmayanların 99,62±19,19 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($t=0,456$ $p=0,651$) (Tablo 5). Hastaların ameliyata özgü kaygı puan ortalaması sosyal güvence durumlarına göre değerlendirildiğinde sosyal güvencesi olanların puan ortalamasının (28,31±6,86), sosyal güvencesi olmayan hastaların puan ortalamasına (29,41±7,88) göre daha düşük olduğu saptandı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($t=-0,758$ $p=0,449$) (Tablo 5).

Tablo 6. Hastalığa özgü özelliklerin kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı düzeylerine etkisi

Hastalığa Özgü Bilgiler	Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası			Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği	
	n	X± SS	Sonuçlar	X ± SS	Sonuçlar
Geçirilmiş Cerrahi Girişim					
Var	80	101,0±17,14	t=0,057*	28,86 ± 7,36	t=0,634*
Yok	70	100,9±13,70	p=0,955	28,13 ± 6,73	p=0,527
Olumsuz Cerrahi Deneyim					
Var	11	100,8±13,04	t=-0,044*	26,82 ± 7,67	t=-0,830*
Yok	139	101,0±15,81	p=0,965	28,65 ± 7,02	p=0,408
Ameliyat Öncesi Eğitim					
Eğitim almış	66	108,1±15,96	t=5,408*	27,70 ± 5,83	t=-1,314*
Eğitim almamış	84	95,43±12,82	p=0,000	29,17 ± 7,86	p=0,191
Ameliyat Sonrası Gittiği Bölüm					
Yoğun bakım	54	96,41±13,79	t=-2,780*	32,35 ± 6,53	t=5,448*
Cerrahi servisi	96	103,6±15,99	p=0,006	26,36 ± 6,42	p=0,000
Tanı					
Mide kanseri	24	97,08±15,38	F=1,274**	30,04 ± 8,12	F=1,269**
Kolon kanseri	22	105,2±16,85	p=0,215	31,23 ± 7,17	p=0,219
Rektum kanseri	18	103,6±12,96		29,06 ± 5,61	
Diğer tanıları	86	101,0±15,58		28,52±7,06	

*: Student t Testi; **:One Way ANOVA.

Tablo 6’de hastaların hastalığa özgü özelliklerinin kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı düzeylerine etkisi incelendi.

Hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamaları cerrahi deneyim durumlarına göre değerlendirildiğinde cerrahi deneyimi olan hastaların puan ortalamasının $101,0 \pm 17,14$ ve cerrahi deneyim olmayan hastaların puan ortalamasının $100,9 \pm 13,70$ olduğu belirlendi ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($t=0,057$ $p=0,955$) (Tablo 6). Cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyata özgü kaygı puan ortalamaları $28,86 \pm 7,36$ ve cerrahi girişim geçirmemiş olanların ameliyata özgü kaygı puan ortalamaları $28,13 \pm 6,73$ bulundu, kaygı düzeyleri ile cerrahi deneyim arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmedi ($t=0,634$ $p=0,527$) (Tablo 6).

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 $101,0 \pm 15,81$ bulundu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($t=-0,044$ $p=0,965$) (Tablo 6). Hastaların ameliyata özgü kaygı puan ortalamaları olumsuz cerrahi deneyimi olan hastalar için $26,82 \pm 7,67$ ve olumsuz cerrahi deneyimi olmayan hastalar için $28,65 \pm 7,02$ bulundu, aralarındaki farkın istatistiksel bir anlamlılık oluşturmadığı belirlendi ($t=-0,830$ $p=0,408$) (Tablo 6).

Hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamasının ameliyat öncesi eğitim alanlarda $108,1 \pm 15,96$ eğitim almayanlarda $95,43 \pm 12,82$ olduğu belirlendi ve ameliyat öncesinde eğitim alan hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptandı. ($t=5,408$ $p=0,000$) (Tablo 6). Ameliyat öncesi eğitim alan hastaların ameliyata özgü kaygı düzeyi puan ortalaması $27,70 \pm 5,83$ bulunurken eğitim almayanlar için $29,17 \pm 7,86$ bulundu ve aralarındaki farkın istatistiksel anlamlılık taşımadığı saptandı ($t=-1,314$ $p=0,191$) (Tablo 6).

Hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamaları ameliyattan sonra hastaların kabul edildiği bölüme göre incelendiğinde Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesine kabul edilen hastaların puan ortalamasının $96,41 \pm 13,79$, Genel Cerrahi Servisine kabul edilen hastaların puan ortalamasının $103,6 \pm 15,99$ olduğu belirlendi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Genel Cerrahi Servisine kabul edilen hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamalarının anlamlı ölçüde yüksek düzeyde olduğu belirlendi

($t=-2,780$ $p=0,006$) (Tablo 6). Hastaların ameliyata özgü kaygı puan ortalamaları ameliyattan sonra kabul edildiği bölüme göre incelendiğinde, Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesine kabul edilen hastaların puan ortalamasının $32,35\pm6,53$, Genel Cerrahi Servisine kabul edilen hastaların puan ortalamasının da $26,36\pm6,42$ olduğu bulundu ve cerrahi yoğun bakım ünitesine götürülen hastaların ameliyata özgü kaygı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($t=5,448$ $p=0,000$) (Tablo 6).

Kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalaması hastalara koyulan tanımlara göre incelendiğinde, mide ameliyatı geçirenler için $97,08\pm15,38$, kolon ameliyatı geçirenler için $105,2\pm16,85$, rektum ameliyatı geçirenler için $103,6\pm12,96$ ve diğer ameliyatları geçirenler için $101,0\pm15,58$ belirlendi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($F=1,274$ $p=0,215$) (Tablo 6). Ameliyata özgü kaygı düzeyi puan ortalaması mide ameliyatı geçirenler için $30,04\pm 8,12$, kolon ameliyatı geçirenler için $31,23\pm 7,17$, rektum ameliyatı geçirenler için $29,06\pm 5,61$ ve diğer ameliyatları geçirenler için $28,52\pm7,06$ olarak belirlendi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($F=1,269$ $p=0,219$) (Tablo 6).

Tablo 7. Hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakım skalasındaki önermelere verdikleri yanıtlar

ÖNERMELER	Ortalama	St. Sapma
1- Ameliyathanede tedavim süresince, yeterli ağrı kesici aldım ve ağrı hissetmedim	3,57	1,29
2- Ameliyattan sonra ayılma odasında kaldığım sürece yeterli ağrı kesici verildi ve ağrı hissetmedim.	1,95	1,73
3- Hiçbir ağrı hissetmeden, nazikçe kaldırıldım ve taşındım.	3,64	1,22
4- Ameliyat masasında rahat bir cerrahi pozisyon verildi (Destekler vücudumun hiçbir bölgesine baskı yapmadı ve vücudumda herhangi bir uyuşukluk olmadı)	3,55	1,23
5- Ameliyathanede üşümedim (Gerektiğinde ısıtıcı araçlarla ısıtıldım).	2,53	1,22
6- Ameliyattan sonra ayılma odasında üşümedim.	1,47	1,41
7- Anestezimin (genel veya bölgesel anestezi) iyi yapıldığını düşünüyorum	3,98	0,55
8- Ameliyatımın / tedavimin çok iyi uygulandığını düşünüyorum.	3,44	0,82
9- Ameliyathanedeki personel görevini iyi yapıyordu.	4,11	0,49
10- Ameliyathanedeki personel görevlerini yerine getirirken çok dikkatli ve titizdi.	3,63	1,09
11- Ameliyathanede bana yapılanlarla ilgili sürekli bilgi aldım. (Hiçbir tıbbi ifade kullanılmadan).	2,87	1,16
12- Ayılma odasında/yoğun bakımda bana yapılan uygulamalarla ilgili sürekli bilgi aldım.	2,37	1,51
13- Ameliyathanedeki hemşireler bana yapılan uygulamalar ve bunların neden yapıldığı konusunda yeterli bilgi verdiler.	3,01	1,18
14- Cerrah ameliyatımla ilgili konularda bana yeterli bilgi verdi.	2,83	1,18
15- Anestezi hekimi genel veya bölgesel anestezi ile ilgili konularda yeterli bilgi verdi.	2,77	1,12
16- Ameliyathanede ne düşündüğümü ve istediğimi söyleyerek tedavimi yönlendirebildim.	2,63	1,10

ÖNERMELERİN DEVAMI	Ortalama	St. Sapma
17- İsteddiğimde müzik dinleyebildim.	2,45	1,35
18- Ameliyathanedeki personel bana cesaret verdi ve ruhsal olarak destekledi.	3,91	0,76
19- Ameliyathanede heyecanlandığımda, ameliyathanedeki personel benimle konuşarak veya sakinleştirici vererek beni sakinleştirdi.	4,13	0,77
20- Ameliyathanede bana saygılı ve düşünceli biçimde davranıldı.	4,00	0,72
21- Ameliyathanede rahatsız olacak veya utanacak durumlara düşürülmedim.	3,73	0,95
22- Ameliyathanede bakımımın ve tedavimin kişiye özel olduğunu hissettim (Montaj fabrikasındaymış gibi yapıldığını hissetmedim).	3,34	0,95
23- Ameliyathanedeki personel bana arkadaşça davrandı.	3,93	0,68
24- Ameliyathanedeki personel, birbirleri ile uyumlu çalıştılar.	3,70	0,93
25- Ameliyathanedeki personel espriliydi.	3,26	0,95
26- Ameliyathanedeki personel kibardı ve davranışları memnuniyet vericiydi.	3,93	0,64
27- Ameliyathanedeki personel bana yeterince zaman ayırdı.	3,49	0,98
28- Ameliyathane ortamı, telaşsız ve huzurluydu.	2,49	1,08
29- Ayılma odası/yoğun bakım, ameliyattan sonra kendine gelmek için sakin bir ortamdı.	1,60	1,61
30- Ameliyathanede kendimi güvende hissettim.	3,43	0,99
31- Ameliyathaneye alınmak için (serviste veya acil serviste) gereğinden fazla beklemek zorunda kaldığımı hissetmedim.	2,81	1,18
32- Ayılma odasından kliniğe çok erken nakil edildiğimi hissetmedim.	2,49	1,95
Perioperatif hemşirelik bakım kalitesi puan ortalaması	101	15,5

