



**PERİOPERATİF DÖNEMDE İYİLEŞTİRİCİ ÇEVRE
UYGULAMALARININ REJYONEL ANESTEZİ
YÖNTEMİ İLE DİZ PROTEZİ UYGULANAN
HASTALARDA GENEL MEMNUNİYETE ETKİSİ**

Zühal YETİŞ DEMİR
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nadiye ÖZER

Doktora Tezi-2024



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**PERİOPERATİF DÖNEMDE İYİLEŞTİRİCİ ÇEVRE
UYGULAMALARININ REJYONEL ANESTEZİ YÖNTEMİ
İLE DİZ PROTEZİ UYGULANAN HASTALARDA GENEL
MEMNUNİYETE ETKİSİ**

Zühal YETİŞ DEMİR

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nadiye ÖZER**

**ERZURUM
2024**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Perioperatif Dönem.....	6
2.1.1. Preoperatif Dönem.....	6
2.1.2. İntraoperatif Dönem.....	11
2.1.3. Postoperatif Dönem	15
2.2. İnsan Bakım Kuramı	16
2.2.1. Kişilerarası Bakım İlişkisi	18
2.2.2. Bakım Anı Ve Durumu.....	20
2.2.3. Bakım-İyileştirme Bilinci	20
2.2.4. Otantik İlişki	20
2.2.5. İyileştirici Süreçler.....	20
2.2.6. İyileştirici Hemşire	22
2.2.7. İyileştirici Çevre	22
2.3. Cerrahi Korku	25
2.4. Perioperatif Anksiyete ve Ameliyathane Ajitasyonu.....	27
2.5. Ağrı	28

2.6. Şefkatli Bakım	29
2.7. Hasta Memnuniyeti.....	29
3. MATERYAL VE METOT.....	31
3.1. Araştırmanın Türü.....	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	31
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	32
3.3.2. Dışlanma Kriterleri	32
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	33
3.5. Verilerin Toplanması	33
3.5.1. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu	33
3.5.2. Yaşam Bulguları Takip Formu	33
3.5.3. Numerik Orantılama Ölçeği	34
3.5.4. Cerrahi Korku Ölçeği	34
3.5.5. Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği	35
3.5.6. Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği	35
3.5.7. Watson İyileştirme Süreçlerine Göre Hasta Memnuniyet Formu	36
3.5.8. Şefkatli Bakım Algısı Soru Formu	36
3.6. Araştırmanın Uygulanması	37
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	43
3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	43
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIŞMA.....	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	81

KAYNAKLAR	83
EKLER	106
Ek-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu.....	106
Ek-2. Etik Kurul Onay Formu	107
Ek-3. Kurum İzinleri	109
Ek-4. Hasta Tanıtım Formu.....	111
Ek-5. Yaşam Bulguları Formu	112
Ek-6. Numerik Orantılama Ölçeği	113
Ek-7. Cerrahi Korku Ölçeği	114
Ek-8. Amsterdam Preoperatif Anksiyete Ve Bilgi Ölçeği	115
Ek-9. Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği.....	116
Ek-10. Watson İyileştirme Süreçlerine Göre Hasta Memnuniyeti Formu.....	117
Ek-11. Şefkatli Bakım Algısı Formu Şefkatli Bakım Algısı Formu	118
Ek-12. İyileştirici Çevre Uygulamalarından Görseller	119
EK-13. Uzman Görüşü	130
Ek-14. Tez Adı Değişikliği Bildirim Formu.....	131

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimleri benimle paylaşan, yol gösteren, tezimin tüm aşamalarında bana yol gösteren değerli zamanını ayıran ve yardımını esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Nadiye ÖZER'e saygı ve şükranlarımı sunarım.

Lisansüstü eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, tez izleme komitemde yer alan, tezime kıymetli katkılar sağlayan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ'ye, tez izleme komitemde yer alan, değerli görüş ve önerileri ile tezime katkı sağlayan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Ayşenur DOSTBİL'e, Bu çalışmayı TDK-2022-11695 BAP proje numarası ile destekleyen Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğüne, tez sürecimde verilerin toplanması aşamasında desteklerini esirgemeyen Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü Ortopedi ve Travmatoloji kliniği ve Ameliyathane Ünitesinde görev alan yardımlarını esirgemeyen klinik hemşireleri ve doktorlarına, anestezi doktorları ve teknikerlerine, ameliyathane hemşireleri ve personellerine, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm hastalara,

Lisansüstü eğitimim boyunca ilgisi ve bilgisi ile beni destekleyen, tüm stresimi alan, yol gösteren, katkılarını eksik etmeyen, tüm yoğunluğuna rağmen bana zaman ayıran çok değerli arkadaşım Dr. Öğr.Üyesi Tülay KILINÇ'a ve Dr. Öğr. Üyesi Seda BAŞAK'a, bu dönemde nazımı çeken kıymetli arkadaşlarıma, doktora sürecim boyunca desteğini esirgemeyen, her türlü yardıma açık olan, yol gösteren çok değerli hocam Prof. Dr. Gürkan ÖZTÜRK'e,

Bu süreçte desteğini esirgemeyen, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim sevgili eşim, kızım, her türlü strese istemsiz maruz kalan bu süreci anne karnında yaşayan oğluma ve hayatımın her döneminde varlıkları ile bana güç veren canım aileme teşekkürlerimi sunarım.

Zühal YETİŞ DEMİR

ÖZET

Perioperatif Dönemde İyileştirici Çevre Uygulamalarının Rejyonel Anestezi Yöntemi İle Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Genel Memnuniyete Etkisi

Amaç: Bu araştırmanın amacı total/parsiyel diz protezi ameliyatı sonrası iyileştirici çevre uygulamalarının hastalarda cerrahi korku, preoperatif anksiyete, spinal anestezi ajitasyonu, yaşam bulguları, ağrı, hasta memnuniyeti ve şefkatli bakım algısına etkisini belirlemektir.

Materyal ve Metot: Deneysel tasarımlı modelde planlanan araştırma 93 (31 kontrol, 31bilgilendirme ve 31iyileştirici çevre grubu) diz protezi yapılan hasta ile yürütüldü. Kontrol grubuna girişim uygulanmazken bilgilendirme grubuna ameliyathane ortamı ve ameliyat süreci hakkında bilgi verildi. İyileştirici çevre grubuna ise ameliyathane içinde bulunan premedikasyon odasında çevre düzenlemesi sonrası ameliyathane ve ameliyat süreci hakkında bilgi aktarılıp, relaksasyon müziği dinletildi ve derin nefes alma egzersizi yaptırıldı. Veriler Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu, Cerrahi Korku Ölçeği, Perioperaif Anksiyete Ölçeği, Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği, Yaşam Bulguları Takip Formu, Numerik Orantılama Ölçeği, Watson İyileştirme Süreçlerine Göre Hasta Memnuniyet Formu ve Şefkatli Bakım Algısı Formu kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Ki-kare, ANOVA testi, ShapiroWilk testi, Kolmogorov Simirnov testi, Q-Q plot, skewness ve kurtosis, Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Gruplar arasında farklı zamanlarda yaşam bulguları değerlendirildiğinde; iyileştirici çevre grubunun yaşam bulguları değerlerinin olumlu yönde etkilendiği bulunmuştur ($p<0.05$). Cerrahi korku puan ortalaması kontrol grubunda 55.06 ± 14.03 ; bilgilendirme grubunda 48.52 ± 8.11 ve iyileştirici çevre grubunda 22.55 ± 10.04 saptanmış ve cerrahi korku, iyileştirici çevre grubunda anlamlı fark oluşturacak şekilde düşük değerlendirilmiştir ($p<0.05$). Preoperatif anksiyete ve bilgi ölçeği puan ortalaması kontrol grubunda 15.58 ± 3.79 , bilgilendirme grubunda 11.74 ± 2.84 , iyileştirici çevre grubunda 6.97 ± 2.65 olarak belirlenmiş ve preoperatif anksiyete iyileştirici çevre grubunda anlamlı fark oluşturacak şekilde düşük saptanmıştır ($p<0.05$). Spinal Anestezi Ajitasyon puan ortalaması kontrol grubunda 27 ± 0 , bilgilendirme grubunda 26.32 ± 0.87 ve iyileştirici çevre grubunda 26.19 ± 5.35 olarak bulunmuştur. Toplam SAAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olmamasına karşın Sözel Agresif Olmayan Davranışlar alt boyutunda iyileştirici çevre grubunda ajitasyon daha düşük tespit edilmiştir ($p<0.05$). Grupların memnuniyet ve şefkatli bakım algısı puan ortalamaları karşılaştırıldığında iyileştirici çevre grubunun memnuniyet düzeyi ve şefkatli bakım algısı daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Perioperatif dönemde iyileştirici çevre uygulamalarının cerrahi korkuyu, perioperaif anksiyeteyi, spinal anestezi ajitasyonunu ve ağrıyı azalttığı, yaşam bulgularını düzenlediği, hasta memnuniyetini ve şefkatli bakım algısını artırdığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bakım, hemşire, insan bakım kuramı, intraoperatif dönem, iyileştirici çevre

ABSTRACT

The Effect of Healing Environment Practices on Overall Satisfaction in Patients Undergoing Knee Prosthesis Surgery with Regional Anesthesia During the Perioperative Period

Aim: This study aims to determine the effects of healing environment practices on surgical fear, preoperative anxiety, spinal anesthesia agitation, vital signs, pain, patient satisfaction, and perception of compassionate care in patients who have undergone total/partial knee prosthesis surgery.

Materials and Methods: Conducted with an experimental research design, this study was carried out with 93 patients who had undergone knee prosthesis surgery (31 in the control group, 31 in the informed group, and 31 in the healing environment group). While the control group received no intervention, the informed group received information about the operating room environment and the surgical procedure. The healing environment group, on the other hand, received information about the operating room and surgical process following environmental adjustments in the premedication room, listened to relaxation music, and performed deep breathing exercises. The data were collected using the Patient Introductory Characteristics Form, Surgical Fear Questionnaire, Perioperative Anxiety Scale, Spinal Anesthesia Agitation Scale, Vital Signs Monitoring Form, Numeric Rating Scale, Patient Satisfaction Form Based on Watson's Healing Processes, and Perceptions of Compassionate Care Questionnaire. Numbers, percentages, mean, standard deviation, Chi-square, ANOVA test, Shapiro-Wilk test, Kolmogorov-Smirnov test, Q-Q plot, skewness and kurtosis, and Kruskal-Wallis test were used in the evaluation of the data.

Results: When assessing the vital signs at different times among the groups, it was found that the vital signs of the healing environment group were positively affected ($p < 0.05$). The mean surgical fear score was 55.06 ± 14.03 in the control group, 48.52 ± 8.11 in the informed group, and 22.55 ± 10.04 in the healing environment group, showing a significant reduction in surgical fear in the healing environment group ($p < 0.05$). The mean preoperative anxiety and information scale score was 15.58 ± 3.79 in the control group, 11.74 ± 2.84 in the informed group, and 6.97 ± 2.65 in the healing environment group, with significantly lower preoperative anxiety in the healing environment group ($p < 0.05$). The mean Spinal Anesthesia Agitation score was 27 ± 0 in the control group, 26.32 ± 0.87 in the informed group, and 26.19 ± 5.35 in the healing environment group. Although there was no statistical difference in the total spinal anesthesia agitation scores, the healing environment group had lower scores in the Nonverbal Aggressive Behavior sub-scale ($p < 0.05$). Comparing satisfaction and perception of compassionate care scores between groups, the healing environment group had higher satisfaction and perception of compassionate care ($p < 0.05$).

Conclusion: Healing environment practices during the perioperative period were found to reduce surgical fear, perioperative anxiety, spinal anesthesia agitation, and pain, regulate vital signs, and increase patient satisfaction and perception of compassionate care.

Keywords: Care, nurse, human care theory, intraoperative period, healing environment

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği
APAIS	: Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği
ASA	: American Society of Anesthesiology Classification
CKÖ	: Cerrahi Korku Ölçeği
DK	: Dakika
HTF	: Hasta tanıtıcı özellikler formu
İBK	: İnsan Bakım Kuramı
NRS	: Numerik Orantılama Ölçeği
PACU	: Postanestezi Bakım Ünitesi
SAAÖ	: Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği
WHMF	: Watson İyileştirme Süreçlerine Göre Hasta Memnuniyet Formu
YBTF	: Yaşam bulguları takip formu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 3.1. Araştırma uygulama planı	45
Şekil 4.1. Grupların cerrahi korku, amsterdam preoperatif anksiyete ve bilgi ölçeği ve NRS ağrı ölçeği değişkenlerinin karşılaştırılması.....	66
Şekil 4.2. Grupların spinal anestezi ajitasyon değişkeninin karşılaştırılması... ..	68
Şekil 4.3. Grupların şefkatli bakım algısı değişkenin karşılaştırılması	70
Şekil 4.4. Gruplar ile Watson hasta memnuniyet değerlendirmesi.....	72

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No

Sayfa No

Tablo 3.1. Çalışmadaki iyileştirici çevre uygulamalarının iyileştirici çevre alanlarındaki dağılımı.....	40
Tablo 3.2. Araştırma kapsamında yapılan uygulamaların öğrenme alanlarına göre dağılımı	41
Tablo 4.1. Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması	46
Tablo 4.2. Yaş, premedikasyon odasında bekleme süresi, premedikasyon odasında hasta sayısı, PACU’da bekleme süresine göre ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum puan değerleri	48
Tablo 4.3. Ölçeklerin iç tutarlılık değerleri.....	48
Tablo 4.4. Grupların yaş, premedikasyon odasında bekleme süresi, premedikasyon odasında hasta sayısı, PACU’da bekleme süresi ortalamalarının karşılaştırılması	47
Tablo 4.5. Grupların farklı zamanlarda vücut sıcaklığı ölçümlerinin karşılaştırılması .	49
Tablo 4.6. Grupların farklı zamanlarda nabız değerlerinin karşılaştırılması	52
Tablo 4.7. Grupların farklı zamanlarda sistolik kan basıncı değerlerinin karşılaştırılması	54
Tablo 4.8. Grupların farklı zamanlarda diyastolik kan basıncı değerlerinin karşılaştırılması	57
Tablo 4.9. Grupların farklı zamanlarda saturasyon değerlerinin karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.10. Grupların farklı zamanlarda solunum sayısı değerlerinin karşılaştırılması .	62
Tablo 4.11. Grupların cerrahi korku (CKÖ), preoperatif anksiyete ve bilgi ölçeği (AP AIS) ve NRS ağrı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	64
Tablo 4.12. Grupların spinal anestezi ajitasyon ölçeği (SAAÖ) puan ortalamalarının	

karşılaştırılması	67
Tablo 4.13. Grupların şefkatli bakım algısı soru formu madde puan ortalamalarının karşılaştırılması	69
Tablo 4.14. Grupların Watson hasta memnuniyet değerlendirmesi formu madde puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	71



1. GİRİŞ

Cerrahi girişim, birey tarafından yaşamı tehdit eden bir durum olgu olarak algılandığından, birey üzerinde psikolojik ve fizyolojik etkileri olmaktadır (Kipnis ve ark., 2016). Bireylerin yaşadığı kaygı/anksiyete; duygu, düşünce ve davranış değişikliğine yol açabilmektedir (Mulugeta ve ark., 2018). Bireylerin yaşadığı psikolojik ve fizyolojik sorunlar hasta konforunu olumsuz yönde etkilemektedir. Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda hastanın yaşadığı psikolojik sıkıntıların kontrol edilmesi, hastanın rahat edeceği bir ortamın oluşturulması, çevresel uyaranların azaltılması hemşirenin sorumlulukları arasındadır (Watson, 2008). Ameliyathanede hastaları sosyal, duygusal, zihinsel, bedensel ve ruhsal olarak pozitif yönde etkileyecek ortam oluşturmak önemlidir. Hemşireler hasta/birey için iyileştirici çevre oluşturabilmek adına bazı girişimlerde bulunmalıdır. Son yıllarda Watson'ın İnsan Bakım Kuramı, dünyanın pek çok yerindeki hemşirelik programlarında ve hastanelerde değişim için bir rehber olarak kullanılmaya başlanmıştır (Pajnikhar ve ark., 2017).