Tablo 7’de hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakım skalasındaki önermelere verdikleri yanıtların ortalama puan dağılımı incelendi. Kaliteli perioperatif hemşirelik bakımının toplam puan ortalaması $101\pm 15,5$ olarak belirlendi. Hastalar ölçekteki önermelerden **‘Ameliyathanede heyecanlandığımda, ameliyathanedeki personel benimle konuşarak veya sakinleştirici vererek beni sakinleştirdi’** önermesine $4,13\pm 0,77$ puan ortalaması ile en yüksek puanı verdiler, buna karşılık en düşük puan ortalamasının $1,47\pm 1,41$ olup **‘Ameliyattan sonra ayılma odasında üşümedim’** önermesine ait olduğu belirlendi (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların ameliyata özgü kaygı ölçeğindeki önermelere verdikleri yanıtlar

ÖNERMELER	Ortalama	St. Sapma
1. Ölüm düşüncesi sık sık aklıma geliyor.	2,81	1,41
2. Bana bir şey olursa ailemin ve çocuklarımın ortada kalacağını düşünüyorum.	2,95	1,42
3. Ameliyat için bayıldıktan sonra uyanamamaktan korkuyorum.	2,95	1,28
4. Ameliyat sırasında kanama ya da başka bir sorun yüzünden öleceğimi düşünüyorum.	2,69	1,16
5. Ameliyat sonrası yara yerimin iltihap kapması ya da başka bir sorun çıkarak tamamen iyileşemeyeceğimi düşünüyorum.	3,08	1,03
6. Ameliyat sonrasında yürüyememekten ya da eskisi gibi tüm ihtiyaçlarımı kendim karşılayamamaktan korkuyorum.	2,89	1,20
7. Ameliyat sonrası çok ağrı çekeceğimi düşünüyorum.	3,54	0,95
8. Ameliyat sonrası tüm ağrı ve sorunlardan kurtulacağımı düşünüyorum.	3,19	0,95
9. Sakat kalmaktan korkuyorum.	2,25	1,04
10. Ameliyat esnasında ağrı çekeceğimi düşünüyorum.	2,17	0,96
Ameliyata özgü kaygı puan ortalaması	28,5	7,06

Tablo 8’da Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği’ndeki önermelere verilen yanıtların ortalama puan dağılımı incelendi. Ameliyata özgü kaygı toplam puan ortalaması $28,5 \pm 7,06$ olduğu belirlendi. En yüksek kaygı puan ortalamasının $3,54 \pm 0,95$ olup ‘**Ameliyat sonrası çok ağrı çekeceğimi düşünüyorum**’ önermesine, buna karşılık en düşük kaygı puan ortalamasının da $2,17 \pm 0,96$ olup ‘**Ameliyat esnasında ağrı çekeceğimi düşünüyorum**’ önermesine ait olduğu saptandı (Tablo 8).

TARTIŞMA

Bu çalışmada batın ameliyatı olan hastaların ameliyathanede aldıkları hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlandı. Bu amaçla yapılan çalışmada elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar çerçevesinde tartışıldı.

- Hastaların kişisel özellikleri,
- Hastaların hastalığa özgü özellikleri,
- Kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ve hastaların ameliyata özgü kaygı düzeyleri,
- Kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı düzeyi ilişkisi,
- Hastaların kişisel özelliklerinin kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı düzeyine etkisi,
- Hastaların hastalığa özgü özelliklerinin kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı düzeyine etkisi,
- Hastaların kişisel özelliklerinin ameliyata özgü kaygı düzeylerine etkisi,
- Hastaların hastalığa özgü özelliklerinin ameliyata özgü kaygı düzeylerine etkisi,
- Hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakım skalasındaki önermelere verdikleri yanıtların incelenmesi,
- Hastaların ameliyata özgü kaygı ölçeğindeki önermelere verdikleri yanıtların incelenmesi.

HASTALARIN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya 15.10.2010 ile 15.06.2011 tarihleri arasında batın ameliyatı geçiren 150 hasta katıldı. Hastalar 22 ile 84 yaş aralığında olup yaş ortalamaları 58.11 ± 14.97 olarak bulundu (Tablo 1). Çetinkaya ve Karabulut (103) batın ameliyatı olacak yetişkinlere verilecek eğitimin kaygı ve ağrı düzeylerine etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada hastaların yaş ortalamasını kontrol grubu için 45.60 ± 11.08 , deney grubu için de 43.80 ± 14.30 olarak bulmuşlardır. Yılmaz (88) üst batın ameliyatı olacak hastalarla yaptığı çalışmada deney grubundaki hastaların yaş ortalamasını 54.10, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasını ise 57.70 olarak bulmuştur. Sonuçlar batın ameliyatı uygulanan diğer hastalar ile yapılan çalışmalardaki hastaların yaş ortalamaları ile benzer bulundu.

Çalışmaya katılan hastaların %62.7'si (n=94) erkektir (Tablo 1). Özbayır ve ark. (31) cerrahi hastalarının perioperatif döneme ilişkin izlenimlerini değerlendirdikleri çalışmada hastaları %57,28'inin erkek olduğunu bulmuşlardır. Topçu (111) üst abdominal cerrahi girişim geçirmiş hastalarla yaptığı çalışmada hastaların % 51,7'sinin erkek olduğunu saptamıştır. Sonuçlar batın ameliyatı geçiren hastalar arasında erkek hastaların daha fazla yer aldığını göstermektedir. Batın ameliyatlarının kanser tanısı ile yapılmasının yaygın olması, sigara ve alkol kullanımının erkeklerde daha çok olması gibi nedenlerin sonucu etkilediği düşünülmektedir (112).

Hastaların eğitim durumu incelendiğinde %80'inin (n=120) ilk-orta öğretim mezunu olduğu bulundu (Tablo 1). Çetinkaya ve Karabulut (103) batın ameliyatı olacak yetişkinlerle yaptıkları çalışmada kontrol grubunun %50'sini, deney grubunun ise %73,3'ünü ilk-orta öğretim mezunu olduğunu bulmuşlardır. Topçu (111) batın cerrahisi geçiren hastalarla yaptığı çalışmada %63,3'ünün ilk-orta öğretim mezunu olduğunu bulmuştur. Hastaların eğitim durumlarının düşük olan gruplarda yoğunlaşmasının ülkemizdeki genel eğitim düzeyinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların % 76'sının (n=114) evli olduğu bulundu (Tablo 1). Yardakçı ve Akyolcu (27) hastaların ameliyat ve ziyarete ilişkin deneyim ve görüşlerini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada hastaların %81'inin evli olduğunu bulmuşlardır. Çalışmada yer alan hastaların orta yaş grubunda olmasının, evli oranını etkilediği düşünülmektedir.

Hastaların çalışma gruplarına göre incelenmesi sonucu %57,3'ünün (n=86) memur, işçi ya da emekli grubu dışında olduğu belirlendi (Tablo 1). Ev hanımı olanların, düzenli aylık geliri bulunmayanların, serbest meslek çalışanlarının bu gruplara dahil edilmemesi gibi nedenlerle, hastaların çalışma durumlarının etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların sosyal güvence durumlarına bakıldığında %80,7'sinin (n=121) sosyal güvencesinin olduğu bulundu (Tablo 1). Bölükbaş ve Türköz (96) hastanede yatan hastaların hemşirelerden beklentilerini belirlemek için yaptıkları çalışmada hastaların %82,5'inin sosyal güvencesi olduğunu belirlemişlerdir. Tekin (10) ortopedik cerrahi girişim geçiren hastalarla yaptığı çalışmada hastaların % 94,2'sinin sosyal güvencesinin olduğunu saptamıştır. Cerrahi girişimler yüksek maliyetli uygulamalardır ve üniversite hastanelerinde daha çok sosyal güvencesi olan hastaların tedavi görmesi yaygın bir uygulamadır.

HASTALARIN HASTALIĞA ÖZGÜ ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya katılan hastaların cerrahi deneyim durumları incelendiğinde %53,3'ünün (n=80) daha önce de cerrahi girişim geçirdiği belirlendi (Tablo 2). Yardakçı ve Akyolcu (27) ameliyatı bekleyen hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların %68'inin daha önce hastane deneyimi olduğunu bulmuşlardır. Özbayır ve ark. (31) hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada hastaların %28,16'sının daha önce ameliyat deneyimi olduğunu saptamışlardır. Topçu (111) üst batın ameliyatı geçiren hastalarla yaptığı çalışmasında ise hastaların % 33,3'ünün cerrahi girişim deneyimlediğini bulmuştur. Bölükbaş ve Türköz (96) yatan hastaların hemşirelerden beklentilerini belirlemek için yaptıkları çalışmada hastaların %46,2'sinin cerrahi deneyimi olduğunu belirlemişlerdir. Cerrahi deneyimler ile ilgili bu farklılığın hastaların tıbbi tanı ve sağlık öykülerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %7,3'ünün (n=11) olumsuz bir cerrahi deneyimi olduğu belirlendi (Tablo 2). Kayhan (68) cerrahi hastalarında preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisini incelediği çalışmasında cerrahi hastalarının %16,7'sinde komplikasyon görüldüğünü belirlemiştir. Cerrahi girişim geçiren hastaların komplikasyonla karşılaşma oranlarının aldıkları bakıma oranla değişebileceği düşünülmektedir.