Hemşirelik, “felsefe, kuram, uygulama ve araştırma üzerine kurulmuş bir sağlık disiplini”. Sağlık alanındaki gelişim ve değişimler hemşirelerin görev odaklı bakımdan hasta odaklı bakıma geçme yolunu açmıştır (Pektekin, 2013). Hastaların hastalıklarından dolayı yaşadıkları anksiyete, korku, kaygıyı kontrol altına almak ve tedavi etkinliğini artırmak için tamamlayıcı yöntemler hakkında bilgi sahibi olmak ve bu uygulamaları hasta bakımına dahil etmek son zamanlarda giderek önem kazanmıştır (Gautam, 2019). Hemşire kuramcı Watson tarafından geliştirilen İnsan Bakım Kuramı bireylerin yaşam deneyimlerinden ve hemşireliğin sanatsal yaklaşımından etkilenmiştir. Watson hemşirelik sürecinin “insandan insana bakım verme süreci” olduğunun önemini vurgulamaktadır (Watson, 2012). Hemşirelik bakımı bireye özgü olmalıdır. Watson tarafından geliştirilen kurama göre bakım hastalarla göz teması kurma, onları aktif

dinleme, birey merkezli olma, bakımı planlarken kültürel farklılıklara özen gösterme, hastaya hitap ederken ismini kullanma, hastanın rahatlığını, konforunu sağlama ve sürdürme, hastayı cerrahi sürece hazırlarken sevgi ve nezaketle yaklaşma, hastayı bilgilendirme, şefkatli yaklaşma, hasta sorumluluğu alma, hastanın onurunu koruma, saygılı olma gibi davranışları içermektedir (Pajnkihar ve ark., 2017). Aynı zamanda Watson “İnsanın bir nesne olmadığı ve nesne gibi iyileştirilemeyeceğini, kendinden, ailesinden, çevresinden, doğadan ve evrenden ayrı düşünölemeyeceğini savunmaktadır” (Alligood, 2018; Ozan ve ark., 2013). İyi bir bakım vermek için uygun bir çalışma ortamı ve uygun bir iyileştirici çevre oluşturulmalıdır (Lukose, 2011). İyileştirici çevre bireyin, psikolojik, fizyolojik, davranışsal ve tıbbi yönlerini içine alan bir sistemdir. İyileştirici çevrenin amacı doğal iyileşme süreçlerini, iyileşme çevrelerini destekleyen ve geliştiren koşullar oluşturmaktır (Rakel ve ark., 2012). İyileştirici, destekleyici ve güvenli bir çevre oluşturmanın hastanın tedavisini olumlu yönde desteklediği bildirilmektedir (Erbay ve ark.,2018). İyileştirici çevrenin ana bileşenleri, ortamın ışıklandırılması, renklerin kullanımı, görsel sanatların kullanımı, müziğin kullanımı, güröltünün önlemesi, oda dizaynları hasta ve sağlık çalışanlarını olumlu yönde etkilediği görölmektedir (Dijkstra ve ark., 2006). Bu nedenle tedavi merkezleri iyileştirici çevre olarak düzenlenmelidir (Watson, 2008). Çevre düzenli, iç açıcı ve renkli olmalıdır. Bireylerin zihni ve fiziki rahatlığı için sanat, müzik, şiir ve edebiyattan yararlanılmalıdır (Carson, 2004). Literatür incelendiğinde Watson tarafından geliştirilen insan bakım kuramının cerrahi hastalıklarda kullanımının çok sınırlı olduğu görölmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Nelms ve Treiber (2011) Watson'ın İnsan Bakım Teorisini (İBK) kullanarak ilaç uygulama hatalarını azaltmaya yönelik yaptıkları çalışmada İBK'nin iyileştirici sürecini kullanarak çeşitli stratejiler içeren girişim planlanmış ve dikkat ve odaklanmanın artırılması hedeflenmiştir. Yapılan girişimler ile ilaç uygulama hatalarının belirgin oranda azaldığı

bildirilmektedir (Nelms ve ark.,2011). Wolley ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada kişilerarası ilişkilere temellendirilmiş iyileştirici çevrenin etkisini incelemişler ve hemşirelerde olumlu bakış açıları oluştuğunu ifade etmektedirler (Wolley ve ark., 2012). Lash (2013) yaptığı çalışmada bakım performansını geliştirmeye yönelik eğitim programının etkinliği incelenmiş ve eğitim programının bakım performansını olumlu yönde etkilediği belirtmiştir (Lash, 2013). Mogos ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada hastane ortamında terapötik müziğin hastalar üzerindeki etkilerini incelemişler ve hasta sonuçlarını ve hasta memnuniyetini artırmada etkili bir araç olduğunu bildirmektedirler (Mogos ve ark., 2013). Erci ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada İBK'nin hipertansif hastalarda kan basıncı ve yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmada kan basıncını azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada etkili olduğunu saptamışlardır (Erci ve ark., 2013). Van der Riet ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada hastane etrafında iyileştirme çevresinin oluşturulmasının hemşire, hasta ve refakatçilerinin stresinin azaltılmasında, dinginliğin ve iyileşmenin artırılmasında etkili olduğunu ifade etmektedirler (Van der Riet ve ark., 2014). Long ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada iyileştirici çevreyi oluşturabilmek için 2:00-06:00 saatleri arasında sessizlik kültürü oluşturulmuş ve yapılan girişimlerin olumlu etkileri olduğunu bildirmişlerdir (Long ve ark., 2014). Özkan ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada İBK'ye dayalı hemşirelik bakımının infertilitenin neden olduğu stresin algılanan öz yeterlik ve uyum düzeyleri üzerindeki etkilerini araştırmışlar ve İBK'ye dayalı hemşirelik bakımının kadınlarda infertilitenin olumsuz etkisini azalttığını, öz yeterlilik ve uyumu arttırdığını belirtmişlerdir (Özkan ve ark., 2014). Emoto ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada iyileştirici ortam geliştirilmesive iyileşme süreçleri için kuram oluşturulmuş ve hemşirelerin kaliteli bakımın önemini benimsediklerini ancak uygulamada sertlik hissettiklerini ifade etmişlerdir (Emotove ark., 2015). Aktürk (2016) yaptığı çalışmada İBK'ye temellendirilmiş bakımın kemoterapi

alan hastalarda yaşamın anlamı ve semptom yönetimine etkisini incelemiş ve yaşam anlamını artırdığı, semptomları azalttığını bildirmektedir (Aktürk, 2016). Ok (2017) yaptığı çalışmada motivasyonel görüşmenin hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum, memnuniyet ve yaşam kalitesine etkisini incelemiş ve tedaviye uyumu, memnuniyeti ve yaşam kalitesini artırdığını ifade etmektedir (Ok, 2017). Seven (2018) yaptığı çalışmada palyatif bakım hastalarında Watson İBK'ye temellendirilmiş hemşirelik bakımının dispne yönetimi, anksiyete ve yaşam kalitesine etkisini incelemiş ve hastaların dispne ve anksiyete düzeylerini azalttığını, yaşam kalitelerini ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerini artırdığını saptamıştır (Seven, 2018). Aktürk ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada Watson'ın kuramına göre verilen bakımın düşük yapan kadınların anksiyete, stress, depresyon düzeylerine etkisini incelemişler ve anksiyete, stress ve depresyonu azalttığını bildirmişlerdir (Aktürk ve ark., 2019). Boz ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada Watson İBK'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının doğum korkusu üzerine etkisi incelemişler ve doğum korkusunu yönetmede etkili bir yöntem olduğunu saptamışlardır (Boz ve ark., 2020). Watson İBK'ye yönelik çalışmalara cerrahi alanda çok az rastlanmak ile birlikte ameliyathane ünitesinde iyileştirici çevrenin oluşturulmasının cerrahi korku, preoperatif anksiyete, spinal anestezi ajitasyonu ve yaşam bulgularına etkisini inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Ameliyathane ünitesinde iyileştirici çevre uygulamalarının cerrahi korkuyu, preoperatif anksiyeteyi, spinal anestezi ajitasyonu azaltacağı, yaşam bulguları ve ağrı üzerine olumlu etki oluşturacağı dolayısı ile hasta memnuniyetini ve şefkatli bakım algısını artıracığı düşünülmektedir.

Watson'ın İnsan Bakım Kuramı, son yıllarda dünyanın pek çok yerindeki hemşirelik programlarında ve hastanelerde değişim için bir rehber olarak kullanılmaya başlanmıştır (Pajnkihar ve ark., 2017). Ancak cerrahi alanda kullanımı son derece sınırlıdır. Deneysel tasarımlı planladığımız araştırmanın amacı total/parsiyel diz protezi

ameliyatı sonrası iyileştirici çevre uygulamalarının hastalarda cerrahi korku, preoperatif anksiyete, spinal anestezi ajistasyonu, yaşam bulguları, ağrı, hasta memnuniyeti ve şefkatli bakım algısına etkisini belirlemektir. Bu çalışma yoluyla edinilen bilginin, hemşirelik bakımını şekillendirmek, iyileştirici bakım ortamını geliştirmek, hastane tasarımının hastalar için kabul edilebilir ve uygun olmasını sağlamak için kullanılabileceği aynı zamanda yapılacak çalışmalarda önemli bir veri kaynağı olacağı öngörülmektedir.

Araştırmanın Hipotezleri

H1: İyileştirici çevrenin hastalara üzerindeki olumlu etkileri vardır

H2: İyileştirici çevre ve bilgilendirme arasında hastalara üzerindeki etkileri açısından fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Perioperatif Dönem

Perioperatif dönem ameliyat sürecine hazırlıkla başlayıp, ameliyat sırası bakım ile devam eden ve ameliyat sonrası iyileşmenin sağlanacağı zamana kadar geçen süreyi kapsamaktadır (Giuliano ve ark., 2017; Güzel ve ark., 2019). Perioperatif dönem multidisipliner çalışmayı gerektiren, etkin iletişim yöntemlerinin kullanıldığı, sistematik bir yaklaşım gerektirir (Coccoloni ve ark., 2020; Dexter ve ark., 2020; Ti ve ark., 2020). Perioperatif dönemde amaç hastaların iyileşmesini hızlandırmak memnuniyetlerini artırmak ve hastanede kalış süresini azaltmaktır (Delaney, 2018). Perioperatif dönem ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası olmak üzere üç dönemden oluşmaktadır (Forsberg ve ark., 2015).

2.1.1. Preoperatif Dönem

Cerrahi hastalarının bakımındaki ilk dönem olan preoperatif dönem ameliyat öncesi hazırlık ve bakımı içermektedir. Preoperatif dönem hastanın kliniğe kabulünden itibaren başlayan ve hastaların ameliyathane hemşiresine teslim edildiği zamana kadar devam eden uzun bir süreyi kapsamaktadır (Karahan ve ark., 2021; Aksoy, 2022; Yavuz vanGiersbergen, 2022). Bu dönem de cerrahi hemşiresinin ameliyat türüne bakılmaksızın hastanın kliniğe kabulü, ameliyat sürecine hazırlanması ve sonrası dönemde önemli rolleri bulunmaktadır. Sağlığın yükseltilmesinde önemli rolleri olan cerrahi hemşiresinin ayrıca eğitici, hasta hakları savunucusu ve koruyucusu olma sorumluluğu vardır. Aynı zamanda cerrahi hemşiresinin cerrahi ortamı oluşturma, bilgiyi doğru ve yerinde kullanma, karar verme, hemşirelik bakım becerilerini kullanma yetkinliğinin olması gerekir (Aksoy, 2022).

Ameliyat öncesi hazırlık dönemi psikolojik hazırlık, fizyolojik hazırlık, yasal hazırlık ve hasta eğitimi olmak üzere dört dönemden oluşmaktadır (Yılmaz, 2017; Kahraman ve ark.,2022; Aksoy, 2022; Yıldız, 2019).

Psikolojik Hazırlık: Cerrahi girişim iyileşmeyi sağlayacak kontrolü bir travma olmasına rağmen hastalarda yoğun bir kaygıya neden olabilmektedir (Karahana ve ark.,2021). Bu nedenle ameliyat bireyler için sadece fizyolojik bir stres değil aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır (Yılmaz, 2017). Bu dönemde yapılacak iyi bir psikolojik hazırlık hastanın anksiyete ve kaygısını yönetmeye yardımcı olacaktır. Psikolojik hazırlık aşaması hastaların bilinmezliğe karşı olan şüphe, korku ve endişelerini gidermeye, hastaların bireysel ilgi alanlarını tanımlamaya, karşılaşacakları sorunlara karşı problem çözme yeteneklerini geliştirmeye, hastaların kendileri ile ilgili merak ettikleri soruları sorabilmelerine olanak sağlar (Çullu ve ark., 2020).

Cerrahi girişim geçirecek olan hasta ve yakınlarının yaşadığı duygular; cerrahi sürece dair belirsizlik, hastane ortamına yabancı kalma, iyileşememe, aileden ayrı kalma, ameliyat sonrası ağrı yaşama, bağımsızlığını kaybetme, anestezi ve ölüm korkusudur (Çullu ve ark., 2020; Karahana ve ark.,2021). Hastaların ameliyat sürecinde yaşadıkları korku, kaygı, anksiyete durumlarını yönetebilmek için hemşireler hastaların kendilerini ifade etmelerini sağlamalı, hissettiklerini ve endişelerini anlatmalarına fırsat vermeli, soru sormaları yönünde desteklemeli, bu yaşadıkları duyguların normal bir durum olduğunu hastalara anlatmalı (Kaya ve ark., 2020), akran desteği sağlama ve hastaları anksiyete düzeyi yüksek olan hastalardan ayrı tutma gibi planlamalar yapabilmelidir (Van Giersbergen, 2020; Arlı, 2017). Bu süreç tamamlandıktan sonra hastaların kapsamlı olarak hazırlandıkları fizyolojik hazırlık aşaması başlar.

Fizyolojik Hazırlık: Fizyolojik hazırlık aşamasında amaç hastalar hakkında kapsamlı bir tıbbi tanılama yapılabilmesi, fizyolojik parametrelerin istenen aralıkta

olması ve gelişebilecek yan etkilerin önlenmesidir. Bu nedenle fizyolojik hazırlık aşaması hastaların detaylı değerlendirilmesi, geçmiş anestezi ve tıbbi öyküsünün alınması, alerji durumlarının belirlenmesi, gerekli laboratuvar ve tanı testlerinin tamamlanması, uygun ve gerekli konsültasyonların yapılmasını içermektedir (Karahan ve ark., 2021; Yılmaz, 2017). Bu dönemdeki hemşirelik girişimlerinden bazıları şu şekildedir;

- Hastadan detaylı anamnez alınmalıdır (yaşı, kronik hastalıkları, beslenme durumu, kullandığı ilaçlar, sigara/alkol kullanım durumu, alerji durumu gibi) (Yılmaz, 2017; Karahan ve ark., 2021).
- Hastaların düşme riski değerlendirilmelidir (Aydın ve ark., 2017).
- Hastaya ameliyat süreci ile ilgili bilgilendirme yapılmalı varsa soruları yanıtlanmalı ve dosyası hazırlanmalıdır (Karahan ve ark.,2021; Yılmaz, 2017; Aksoy, 2021).
- Hastaların kullandığı ilaçlar özellikle antikoagülan ilaç kullanımı olup olmadığı sorgulanmalıdır (Karahan ve ark., 2021; Yılmaz, 2017; Aksoy, 2021).
- İstenen tetkikler uygun şekilde yapılmalıdır (Galbraith ve ark., 2018; Yılmaz, 2017).
- Hastaların vital bulguları düzenli aralıklarla alınmalı ve kaydedilmelidir (Galbraith ve ark., 2018; Tuncer, 2021).
- Cerrahi alan enfeksiyonuna karşı hastaların ameliyattan önce sabun ya da antiseptikli solüsyonla duş almaları sağlanmalıdır (Galbraith ve ark., 2018; Tuncer, 2021).
- Ameliyat bölgesi cilt temizliği eğer istem var ise yapılmalıdır (Aygın ve ark., 2016).

- Hastaların ameliyattan önceki gece dinlenmeleri için uyku hijyeni sağlanmalıdır (Galbraithve ark., 2018).
- Ameliyata göndermeden önce hastanın son kontrolleri yapılmalıdır (hastaların lensleri, takma dişleri, takıları, işitme cihazları, oje ve makyajları olmadığından, bilekliği takılı olduğundan emin olunmalı) (Candaş ve ark., 2015).
- Hastalara bone takılmalı, ameliyat önlüğü ve kompresyon çorabı giydirilmelidir (Candaş ve ark., 2015).
- Taraf işaretlemenin yapılıp yapılmadığı kontrol edilmeli ve güvenli cerrahi kontrol listesi ile birlikte ameliyathane ünitesine teslim edilmelidir (Candaş ve ark., 2015; Altınbaş ve ark., 2020).

Yasal Hazırlık: Ameliyat öncesi hazırlık aşamalarından biri de yasal hazırlık aşamasıdır. Ameliyat öncesi hastane protokolleri doğrultusunda cerrahi süreç ile ilgili tüm formların hastalar tarafından doğru olarak anlaşılması, imzalanması ve formların teyit edilmesi ile hastanın ameliyata yasal olarak tamamen hazır olduğunu gösteren süreci kapsamaktadır (Karahan ve ark., 2021). Bu süreç kapsamında cerrahi türü ne olursa olsun acil girişimler dışında ameliyat öncesi hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınması zorunludur. Bilgilendirilmiş onam hastanın ameliyata rızasını onaylayan yasal izin belgesidir. Bilgilendirilmiş onam cerrahi süreç ile ilgili cerrahi girişimin nedeni ve nasıl uygulanacağı, ameliyatı kimin yapacağı, ameliyatın istenmeyen etkilerinin neler olabileceği anlaşılır bir dille anlatıldıktan sonra alınmalıdır (Yılmaz, 2017; Aksoy, 2021).

Ameliyat Öncesi Eğitim: Ameliyat öncesi hazırlık sürecindeki en önemli adımlardan biri ameliyat öncesi eğitimidir. Ameliyat öncesi eğitim hastanın kabulü ile başlamalı ve taburcu olana kadar devam ettirilmelidir (Karahan ve ark., 2021). Ameliyat öncesi eğitim hastaların fiziksel ve ruhsal açıdan kendilerini rahat hissedeceği, korku ve

anksiyetelerinin azalmalarına olanak sağlayan, hastanın bakış açısını ve sağlık davranışlarını değiştiren ve cerrahi başarısını artıran bir süreçtir (Yılmaz, 2017; Karahan ve ark., 2021; Trivedi, 2017; Rameshve ark., 2017). Bu sürecin etkin yönetilebilmesi için ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemi kapsayan multidisipliner bir ekip işi olan perioperatif hasta eğitiminde hastaların cerrahi süreçleri boyunca tedavi, bakım ve rehabilitasyon dönemlerinin her aşamasında alanında uzman sağlık profesyonellerinin olması gerekmektedir (Karahan ve ark., 2021). Ameliyat öncesi eğitim planlanırken eğitim verilecek grubun özellikleri dikkate alınmalı, hastanın anksiyetesinin girişim öncesi en az düzeye indirilebilmesi için öncelikli olarak hastaların hangi konularda eğitim gereksinimi olduğu belirlenmeli ve bireye özgü eğitim planlanmalıdır (Kaya ve ark., 2020). Hastaya eğitim verirken ortamın uygun olmasına özen gösterilmeli, çevresel uyaranlar azaltılmalı, odanın ısı ve aydınlatılması uygun olmalıdır (Karahan ve ark., 2021). Ameliyat öncesi verilen eğitimin içeriği yapılacak cerrahi girişime göre değişmekle birlikte genellikle cerrahi öncesi, sırası ve sonrası yapılacak işlemler, cerrahiye ilişkin olası komplikasyonlar, iyileşmeyi hızlandıracak egzersizler (derin solunum ve öksürük egzersizleri, spirometre kullanımı, yatak içi aktif-pasif egzersizler gibi), ameliyat sonrası yapılması sakıncalı hareketler, ağrı yönetimi, ameliyat sonrası erken ayağa kalkmanın önemi konularını kapsamalıdır (Kaya ve ark., 2020; Van Giersbergen, 2020). Ameliyat öncesi eğitim hastanın hastane ortamına daha az yabancıklık hissetmesine, kendini rahat hissetmesine ve yaşadığın stresin azalmasına olanak sağlamaktadır (Kahraman ve ark., 2022; Ramesh ve ark., 2017). Eğitim yaparken hemşireler genel bir eğitim çerçevesi oluşturmalı, açık anlaşılır bir dil kullanmalı, hasta ile göz teması kurmalı, hastayı soru sormaya teşvik etmeli, sabırlı olmalı, geri bildirim vermeli, hastadan geri bildirim almalı ve hastaların korku ve anksiyetelerini yükseltmemeye dikkat etmelidirler (Kahraman ve ark., 2022; Ramesh ve ark., 2017; Özel,

2017). Ameliyat öncesi eğitim verilirken yazılı ya da görsel-işitsel materyaller kullanılabilir (Ronco ve ark., 2012).

Ameliyathane Ortamı Hakkında Bilgilendirme: Hastalara eğitim verilirken ameliyathane ortamı ile ilgilide bilgilendirme yapılmalıdır. Bu bilgilendirme kapsamında hastaların belirlenen zamandan daha uzun süre ameliyathanede kalabilecekleri, ameliyat odasına alınmadan önce bekleme odasında (Premedikasyon odası) bir müddet bekleyeceği, premedikasyon odasındaki bekleme süresinin bir önceki ameliyatın uzaması gibi nedenlerden dolayı daha uzun süre sürebileceği, bu alanda kullanılan temizleme maddeleri nedeni ile farklı bir kokunun olabileceği, ameliyathanenin normalden soğuk bir ısıda olacağı, ameliyathane ekibinin maske kullandığı bu nedenle yüzlerini tam göremeyeceği, ameliyat masasının dar olduğu ancak güvenlik önlemlerinin alınacak olduğu, ameliyathane ışıklarının fazla olduğu, ameliyat esnasında kullanılan cihazların seslerini duyabileceği tüm bunların kendi güvenliği ve sağlığı için gerekli olduğu anlatılmalıdır (Karahan ve ark.,2021; Kahraman ve ark., 2022; Aksoy, 2022; Yıldız, 2019).

2.1.2. İntraoperatif Dönem

Ameliyat sırası dönem; hastanın klinikten ayrılıp ameliyathane ünitesine kabulü ile başlayan, anestezi uygulamasının başladığı ve cerrahi girişimin uygulanması ile devam eden, hastanın ayılma odasına veya yoğun bakım ünitesine transfer edilinceye kadar geçen dönemi kapsamaktadır (Kanan, 2022; Andsoy, 2022). Ameliyat sırası dönem hastanın en savunmasız olduğu, anestezi ve cerrahi nedenlerden dolayı potansiyel risk altında olduğu bir dönemdir. Bu nedenle hasta ameliyathaneye kabul edildiğinde ona nazik, merhametli ve güven verici bir yaklaşım göstermek yaşadığı stres ve anksiyetenin azalmasına destek olacaktır (Andsoy, 2022; Eyi ve ark.,2017). Ameliyathanede hemşirelik bakım uygulamaları; hastaların ameliyat hazırlıklarının kontrol edilmesi,

hastanın ameliyat sırasını bekleme süresince psikolojik destek sağlanması, hasta ile iletişim kurulması, premedikasyon uygulamaları, hastanın ameliyat odasına ve ameliyat masasına alınması, ameliyat için gerekli olan malzemelerin kontrolü, hastanın cilt hazırlığının kontrolü, ameliyata sırasında oluşabilecek olası yaralanmayı önlemek için hastaya uygun pozisyon verilmesine destek olunması, hasta mahremiyetinin korunması, konforunun ve güvenliğinin sağlanması, yaşam bulgularının takip edilmesi, ameliyat bitiminde hastanın ayılma ünitesine alınması, takip edilmesini ve verilen bakımın kayıt altına alınmasını kapsamaktadır (Turhan ve ark., 2012; Eyi ve ark., 2017).

Ameliyathane Ortamı: Ameliyathaneler kendine özgü özelliklere sahip olan hastanenin özel bölümleridir. Ameliyathaneler hasta bağımlılığının yüksek olduğu, sürekli gelişen değişen yüksek teknolojiye sahip olan, ekip çalışmasının önemli olduğu, yoğun stresli çalışma alanlarıdır. Ameliyathanelerin fiziksel yapıları hasta güvenliği temeline dayanan ve yapılacak işlemleri kolaylaştıracak şekilde yapılmalıdır (Andsoy, 2022). Ameliyathanelerde hastaların duygusal, zihinsel, bedensel ve ruhsal olarak rahatlatıcı olumlu bir etki yaratacak ortam oluşturmak hasta güvenliğinin sağlanması için elzemdir (Kabu ve ark., 2016).

Hastanın Ameliyathaneye Kabulü: Ameliyat öncesi hazırlık aşamaları tamamlandıktan sonra hasta ameliyathaneye cerrahi hemşire tarafından teslim edilir. Hasta bilgileri (hasta kimlik bilgileri ve dosya bilgileri) kontrol edilerek hasta teslim alınır. Hastalara ameliyat sırasını bekleme aşamasında sakin ve rahat edeceği bir ortam sağlanmalıdır. Bu süreçte hastalarla empati kurmak, iyi iletişim teknikleri kullanarak hastayı rahatlatmak, iyi dinleme becerileri ile hastayı tanımlamak, hastalara açıklama ve bilgilendirme yapmak, dosyasını, alerji durumunu ve hasta bilekliğini kontrol etmek, hastanın rahat ve konforunu sağlamak önemlidir (Özbayır, 2017; Goodman ve ark., 2017).

Anestezi Uygulaması: Anestezi, hastalardaki yaşam fonksiyonlarının dönüşümlü olarak kaldırılması durumudur (Kanan,2022; Andsoy, 2021). Anestezi uygulanmasındaki amaç, hastalardaki sinir uçları duyarlılığını azaltmak, ağrıyı ortadan kaldırmak, ameliyat esnasında yaşam bulgularını fizyolojik sınırlar içerisinde tutmak ve cerrahi ekibe uygun ameliyat koşullarını sağlamaktır (Özbayır, 2017; Yıldız, 2019). Anestezi pratiğinde rutin olarak ASA sınıflaması (American Society of Anesthesiology Clasification) kullanılmaktadır. ASA sınıflandırılması hastaları fiziksel ve tıbbi durumlarına göre kategorize ederek perioperatif riski tahmin etmek için kullanılmaktadır. Hastalar bu sınıflama sistemine göre 1’den 6’ya kadar skorlanmaktadır. Sınıflandırma işlemi hasta, preoperatif süreç olan anestezi muayenesinde yapılmaktadır (Yüksel, 2021; Özbayır, 2017; Kanan, 2022). Sınıflandırma aşağıdaki şekildedir;

ASA 1: Sağlık bir kişi “Sistemik bir bozukluğa neden olmayan cerrahi patoloji dışında bir hastalığı veya sistemik açıdan herhangi bir rahatsızlığı olmayan”

ASA 2: Sistemik bozukluğu olan kişi “Cerrahi operasyon gerektiren neden veya farklı (amfizem, kronik bronşit, diyabet, hipertansiyon, anemi vb.) bir hastalığı olan”

ASA 3: Hareketlerini sınırlayan ancak güçsüz bırakmayan kişi (Kalp yetmezliği, geçirilmiş miyokard infarktüsü, hipovolemi, ileri diyabet, sınırlı akciğer fonksiyonu vb).

ASA 4: Hayati tehdit oluşturan ağır sistemik hastalığı olan kişi (solunum sistemi hastalığı, böbrek veya karaciğer yetmezliği vb.)

ASA 5: Ameliyat olup olmamasına bağlı olmaksızın 24 saatten fazla yaşaması beklenmeyen kişi (rüptüre aort anevrizması, kafa travması gibi)

ASA 6: Beyin ölümü tanısı konmuş organ vericisi olarak alınacak kişi (TARD 2015; Özbayır 2017; Doyle ve ark., 2019).

Anestezini Sınıflandırılması: Anestezi esas olarak genel ve bölgesel anestezi olarak iki sınıfa ayrılmaktadır (Andsoy, 2021; Özbayır, 2017; Kanan, 2022).

Genel Anestezi: Genel anestezi yaşamsal fonksiyonlarda kalıcı bir değişiklik olmadan, geçici bilinç kaybı, reflekslerde azalma ile oluşturulan kontrollü duyu kaybıdır (Liuve ark., 2020). Genel anestezi indüksiyon, idame ve uyanma dönemlerinde oluşmaktadır. İndüksiyon aşaması bilinç kaybının başladığı dönem, idame aşaması analjezi sağlanarak hastanın uyku halinin sürdürüldüğü dönem, uyanma aşaması ise bilincin tekrar kazanıldığı dönemdir (Özbayır, 2017; Andsoy, 2021). Genel anestezi inhalasyon, intravenöz, rektal yol ve intramüsküler yol ile uygulanmaktadır. İnhalasyon yol en sık kullanılan yol olup uçucu özellikteki sıvı veya gazların oksijenle birlikte hastaya maske ya da endotrakeal tüp yolu ile uygulandığı yoldur. İntravenöz yol ise inhalasyon yolu ile birlikte kullanılabilen 30 saniyede bilinç kaybının gerçekleştiği uygulamadır. Rektal yol, özellikle çocuk hastalarda kullanılan yoldur. İntramüsküler yol, çocuklarda kullanılan ve 20 dakika uyku hali sağlayan yoldur (Özbayır, 2017; Andsoy, 2021; Liu ve ark., 2020).