Hastaların %56'sı (n=84) ameliyat öncesi eğitim almamıştır (Tablo 2). Ayoğlu (113) ameliyat öncesi ve sırası bilgi vermenin hasta üzerine etkileri ile ilgili yaptığı çalışmasında kontrol grubu için hastaların %22'sine, deney grubu için ise %48'ine çalışma için müdahale edilmeden önce bilgi verilmediğini saptamıştır. Özbayır ve ark. (31) çalışmalarında hastaların %54,37'sine herhangi bir açıklama yapılmadığını bulmuşlardır. Sonuçlar cerrahi girişim öncesi eğitim almayan hasta oranının yüksek olduğunu gösterdi.

Hastaların %64'ünün (n=96) ameliyat sonrası cerrahi servisine teslim edildiği belirlendi (Tablo 2). Özbayır ve ark. (31) çalışmalarında hastaların ameliyat sonrası %16,51'inin cerrahi servisine kabul edildiğini bulmuşlardır. Örneklem grubunu oluşturan hastaların yoğun bakım kriterlerini taşımamalarının ve yüksek risk taşıyan cerrahi girişim geçirmemelerinin yoğun bakıma gitme oranını etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %57,3'ünün kanser tanısı dışındaki nedenler ile cerrahi girişim geçirdikleri belirlendi (Tablo 2). Yılmaz (88) üst batin ameliyatı geçiren hastalarla yaptığı çalışmasında kontrol grubu için hastaların %73'ünün, deney grubu için %74'ünün kanser tanısı dışındaki nedenlerle cerrahi girişim geçirdiklerini bulmuştur. Yardım ve Mollahaliloğlu (112) Türkiye'de kanser durumunu belirlemek için yaptıkları çalışmada ulusal düzeyde kanser hastalık yükünü %6,8 ile altıncı sırada yer aldığını belirlemişlerdir. Çalışmaların sonuçları, araştırmada yer alan en yoğun grubun kanser tanısı dışındaki hastalar olması açısından birbirini desteklemektedir.

KALİTELİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK BAKIMI VE HASTALARIN AMELİYATA ÖZGÜ KAYGI DÜZEYLERİ

Çalışmada kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalaması $101 \pm 15,5$ olarak bulunmuştur (Tablo 3). Rehnström ve ark. (30) kaliteli perioperatif hemşirelik bakım skalası için Finlandiya'da yaptıkları geçerlik güvenilirlik çalışmasında, kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamasını $102,5 \pm 33$ olarak bulmuşlardır. Dönmez ve Özbayır (26) ülkemizde yapmış oldukları çalışmada kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamasını $128,2 \pm 1,27$ olarak bulmuşlardır. Leinonen ve ark. (14) perioperatif bakım kalitesini belirlemek için beş ayrı hastanenin ameliyathanesini baz alarak yaptıkları çalışmada skalayı 1-5 puan arasında değerlendirmiş ve her bir hastane için puan ortalamasını '4,45', '4,64', '4,58', '4,62' ve '4,54' olarak bulmuşlardır. Çalışmada da diğer çalışmalarda olduğu gibi kaliteli perioperatif

hemşirelik bakımı puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Sonuçlar cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyathanede aldıkları hemşirelik bakım kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışmada hastaların ameliyata özgü kaygı puan ortalaması $28,5 \pm 7,06$ olarak bulundu (Tablo 3). Yılmaz ve ark. (13) cerrahi hastalarının kaygı düzeyleri ile ilgili çalışmalarında hastaların kaygı puan ortalamasını $31,91 \pm 6,30$ olarak bulmuşlardır. Dirik (41) çalışmasında hastaların ameliyata özgü kaygı düzeylerini $36,50 \pm 17,55$ olarak bulmuştur. Oflaz ve Vural (105) yatan hastaların kaygı düzeyleri ile ilişkili faktörler üzerine yaptıkları çalışmada ise cerrahi kliniklerde yatan hastaların kaygı düzeylerini diğer kliniklerde yatan hastalardan daha yüksek olduğunu ($p=0,005$), cerrahi klinik içerisinde de ameliyata odaklanıldığında hastaların kaygı düzeylerinin, tetkik ya da tıbbi tedavi amaçlı yatan hastalardan daha yüksek olduğunu saptamışlardır ($p=0,011$). Gürsoy (107) ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeylerini ve nedenlerini belirlemek için yaptığı çalışmada hastaların orta düzeyde kaygı yaşadıklarını belirlemiştir ($p<0,05$). Sonuçlar cerrahi hastalarının ameliyata özgü yaşadıkları kaygı düzeyinin biraz yüksek olduğunu göstermektedir.

KALİTELİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK BAKIMI VE AMELİYATA ÖZGÜ KAYGI DÜZEYİ İLİŞKİSİ

Kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ile hastaların ameliyata özgü kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($r=-0,140$, $p=0,087$) (Tablo 4). Kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ile ameliyata özgü kaygı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma yoktur. Ancak kaliteli perioperatif hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde hasta memnuniyeti önemli bir gösterge kabul edildiğinden sonuçlar hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmalar üzerinden tartışılmıştır (43,79,89). Turhan (15) elektif cerrahi operasyon planlanan hastaların kaygı ve memnuniyetleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yaptığı çalışmada hastaların kaygı düzeyleri ile memnuniyet puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki saptamıştır ($r=-0,57$, $p<0,001$). Özbayır ve ark. (31) hastaların perioperatif izlenimlerini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada hastaların %17'sinin ameliyathanede aldıkları hizmetten çok memnun olduklarını belirlemişlerdir. Dursun ve Çerçi (100) hasta tatmini üzerinde, algılanan hizmet kalitesinin etkilerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada aralarında pozitif yönde ilişki belirlemişlerdir ($r=0,735$ $p<0,001$). Kaliteli perioperatif hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde hasta

memnuniyeti önemli bir gösterge kabul edildiğinden, hastanın algıladığı bakım kalitesinin, hastanın kaygı ve memnuniyet düzeyine etki ettiği kabul edilebilir. Ancak çalışmada kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ile ameliyata özgü kaygı düzeyi arasında ilişki belirlenmemiştir.

HASTALARIN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNİN KALİTELİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK BAKIMI DÜZEYİNE ETKİSİ

Hastaların kişisel özelliklerinin algıladıkları kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyine etkisi incelendiğinde; hastaların yaşları ile kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=-0,134$ $p=0,103$) (Tablo 5). Bölükbaş ve Türköz (96) yatan hastaların hemşirelerden beklentilerini belirlemek için yaptıkları çalışmada, hastaların yaşları ile hemşirelik bakımını yeterli bulup bulmamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamışlardır ($p>0,05$). Algier ve ark. (9) hasta ve hemşirelerin hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları arasındaki farkı belirlemek için yaptıkları çalışmada hastaların yaşları ile algılamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamışlardır ($p>0,05$). Sonuçlar algılanan kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı düzeyinin yaşla ilgili değişmeyeceğini düşündürmektedir.

Çalışmada kadın hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalaması erkeklerden daha yüksek ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($t=-0,488$ $p=0,627$) (Tablo 5). Bölükbaş ve Türköz (96) yatan hastaların hemşirelerden beklentilerini belirlemek için yaptıkları çalışmada hastaların cinsiyetleri ile hemşirelik bakımını yeterli bulup bulmamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamışlardır ($p>0,05$). Kaliteli perioperatif hemşirelik bakımının cinsiyete göre algılanma düzeyinde farklılık olduğunu gösteren çalışmalar olmasına karşın, bunun örnekleme oluşturan kadın ve erkek sayıları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların eğitim durumlarına göre kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamaları incelendiğinde, aralarında anlamlı fark bulunmamıştır (KW=1,795 $p=0,616$) (Tablo 5). Bölükbaş ve Türköz (96) çalışmalarında hastaların eğitim düzeyleri ile hemşirelik bakımını yeterli bulmaları arasında anlamlı fark bulunmuşlar ve hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe hemşirelik bakımının yeterliliğinin daha düşük algılandığını belirlemişlerdir ($\chi^2=30,524$ $p<0,05$). Çalışmaların sonuçları birbirinden farklıdır. Literatürde

hastaların eğitim düzeylerinin algıladıkları kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı düzeyine etkisinin olduğu belirtilmektedir (9,19,96).

Hastaların medeni durumlarının kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamalarına istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve evli hastaların puan ortalamalarının bekar hastalardan daha fazla olduğu belirlendi ($t=2,742$ $p=0,007$) (Tablo 5). Hastaların medeni durumları ile algıladıkları kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma yoktur ancak eş desteğinin hastaların iyilik hali ve algılama düzeylerini olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmada yer alan hastaların mesleklerinin ve sosyal güvence durumlarının kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı düzeyini algılamalarına etkisi değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (meslek $F=0,699$ $p=0,554$, sosyal güvence $t=0,758$ $p=0,449$) (Tablo 5). Devebakan ve Yağcı (45) çalışmalarında hastaların farklı sosyal güvenceye sahip olmaları açısından sunulan hizmetlere yönelik kalite algıları arasında anlamlı fark belirlemedişlerdir ($p>0,05$). Sonuçlar hastaların çalışma ve sosyal güvence durumlarının, kaliteli perioperatif hemşirelik bakımının düzeyini algılamalarında anlamlı farklılığa neden olmayacağını düşündürmüştür.

HASTALARIN HASTALIĞA ÖZGÜ ÖZELLİKLERİNİN KALİTELİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK BAKIMI DÜZEYİNE ETKİSİ

Çalışmaya katılan hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakım puan ortalamaları cerrahi deneyim durumlarına göre değerlendirildiğinde cerrahi deneyimi olanlarla olmayanların aralarında anlamlı fark bulunmadı ($t=0,634$ $p=0,527$) (Tablo 6). Hastaların olumsuz bir cerrahi deneyimlerinin olup olmamasının da perioperatif hemşirelik bakım kalitesi puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemediği belirlenmiştir ($t=-0,830$ $p=0,408$) (Tablo 6). Leinonen ve ark. (14) perioperatif hemşirelik bakım kalitesini hastalar açısından değerlendirdikleri çalışmalarında hastaların %18'inin daha önce cerrahi girişim geçirmediğini saptamışlardır. Cerrahi girişim geçirmenin algılanan kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi üzerine etkisi olmadığı söylenebilir.