Bölgesel Anestezi: Bilinç kaybı olmaksızın vücudun belli bir bölgesinde oluşturulan his kaybıdır. Bölgesel anestezi tipleri topikal anestezi, lokal infiltrasyon blok, periferik anestezi bloğu, spinal anestezi, epidural anestezi ve rejyonel intravenöz anestezi (Özbayır, 2017; Andsoy, 2021). Kombine spinal-epidural anestezi ise bölgesel anesteziye diğer yaklaşımlara göre yeni bir yaklaşım. Subaraknoid ve epidural aralığa lokal anestezik, opiyoid ya da lokal anestezik+opiyoid kombinasyonlarının oluşturulmasıyla meydana getirilen bir epidural subaraknoid blok şeklindedir (Rawal, 2003). Rejyonel anestezinin tercih edildiği ameliyatlarda total/parsiyel diz protezi ameliyatlarda yer almaktadır ve dünya çapında en sık yapılan ameliyatlardan biridir (Canovas ve ark., 2018). Total diz protezi (TDP) ameliyatı, osteoartrit nedeniyle oluşan şiddetli ağrının tedavisinde sıklıkla uygulanan ortopedik ameliyatlardan biridir ve son yıllarda başarılı bir işlem olarak uygulanmaktadır (Wylde ve ark., 2019). Total diz protezi

ameliyatlarında hedef; deformitenin düzeltilmesi, diz eklemine hareket yeteneğinin artırılması, şekil bozukluğunun düzeltilmesi ve ağrının giderilmesidir (KoreanKneeSociety, 2012). Büyük bir cerrahi girişim olan total diz protez ameliyatının hastalarda hem fizyolojik hem de psikolojik (korku, anksiyete, irritabilite, duygusal dengesizlik ve yetersizlik hissi) etkileri olabilmektedir. Bu süreçte hemşireler hastalarının yaşadıkları fizyolojik ve psikolojik etkilerin farkında olmalı ve bu etkilere yönelik girişimleri planlamalıdır (Moutzouri ve ark., 2017; Yakobov ve ark., 2018).

2.1.3. Postoperatif Dönem

Ameliyat sonrası dönem; hastanın ayılma ünitesi veya yoğun bakım ünitesi girmesiyle başlayan, ilgili kliniğe transfer edildiği ve tıbbi bakımı sonlanıncaya kadar geçen süreyi kapsayan dönemdir (Kanan, 2022; Andsoy, 2022). Ameliyat sonrası dönem erken ve geç dönem olmak üzere iki evreden oluşmaktadır. Ameliyat sonrası erken dönem bakım, cerrahi girişim sonrası ilk birkaç saati kapsayan ve hastanın anestezi etkisinden çıktığı dönemdir. Ameliyat sonrası geç dönem ise cerrahi girişim sonrası iyileşmenin sağlandığı taburculuğa kadar geçen süreyi kapsamaktadır. Erken dönem bakım anestezi sonrası bakım ünitesinde, geç dönem bakım ise ilgili klinikte sağlanmaktadır (Akyolcu, 2022). Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakımındaki temel amaç; homeostatik dengenin geri kazanılması ve sürdürülmesi, yeterli sıvı alımının ve beslenmenin sağlanması ve sürdürülmesi, yan etkilerin önlenmesi, ağrının giderilmesi, stresin azaltılmasını ve normal yaşama geri dönüşün sağlanmasıdır (Erdil ve ark., 2016). Majör bir cerrahi girişim olan total diz protezi ameliyatı sonrasında profesyonel hemşirelik bakımına ihtiyaç vardır. Bakımı planlayan hemşireler hastalara hem genel ameliyat sonrası hemşirelik bakımını hem de total diz protezi ameliyatına özgü hemşirelik bakımını vermelidir. Planlanan hemşirelik bakımının içeriği; ağrı yönetimi, nörovasküler fonksiyonun devam ettirilmesi, erken mobilizasyonun sağlanıp immobilizasyonun

önlenmesi, ameliyat bağı yan etkilerin önlenmesi, sağlığın iyileştirilmesi, hastaların kendine güvenlerinin arttırılması, hastalarda olumlu beden imajı ve benlik saygısı geliştirilmesi, eklem hareket açıklığının istenen düzeye ulaşılabilmesi şeklinde kapsamlı olmalıdır (Bilik, 2017; Yavuz, 2017). Aynı zamanda cerrahi hemşiresi erken dönemde havayolu açıklığının sağlanması ve sürdürülmesi, dolaşımın değerlendirilmesi, sıvı elektrolit dengesinin değerlendirilmesi, ameliyat bölgesinin değerlendirilmesi, ağrı ve anksiyetenin değerlendirilmesi, bulantı kusmanın yönetimi, vücut ısısının korunması, nörolojik değerlendirilmesinden sorumludur. Geç dönemde ise solunum fonksiyonlarının, kardiyovasküler fonksiyonların, gastrointestinal fonksiyonların, nörolojik fonksiyonların ve üriner fonksiyonların sürdürülmesinden ağrı kontrolü, mobilizasyonun sağlanması, yara iyileşmesinin sürdürülmesinden sorumludur (Gül,2021; Akyolcu, 2022; Yıldız, 2019).

2.2. İnsan Bakım Kuramı

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) 1965 yılında kuram gelişimini mesleğin gelişiminde birincil faktör olarak ilan etmiştir ve 1970 lere doğru hemşirelik kuramları basılmaya başlamıştır (Lasiuk ve ark., 2005). Hemşirelik mesleğinin amaçlarından biride teorik bilginin uygulamaya aktarılmasıdır. Nitekim kuram ve modellerin kullanılması bilginin aktarılmasındaki etkili yollardan bir tanesidir (Velioğlu, 2012). Aynı zamanda hemşirelik mesleğine özel teori ve model kullanımı hemşirelik mesleğinin özerkliğini ortaya koymaktadır (Karadağ ve ark., 2017). Hemşireliğe özgü teori ve modelleri hemşirelik mesleğinin odak noktası olan bireyi el alır ve bakımın profesyonel olarak verilmesinde kullanılır. Kuram ve modellerinin kullanımı hemşirelik bakım uygulamalarında sistematik bir yapı oluşturmaktadır. Geliştirilmiş kuram ve modeller hemşirenin bireye bakım verirken nasıl hareket edeceğini nasıl düşüneceğini sistematik bir şekilde oluşturulmasını sağlamaktadır (Fawcett, 2005; Erbay ve ark., 2018).

Hemşirelik mesleğinde kullanılan kuramlardan biri de hemşireliğin yapı taşlarını daha iyi yansıttığına inanılan, iyileştirici bakımın bütüncül ve hümanistik olarak ele alındığı, şefkat, sevgi, güven ve insan kavramlarını içeren Watson tarafından geliştirilmiş İnsan Bakım Kuramıdır (Watson, 2012; Watson, 2018; Clark, 2016; Küçükgüçlü, 2017; Erbay ve ark., 2018).

Amerikalı bir hemşire bilim insanı olan Jean Watson 1975-1979 yılları arasında İnsan Bakım Kuramını (İBK) geliştirmiş ve 1979 yılında “bakım bilimi ve felsefesi” kitabında yayınlamıştır (Fawcett, 2005). İnsan Bakım Kuramı (İBK); insan ilişkileri üzerine temellendirilmiş bütüncül bir bakış açısı ile bireyleri birçok yönü ile ele alarak hemşire hasta etkileşimine dayandırılmaktadır (Clark, 2016; Küçükgüçlü ve ark., 2017). İBK bakımın sadece geleneksel olarak uygulanan invazif girişimlerden ibaret olmadığını, bireyleri iyileştirme sürecine ve bakım davranışlarına yönelik girişimleri içerdiğini ileri sürmektedir. İyileştirilme sürecinde ise hasta ve hemşire arasında oluşan karşılıklı sevgi ve şefkat davranışlarını esas almakta ancak en önemli iyileşme kaynağının sevgi olduğunu ifade etmektedir (Koç ve ark., 2017; Lukose, 2011; Erbay ve ark., 2018).

Hemşirelik mesleğinin paradigmasını oluşturan insan, sağlık, çevre ve hemşirelik kavramları insan bakım kuramında da tanımlanmıştır. İnsan bakım kuramına göre paradigmlar şu şekilde açıklanmıştır; İnsan, eşsiz ve özgün bir varlıktır. Akıl, beden ve ruhtan oluşan kendi seçimlerini yapabilen ne tamamen nesnel ne de tamamen manevi bir varlıktır (Watson, 2012). Sağlık, sadece hastalığın olmaması değil kişiye özel bir deneyimdir. Akıl-beden-ruh arasındaki uyum sağlık bu uyumun bozulması ise hastalık olarak tanımlanmaktadır. Watson “İnsanın bir nesne gibi iyileştirilemeyeceğini, kendinden, ailesinden, çevresinden, doğadan ve evrenden ayrı düşünülemeyeceğini savunmaktadır” (Alligood, 2018; Watson, 2012). Çevre, ruhsal, fiziksel ve duyuşal anlamda konforlu ve huzurlu bir çevre olarak tanımlanmaktadır. Güvenli bir çevre

oluşturmak hastaların tedavisini olumlu yönde desteklemektedir (Lukose, 2011; Erbay ve ark., 2018). Hemşirelik, insan bilimi olarak tanımlanmaktadır. İnsanın sağlık-hastalık deneyimi arasındaki dengeyi ve uyumu sağlayan, kişisel, bilimsel, etik ve estetik uygulamalar yapan profesyonel bir meslek olarak tanımlanmaktadır. Jean Watson'a göre hemşirelik bilgi, düşünce, felsefe ve özveriden oluşmaktadır (Alligood, 2018).

İnsan Bakım Kuramı yedi temel kavramdan oluşmaktadır. Bu kavramlar; kişilerarası bakım ilişkisi, bakım anı ve durumu, bakım-iyileştirme bilinci, otantik ilişki, iyileştirici çevre, iyileştirici hemşire, iyileştirici süreçlerdir (Durgun-Ozan, 2020).

2.2.1. Kişilerarası Bakım İlişkisi

Kişilerarası bakım ilişkisi kavramı; hemşire ve hasta arasında bilimsel, profesyonel, etik, estetik, yaratıcı ve bireyselleştirilmiş özel bir iletişim kurma olarak tanımlanmaktadır (Çam ve ark., 2018; Watson, 2012). Kişilerarası bakım ilişkisi fiziksel durumları, zamanı, mekânı aşan hemşire ve birey arasında oluşan yaşamı etkileyen, iki insan arasındaki özel bir iletişim özel bir süreçtir (Watson, 2012; Lukose, 2011).

Watson kişilerarası bakım ilişkisinin oluşabilmesi için birey ve hemşire arasında merhametli, şefkatli ve sevgi dolu bir ilişkinin kurulması gerektiğini ifade etmektedir. Hemşire bakım merkezine hasta, hastalık, patoloji kavramları yerine bakım, iyileşme, bütünlük kavramlarını almalıdır (Durgun Ozan, 2020). Hemşireler kişilerarası bakım ilişkisini geliştirmek için kişilerarası bakım iyileştirme yöntemlerini kullanmalıdırlar. Bu yöntemler; (Arslan Özkan, 2012)

- İşıtme yöntemleri; Müzik gibi işitsel yöntemler
- Görsel yöntemler; Renk gibi görsel yöntemler
- Solunum yöntemleri; Temiz hava gibi yöntemler
- Dokunma yöntemleri; Masaj gibi dokunma yöntemleri
- Tat alma yöntemleri; Diyet düzenlenmesi gibi yöntemler

- Ruhsal bilişsel yöntemler; Hayal etme gibi ruhsal bilişsel yöntemler
- Kinestetik yöntemler; Yoga gibi yöntemler
- Bakım bilincinin kullanılmasıdır.

Kişilerarası bakım ilişkisi üç boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; benlik, varoluşsal alan ve öznelerarasılıktır (Ozan ve ark., 2013).

Benlik; Bireysel kimliğin esasını oluşturmaktadır. Bu kavramın içinde bireye özgü düşünce, duygu, idealler ve yetenekler yer almaktadır (Ozan ve ark., 2013).

Varoluşsal alan (PhenomenalField); Kişinin deneyimlerine, duygu ve düşüncelerine, bedensel tepkilerine, inanışlarına, gayelerine, beklentilerine ve algılarının anlamına karşılık gelmektedir. Watson hemşire ve bireyin kendi yaşam hikayelerinin içinde kendilerine has belli birer varoluşsal alana sahip olduğunu belirtmektedir (Watson, 2012; Arslan-Özkan ve ark., 2012).

Öznelerarasılık (bireyler arası içsel iletişim-İntersubjektivite); Hemşire hasta arasındaki etkileşim olarak tanımlanmaktadır. Kişilerarası bakım ilişkisinin güçlendirmek gerçek ve güvenilir bir bakım ilişkisini geliştirmekle mümkün olabilmektedir. Kişilerarası bakım ilişkisini başlatmak ve sürdürebilmek için “Bana kendinizden bahseder misiniz?”; “Bana, yapılan tedaviler ile ilgili olarak, neler hissettiğinizi anlatır mısınız?” gibi sorular sorarak hasta ile birbirinizi anlamanız kolaylaştırabilirsiniz. Bu şekilde hasta memnuniyeti ve güvenliği artacak ve iyileşme sürecine destek olunacaktır (Arslan-Özkan ve ark., 2012; Çam ve ark., 2018).

İnsan bakım kuramı uygulamalarını şefkat ve sanatla yerine getirmektedir ve iyileşme iyileştirici basamaklarla gerçekleşmektedir. İyileştirici süreçler birbirini takip eden doğrusal bir yol ile ilerlemektedir ve 10 adımdan oluşmaktadır (sevgi-iyilik, umut-inanç, ben ötesi varoluş, otantik bakım ilişkisi, dinleme ve duyguların açığa çıkması, sorun çözme-çözüm arama, özgün öğretme/öğrenme, iyileştirici bakım çevresi, temel

gereksinimlere yardım ve mucizelere izin verme) (Watson, 2011; Boz ve ark., 2017; Ozan ve ark., 2017; Boz ve ark., 2020).

2.2.2. Bakım Anı ve Durumu

Jean Watson'a göre bakım anı bireye bakım vermek için yer ve zaman fırsatı oluşturmak olarak tanımlanmaktadır. Bakım anında hemşire ve birey arasında iletişim ve etkileşim olmaktadır. Hemşire bakım anında kendi duygularının farkında olmalıdır. Hemşireler bakım anını iyi değerlendirmeli, bireyi tanımalı ve kişiler arası bakım ilişkisi kurabilmelidir (Clark, 2016; Lukose, 2011).

2.2.3. Bakım-İyileştirme Bilinci

Watson bu süreçte birey ve hemşire arasındaki sevginin önemine dikkat çekmiş ve “bakım iyileştirme bilincini açıklarken bakım-iyileştirme-sevgi kavramlarını kullanmıştır.” (Clark, 2016; Lukose, 2011). Kuram rutin bakımın ötesinde bakımın sevgi, şefkat ve nezaketle uygulanmasına dikkat çekmektedir (Gomes ve ark., 2013).

2.2.4. Otantik İlişki

Watson birey ve hasta arasındaki ilişkinin doğal, içten, güvenilir ve sevgi dolu bir ilişki olması gerektiğini vurgulamaktadır. Tanımlanan bu ilişki zaman içerisinde güven duygusunun gelişmesine yardım ederek birey cesaretlendirecektir ve hasta için yapmak yerine hasta ile birlikte yapmanın önü açılacaktır (Costello, 2018; Gomes ve ark., 2013; Lukose, 2011).

2.2.5. İyileştirici Süreçler

Watson 1976'da iyileştirici faktörler kavramını geliştirmiş daha sonra 1985-1988 yılları arasında ise revizyon yaparak iyileştirme süreçleri olarak güncellemiştir. Hemşireliğin özünü oluşturan, profesyonel hemşireliğe rehber olan iyileştirme süreçleri 10 madde de açıklanmıştır (Norman ve ark., 2016; Pajnkihar ve ark., 2017). Bunlar;

(1) Sevgi ve iyilik,

- (2) İnanç ve umudu aşlamak,
- (3) Kendine ve bireylere duyarlı olmak,
- (4) Yardım edici-güven verici bakım ilişkisi,
- (5) Duygu ve hislerin ifade edilmesi
- (6) Problem çözme yöntemlerini kullanmak,
- (7) Öğretme-öğrenme,
- (8) İyileştirici bakım çevresi oluşturmak,
- (9) Temel gereksinimlere yardım,
- (10) Gizemleri ortaya çıkarmak ve mucizelerin olmasına izin vermektir.