Çalışmada hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamasının ameliyat öncesi eğitim alanlarla almayanlar arasında anlamlı fark gösterdiği ve eğitim alan

hastaların algıladıkları kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı ($t=5,408$ $p=0,000$) (Tablo 6). Zerenler ve Öğüt (114) sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesini etkileyen unsurları belirlemek için yaptıkları çalışmada hemşirelerin hastalara bilgi vermelerinin hemşirelik bakımından algılanan kalite düzeyine anlamlı etkisi olduğunu bulmuşlardır ($\chi^2=495,252$ $p<,001$). Tatarlı (115) çalışmasında hastaların %5,25'inin aldıkları hizmetin kalitesini etkileyen özellikler arasında, hemşirelerin bilgi vermesinin önemli görüldüğünü belirlemiştir. Sonuçlar kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı düzeyini artırmak için hastalara ameliyat öncesi eğitim verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamaları ameliyattan sonra hastaların kabul edildiği bölüme göre incelendiğinde, genel cerrahi servisine kabul edilen hastaların puan ortalamalarının cerrahi yoğun bakım ünitesine kabul edilenlerden istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek belirlendi ($t=-2,780$ $p=0,006$) (Tablo 6). Eroğlu ve ark. (116) yoğun bakım ünitesinde hasta bakım kalitesini geliştirmek için yaptıkları çalışmada hastaların %13,15'inin hemşirelik bakımının kalite düzeyinden kesinlikle memnun olmadıklarını saptamışlardır. Sonuçlar yoğun bakım ünitesinde kaliteli hemşirelik bakım düzeyinin düşük olduğunu düşündürdü.

Çalışmada hastalar tanılarına göre incelendiğinde kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($F=1,274$ $p=0,215$) (Tablo 6). Sonucu örneklem grubundaki tanıların çeşitliliğinin etkilediği düşünülmektedir.

HASTALARIN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNİN AMELİYATA ÖZGÜ KAYGI DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Çalışmada hastaların yaşları ile ameliyata özgü kaygı düzeyleri arasında pozitif yönlü ilişki belirlendi ($r=0,470$ $p<0,001$) (Tablo 5). Bahar ve Taşdemir (93) çalışmalarında hastaların yaş grupları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır, bu çalışmaya göre hastaların yaşı ilerledikçe kaygı düzeyleri artmaktadır ($p<0,05$). Aykent ve ark. (3) çalışmalarında hastaların yaşları ile endişe düzeyleri arasında pozitif yönlü ilişki bulmuşlardır ($p<0,001$). Turhan (15) elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların yaşlarının kaygı düzeyleri üzerine etkisinin olmadığını saptamıştır ($p>0,05$). Çalışmaların sonuçları farklılık gösterse de genel olarak hastaların yaşları arttıkça kaygı düzeylerinin yükseldiği görülmektedir.

Çalışmada hastaların cinsiyetlerinin ameliyata özgü kaygı düzeylerine etkisi incelendiğinde anlamlı fark olmadığı saptandı ($t=1,760$ $p=0,082$) (Tablo 5). Yapılan diğer çalışmalarda, çalışma bulgumuzun aksine kadın hastaların kaygı düzeylerinin fazla olduğunu gösteren sonuçlar vardır. Dirik (41) çalışmasında hastaların ameliyata özgü kaygı düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiğini ve kadınların kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır ($p<0,05$). Kayahan ve Sertbaş (117) çalışmasında hastaların cinsiyetleri ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark belirlemişler ve kadın hastaların daha yüksek düzeyde kaygı yaşadığını saptamışlardır ($t=2,33$ $p<0,05$). Okanlı ve ark. (39) cerrahi kliniklerde yatan hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların kaygı düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı fark belirlemişler ve kadınların erkeklerden daha fazla kaygı yaşadıklarını saptamışlardır ($t=5,44$ $p<0,001$). Aykent ve ark. (3) preoperatif kaygı nedenlerini belirlemek için yaptıkları çalışmada kadın hastaların erkek hastalara göre daha fazla kaygı yaşadıklarını belirlemişlerdir ($p<0,001$). Çalışmada erkek hasta sayısının çoğunlukta olmasının sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların eğitim durumlarına göre ameliyata özgü kaygı düzeyleri incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve eğitim düzeyi yüksek olan hastaların ameliyata özgü kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlendi. ($KW=11,72$ $p=0,008$) (Tablo 5). Oflaz ve Vural (105) hastanede yatan hastalarla yaptığı çalışmasında eğitim durumu yüksek olan hastaların kaygı düzeyinin daha düşük olduğunu saptamışlardır ($\chi^2=7,918$ $p=0,019$). Bahar ve ark. (93) dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların kaygı ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında eğitim düzeyleri yüksek olan hastaların kaygı düzeylerinin daha az olduğunu saptamışlardır ($KW=8,6$ $p<0,05$). Kayahan ve Sertbaş (117) dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların kaygı düzeyleri ile ilgili çalışmalarında eğitim durumu düşük olan hastaların daha yüksek düzeyde kaygı yaşadığını belirlemişlerdir ($t=20,83$ $p<0,05$). Okanlı ve ark. (39) cerrahi kliniklerde yatan hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların eğitim düzeylerine göre kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark belirlemişler ve eğitim düzeyi yüksek olan hastaların kaygı düzeylerinin daha düşük olduğunu bulmuşlardır ($KW=11,751$ $p<0,05$). Aykent ve ark. (3) perioperatif kaygı nedenlerini değerlendirdikleri çalışmalarında hastaların eğitim düzeyleri arttıkça kaygı düzeylerinin azaldığını belirlemişlerdir ($p<0,05$). Sonuçlar eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha az kaygı yaşadığını göstermiştir.

Çalışmada hastaların ameliyata özgü kaygı düzeylerinin medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık oluşturmadığı bulundu ($t=-1,061$ $p=0,295$) (Tablo 5). Okanlı ve ark. (39) cerrahi kliniklerde yatan hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların medeni durumlarına göre kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığını saptamışlardır (KW=2,551 $p>0,05$). Sonuçlar hastaların medeni durumlarının kaygı düzeylerine etki etmediğini göstermektedir.

Çalışmada hastaların kaygı düzeylerinin meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği ve emeklilerin daha yüksek düzeyde kaygı yaşadığı bulundu ($F=2,927$ $p=0,036$) (Tablo 5). Okanlı ve ark. (39) cerrahi kliniklerde yatan hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların kaygı düzeylerinin meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiğini ve ev hanımlarının daha fazla kaygı yaşadığını bulmuşlardır (KW=38,807 $p<0,001$). Bahar ve Taşdemir (93) çalışmalarında hastaların kaygı düzeylerinin meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiğini saptamışlardır (KW=25,7 $p<0,05$). Canlı ve ark. myokart enfarktüsli hastaların kaygı düzeylerini belirledikleri çalışmalarında, emekli hastaların kaygı düzeylerinin anlamlı oranda yüksek olmasının nedenleri, hastaların zorunlu maddi gereksinimlerinin ve ekonomik masrafların artması olarak göstermişlerdir (119). Sonuçlar hastaların mesleklerinin kaygı düzeylerini etkilediğini göstermektedir.

Çalışmada hastaların kaygı düzeylerinin sosyal güvence durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı bulundu ($t=-0,758$ $p=0,449$) (Tablo 5). Ayoğlu (113) çalışmasında hastaların kaygı düzeylerinin sosyal güvencesi olan ve olmayan hastalara göre anlamlı fark oluşturmadığını bulmuştur ($p>0,05$). Okanlı ve ark. (39) çalışmalarında hastaların kaygı düzeyleri ile sosyal güvenceleri için anlamlı fark bulmamışlardır ($t=0,044$ $p>0,05$). Sonuçlar hastaların sosyal güvence durumlarının kaygı düzeylerine etki etmediğini göstermektedir.

HASTALARIN HASTALIĞA ÖZGÜ ÖZELLİKLERİNİN AMELİYATA ÖZGÜ KAYGI DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Çalışmada hastaların kaygı düzeylerinin cerrahi deneyim durumlarına göre anlamlı farklılık oluşturmadığı bulundu ($t=0,634$ $p=0,527$) (Tablo 6). Ayoğlu (113) çalışmasında hastaların kaygı düzeylerinin cerrahi deneyimi olan ve olmayan hastalara göre anlamlı farklılık oluşturmadığını belirlemiştir ($p=0,414$). Aykent ve ark. (3) preoperatif kaygı nedenlerini değerlendirdikleri çalışmalarında anestezi deneyimi olan ve olmayan hastaların

kaygı düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulmamışlardır ($p>0,05$). Sonuçlar hastaların cerrahi deneyimi olup olmasının kaygı düzeyine etki etmediğini gösterdi.