Bahsedilen süreçler birbiri ile sıkı bir ilişki içinde olup kuralcı değildir. Bu süreçler bir bütün halinde uygulanabileceği gibi tek tek uygulanabilmektedir (Özkan ve ark., 2012; Costello, 2018; Erbay ve ark., 2018). Hemşirelerin bireylere en iyi bakımı verebilmeleri açısından sezgilerini ve bütün bilme yollarını kullanabildikleri iyileştirme süreçleri önemlidir (Watson, 2008). Watson'a göre bakım sadece invaziv girişimlerden oluşmamaktadır. Geleneksel yaklaşımlardan farklı ileri iyileşme yöntemlerinin kullanılmasını önermektedir. Bu yaklaşımlar şu şekildedir; (Fawcett, 2005):

- İşitme yöntemlerinin bilinçli kullanımı; İlahiler, müzik, doğada bulunan sesler gibi yöntemler,
- Görsel yöntemlerin bilinçli kullanımı; Renkler, biçimler, sanatsal çalışmalar, ışığın kullanıldığı yöntemler,
- Solunum ve koku ile ilgili yöntemlerinin bilinçli kullanımı; Temiz hava, doğru nefes alıp verme, aromaterapi gibi yöntemler,
- Dokunma yöntemlerinin bilinçli kullanımı; Refleksoloji, akupresür, beden terapileri, terapötik masaj gibi yöntemler,

- Tat alma yöntemlerinin bilinçli kullanımı; Doğal yoldan yeterli miktarda alınamayan besinlerin diyet değişiklikleriyle desteklenmesi,
- Zihin-beden yöntemlerin bilinçli kullanımı; Hayal etme ve aklın önemine odaklanmanın sağlanması
- Kinestetik yöntemlerin bilinçli kullanımı; Hareket ve dans etme, yoga, masaj, temel cilt bakımı, TaiChi, kinezyoloji, kayropraksi, reiki gibi yöntemler,
- Bakım bilincinin kullanımı; Terapötik, psikolojik ve fiziksel bakıma odaklanma

2.2.6. İyileştirici Hemşire

İyileştirici hemşire insan bakım kuramında bakım bilincine sahip hemşire olarak tanımlanmıştır. İyileştirici hemşire etik değerlere bağlı olmalı, kendi ve diğerleri ile olan ilişkilerde iyileştirme bilinçliğini göstermeli, kişilerarası ilişki kurabilmeli, sözel ve sözel olmayan davranışları ile bireylerle bağlantı kurabilmelidir (Durgun Ozan, 2020).

2.2.7. İyileştirici Çevre

İyileştirici çevrenin rolü, stresi tersine çevirmek ve iyileşmenin gerçekleşmesi için destekleyici bir ortam oluşturmaktır. İyileştirici çevre yalnızca estetik görünüme sahip hoş veya keyifli alanlar olmayıp, aynı zamanda bireylerin içsel, kişilerarası ve davranışsal olarak katılımını da destekleyen alanlardır (Bonnie ve ark., 2015).

Bireyler iç ve dış çevreleriyle sürekli etkileşim halindedir. Bu etkileşim bireylerin sağlık/iyilik hallerini etkilenmektedir. Bu nedenle hemşirelerin bakım sürecini oluştururken iyileştirici çevre oluşturabilmeleri önemlidir (Rakel ve ark., 2012; Watson, 2008; Velioğlu, 2012). İyileştirici çevre oluşturmanın amacı, bireylere kaliteli bakım ve iyileşmeyi hızlandıran çevre koşulları sunmaktır (Norman ve ark., 2016; Pajnikhar ve ark., 2017; Watson, 2007; WCSI, 2010; Watson, 2012).

Watson tarafından geliştirilen insan bakım kuramında iyileştirici çevre “fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforlu, güzel, huzurlu bir çevre” olarak tanımlanmaktadır (Lukose, 2011). Watson çevre geliştirmeyi sadece fiziki, sosyal, ruhsal ve kültürel olarak görmemiş spiritual çevreyi oluşturmuştur. Spiritual çevre yeni bir enerji alanıdır ve bütünle ilişkili ve bütünü tamamlayan olarak tanımlanmıştır (Watson, 2008). İyileştirici çevrenin ana bileşenleri estetik, sanat ve insan onuruna saygıdır. Çevre düzenlenmesinde kullanılan ışıklandırma teknikleri, görsel, işitsel sanatların kullanımı, renklerin uyumu ve oda tasarımları gibi uygulamalar hem hastayı hem de çalışanı olumlu yönde etkilemektedir (Dijkstra ve ark., 2006; Jarrin, 2012).

İyileştirici çevrenin dört boyutu bulunmaktadır. Bunlar; dışsal, davranışsal, kişilerarası ve içsel çevredir (Boz, 2018; Rakel ve ark., 2012).

Dışsal Çevre: İyileşme alanının oluşturulduğu, duygusal girdilerin olduğu, konforlu, ihtiyaçların karşılandığı bir çevredir. Bu çevrenin oluşturulmasında renklerden, ışıktan, sanattan, mimariden, hoş kokulardan, havadan, müzikten, sestten, yeşil alanlardan ve doğadan yararlanılabilmektedir. Doğa, iyileşme ortamlarının önemli bir bileşenidir. Doğayı manzaralar aracılığıyla bahçelere birleştirme yeteneğinin stresi azalttığı ve akıl, beden ve ruh uyumunu iyileştirdiği gösterilmiştir (Bonnie ve ark., 2015).

Davranışsal Çevre: Sağlık alışkanlıkları geliştirme, tamamlayıcı sağlık uygulamaları ile bakımın artırıldığı bir çevredir. Bu çevrenin oluşturulmasında diyet programlarından, egzersizlerden, gevşeme yöntemlerinden yararlanılabilmektedir (Bonnie ve ark., 2015).

Kişilerarası Çevre: İyileştirici ilişkilerin geliştirildiği, organizasyonların yapıldığı bir çevredir. Bu çevrenin oluşturulmasında etkili iletişimden, şefkatli yaklaşımlardan, empatiden, sosyal destekten, liderlikten, ekip çalışmasından ve teknolojiden yararlanılabilmektedir. Kişiler arası çevrede sağlık bakım sağlayıcıları kişiler arası

ilişkiler, kişi merkezli planlamalar ve birlikte karar alma yoluyla iyileşmeye yönlendirmek ve desteklemek için uygun yapılar, yöntemler ve kaynaklar sağlarlar (Bonnie ve ark., 2015).

İçsel Çevre: İyileşme isteğinin geliştirildiği, farkındalığın artırıldığı bir çevredir. Bu çevrenin oluşturulmasında bireylerin beklentilerden, bireylerin umutlarından, bireyleri anlamadan, bireylerin inançlarından, akıl, beden, ruh ve enerjiden yararlanılabilmektedir (Boz, 2018; Rakel ve ark., 2012). Sağlık bakım sağlayıcıları iyileşmeyi şefkatle yaklaşma, etkili iletişim kurma ve güven duygusu oluşturma, iyileşmeye inanma ile aktarabilirler, hastalar umutlarını ve inançlarını paylaşarak, değişime uyum sağlayarak iyileşme niyetini gösterirler (Bonnie ve ark., 2015).

Hastaların bakım aldıkları merkezlerde kendilerini rahat hissedecekleri iyileştirici çevrenin oluşturulabilmesi için aktif dinleme, vücut dilini olumlu kullanma, göz teması kurma, dokunma, müzik dinleme, nefes egzersizleri, meditasyon, konforlu bir ortam oluşturmaktan, bireylerin inançlarına uygun ortamlardan, mizah ve sanattan yararlanılabilmektedir (Boz, 2018).

İyileştirici çevre konforlu, güvenliği sağlanmış, estetik, mahremiyet önlemleri alınmış özelliklere sahip bir alandır. Hemşireler çevre kontrolü sağlama açısından iyi olmalarına rağmen bu özelliklerini farkında olmadan kullanmaktadırlar. Ancak hemşireler görselliği, gevşeme yöntemlerini, müziğin tınısını, dokunmayı ve sanatı kullanarak bakım-iyileşme kuramı çerçevesinde çevreyi düzenleyebilir ve teoriyi çevre düzenleme rehberi olarak kullanabilir (Watson, 2007; Watson, 2012).

Literatürde İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçlarında; kuramın, hastalarda dispne, anksiyete düzeylerini azalttığı, yaşam kalitelerini ve hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet düzeylerini artırdığı (Seven, 2018), diyabetli bireylerde uyku kalitesini artırmada ve glisemik kontrolü

sağlamada etkili olduğu (Talaz, 2017), yaşlıların yaşam kalitesi ve manevi iyilik düzeylerini artmasını sağladığı (Pipe ve ark., 2010), öz-bakım gereksinimlerini karşılamada etkin olduğu (Hernandez, 2009), ağrı, anksiyete, depresyon gibi semptomları azaltmayı sağladığı (Mullaney, 2000; Lukas, 2004), kan basıncını azaltmada ve yaşam kalitelerini yükseltmede etkisi olduğu (Erci ve ark., 2013) saptanmıştır.

Aynı zamanda kuramın hemşirelik bakımında iyileştirici çevrenin etkisini ortaya koyan çalışmalarda yapılmıştır. Bu çalışmalara örnek verilecek olursa; yapılan bir çalışmada hastane çevresinde iyileştirme çevreleri oluşturulmuş ve sonucunda çalışanların, birey ve yakınlarının stresinin azaltılmasında, huzur ve iyileşmenin artırılmasında etkili olduğu bulunmuştur (Van der Riet ve ark., 2014). Arslan-Özkan ve ark. tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada infertil kadınlara yönelik oluşturulan iyileştirici çevrenin psikososyal anlamda olumlu etkileri olduğu saptanmıştır (Arslan ve ark., 2014).

2.3. Cerrahi Korku

Son yıllardaki teknolojik gelişmeler ile ağrının giderilmesi, sağlığın geri kazınmasını sağlayan cerrahi girişimler bilinmeyen belirsiz bir durumu işaret ettiği için bireylerde halen korkulan, endişe oluşturan bir deneyimdir (Karaveli ve ark., 2014). Cerrahi korku hastaların bilinmezliklere karşı hissettikleri stres, öfke ve gerginlik hali olarak kabul edilmektedir (Bağdigen ve ark., 2018). Bireylerde cerrahi korku, ameliyat kararı alınması ile birlikte ortaya çıkan, taburculuk sonrası dönemi de etkileyen ve birçok hasta tarafından deneyimlenen duygusal bir tepkidir (Shahmansouri, 2014). Yaşanılan korkunun normal olabileceği ancak korku düzeyinin artması ile birçok sorunu beraberinde getirebileceği vurgulamaktadır (Theunissen ve ark., 2018). Bireyler bu belirsizliği azaltmak için ameliyat öncesi dönemde bilgilendirilmek isterler. Bilgilendirmenin yetersiz kaldığı durumlarda ise korku ve kaygı hissederler (Cheng ve

ark., 2021). Korku hissi nöroendokrin tepkiyi aktive eder. Nöroendokrin tepki stres hormonlarının artışına neden olmaktadır. Bu durum hastada metabolizmanın hızlanması, kardiyovasküler sistemin aktivasyonun artması, hayati organlara giden kan hacminin artması, gastrointestinal sistem fonksiyonları ve salgısının azalması gibi bir seri reaksiyonu içerir. Ayrıca cerrahi korku hastalarda ağrı, bulantı/kusma, uyku kalitesinde bozulma, yara iyileşmesinde gecikme gibi istenmeyen durumların ortaya çıkmasına da neden olabilmektedir (Bheemanna, 2017; Cheng ve ark., 2021; Garcia, 2018). Bu olumsuz etkiler hastaların hastanede yatma süresini uzatmakta ve sağlık bakım maliyetinde artışla sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle cerrahi korkunun hemşireler tarafından iyi değerlendirilmesi ve iyi yönetilmesi gerekmektedir (Cheng ve ark., 2021).

Cerrahi korkuyu ameliyat öncesi dönemde cerrahi işlem, cerrahiye kadar geçen süre, cerrahi ile ilgili önceki deneyimler etkilerken ameliyat sonrası dönemde ise en önemli etken ağrı olmakla birlikte, ameliyat sonrası görülebilecek olan istenmeyen olaylardır (Mete ve ark., 2020; Ruhaiyem ve ark., 2016). Cerrahi korkunun yönetilebilmesi için hemşirelerin hastalarla tanışması, ameliyat süreci ve ameliyathane hakkında bilgi vermesi ve kendilerini güvende hissedecek ortam oluşturması hastaların korkularını azaltabilir (Gürsoy ve ark., 2016). Korkuyu azaltabilmek için hastaların duygu ve düşüncelerini ifade etmesine izin verilmeli, açık ve yeterli bilgilendirme yapılmalı, cerrahi klinik ve ameliyathane tanıtılmalı, aynı ameliyatı geçirmiş anksiyete düzeyi düşük olan hastalarla iletişim kurması sağlanmalı, nonfarmakolojik (müzik dinletilmesi, dikkati başka yöne çekme, masaj gibi) yöntemlerden yararlanılmalıdır (Dursun, 2018; Ünal, 2011)

Cerrahi korkuya neden olan ameliyat kararı hastalarda aynı zamanda perioperatif anksiyete ve ameliyathane ajitasyonu durumlarının da ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Chieng ve ark., 2014).

2.4. Perioperatif Anksiyete ve Ameliyathane Ajitasyonu

Anksiyete endişe etmek, merak duymak ve korku hissetmek anlamına gelen evrensel bir duygudur ve cerrahiye hazırlanan hastaların birçoğu anksiyete yaşamaktadır. Anksiyete bireyin kendini güvende hissetmediği bilinmezlik durumlarında ortaya çıkan bir tepkidir (Gürsoy ve ark.,2016; İri, 2021). Preoperatif anksiyete ise bireyin hastalığa, hastanede kalmaya, uygulanacak anesteziye, yapılacak cerrahi girişime ya da bilinmezliğe karşı hissettiği huzursuzluk veya gerilim olarak tanımlanmaktadır ve vücudu birçok yönden etkilemektedir. Anksiyete katekolamin salgısının artmasına ve dolayısı ile taşikardi, hipertansiyon ve aritmiye neden olur (Chieng ve ark., 2014). Bireyin gösterdiği tepki baş etme gücünü doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle anksiyete bireyleri psikolojik, biyolojik ve sosyal olarak zorlamaktadır. Anksiyetenin aşırı uyanıklık hali, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü, neden-sonuç ilişkisi kuramama, kontrolünü kaybetme, başa çıkamama, fiziksel zarar görme korkusu, ölüm korkusu, tedirginlik, gerginlik, huzursuzluk, nabız, tansiyon ve solunum sayısında artma, çarpıntı, titreme, terleme gibi birçok belirtisi vardır Aynı zamanda anksiyete entübasyona karşı sempatik yanıtın şiddetini, intraoperatif anestezi gereksinimini, postoperatif bulantı ve kusmayı, ağrı ve analjezik tüketimini artırır. Sonuç olarakta hastanede kalış süresini uzatmakta ve hasta memnuniyetini azaltmaktadır (Dehghan ve ark., 2019; Balta ve ark., 2022; Zhang ve ark., 2022; Ren ve ark., 2021; Mishra ve ark., 2021).