Çalışmamızda hastaların kaygı düzeylerinin olumsuz cerrahi deneyimi olanlar ve olmayanlara göre anlamlı farklılık oluşturmadığı belirlendi ($t=-0,830$ $p=0,408$) (Tablo 6). Kayhan (68) cerrahi hastaları ile yaptığı çalışmada olumsuz deneyimi olan hastalar ile olmayanların kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark olduğunu bulmuştur ($p<0,05$). Çalışma sonuçlarının birbirini desteklememesinin, örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada ameliyat öncesi eğitim alan hastaların kaygı düzeyi ile eğitim almayanların kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($t=-1,314$ $p=0,191$) (Tablo 6). Bahar ve Taşdemir (93) çalışmalarında bilgi alan ve almayan hastaların kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığını belirlemişlerdir ($t=0,11$ $p>0,05$). Ancak Gürsoy (107) çalışmada ameliyat öncesi bilgi alan ve almayan hastaların kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark saptamıştır ($F=4,16$ $p<0,05$). Özbayır ve ark. (31) çalışmalarında hastaların %69'una ameliyatına ilişkin bilgi verilirken, %46'sına ameliyathanedeki işlemler hakkında bilgi verildiğini saptamışlardır. Karayurt (57) ameliyat öncesi farklı eğitim uygulanan gruplarla yaptığı çalışmada hastalara verilen eğitimin kaygı düzeylerini azalttığını belirlemiştir ($F=23,57$ $p<0,0001$). Çalışmayla farklılık gösteren sonuçlar olmakla birlikte hastalara verilecek eğitimin, hastaların ameliyata özgü yaşadıkları kaygıyı azaltmada önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların kaygı düzeylerinde ameliyattan sonra kabul edildikleri bölümlere göre anlamlı farklılık bulundu ve ameliyattan sonra cerrahi yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi ($t=5,448$ $p=0,000$) (Tablo 6). Özer (118) çalışmada deney ve kontrol grubundaki hastaların cerrahi sonrası yoğun bakımda kaygı düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğunu bulmuştur ($t=4,31$, $p=0,000$), aynı çalışmada yoğun bakımdan çıkarılan hastaların kaygı düzeylerinin anlamlı oranda azaldığı belirtilmiştir ($t=5,948$, $p=0,001$). Turhan (15) elektif cerrahi planlanan hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların %26'sının ameliyat öncesi endişeye neden olan düşünce olarak ameliyattan sonra yoğun bakımda kalmayı gösterdiğini belirlemiştir ($r=-0,27$ $p<0,001$). Sonuçlar çalışmayla uyumlu olup cerrahi sonrası yoğun bakıma kabul edilen hastaların kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Çalışmada hastaların kaygı düzeylerinin tanılarına göre anlamlı farklılık oluşturmadığı belirlendi ($F=1,269$ $p=0,219$) (Tablo 6). Ayoğlu (113) ameliyat öncesi ve sırası bilgi vermenin hastaların ve ailelerinin kaygı düzeyi üzerine etkisini değerlendirdiği çalışmasında hastaların tanılarına göre kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark belirlememiştir ($p=0,590$). Sonuçlar hastaların tanısının kaygı düzeylerini etkilemeyeceğini göstermiştir.

HASTALARIN KALİTELİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK BAKIM SKALASINDAKİ ÖNERMELERE VERDİKLERİ YANITLAR

Çalışmada hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakım skalasındaki önermelerden **‘Ameliyathanede heyecanlandığımda, ameliyathanedeki personel benimle konuşarak veya sakinleştirici vererek beni sakinleştirdi’** önermesine $4,13\pm 0,77$ puan ortalaması ile en yüksek puanı verdikleri, buna karşılık en düşük puan ortalamasının $1,47\pm 1,41$ olup **‘Ameliyattan sonra ayılma odasında üşümedim’** önermesine ait olduğu belirlendi (Tablo 7). Özbayır ve ark. (31) hastaların perioperatif izlenimlerini belirlemek için yaptıkları çalışmada hastaları %88,33’ünün ameliyathanede personelle iletişimlerinin iyi olduğunu ve hastaların %33,98’inin ameliyathanede üşüdüğünü belirlemişlerdir. Dönmez ve Özbayır (26) kaliteli perioperatif hemşirelik bakım skalasının geçerlik ve güvenilirliğini yaptıkları çalışmada en düşük puanın ‘Anestezimin iyi yapıldığını düşünüyorum’ maddesine, en yüksek puanın ise ‘Ameliyathanedeki personel bana arkadaşça davrandı’ maddesine ait olduğunu saptamışlardır. Sonuçlar hastaların ameliyathanede hemşireler ile iletişimi önemsediklerini, psikolojik destek aldıklarını ve çalışanların kendilerine davranışlarından memnun olduklarını düşündürdü.

HASTALARIN AMELİYATA ÖZGÜ KAYGI ÖLÇEĞİNDEKİ ÖNERMELERE VERDİKLERİ YANITLAR

Çalışmada hastaların ameliyata özgü kaygı ölçeğindeki önermelere verdikleri yanıtlardan en yüksek kaygı puan ortalamasının **‘Ameliyat sonrası çok ağrı çekeceğimi düşünüyorum’** ($3,54\pm 0,95$) önermesine, buna karşılık en düşük kaygı puan ortalamasının da **‘Ameliyat esnasında ağrı çekeceğimi düşünüyorum’** ($2,17\pm 0,96$) önermesine ait olduğu saptandı (Tablo 8). Turhan (15) elektif cerrahi planlanan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların ameliyat öncesi en fazla kaygı duyduğu konuların içinde ameliyat sonrası ağrı çekmenin (%16) yer aldığını belirlemiştir. Aykent ve ark. (3) hastaların preoperatif dönemde endişe nedenlerini belirlemek için yaptığı çalışmada en çok endişe duyulan nedenin erkekler

için ameliyat sonrası uyanamamak, kadınlar için ise ameliyat sonrası ağrı çekmek olduğunu belirlemiştir. Sonuçlar ağrı korkusunun hastaların kaygı düzeylerini olumsuz etkilediğini düşündürmüştür.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yapılan, batın ameliyatı geçiren hastaların ameliyathanede aldıkları hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirildiği bu çalışmada elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

Hastaların (n=150) 22 ile 84 yaş aralığında ve ortalama $58,11 \pm 14,97$ yaşta, %62,7'sinin erkek (n=94), %80'inin ilk-ortaöğretim mezunu (n=120), %76'sının evli (n=114), %42,6'sının düzenli gelirinin (n=64) ve %80,7'sinin bir sosyal güvencesinin olduğu (n=121) belirlendi.

Hastaların %53,3'ünün daha önce cerrahi girişim geçirdiği (n=80), %92,7'sinin olumsuz bir cerrahi deneyiminin olmadığı (n=139), %56'sının ameliyat öncesi eğitim almadığı (n=84) saptandı. Hastaların %64'ünün ameliyat sonrası genel cerrahi servisine kabul edildiği (n=96) ve batın ameliyatı geçiren hastaların %57'sinin kanser dışı tanılar nedeniyle ameliyat olduğu (n=86) belirlendi.

Batın ameliyatı geçiren hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı puan ortalamaları sırasıyla KPHBS= $101 \pm 15,5$, AÖKÖ= $28,5 \pm 7,06$ olarak belirlendi.

Çalışmada hastaların algıladıkları kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ile ameliyata özgü kaygı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($r=-0,140$, $p=0,087$).

Çalışmada evli, ameliyat öncesi eğitim alan ve ameliyat sonrası cerrahi servise kabul edilen hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalaması istatistiksel olarak daha fazla belirlendi ($p<0,05$). Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, sosyal güvence, geçirilmiş cerrahi girişim, olumsuz cerrahi deneyim ve tanılarının, kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$).

İleri yaşlı, okur yazar, emekli ve ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların ameliyata özgü kaygı düzeyleri istatistiksel olarak daha fazla belirlendi ($p<0,05$). Hastaların cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence, geçirilmiş cerrahi girişim, olumsuz cerrahi deneyim, ameliyat öncesi eğitim alma ve tanılarının ameliyata özgü kaygı düzeyi üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadıkları belirlendi ($p>0,05$).

Kaliteli perioperatif hemşirelik bakım skalasında en yüksek puanı ($4,13\pm 0,77$) ‘Ameliyathanede heyecanlandığımda, ameliyathanedeki personel benimle konuşarak veya sakinleştirici vererek beni sakinleştirdi’ ifadesi; en düşük puanı ise ($1,47\pm 1,41$) ‘Ameliyattan sonra ayılma odasında üşümedim’ ifadesi aldı.

Ameliyata özgü kaygı ölçeğinde en yüksek puanı ($3,54\pm 0,95$) ‘Ameliyat sonrası çok ağrı çekeceğimi düşünüyorum’ ifadesi; buna karşılık en düşük puanı ($2,17\pm 0,96$) ‘Ameliyat esnasında ağrı çekeceğimi düşünüyorum’ ifadesi aldı.

ÖNERİLER

Batın ameliyatı geçiren hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyinin ve ameliyata özgü kaygı düzeylerinin belirlendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Ameliyathanede kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyinin artırılması ve ameliyata özgü kaygının azaltılması için hemşirelik girişimlerinin planlanması,

- Evli olmayan, ameliyat öncesi eğitim verilmeyen ve ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastalarda kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyinin yükseltilmesi,

- Orta yaş üstü, eğitim düzeyi düşük ve emekli hastaların ameliyata özgü kaygı düzeylerinin azaltılması,

- Hastaların algıladıkları kaliteli perioperatif hemşirelik bakım düzeyini artırmak için ameliyathane hemşirelerinin hasta ile olan iletişime daha fazla önem vermeleri,

- Hastaların ameliyata özgü kaygı düzeylerini azaltmak için ameliyathane hemşirelerinin ağrı ve baş etme tekniklerine yönelik girişimlerde bulunmalarını önermekteyiz.

ÖZET

Bu tanımlayıcı araştırma, batın ameliyatı geçiren hastaların ameliyathanede aldıkları hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerini ve kaygı düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Çalışma 15.10.2010- 15.06.2011 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Genel Cerrahi Kliniğinde batın ameliyatı geçirmiş 150 hasta ile gerçekleştirildi. Veri toplama araçları olarak; kişisel bilgi formu, kaliteli perioperatif hemşirelik bakım skalası ve ameliyata özgü kaygı ölçeği kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizinde frekans ve ortalama, Kolmogorov-Smirnov testi, Student t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Kruskal-Wallis yöntemi kullanıldı. Hemşirelik bakımı, kaygı ve yaş sürekli değişkenleri arasında doğrusal ilişki düzeyini belirlemek amacıyla Pearson korelasyon katsayısı hesaplandı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Hastaların yaş ortalamasının $58,11 \pm 14,97$, %62,7'sinin erkek, %80'inin ilk-ortaöğretim mezunu, %76'sının evli, %57,3'ünün düzenli geliri olmayan ve %80,7'sinin bir sosyal güvencesi olduğu belirlendi.

Batın ameliyatı geçiren hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı düzeylerinin puan ortalaması sırası ile $101 \pm 15,5$ ve $28,5 \pm 7,06$ olarak belirlendi. Hastaların perioperatif hemşirelik bakımının kalite düzeyi ile ameliyata özgü kaygı düzeyleri arasında ilişki bulunmadı. Hastalardan evli olanların, ameliyat öncesi eğitim alanların ve ameliyattan sonra genel cerrahi kliniğine kabul edilenlerin kaliteli perioperatif hemşirelik

bakımı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Hastaların yaşlarının artması, eğitim düzeylerinin azalması, emekli olmaları ve ameliyattan sonra cerrahi yoğun bakım ünitesine kabul edilmelerinin ameliyata özgü kaygı düzeylerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu belirlendi.

Ameliyathane hemşireleri, kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı düzeyini artırmak ve hastaların ameliyata özgü kaygı düzeylerini azaltmak için bireysel özellikleri dikkate alan önlemler almalıdırlar.

Anahtar kelimeler: Ameliyathane, Hemşirelik, Bakım, Kalite, Kaygı

THOUGHTS ABOUT THE QUALITY OF NURSING CARE OF PATIENTS IN THE OPERATING ROOM AND THE ASSESSMENT OF ANXIETY LEVELS

SUMMARY

This descriptive research has been performed with patients who underwent an abdominal surgery to evaluate their thoughts and their anxiety about surgery have been stated.

The research has been applied on 150 patients who had an abdominal surgery in Trakya University Health Research and Application Center General Surgery Clinic between 01.09.2010- 30.06.2011. As a medium of data gathering ; personal information forms, Good Perioperative Nursing Care Scale and Anxiety Specific to Surgery Questionnaire have been used. In the statistical analysis of the data; frequency and average, Kolmogorov-Smirnov test, Student t-test, one-sided variance analysis (ANOVA) and Kruskal- Wallis have been used. Pearson correlation coefficient has been calculated In nursing care in order to define the linear relation level between the continuous variables of anxiety, nursing care and age. $p < 0,05$ value has been defined as the line of statistical meaningfulness.

It has been stated that the average age of the patients is $58,11 \pm 14,97$, 62,7% is male 80% is primary school graduate, 76% is married, 57,3% is without an annuity and 80,7% is with a social insurance. Among the patients who underwent abdominal surgery, the average score of qualified perioperative nursing care and the grade of anxiety about surgery have been stated as $101 \pm 15,5$ and $28,5 \pm 7,06$.

According to the research there is no relation between levels of the quality of perioperative nursing care and the grade of anxiety due to an operation. However it has been defined that the average score of qualified perioperative nursing care is statistically higher significantly in patients who are married, get an information before the operation and are accepted to a general surgery clinic after the operation. It has been stated that getting older, lower education, being retired, and being admitted to the Intensive Care Unit after the operation affect the levels of anxiety due to an operation.

The operation room nurses should take particular precautions considering the individual differences to increase the level of qualified periorative nursing care and decrease the grade of anxiety due to an operation.

Key words : Operation room, Nursing, Care, Quality, Anxiety.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (US). World alliance for patient safety challenge: Safe surgery saves lives. America: World Health Organization; 2008.
2. Sağlık Bakanlığı (TC).Sağlık istatistikleri yılığı 2010. Ankara: Kalikan Matbaacılık; 2011.
3. Aykent R, Kocamanoğlu S, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Perioperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi:APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J. Anest. Reanim. 2007;5:7-13.
4. Özer M. Sağlık hizmetleri kullanımı ve kalite. Hemşirelik Forumu Dergisi 2003;6(4):42-47.
5. Çınar V. Batın Ameliyatı Geçiren Hatalarda Erken Ambulasyonun Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisinin Değerlendirilmesi (tez). Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
6. Çelik S. Cerrahi bakımda bilgi güncelleme. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;2(2):61-65.
7. Leinonen T, Leino-Kilpi H. Reserch in perioperative nursing care . Journal of Clinical Nursing 2000;8:123-138.
8. Mutlu S. Kalıcı Abdominal Stomalı Hastalarda Beden İmajı Değişiminin Yaşam Kalitesine Etkisi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
9. 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.

10. Tekin F. Ortopedik Cerrahi Hastalarının Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama Ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi; 2010.
11. Kanan N, Aksoy G, Akyolcu N. Ameliyathane hemşireliğinde oryantasyon programlarının önemi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2000;3(6):8-11.
12. Aksoy G. Perioperatif hemşirenin eğitim ve oryantasyonu. 4. Ulusal Cerrahi Ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı s.119, İzmir, 2003.
13. 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.
14. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Stahlberg M.R, Lertola K. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. Journal of Advanced Nursing 2001;35(2):294-306.
15. Turhan Y. Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif Ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi; 2007.
16. Peker İ. Biyomedikal cihazlar, bakımı, kalibrasyonu, toplam kalite uygulamalarına katkısı. 2. Uluslararası Perioperatif Hemşirelik Kongre Kitabı s.86, İstanbul, 2004.
17. Turgay A.S. Ameliyat öncesi, sırası, sonrası bakım. Akça A (Editör). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2010. s.154-219.
18. Demirel N, Taşpınar A, Akış Ş, Tosun A, Atlan Ö. Manisa ilinde kamuya ait hastanelerde çalışan hemşirelerin işlevlerini algılama durumları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2001;4(4):62-65.
19. Özbayır T. Ameliyat dönemi bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Adana: Nobel Tıp Kitapevi; 2010. s.309-345.
20. Akyolcu N. Perioperatif hasta ve ailesinin eğitim gereksinimleri ve hemşirenin rolü. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı s.97, İzmir, 2003.
21. Aksoy G. Perioperatif hemşirelik eğitimi ve organizasyonu. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı s.119, İzmir, 2003.
22. Schoenfelder T, Klewer J, Kuglar J. Factor associated with patient satisfaction in surgery the role of patients' perceptions of received care, visit characteristics and demographic variables. Journal of Surgical Research 2010;164:53-59.

23. Deniz G.M. Takım çalışması teknikleri. Ankara: Academiplus Yayınları,2000:35-47.
24. Demir F, Dramalı A. Ameliyathanede ilaç hataları. Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel Ve Bildirileri Kongre Kitabı s.165, İzmir, 2005.
25. AORN (US). Perioperative Standarts. Recommended Practicas and Guidelines. America:2008.
26. 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.
27. Yardakçı R, Akyolcu N. Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2004;1:7-14.
28. Yam B, Rossiter J.C. Caring in nursing: perceptions of Hong Kong nurses. Journal of Clinical Nursing 2000;9:293-302.
29. Erdil F, Elbaş N. Ameliyatta hasta bakımı. Erdil F, Elbaş N.Ö.(Editörler) Cerrahi hastalıklar hemşireliği. Ankara: Aydoğdu Ofset; 2001. s.115-123.
30. Rehnström L, Christensson L, Leino-Kilpi H, Unosson M. Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the good nursing care scala for patient. Scand J. Caring Sci 2003;17:308-314.
31. Özbayır T, Demir F, Candan Y, Coşkun İ, Dramalı A. Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;6(1):14-23.
32. Bayraktar N, Bulut H. Ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların gereksinimleri. Hemşirelik Forumu Dergisi 2000;3(6):34-38.
33. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Stahlberg M.R, Lertola K. Comparing patient and nurses perceptions of perioperative care quality. Applied Nursing Research 2003;16(1):29-67.
34. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Jouko K. The quality of intraoperative nursing care: The patient perspective. Journal of Advenced Nursing 1996;24:843-852.
35. Rothroch J.C. Alexander's care of the patient in surgery. 14th Ed. United States of America: Elsevier;2001,s. 1-15.
36. Kutlu A.K, Çetinkaya A.Ç. Cerrahi servisinde görev yapan hemşirelerin ameliyat öncesi ve sonrası bakıma ait uygulamaları. Hemşirelik Forumu Dergisi 2004;6(1):14-23.

37. Dolgun E, Dönmez Y. Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010;3(3):10-15.
38. Kanan N. Perioperatif hemşirelerin kişisel sorumluluğu. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı s.89, İzmir, 2003.
39. 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.
40. Ulusoy M.F, Görgülü R.S. Hemşirelik esasları. Ankara: 72 TDFO Ltd. Şti, 1997:30-43.
41. 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). Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi; 2001.
42. Kocaman G. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003;2:61-69.
43. Ovayolu N, Bahar A. Hemşirelik ve kalite. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9(1):104-110.
44. Erdil F, Elbaş N.Ö, Bayraktar N, Çelik S.Ş, Ünlü H. Hasta yakınlarının ameliyat öncesi döneme ilişkin beklerken yaşadıkları duyguları ve ameliyathane bekleme salonuna ilişkin görüşleri. *Hemşirelik Forum Dergisi Ameliyathane Özel Sayısı* 2000;3(6):1-5.
45. Devebakan N, Yağcı K. Sağlık işletmelerinin algılanan hizmet kalitesi düzeyinin karşılaştırılmasında servuel yöntemi. *Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Kongre Bildiriler Kitabı* s.543, Ankara, 2005.
46. Tuhansson P, Oleni M, Fridlund B. Nurses assesment and patient perceptions: development of the night nursing care instrument, measuring nursing care at night. *International Journal of Nursing Studies* 2005;42:569-578.
47. Eastman S.M. Joint commissions on accreditation of healty care organizations announces 2007 patient safety goals. *Plastic Surgical Nursing* 2006;26(3):154-155.
48. Özbayır T. Ağrı yönetimi ve hemşirelik bakımı. *Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı* s.131, Antalya, 2002.
49. Dunne J.A, Sanders L.D. Stressful pre-operative preparation procedures. *Anesthesia (serial online)* 2007.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2044.1991.tb09913.x.html>