Ajitasyon ise aşırı uyarılma halidir ve yıkıcı sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Miller ve ark., 2020; Gülpek ve ark.,2019). Ajitasyon yaşamın her alanında olabileceği gibi yataklı tedavi kurumlarında, özellikle tıbbi birimler gibi birçok alanda karşılaşılabilmektedir. Ajitasyonla ilgili nedensel faktörlerin hızlı değerlendirilmesi ve yönetilmesi elzemdir. Rehberler ajitasyon düzeyinin azaltılması için farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılmasını önermektedir (Garriga ve ark., 2016).

Ameliyat öncesi süreçte en önemli adımlardan biri cerrahi süreci olumsuz etkileyecek anksiyete ve ajitasyonun kontrol altına alınmasıdır (Balta ve ark.,2022). Bunu sağlayabilmek için ameliyat öncesi dönemde bireylerin psikolojik olarak hazırlanması, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında yapılacak işlemler hakkında bilgilendirilmesi (periopetatif hasta eğitimleri), çevresel faktörlerin kontrol altına alınması, görsel ve işitsel uyaran kullanılması önemli yer tutmaktadır. Bireyleri dinlemek, onlara soru sorma fırsatı vermek anksiyetenin azaltılmasında etkili bir adımdır (Andsoy, 2018). Cerrahi sürecin ilk aşaması olan preoperatif dönemde anksiyetesi kontrol altına alınamayan hastaların postoperatif dönemde ağrı deneyimledikleri saptanmıştır (Kühlmann, 2018).

2.5.Ağrı

Ağrı durumu “Var olan veya potansiyel doku hasarına eşlik eden, hoş gitmeyen duysal ve emosyonel bir deneyim” olarak ifade edilmekte ve “Ağrı bir korunma mekanizması” olarak kabul görmektedir (Miu, 2019). Cerrahi uygulamalar bireylerin hayatını kurtarıcı işlemler olsa da cerrahi sırasında ve sonrasında karşılaşılan sonuçlardan biride bireyin ağrı hissetmesidir (Gan, 2017; Aslan, 2018). Cerrahi geçiren bireyler uygulanan analjezik ilaçlara rağmen ameliyat sonrası değişen düzeylerde ağrı deneyimlemektedir (Subramanian, 2016). Kontrol altına alınmayan ağrı ve anksiyete bireylerde katekolamin salınmasına, nabzın hızlanmasına ve kan basıncının yükselmesine neden olur (Aslan, 2018). Ameliyat sonrası dönemde ağrı tedavisinin yetersiz kalması ağrının kronik ağrıya dönüşmesine, iyileşme süresinin uzamasına ve buna bağlı olarak hastanede kalma süresinin uzamasına ve hastaneye geri dönüşlere neden olmaktadır (Lovich-Sapola ve ark., 2015). Ağrının kontrol edilmesinde farmakolojik yöntemlere ek olarak nonfarmakolojik yöntemlerde kullanılabilmektedir (Midilli ve ark., 2019). Bu yöntemler yan etkisi olmayan, kolay uygulanabilen ve az maliyetli yöntemlerdir. Masaj, nefes egzersizleri, bilişsel-davranışal teknikler, dikkati başka yöne çekme, müzik

dinleme, gevşeme, meditasyon, sıcak ve soğuk uygulamalar, pozisyon değişikliği, terapötik dokunma, akupunktur, güvence verme, odanın iç dekorasyonunun düzenlemesi ve çevresel yöntemlerin kullanılması nonfarmakolojik yöntemlere örnek verilebilir (Ay, 2018; Midilli ve ark., 2019; Özveren ve ark., 2016).

2.6. Şefkatli Bakım

Şefkat bireylerin acılarını anlayışla karşılayabilme durumudur. Aynı zamanda şefkat bireylerin çektiği acının bu acıdan kurtulma isteğinin algılanması ve anlaşılması ve ona yardım etme duygusunun oluşmasıdır (Apostolidi ve ark., 2022; Schairer, 2017). Hemşirelik mesleğinin temelini atıldığı günden bugüne mesleğin temel değerlerinden biri şefkatli bakımdır (Kouta ve ark., 2022). Şefkat kavramının üç boyutu bulunmaktadır. Bunlar; bilişsel algılama, duygusal boyut ve davranışsal boyuttur. Bilişsel algılama boyutu bireylerin yaşadığı durumu anlayabilmeyi, duygusal boyutu bireylerin ne hissettiğini hissedebilmeyi, davranışsal boyutu ise bireylere en iyi şekilde yanıt verebilmeyi içermektedir (Blomberg ve ark., 2016). Şefkatli bakım hemşireliğin hissi tarafı olarak ifade edilmektedir (Dewar ve ark., 2011). Hastanelerde yapılan anketlerde hasta bireylerin hemşirelerden kendilerine şefkatle yaklaşmalarını bekledikleri ve şefkat gören hasta bireylerin memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Heffernan, 2010). Şefkatli bakımın sunulması ile güvenli bakım, zaman tasarrufu, maliyet tasarrufu, memnuniyeti yüksek hastalar ve mutlu çalışanların olduğuna dair göstergeler mevcuttur (Youngson, 2012).

2.7. Hasta Memnuniyeti

Memnuniyet “memnun olma, sevinç duyma” olarak tanımlanırken hasta memnuniyeti “sağlık hizmeti sunan kurum ile hastaların beklentilerinin karşılanması ve olumlu şekilde değerlendirilmesidir” (Gökkaya ve ark., 2018; Trinh, 2019). Hasta memnuniyeti sunulan hizmetin kalite göstergelerinden biri olarak değerlendirilmeye

başlamış ve son yıllarda ilgi odağı olmuştur. Sağlık bakımından duyulan memnuniyet tedavileri de olumlu yönde etkilemektedir (Batbaatar ve ark., 2017; Eyasu ve ark., 2016). Memnuniyetin artması hastanın kendi bakımına katılmak için istekli olmasında ve kendini daha rahat ifade etmesinde önemli bir etkidir. Memnuniyet kavramı bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir. Bu farklılıklar hastalığın şekli, kişilik özellikleri, daha önceki sağlık hizmeti deneyimi, hastanın yaşı, psikolojik özellikleri, hasta ile kurulan iletişim, bilgilendirme, hastaya güven verme, nezaketli davranış, hastalara karşı tutum, yeterli aydınlatma, oda tasarımı, ses yalıtımı gibi kavramlardan kaynaklanmaktadır (Aldemir, 2018; Karaca, 2018; Batbaatarve ark.,2017; Özşaker, 2021). Hasta memnuniyetini direk etkileyen faktörler arasında ise ameliyat öncesi bilgilendirme ve hasta eğitimi de yer almaktadır. Ameliyat öncesi yapılan bilgilendirme ve eğitimden duyulan memnuniyetin hasta üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir. (Afaya ve ark., 2017).

3. MATERYAL VE METOT

3.1.Araştırmanın Türü

Araştırma deneysel tasarımlı bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma “Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü” Ortopedi ve Travmatoloji Servisi ve Ameliyathane Ünitesinde Aralık 2022-Ocak 2024 tarihleri arasında yapıldı.

Araştırmanın yapıldığı Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği 1 ve 2 olmak üzere iki klinik ve bir ortopedi yoğun bakım ünitesi olmak üzere toplam üç birimde hizmet yürütmektedir. Toplam yatak sayısı klinikte 52 ve yoğun bakım ünitesinde ise 6 olmak üzere 58’dir. Yıllık ortalama 400 diz protez ameliyatı yapılmaktadır. Dokuz öğretim üyesi, 16 asistan doktor, 18 hemşire, 10 hasta bakım personeli ve dört temizlik görevlisi ile hizmet vermektedir. Ameliyathanede üç Ortopedi ve Travmatoloji ameliyat odası bulunmaktadır. Her odada en az bir öğretim üyesi, iki asistan doktor, bir anestezi doktoru, bir anestezi teknisyeni, bir hemşire, bir personel görev yapmaktadır. Premedikasyon odasında ise görevli bir hemşire bulunmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni “Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü” Ortopedi ve Travmatoloji Servislerinde total diz protezi ameliyatı olmak için yatan hastalar oluşturdu. Araştırmaya alınacak hasta sayısını belirlemek için Güç (power) Analizi yapıldı. Örneklem sayısı G*Power 3.1 programında hesaplandı. Hesaplamada Wilson ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışma kullanıldı. Bu çalışmaya göre etki büyüklüğü 0.578 olarak hesaplandı (Wilson ve ark., 2016). Çalışmanın gücünün %95 değerini üzerinde olması için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.578 etki büyüklüğünde örneklem sayısı her bir grup için en az n=30 olarak saptandı.

Veri toplama aşamasında kontrol grubunda 49 hasta takip edildi ancak premedikasyon odasına alınmadan doğrudan ameliyathane odasına alınan beş hasta, genel anesteziye geçilen 10 hasta ve dil nedeni ile iletişim kurulamayan üç hasta çalışma dışı bırakılarak 31 hasta kontrol grubuna dâhil edildi. Bilgilendirme grubunda 51 hasta izlendi ancak premedikasyon odasına alınmadan doğrudan ameliyathane odasına alınan altı hasta, genel anesteziye geçilen sekiz hasta, farklı bir çalışmaya alınan iki hasta ve dil nedeni ile iletişim kurulamayan dört hasta çalışma dışı bırakılarak 31 hasta bilgilendirme grubuna dâhil edildi. İyileştirici çevre grubunda ise 56 hasta takip edildi ancak premedikasyon odasına alınmadan—ameliyathane odasına alınan dokuz hasta, genel anesteziye geçilen iki hasta, farklı bir çalışmaya alınan 12 hasta, dil nedeni ile iletişim kurulamayan iki hasta çalışma dışı bırakılarak 31 hasta iyileştirici çevre grubuna dâhil edildi. Araştırma 93 hasta ile tamamlandı.

3.3.1.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Elektif parsiyel/total diz protezi ameliyatı olmak
- 18 yaşın üstünde olmak
- Bilişsel yetileri yerinde olmak
- İşitsel ve görsel engeli olmaması
- Ağır sistemik hastalıkların olmaması

3.3.2.Dışlanma Kriterleri

- Genel anesteziye geçilmesi
- Diz protez ameliyatına ilave farklı bir ameliyatının olması
- Kombine spinal anestezi sırasında birden fazla ponksiyon uygulanması
- Hastanın farklı bir çalışmaya dâhil edilmesi

3.4.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenleri; Hastaların tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu,), hastalıkları ile ilgili değişkenler (ameliyat deneyimi, premedikasyon odasında bekleme süresi), araştırmada uygulanan bilgilendirme ve iyileştirici çevre uygulamaları bağımsız değişkenleridir.

Bağımlı Değişkenleri; Preoperatif anksiyete, cerrahi korku, ameliyathane ajitasyonu, yaşam bulguları, ağrı düzeyi, şefkatli bakım algısı ve hasta memnuniyetidir.

3.5.Verilerin Toplanması

Veriler ortopedi ve travmatoloji kliniği ve ameliyathane ünitesinde hasta takibi ve yüzyüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin toplanmasında, Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu, Cerrahi Korku Ölçeği, Amsterdam Perioperaif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği, Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği, Yaşam Bulguları Takip Formu, Numerik Orantılama Ölçeği, Watson İyileştirme Süreçlerine Göre Hasta Memnuniyet Formu, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen ve uzman görüşü alındıktan sonra kullanılan Şefkatli Bakım Algısı Formudur.

3.5.1.Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu (HTF) (Ek-4)

Bu form literatür taraması sonucu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medenî hâli, ameliyat deneyimi, diz protez nedeni, premedikasyon odasında bekleme süresi, premedikasyon odasındaki hasta sayısı, intraoperatif dönemde kullanılan ilaçlar, PACU da bekleme süresi ve ASA skoru sorularından oluşmaktadır (Aldemir, 2018; Bheemanna, 2017; Çullu, 2020; Deliktaş, 2017; Dexter, 2020).

3.5.2.Yaşam Bulguları Takip Formu (YBTF) (Ek-5)

Bu form araştırmacı tarafından oluşturulmuş olup hastanın yaşam bulgularının (kan basıncı, nabız, solunum sayısı ve ateş, saturasyon) kaydedildiği formdur.

Hasta Monitörü: Kontrol, bilgilendirme ve iyileştirici çevre grubundaki hastaların kan basınçlarının, nabız, solunum sayısı ve saturasyon ölçümlerinde Nihon-Kohden marka, kalibrasyonu sağlanmış hasta monitörü kullanıldı.

Dijital Temassız Ateş Ölçer: Kontrol, bilgilendirme ve iyileştirici çevre grubundaki hastaların beden sıcaklıklarının ölçümünde, kalibrasyonu sağlanmış, dijital özellikte olan temassız ateş ölçer kullanıldı.

3.5.3. Numerik Orantılama Ölçeği (NRS): (Ek-6)

Ağrı şiddetini ölçmeye yardımcı olan form bireysel ve tek boyutlu ağrı değerlendirme aracıdır. 0-10 arasında değer almaktadır. Ölçekteki 0 puan “ağrının olmadığını” 10 puan ise “dayanılmaz ağrı” olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça ağrı şiddetinin arttığı belirtilmektedir. Numerik Orantılama Ölçeği (NRS) ameliyat sonrası akut ağrının değerlendirilmesinde güvenle kullanılmaktadır. Ölçeğin Cronbach- α katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur (Atisook ve ark., 2021; Gurkan ve ark., 2020).

3.5.4. Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ) (Ek-7)

Cerrahi korku ölçeği, 2014 yılında Theunissen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve (Theunissen ve ark., 2014), 2018 yılında Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması Bağdigen ve Karaman Özlü tarafından yapılmıştır (Bağdigen ve ark., 2018). Ölçek, sekiz maddeden oluşmakta ve 0-10 arası sayısal skala içermektedir. Ölçek iki alt boyuttan oluşmakta ve cerrahi girişimin kısa ve uzun dönem sonuçlarına ait korkuyu göstermektedir. Ölçekte, cerrahi girişimin kısa süreli sonuçlarının korkusunu 1-4. maddeler ölçerken, uzun süreli sonuçlarının korkusunu ise 5-8. maddeler ölçmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 80 puan arasındadır. CKÖ’den alınan 18’den yüksek olan puanlar korku düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin “Cronbach’s Alpha

katsayısı” orijinal ölçek için 0.76–0.92 ve Bağdigen ve Karaman Özlü’nün çalışmasında da 0.93 olarak belirlenmiştir (Bağdigen ve ark., 2018).

3.5.5.Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği (APAIS) (Ek-8)

Ameliyat öncesi anksiyetenin değerlendirilmesinde kullanılan bir testtir. Hollanda’daki Moermann grubu tarafından 1996’da geliştirildi (Moerman ve ark., 1996). Bu testte endişe üçe ayrılmıştır, birincisi cerrahiden duyulan endişe, ikincisi anesteziyenin duyulan endişe üçüncüsünde bilgi eksikliğinden kaynaklı endişedir. Bu üç kaynağa yönelik 6 ifade ile anksiyete değerlendirmektedir. 5’li Likert ölçeği’ne dayanan sayısal değer verilmektedir; “1-5 arası değişen bu değerler; 1=hiç, 2=hafif, 3=orta, 4=şiddetli, 5=aşırı şiddeti ifade etmektedir”. 1 ve 2. Sorular anestezi anksiyetesi ölçümünde, 4 ve 5. sorular cerrahi anksiyete ölçümünde kullanılmakta iki puanın toplamı ile anksiyete puanı hesaplanmaktadır. 3. ve 6. sorular ise anestezi ve cerrahi ile ilgili bilgi edinme isteğini dile getiren ifadelerdir. Ölçekten alınan en düşük puan 6, en yüksek puan ise 30’dur. Ülkemiz için kullanımını ise ilk defa Aykent ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada APAIS Cronbach alfa 0.86, alt boyutları olan Anestezi ile ilgili anksiyete 0.88, Cerrahi ile ilgili anksiyete 0.82 ve Bilgi edinme isteği 0.68 olarak belirlenmiştir (Aykent ve ark., 2007).