50. Cebeci F, Özhan N. Hemşirelerin hasta bireyin kabulüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. Modern Hastane Yönetimi Dergisi 2002;6(3):47-54.
51. Okumuş H, Gürbüz N. Hastaların hemşirelik bakım yeterliliğini değerlendirmeleri. 3. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı s.386, Sivas, 1992.
52. Akçabay M. Preoperatif değerlendirme ve premedikasyon. (serial online). 2008. <http://printfu.org/read/preoperatif-degerlendirme-ve-premedikasyon-0df8.html>.
53. Akgün S. Hasta memnuniyet değişimleri. Modern Hastane Yönetimi Dergisi 2002;6(3):12-18.
54. Eti İçli G, Kuşuoğlu S, Eti Aslan F. Sosyodemografik özelliklerin hasta memnuniyetine etkisi. Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi 2006;21(1):383-400.
55. Ögün B. Ameliyathanede Hasta Güvenliğinin İncelenmesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi; 2008.
56. Çilingir D, Bayraktar N. Günübirlilik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı.Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;3:69-81.
57. Karayurt Ö. Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeyine etkisinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;2(1):20-26.
58. Aksoy G, Yazıcı S.Y. Günübirlilik cerrahide hastanın hazırlığı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;8(2):39-46.
59. Eti Aslan F. Postoperatif ağrı. Eti Aslan F (Editör). Ağrı Doğası Ve Kontrolü. İstanbul: Avrupa Tıp Yayıncılık; 2005. s.129-145.
60. Günel M. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ve Hasta Tatmini (tez). İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2007.
61. Demire F, Karayurt Ö, Dramalı A. Hemşirelik bakımı önceliklerinin hasta ve hemşireler açısından değerlendirilmesi. Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Sektör Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı s.193, Antalya, 2002.
62. Doğulu T. Cerrahi hastada ameliyat öncesi hazırlıkta temel prensipler. Kalaycı G (Editör). Genel Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2008. s.1-23.
63. Kanan N. Ameliyathanede doğru pozisyon vermenin travma riskini azaltma üzerine etkisi. 1. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı s.199, İzmir, 1996.

64. Kardağ M, Sayın Y. Ameliyathane ve cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin ameliyat sırasında oluşan bası yaralarının önlenmesine ilişkin bilgi ve uygulamaları. Hemşirelik Forumu Dergisi 2002;5(3-4):104-112.
65. Özkan Ö. Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş Ve Çalışma Ortamı Tehlike Ve Riskleri İle Risk Algılarının Saptanması (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
66. Ellswood W.A, Iverson R.E. Patient safety in the operating room. Seminars in Plastic Surgery 2006;20(4):214-218.
67. Lipponen M.S, Tossavainen K, Trunen H, Smith A. Potential errors and then prevention in operating room team work as experienced by Finnish, British and American nurses. International Journal of Nursing Practice 2005;11:21-29.
68. Kayhan Ç. Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetinin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi (tez). Afyon: Kocatepe Üniversitesi; 2003.
69. Aslan Ö, Ünal Ç. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde ilaç uygulama hataları. Gülhane Tıp Dergisi 2005;47(3):175-178.
70. Değerli Ü. Cerrahi etik. Bozfakıoğlu Y, Değerli Ü (Editörler). Genel Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2002. s.9-12.
71. Zahar E, Noya Y, Davidson E, Kantar M, Fredman B. Perioperative patient safety: correct patient, correct surgery, correct side-a multifaceted, cross- organizationel, interventional study. Anesthesia and Analgesia 2007;150(2):443-447.
72. Pamir A, Kaya Z. Perioperatif hemşire ile cerrah iletişimi. 3. Uluslararası Perioperatif Hemşirelik Kongre Kitabı s.39, Antalya, 2006.
73. Göçmen Z. Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Program İçeriğine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.
74. Başkan S. Cerrahi alan enfeksiyonlarında risk faktörleri. Hastane Enfeksiyonları Dergisi 2000;4:233-239.
75. Güven R. Dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında hasta güvenliği kavramı. 5. Dezenfeksiyon Sterilizasyon Kongresi Kitabı s.411, Ankara, 2007.
76. Solmaz S. Ameliyathane enfeksiyonları ve önleme kuralları. 2. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı s.55, İzmir, 2001.

77. Sinanoğlu S. Alet hazırlığında sterilizasyonun yeri ve önemi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2002;5(3-4):19-22.
78. Terzi Ç. Cerrahi alan enfeksiyonu yönetimi. Yoğun Bakım Dergisi 2006;6(1):18-26.
79. Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi 2007;5(3):140-143.
80. Tuncel U, Özgenel G.Y. Elektrocerrahide ısı yaralanmaları. Ulusal Travma Dergisi 2005;11(1):76-77.
81. Yıldırım Ö. Akreditasyon ve hasta güvenliği. Sağlık Bilimleri Diyalog Dergisi 2005;2(15):34-38.
82. Alfredsdottir H, Bjornsdottir K. Nursing and patient safety in the operating room. Journal of Advanced Nursing 2007;61(1):29-37.
83. Karancı N, Dirik G. Predictors of pre-and postoperative anxiety in emergency surgery patient. Journal Psychosom Reserch 2003;55(4):363-369.
84. Westhead C. Perioperative nursing manegement of the elderly patient. Canadian Operating Room Nursing Journal 2007,25(3):34-41.
85. Şahin A. İntraoperatif Pozisyona Bağlı Komplikasyonların Belirlenmesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.
86. Sarban S, Şatana T, Işıkan U.E, Atik O.Ş. Turnikeye bağlı nöromüsküler hasarın patofizyolojisi. Journal of Arthroplasty and Arthroscopic Surgery 2003;14(4):235-240.
87. Altınbaş F. Kalça ve diz artroskopilerinde tromboembolizm. Acta Orthop Traumatol Turc. 2000;34:101-109.
88. Yılmaz E. Üst Batın Ameliyatı Olan Hastalarda Hipotermiyi Önlemek İçin Ameliyat Esnasında Isıtıcı Blanket Kullanımının Etkisinin İncelenmesi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi; 1997.
89. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü hasta memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5(2):69-74.
90. Yılmaz M. Hemşirelik bakım hizmetlerinin kalitesini geliştirme yolu olarak kanıt dayalı uygulama. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;9(1):41-48.

91. Erefe İ. Sağlık hizmetlerinde standart ve kalitenin önemi. Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı s.20,İzmir, 2005.
92. Özer M. Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kalite. Hemşirelik Forumu Dergisi 2003;6(4):42-47.
93. Bahar A, Taşdemir S. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11(2):9-17.
94. Aslantekin F, Göktaş B, Uluşen M, Erdem R. Sağlık hizmetlerinde kalite deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hastanesi örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(6):55-71.
95. Esatoğlu E.A. Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi Ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi;1997.
96. Bölükbaş N, Türköz Z. Hastanede yatan hastaların hemşirelerden beklentileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002;5(2):1-11.
97. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram Ve Kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset Ltd. Şti, 2000:194-203.
98. Mantolva I. The national database of nursing quality indicators (NDNQI). The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12(3):1-12.
99. Uzun G. Mastektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti Ve Bireysel Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisinin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2009.
100. Dursun Y, Çerçi M. Algılanan sağlık hizmeti kalitesi, algılanan değer, hasta tatmini ve davranışsal niyet ilişkisi üzerine bir araştırma. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2001;23:1-16.
101. Kostak M. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;6(2):105-115
102. Karadağ G, Uçan Ö. Hemşirelik eğitimi ve kalite. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1(3):42-51.
103. Çetinkaya F, Karabulut N. Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalarda ameliyat öncesi verilecek eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13(2):20-26.

104. Yılmaz M. Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2002;4(1):40-51.
105. Oflaz F, Vural H. Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;17(1):1-7.
106. Cimili C. Cerrahide anksiyete. Klinik Psikiyatri Dergisi 2001;4:182-186.
107. Gürsoy A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2001;1:23-30.
108. Coşkun H, Akbayrak N. Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5(2):63-68.
109. Şekerci S, Akpek E, Göktuğ A. Hasta ve yakınları ile toplumun farklı kesimlerinin anestezi ve uygulamaları konusunda bilgi ve davranışları. Anestezi Dergisi 2001;9(1):48-51.
110. Akyolcu N. Perioperatif hasta ve ailesinin eğitim gereksinimleri ve hemşirenin rolü. 4. Ulusal Cerrahi Ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı s.97, İzmir, 2005.
111. Topçu S. Üst Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Hemşireler Tarafından Öğretilen Gevşeme Tekniklerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
112. Yardım N, Mollahaliloğlu S. Türkiye’de kanser durumu ve uluslar arası göstergeler ile uyumunun değerlendirilmesi. ukdk.org/pdf/kitap/8.pdf.
113. Ayoğlu T. Ameliyat Öncesi Ve Sırası Bilgi Vermenin Hasta Ve Ailelerinin Anksiyete Düzeylerine Ve Kan Basıncı Değerlerine Etkisi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi;2003.
114. Zerenler M, Ögüt A. Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenleri araştırması: Konya örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2007;18:501-519.
115. Tatarlı N. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar Ve Sağlık Sektöründe Uygulama (tez). Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi; 2007.
116. Eroğlu F, Özmen S, Nayoner A, Aydın C. Yoğun bakımda hasta sağlık bakım kalitesini geliştirebilir miyiz. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2001;8(3):9-11.

117. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8:113-120.

118. Özer N. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinden kliniğe taşımada planlı eğitimin hastaların taşınma kaygısı üzerine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2004;1(2):28-41.

119. Canlı Z, Şenuzun F, Tokem Y. Myokart enfarktöslü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması 2009;37(8):557-562.

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımları	36
Tablo 2. Hastaların hastalığa özgü özelliklerinin dağılımları	38
Tablo 3. Kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı düzeyi	39
Tablo 4. Kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı ilişkisi	39
Tablo 5. Bireysel değişkenlerin kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı düzeyine etkisi	40
Tablo 6. Hastalığa özgü özelliklerin kaliteli perioperatif hemşirelik bakımı ve ameliyata özgü kaygı düzeylerine etkisi	43
Tablo 7. Hastaların kaliteli perioperatif hemşirelik bakım skalasındaki önermelere verdikleri yanıtlar	46
Tablo 8. Hastaların ameliyata özgü kaygı ölçeğindeki önermelere verdikleri yanıtlar	49

ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Seydişehir’de doğan Esra Çevik ilköğretimini Merkez İlköğretim okulunda, ortaokulu Mahmut Esat İlköğretim okulunda ve lise eğitimini Mahmut Esat Anadolu Lisesinde tamamlamıştır. 2004 yılında Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde başladığı eğitimini 2008 yılında tamamlamış ve hemşire unvanı almıştır. 2009 yılının Eylül ayında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneğine üye olup, 2008 Eylül ayında Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ameliyathane Bölümünde hemşire olarak görev yapmaya başlamış ve halen bu görevi sürdürmektedir.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Ek 2. Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası

Ek 3. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği

Ek 4. Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu İzni

Ek 5. T.C Tıp Fakültesi Dekanlığı Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı İzni

EK-1

KİŞİSEL BİLGİ 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.

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: a) Bayan b) Erkek

3. Eğitim Durumu:

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

4. Medeni Durumu: a) Evli b) Bekar

5. Meslek: a) İşçi b) Memur c) Emekli d) Diğer.....

6. Sosyal güvence: a) Emekli sandığı b) SSK c) Özel Sigorta d) Yok

7. Tanı:

8. Cerrahi Deneyim: a) Var b) Yok

9. Olumsuz Cerrahi Deneyim: a) Var b) Yok

10. Ameliyat Öncesi Eğitim Alma Durumu:

a) Eğitim Almış b) Eğitim Almamış

11. Ameliyattan sonra götürüldüğü bölüm:.....

EK-2

KALİTELİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK BAKIM SKALASI

Aşağıda ameliyathanedeki tedavinizle ilgili bir dizi ifade verilmiştir. Sizden istediğimiz, her bir ifadeye ne derece katıldığınızı veya katılmadığınızı belirtmenizdir. Görüşünüze en uygun seçeneği işaretleyiniz. Eğer ifade tedavinizle (size yapılanlar) ilgili değilse veya bu konuda hiç bir şey hatırlamıyorsanız lütfen son seçeneği (Bu durumu değerlendiremedim) işaretleyiniz.

	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum	Bu durumu değerlendiremedi
1- Ameliyathanede tedavim süresince, yeterli ağrı kesici aldım ve ağrı hissetmedim	5	4	3	2	1	0
2- Ameliyattan sonra ayılma odasında kaldığım sürece yeterli ağrı kesici verildi ve ağrı hissetmedim.	5	4	3	2	1	0
3- Hiçbir ağrı hissetmeden, nazıkçe kaldırıldım ve taşındım.	5	4	3	2	1	0
4- Ameliyat masasında rahat bir cerrahi pozisyon verildi (Destekler vücudumun hiçbir bölgesine baskı yapmadı ve vücudumda herhangi bir uyuşukluk olmadı)	5	4	3	2	1	0
5- Ameliyathanede üşümedim (Gerektiğinde ısıtıcı araçlarla ısıtıldım).	5	4	3	2	1	0
6- Ameliyattan sonra ayılma odasında üşümedim.	5	4	3	2	1	0
7- Anestezimin (genel veya bölgesel anestezi) iyi yapıldığını düşünüyorum	5	4	3	2	1	0
8- Ameliyatımın / tedavimin çok iyi uygulandığını düşünüyorum.	5	4	3	2	1	0
9- Ameliyathanedeki personel görevini iyi yapıyordu.	5	4	3	2	1	0
10- Ameliyathanedeki personel görevlerini yerine getirirken çok dikkatli ve titizdi.	5	4	3	2	1	0
11- Ameliyathanede bana yapılanlarla ilgili sürekli bilgi aldım. (Hiçbir tıbbi ifade kullanılmadan).	5	4	3	2	1	0
12- Ayılma odasında/yoğun bakımda bana yapılan uygulamalarla ilgili sürekli bilgi aldım.	5	4	3	2	1	0

13- Ameliyathanedeki hemşireler bana yapılan uygulamalar ve bunların neden yapıldığı konusunda yeterli bilgi verdiler.	5	4	3	2	1	0
14- Cerrah ameliyatımla ilgili konularda bana yeterli bilgi verdi.	5	4	3	2	1	0
15- Anestezi hekimi genel veya bölgesel anestezi ile ilgili konularda yeterli bilgi verdi.	5	4	3	2	1	0
16- Ameliyathanede ne düşündüğümü ve istediğimi söyleyerek tedavimi yönlendirebildim.	5	4	3	2	1	0
17- İstediğimde müzik dinleyebildim.	5	4	3	2	1	0
18- Ameliyathanedeki personel bana cesaret verdi ve ruhsal olarak destekledi.	5	4	3	2	1	0
19- Ameliyathanede heyecanlandığımda, ameliyathanedeki personel benimle konuşarak veya sakinleştirici vererek beni sakinleştirdi.	5	4	3	2	1	0
20- Ameliyathanede bana saygılı ve düşünceli biçimde davranıldı.	5	4	3	2	1	0
21- Ameliyathanede rahatsız olacak veya utanacak durumlara düşürülmedim.	5	4	3	2	1	0
22- Ameliyathanede bakımımın ve tedavimin kişiye özel olduğunu hissettim (Montaj fabrikasındaymış gibi yapıldığını hissetmedim).	5	4	3	2	1	0
23- Ameliyathanedeki personel bana arkadaşça davrandı.	5	4	3	2	1	0
24- Ameliyathanedeki personel, birbirleri ile uyumlu çalıştılar.	5	4	3	2	1	0
25- Ameliyathanedeki personel espiriliydi.	5	4	3	2	1	0
26- Ameliyathanedeki personel kibardı ve davranışları memnuniyet vericiydi.	5	4	3	2	1	0
27- Ameliyathanedeki personel bana yeterince zaman ayırdı.	5	4	3	2	1	0
28- Ameliyathane ortamı, telaşsız ve huzurluydu.	5	4	3	2	1	0
29- Ayılma odası/yoğun bakım, ameliyattan sonra kendine gelmek için sakin bir ortamdı.	5	4	3	2	1	0
30- Ameliyathanede kendimi güvende hissettim.	5	4	3	2	1	0
31- Ameliyathaneye alınmak için (serviste veya acil serviste) gereğinden fazla beklemek zorunda kaldığımı hissetmedim.	5	4	3	2	1	0
32- Ayılma odasından kliniğe çok erken nakil edildiğimi hissetmedim.	5	4	3	2	1	0

EK-3

AMELİYATA ÖZGÜ KAYGI ÖLÇEĞİ

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

- 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.	1	2	3	4	5
2. Bana bir şey olursa ailemin ve çocuklarımın ortada kalacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
3. Ameliyat için bayıldıktan sonra uyanamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
4. Ameliyat sırasında kanama ya da başka bir sorun yüzünden öleceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
5. Ameliyat sonrası yara yerimin iltihap kapması ya da başka bir sorun çıkarak tamamen iyileşemeyeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
6. Ameliyat sonrasında yürüyememekten ya da eskisi gibi tüm ihtiyaçlarımı kendim karşılayamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
7. Ameliyat sonrası çok ağrı çekeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
8. Ameliyat sonrası tüm ağrı ve sorunlardan kurtulacağımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
9. Sakat kalmaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
10. Ameliyat esnasında ağrı çekeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
 Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTFEK 2010/23				
	PROTOKOL ADI	Ameliyathanede Hemşirelik Bakım Kalitesi ve Kaygı Düzeyinin Değerlendirilmesi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız FINDIK				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal	<input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Uluslararası			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 04/ 04		Tarih: 23.08.2010			
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız FINDIK'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Lisansüstü Programı öğrencisi Esra ÇEVİK'in çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.					
DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜBADK Yönergesi					
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Cem UZUN Başkan	KBB	T.Ü.T.F KBB A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ümit N. BAŞRAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F Çocuk Cerrahisi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Raportör	Tıp Tarihi ve Deontoloji	T.Ü.T.F Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. H. Neziha DAĞDEVİREN Üye	Aile Hekimliği	T.Ü.T.F. Aile Hekimliği A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İzinli
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi AD	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Necdet SÜT Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İzinli
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağ. ve Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İzinli
Yrd. Doç. Dr. Ayşe ÇAYLAN Üye	Aile Hekimliği	T.Ü.T.F. Aile Hekimliği A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile ilişki
 **Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİKMENLİ
 Dekan

EK 5



T.C
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı

Sayı: B.30.2.TRK.0.20.10.03/508

EDİRNE, 12/10/2010

Konu: Esra ÇEVİK'in tez çalışması hk.

Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğüne,

İlgi: 06.10.2010 tarih ve 600-5912 sayılı yazınız.

T.Ü.Sağlık bilimleri Enstitü Müdürlüğü'nün yüksek lisans öğrencisi Esra ÇEVİK'in "Ameliyathanede Hastaların Hemşirelik Bakım Kalitesi Hakkında Düşüncelerinin ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunulur.

Prof.Dr.Aydın ALTAN
Genel Cerrahi AD Bşk.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA ve UYGULAMA
MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ
GELEN EVRAK

Sayı :
Tarih :

9663
12.10.10

Posta Adresi :
T.Ü. Tıp Fakültesi Güllapoğlu Yerleşkesi 22030 EDİRNE
E-posta : gcerrahi@trakya.edu.tr Elektronik Ağ : http://tipfak.trakya.edu.tr

Telefon : (0284) 235 76 41
Faks : (0284) 235 76 52