3.5.6.Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği (SAAÖ) (Ek-9)

Cerrahi girişim geçirecek hastaların ajitasyon düzeylerini değerlendirmek amacıyla kullanıldı. Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği Kara tarafından 2022 yılında geliştirilmiş ve geçerlik güvenirliği yapılmıştır. Ölçek 3’lü likert tipte (hiçbir zaman, ara sıra, sık sık) ölçüm aracıdır ve dokuz maddeden oluşmaktadır. Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği, "Sözel Agresif Olmayan Davranışlar", "Personele Yönelik Agresif Davranışlar" ve "Kendine Yönelik Agresif Davranışlar" olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Sözel Agresif Olmayan Davranışlar alt boyutu iki madde, Personele Yönelik Agresif

Davranışlar alt boyutu üç madde ve Kendine Yönelik Agresif Davranışlar alt boyutu dört madde içermektedir. Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği'nin puan ortalamasının ≥ 13 olması hastanın ajitasyon yaşadığını ifade etmektedir. Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları “Sözel Agresif Olmayan Davranışlar” alt boyutu için 0.82, “Personele Yönelik Agresif Davranışlar” alt boyutu için 0.768 ve “Kendine Yönelik Agresif Davranışlar” alt boyutu için 0.778 olarak bulunmuştur. Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenirlik kat sayısı 0.818 olup; bu bulgu ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu belirtmektedir (Kara, 2022).

3.5.7. Watson İyileştirme Süreçlerine Göre Hasta Memnuniyet Formu (WHMF) (Ek-10)

Hasta memnuniyet formu Watson ve arkadaşları tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir. Geliştirilen form ile Watson'ın İBK'na temellendirilmiş hemşirelik bakımı değerlendirmektedir. Formda yedi soru bulunmaktadır. Ancak formdaki altıncı soru kurumsal bir soru olduğundan ve araştırma konumuz ile bağlantılı olmadığından araştırmada kullanılmamıştır. Hemşirelik bakımının değerlendirilmesi için oluşturulmuş bir soru formu olduğundan Watson tarafında geçerlik-güvenirlik çalışmasına gerek olmadığı ifade edilmektedir (Watson, 2010). Araştırmacı tarafında Türkçeye çevrilerek perioperatif dönemde insan bakım kuramının iyileştirici çevresine temellendirilerek hastalara yapılan bilgilendirmenin ve iyileştirici çevre uygulamalarının değerlendirilmesinde kullanıldı. Bu form araştırmadaki tüm gruplara uygulandı.

3.5.8. Şefkatli Bakım Algısı Soru Formu (Ek-11)

Şefkatli Bakım Algısı Soru Formu hastaların şefkatli bakım algısını değerlendirebilmek için araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak geliştirilmiştir. Bir ölçek olmayan bu formun geliştirilmesinde ilk aşamada literatür taraması ile soru formu oluşturulmuş ikinci aşamada uzman görüşüne sunulmuştur (Dewar ve ark., 2011;

Babaei ve ark., 2016; Van Der, 2011; Kirby, 2017; Kouta, 2022; Durgun Ozan, 2020). Uzmanlardan gelen görüşler değerlendirilerek forma son şekli verilmiştir. Form toplamda 30 sorudan oluşmaktadır ve 1-29. sorular 1 ile 5 puan arasında puanlanmakta, tamamen katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, tamamen katılmıyorum olarak değerlendirilmektedir. Son soru ise 1 ile 3 puan arasında puanlanmakta ve huzursuz, stresli, sakin olarak değerlendirilmektedir (Ek-11). Bu şefkatli bakım algısı soru formu cerrahi işlem geçirecek hastalara uygulanmıştır.

3.6.Araştırmanın Uygulanması

Veriler “Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü” Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde total/parsiyel diz protezi olan hastalardan araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Araştırmaya başlamadan önce ön uygulama yapıldı ve ön uygulamaya katılan 10 hasta çalışmaya dahil edilmedi. Araştırmanın yapılacağı ortopedi ve travmatoloji kliniği ve ameliyathane ünitesinde çalışan sağlık çalışanlarına araştırma hakkında bilgilendirme yapıldı. Günlük ameliyat listeleri takip edilerek hastalara ulaşıldı. Veri toplanmasına ameliyat günü ameliyattan önce klinikte başlandı, ameliyat süresince takip edildi ve ameliyat sonrası hastanın kliniğe teslim edilmesi ile sonlandırıldı. Araştırma, kontrol, bilgilendirme ve iyileştirici çevre olmak üzere üç farklı grup ile yürütüldü. Her bir grupta 31 hasta olmak üzere toplam 93 hasta çalışmaya dahil edildi. Öncelikle her bir gruptaki hastalar araştırma hakkında bilgilendirildi ve soruları yanıtladı. Grupların özelliğine göre yapılacak uygulama/değerlendirme açıklanarak hastaların onayları alındı. Ameliyathanede iyileştirici çevre düzenlemesi yapabilmek için ayrı bir oda bulunmadığından ilk olarak veriler kontrol ve bilgilendirme gruplarından toplandı. Daha sonra premedikasyon odalarında iyileştirici çevre oluşturulup iyileştirici çevre grubu verileri toplandı.

Hasta tanıtım formu ile ilgili verilerin toplanması; kontrol, bilgilendirme ve iyileştirici çevre grubunda yer alan hastalara ameliyat öncesinde araştırma hakkında bilgi verildi hasta bilgi formu yüz yüze görüşerek dolduruldu. Kullanılan ölçeklerden Cerrahi Korku Ölçeği, Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği (APAIS) premedikasyon odasında hasta takibi yapılırken hasta tarafından doldurulması sağlandı. İntraoperatif döneme ait olan ASA skoru, ameliyat süresi, kullanılan anestezi ilaçları ve anestezinin süresi ameliyathane odasında hasta takibi sırasında anestezi ekibi ile görüşülerek ve hasta dosyalarından alınarak kaydedildi. Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği ameliyathane odasında hasta takibi yapılarak dolduruldu. Yaşam Bulguları Formu ameliyat öncesinde klinikte, premedikasyon odasında (premedikasyon odasına girdiği 0. Dakikada, 15. Dakikada ve premedikasyon odasından ayrılırken kan basıncı ölçünü, nabız kontrolü, solunum sayısı kontrolü, parmak ucu oksimetre (pulse oksimetre) ve vücut ısısı ölçümü takibi yapıldı ve kayıt altına alındı.), ameliyat odasında (0. Dakikada, 15. Dakikada, 30. Dakikada ve ameliyat bitiminde) ölçümleri yapılarak dolduruldu. Numerik Orantılama Ölçeği (NRS) ameliyat öncesinde klinikte, premedikasyon odasında, ameliyat odasında ve ameliyat bitiminde klinikte dolduruldu. Watson İyileştirme Süreçlerine Göre Hasta Memnuniyeti Formu ve Şefkatli Bakım Algısı Formu ise ameliyat sonrası klinikte hastalara doldurtuldu.

Anestezi protokolüne yönelik bilgiler ilgili ortopedi ve travmatoloji birimine ait ameliyat odasında görevli anestezi uzmanı ile görüşülerek kaydedildi. Spinal-epidural anestezi uygulanan hastalar çalışmaya dâhil edildi. Hastanın lomber bölgesi povidine iyod ile üç kez steril bir şekilde silindi. Steril örtüler örtüldü. Kombine spinal-epidural anestezinin uygulanacağı bölge palpasyonla belirlendi. 18G Tuohy iğnesi ile girişime başlandı. “Loss of resistance” tekniği ile epidural aralık tespit edilince aynı sete ait olan 27G pencilpoint spinal iğne ile spinal anestezi girişimi uygulandı. Spinal iğne lümeninden

beyin omurilik sıvısı (BOS) geldiği görüldükten sonra 7 mg bupivakain, 20 mcgfentanyl intratekal olarak uygulandı. İşlem sonrası spinal anestezi iğnesi çıkarıldı. Epidural katater, tuohy iğnesi aracılığı ile epidural aralığa gönderildi. BOS ve kan gelmediği görüldü ve yeri negatif basınç ile doğrulandı. Epidural katater steril bir şekilde sabitlendi. Operasyon masası sola doğru 15°yatırılarak hasta supin pozisyonunda operasyon masasına yatırıldı. Hastalar ameliyat bitiminde post anestezik derlenme ünitesine alındı.

İyileştirici Çevre Düzenlemesi: İyileştirici çevre kavramının içinde yer alan uygulamalardan ameliyathane ortamına uygun olanlar kullanıldı. Hastalar klinkte karşılandı ve ameliyathane ünitesine transferine eşlik edildi, transfer sırasında hasta mahremiyetine dikkat edildi, ameliyathane ve ameliyat süreci hakkında bilgilendirme yapıldı ve etkili iletişim yöntemleri kurularak soruları yanıtlandı. Premedikasyon odasında mimari tasarım yapıldı (ışıklandırma düzenlendi, tavanda üç boyutlu gökyüzü görseli, duvarlarda görsel üç boyutlu resimler kullanıldı, aynalar kullanılarak odanın daha geniş ve ferah gösterilmesi sağlandı, açık mavi renklendirme yapılarak ferah bir ortam oluşturuldu, ses sistemi kurularak müzik dinletisi için ortam oluşturuldu, oda girişlerinde renk düzenlemesi yapıldı, odanın alanı genişletildi, zaman kavramı için duvar saati kullanıldı), premedikasyon odasında ortama müzik dinletisi yapıldı (relaksasyon müzikleri), solunum egzersizi yaptırıldı ve içinde bulunduğu çevre tanıtılarak soruları yanıtlandı.

Tablo 3.1. Çalışmadaki iyileştirici çevre uygulamalarının iyileştirici çevre alanlarındaki dağılımı

İyileştirici Alanları	Çevre İyileştirici Çevre Uygulamaları
Dışsal çevrede	Işık, sanat, mimari tasarım, müzik, ses kontrolü, zaman kavramı için saat
Davranışsal çevrede	Derin nefes alma egzersizi, bütüncül yaklaşım, güvenliğini sağlama, bilgilendirme
Kişilerarası çevrede	İletişim, şefkat, empati, ekip çalışması, göz teması kurma, ilgili davranma, sosyal destek, saygılı davranma
İçsel çevrede	Anlama, dinleme, umut verici davranışlar, mahremiyeti koruma,

Kontrol Grubu: Araştırmayı katılmayı kabul eden 31 hasta çalışmaya dâhil edildi.

Bu gruba hiçbir müdahale yapılmadan rutin işleyiş takip edilerek veri toplandı.

Bilgilendirme Grubu: Araştırmayı katılmayı kabul eden 31 hasta çalışmaya dâhil edildi. Bu gruba rutin işleyişe ilave olarak ameliyathane ve ameliyat süreci hakkında bilgi verilerek veri toplandı.

İyileştirici Çevre Grubu: Araştırmayı katılmayı kabul eden 31 hasta çalışmaya dâhil edildi. İyileştirici çevre grubunu oluşturan hasta grubuna ameliyat günü ameliyattan önce ameliyat süreci ve ameliyathane hakkında bilgi verildidaha sonra ameliyathaneye araştırmacı eşliğinde transferi sağlandı, transfer sırasında hasta güvenliğinin sağlanması için sedye kenarlıkları kaldırıldı, üzerine örtü örtüldü ve bone takıldı. Hastaya ameliyathaneye girildiği andan itibaren gördüğü ortam, kişiler, uygulamalar hakkında açıklama yapıldı, hasta mimari olarak dizaynedilmiş ve ortama relaksasyon sağlayacak müzik sesi verilmiş premedikasyon ünitesine/odasına alındıktan sonra neden bu odada olduğu, neden bekletildiği ve ameliyat süreci hakkında bilgi verilip soruları yanıtlandı, solunum egzersizi yaptırıldı.

Premedikasyon odasında yaklaşık 15 dakikalık bilgilendirme sonrası hastaya ameliyat odasına transferine eşlik edildi. Epidural- spinal anestezi uygulanırken sakin olması ve hareket etmemesi gerektiği, anestezi uygulaması sonrası ağrı hissetmeyeceği bilgisi verildi. Ameliyatın başlangıç aşamasında ortamda kullanılacak malzemelerin gürültü oluşturabileceği(kemik delici-kesici aletlerin sesi) bu seslerin normal olduğu açıklandı. Ameliyat süresince hasta takibi yapılarak hastanın kendini güvende hissetmesi için iletişim kurularak yalnız olmadığı hissettirildi. Etkin iletişim kurulmaya çalışarak soruları varsa cevaplandı, bulunduğu ortam ve yapılan işlemler hakkında bilgi verildi, derin enfes alıp vermesi yönünden desteklendi. Kolları ameliyata engel olmayacak şekilde hareket ettirildi, bonesi düzeltildi, ameliyat bitiminde hastanın güvenli bir şekilde ayılma ünitesine alınmasına yardım edildi.

Tablo 3.2. Araştırma kapsamında yapılan uygulamaların öğrenme alanlarına göre dağılımı

Öğrenme Alanları						
Bilişsel Alan		Duyuşsal Alan			Devinişsel Alan	
Premedikasyon odasının tanıtımı yapılacaktır.	Yaşam bulguları	takibi	Solunum egzersizi			
Neden bu odada beklediği hastaya anlatılacaktır.	Hastaların ameliyat süreci		(İyileştirici çevre grubuna yapılacaktır)			
Ameliyatın ne kadar süreceği anlatılacaktır.	hakkındaki soruları		Müzik dinletilecek			
Anestezi ekibinin kendisi ile görüşeceği ve anestezi yönetimini belirleyeceği bilgisi verilecek.	yanıtlanacaktır.		(İyileştirici çevre grubuna yapılacaktır)			
Ameliyat sonrası uyanma ünitesine gideceği ve burada neden bekleyeceği açıklanacak.	Hastaların temel ihtiyaçlarının uygun olanları karşılanacak (Tuvalet ihtiyacı gibi)		Güvenli çevre oluşturulacaktır.			
			Çevre düzenlemesi yapılacaktır.			
			(İyileştirici çevre grubuna yapılacaktır)			

Veri toplama araçlarının hastalara uygulanması çalışmanın farklı zaman dilimlerinde beş oturumda gerçekleştirildi, her bir uygulama hastanın yaklaşık 5-10 dakikasını aldı. Onbir soruluk Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu hasta klinikten ayrılmadan önce klinikte; sekiz maddelik Cerrahi Korku Ölçeği ile altı maddelik Peroperatif

Anksiyete Ölçeği premedikasyon odasında; dokuz maddelik Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği ameliyat odasında; yedi maddelik Hasta Memnuniyet Formu ameliyat sonrası klinikte; araştırmacı tarafından oluşturulup uzman görüşü sonrası kullanılmış olan Şefkatli Bakım Algısı Formu ameliyat sonrası klinikte uygulandı ve Numerik Orantılama Ölçeği ameliyata gitmeden önce klinikte, pemedikasyon odasında, ameliyat odasında ve ameliyat sonrası klinikte dolduruldu.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Analizler “IBM SPSS 20” istatistik analiz programı ile yapıldı. Veriler “ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, yüzde ve sayı” olarak sunuldu. Sürekli değişkenlerin normal dağılımına “ShapiroWilk testi, Kolmogorov Simirnov testi, Q-Q plot, skewness ve kurtosis” ile bakıldı. İki den fazla bağımsız grup ile sürekli değişkenlerin kıyaslanmasında “normal dağılım şartı sağlandığı durumda ANOVA testi, sağlanmadığı durumda Kruskal Wallis testi” kullanıldı. ANOVA testi sonrası post-hoc testler “varyanslar homojen olduğunda Tukey testi ile varyanslar homojen olmadığı durumda Tamhane’s T2 testi” kullanıldı. “Kruskal Wallis testi” sonrası post-hoc testler için “Kruskal Wallis 1-way ANOVA (k samples) testi” kullanılarak yapıldı. İki den fazla bağımlı grup değişkenlerin karşılaştırılmasında “normal dağılım şartı sağlandığı durumda RepeatedMeasures ANOVA testi, sağlanmadığı durumda Friedman testi” kullanıldı. “RepeatedMeasures testi” küresellik varlığına göre SphericityAssumed ya da Greenhouse-Geisser yöntemleri kullanıldı. “RepeatedMeasures testi” sonrası post-hoc testler “varyanslar homojen olduğunda Tukey testi ile varyanslar homojen olmadığı durumda Tamhane’s T2 testi” kullanıldı. Friedman testi sonrası post-hoc testler için “Friedman 2-way ANOVA byranks (k samples) testi” kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki 2x2’lik karşılaştırmalarında “beklenen değer (>5) ise Pearson Ki-kare testi, değil ise Fisher’sExact testi” kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki 2x2 den daha büyük karşılaştırmalarında ise “beklenen değer (>5) olduğu durumda Pearson Ki-kare

testi ve beklenen değer (<5) olduğu durumda ise Fisher-Freeman-Halton testi” kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alındı.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce “Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu’ndan” çalışma onayı alındı (Ek-2).Ayrıca araştırmanın y¼r¼t¼leceęi merkezden yazılı izin alındı (Ek-3). Araştırmakapsamına alınan hastalara; araştırmanın yapışışamacı, nasıl uygulanacağı ve ne gibi sonuçlara ulaşılabileceği ile ilgili gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan sonra onay alındı. Hastalara araştırma verilerinin toplanması aşamasında araştırma hakkında açıklama yapılarak ve araştırmada kullanılan ekler için izin alınarak "Aydınlatılmış Onay" etik ilkesi, araştırmaya katılımda gün¼ll¼l¼ę¼n esas olduğu belirtilerek "zerklięe Saygı" etik ilkesi, toplanan bilgilerinin başka bir yerde paylařılmayacęı belirtilerek "Gizlilik ve Gizlilięin Korunması" etik ilkesi yerine getirildi. Araştırmaya katılmaya gün¼ll¼ olanlar araştırmaya dahil edildi. Araştırmanın uygulanması sırasında bireysel hakların korunmasına yönelik “İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu’na” sadık kalındı.

3.9. Araştırmanın G¼l¼ Yönleri Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

İyileştirici evre uygulamalarının ameliyathane ortamında uygulandığı ilk çalışma olması çalışmanın g¼l¼ yn¼d¼r. Ayrıca çalışmada; iyileştirici evre uygulamalarının kontrol, bilgilendirme ve iyileştirici evre grubu arasında cerrahi korku, preopeartif anksiyete, ameliyathane ajitasyonu, ağrı, hasta memnuniyeti ve şefkatli bakım algısı ¼zerine etkisinin değerlendirilmesi çalışmanın g¼c¼n¼ arttırmaktadır. Bununla birlikte; çalışmanın dikkate alınması gereken bazı sınırlılıkları vardır. Araştırma kapsamındakullanılanveriler hastalar ile y¼z y¼ze gr¼řme yöntemi ile toplandığından, toplanan veriler hastaların verdiği bilgiler ile sınırlıdır. Araştırmaya “Atatürk Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkez M¼d¼rl¼ę¼”Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde epidurul/spinal anestezi altında total/parsiyel diz protezi ameliyatı olacak olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar alındı. Bu nedenle araştırma sonuçları t¼m

total/parsiyel diz protezi ameliyatı yapılan hastalara değil, sadece bu örneklem grubundaki hastalara genellenebilir.



ARAŞTIRMA UYGULAMA PLANI

Araştırmanın Türü: Araştırma deneysel tasarımlı bir çalışmadır.



Evren: Araştırma Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü Ortopedi ve Travmatoloji Servisinde total/parsiyel diz protezi olan 93 hasta oluşturmaktadır.



Veri Toplama Araçları:

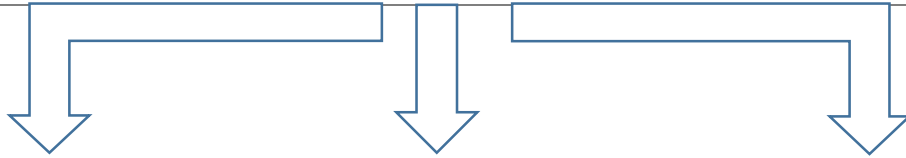
- ✓ Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu,
- ✓ Cerrahi Korku Ölçeği,
- ✓ Perioperaif Anksiyete Ölçeği,
- ✓ Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği,
- ✓ Yaşam Bulguları Takip Formu,
- ✓ Numerik Orantılama Ölçeği,
- ✓ Watson İyileştirme Süreçlerine Göre Hasta Memnuniyet Formu,
- ✓ Şefkatli Bakım Algısı Formudur.

Hemşirelik Girişimi:

Ameliyathane Birimi premedikasyon odasında
iyileştirici çevre uygulamaları



Verilerin Toplanması: Veriler ortopedi kliniği ve ameliyathane ünitesinde hasta takibi ve yüz yüze görüşülerek anket formu ile toplandı.



Birinci Aşama	İkinci Aşama	Üçüncü Aşama
Kontrol Grubu (N=31)	Bilgilendirme Grubu (N=31)	İyileştirici çevre Grubu (N=31)
Rutin uygulamalar takip edilerek veri toplandı.	Rutin uygulamalara ilave olarak hastalara bilgilendirme yapılarak veriler toplandı.	Premedikasyon odasında iyileştirici çevre uygulamaları yapıldıktan sonra veri toplandı.



Kontrol grubu, bilgilendirme grubu ve iyileştirici çevre grubu arasındaki veriler değerlendirildi.

Şekil 3.1.Araştırma uygulama planı

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

		Grup							
		Kontrol Grubu		Bilgilendirme Grubu		İyileştirici çevre Grubu		ki-kare	P
		N	N %	N	N %	N	N %		
ASA	ASA I	16.00	0.52	10.00	0.32	18.00	0.58	6.146	0.109
	ASA II	15.00	0.48	21.00	0.68	13.00	0.42		
	ASA III	--	--	--	--	--	--		
Cinsiyet	Kadın	26.00	0.84	25.00	0.81	24.00	0.77	0.413	0.813
	Erkek	5.00	0.16	6.00	0.19	7.00	0.23		
Medeni Durum	Evli	31.00	1.00	31.00	1.00	31.00	1.00		
	Bekar	--	--	--	--	--	--		
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	--	--	--	--	--	--	3.644	0.794
	Okur Yazar	20.00	0.65	17.00	0.55	17.00	0.55		
	İlköğretim	9.00	0.29	12.00	0.39	11.00	0.35		
	Ortaöğretim	2.00	0.06	2.00	0.06	3.00	0.10		
	Lisans	--	--	--	--	--	--		
	Lisansüstü	--	--	--	--	--	--		
Ameliyat Deneyimi	Evet	25.00	0.81	18.00	0.58	15.00	0.48	7.238	0.027
	Hayır	6.00	0.19	13.00	0.42	16.00	0.52		
Bir Başka Hastalık Durumu	Yok	18.00	0.58	11.00	0.35	19.00	0.61	13.016	0.061
	Diyabetes Melitus (DM)	3.00	0.10	--	--	3.00	0.10		
	Hipertansiyon (HT)	8.00	0.26	16.00	0.52	6.00	0.19		
	DM-HT	2.00	0.06	3.00	0.10	3.00	0.10		
	Hipotiroidi	--	--	1.00	0.03	--	--		

Tablo 4.1.'de grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması incelendiğinde ameliyat deneyimi dışında değişkenlerin gruplarda homojen olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Grupların yaş, premedikasyon odasında bekleme süresi, premedikasyon odasında hasta sayısı, PACU’da bekleme süresi bekleme süre ortalamalarının karşılaştırılması

	Grup							
	Kontrol Grubu		Bilgilendirme Grubu		İyileştirici Çevre Grubu		F, Kruskal-Wallis H	p
	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min-maks)		
Yaş	64.77 ± 5.16	64 (53-75)	63.38 ± 5.21	64 (50-73)	63.77 ± 5.99	64 (50-74)	0.531	0.590
Premedikasyon Odasında								
Bekleme Süresi	35.32 ± 6.7	35 (30-50)	40 ± 8.56	40 (25-60)	36.93 ± 8.53	35 (25-50)	4.552	0.103
Premedikasyon Odasında								
Hasta Sayısı	2.87 ± 0.92	3 (2-5)	2.8 ± 0.87	3 (2-5)	3.19 ± 0.74	3 (2-5)	4.681	0.096
PACU’da Bekleme								
Süresi	28.54 ± 7.09	30 (20-45)	27.74 ± 3.83	30 (20-35)	27.74 ± 4.44	30 (20-40)	0.088	0.957

Grupların yaş, premedikasyon odasında bekleme süresi, premedikasyon odasında hasta sayısı, PACU’da bekleme süresi ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4.2); gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Yaş, premedikasyon odasında bekleme süresi, premedikasyon odasında hasta sayısı, PACU’da bekleme süresine göre ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum puan değerleri

	Ortalama	Standart sapma	Medyan	Minimum	Maksimum
Yaş	63.98	5.44	64.00	50.00	75.00
Premedikasyon Odasında Bekleme Süresi	37.42	8.13	35.00	25.00	60.00
Premedikasyon Odasında Hasta Sayısı	2.96	0.86	3.00	2.00	5.00
PACU’da Bekleme Süresi	28.01	5.27	30.00	20.00	45.00

Tablo 4.3’de Yaş, premedikasyon odasında bekleme süresi, premedikasyon odasında hasta sayısı, PACU’da bekleme süresine göre ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum puan değerleri yer almaktadır.

Tablo 4.4. Ölçeklerin iç tutarlılık değerleri

	Güvenirlilik İstatistikleri	
	Cronbach Alfa	N
NRS	0.770	4
CKÖ	0.983	8
APAIS 1-2	0.938	2
APAIS 4-5	0.983	2
APAIS 3-6	0.964	2
APAIS	0.967	4
SAAÖ	0.488	9

Tablo 4.4’te ölçeklerin iç tutarlılık değerleri incelendiğinde; Numerik Orantılama Ölçeği (NRS), Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ), Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği (APAIS) APAIS 1-2, APAIS 4-5, APAIS 3-6, APAIS, iç tutarlılıkları yüksek Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği (SAAÖ) ölçeğinin iç tutarlılığı düşük saptanmıştır.

Tablo 4.5. Grupların farklı zamanlarda vücut sıcaklığı ölçümlerinin karşılaştırılması

Vücut Sıcaklığı	Grup								Post-Hoc
	Kontrol Grubu		Bilgilendirme Grubu		İyileştirici Çevre Grubu				
	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Kruskal-Wallis H	p	
Klinikten Ayrılırken	36.39 ± 0.23	36.4 (36-36.8)	36.4 ± 0.2	36.4 (36.1-36.8)	36.38 ± 0.2	36.4 (36-36.7)	0.022	0.989	
Premedikasyon Odasına Girdiğinde	36.47 ± 0.2	36.4 (36-36.8)	36.47 ± 0.15	36.4 (36.2-36.8)	36.42 ± 0.16	36.4 (36.1-36.7)	1.431	0.489	
Premedikasyon Odasından Ayrılırken	36.44 ± 0.18	36.4 (36-36.8)	36.38 ± 0.19	36.4 (36.1-36.8)	36.35 ± 0.13	36.4 (36.1-36.6)	4.390	0.111	
Ameliyat Başladığında	36.3 ± 0.21	36.4 (36-36.8)	36.28 ± 0.17	36.2 (36.1-36.9)	36.29 ± 0.11	36.3 (36.1-36.5)	1.535	0.464	
Ameliyatın 15. Dakikasında	36.14 ± 0.19	36 (36-36.7)	36.2 ± 0.1	36.2 (36-36.4)	36.24 ± 0.1	36.2 (36.1-36.4)	10.060	0.007	Kontrol-İyileştirici çevre
Ameliyatın 30. Dakikasında	36.11 ± 0.17	36 (36-36.7)	36.17 ± 0.09	36.2 (36-36.4)	36.23 ± 0.09	36.2 (36.1-36.4)	15.193	0.001	Kontrol-İyileştirici çevre
Ameliyat Bitişinde	36.08 ± 0.15	36 (36-36.5)	36.14 ± 0.11	36.1 (36-36.4)	36.28 ± 0.52	36.2 (36.1-39.1)	23.735	0.000	Hepsi
Test Value	94.244		100.815		60.380				
P	<0.001		<0.001		<0.001				
Post-hoc	A_Bitiş-A_Başlangıç, A_Bitiş-K_Ayrılış, A_Bitiş-P_M_O_Ayrılış, A_Bitiş-P_M_O_Giriş, A_30_Dk-A_Başlama, A_30_Dk-Klinik_Ayrılış, A_30_Dk-P_M_O_Ayrılış, A_30_Dk-P_M_O_Giriş, A_15_Dk-Klinik_Ayrılış, A_15_Dk-P_M_O_Ayrılış, A_15_Dk-P_M_O_Giriş,		A_Bitiş-A_Başlangıç, A_Bitiş-K_Ayrılış, A_Bitiş-P_M_O_Ayrılış, A_Bitiş-P_M_O_Giriş, A_30_Dk-Klinik_Ayrılış, A_30_Dk-P_M_O_Ayrılış, A_30_Dk-P_M_O_Giriş, A_15_Dk-Klinik_Ayrılış, A_15_Dk-P_M_O_Ayrılış, A_15_Dk-P_M_O_Giriş, A_Başlama-P_M_O_Giriş,		A_Bitiş-K_Ayrılış, A_Bitiş-P_M_O_Ayrılış, A_Bitiş-P_M_O_Giriş, A_30_Dk-Klinik_Ayrılış, A_30_Dk-P_M_O_Ayrılış, A_30_Dk-P_M_O_Giriş, A_15_Dk-Klinik_Ayrılış, A_15_Dk-P_M_O_Ayrılış, A_15_Dk-P_M_O_Giriş, A_Başlama-P_M_O_Giriş				

A başlangıç: Ameliyat başlangıç, A bitiş: Ameliyat bitiş, K ayrılış: Klinikten ayrılış, PMO giriş: Premedikasyon odasına giriş, PMO ayrılış: Premedikasyon odasından ayrılış, A_15dk: Ameliyatın 15. Dakikası, A 30 dk: Ameliyatın 30. Dakikası.

Tablo 4.5’te gruplar arasında farklı zamanlarda vücut sıcaklığı (ateş) ölçümleri karşılaştırıldığında; klinikten ayrılırken ($p=0.989$), premedikasyon odasına girdiğinde ($p=0.489$), premedikasyon odasından ayrılırken ($p=0.111$) ve ameliyat başladığında ($p=0.464$) vücut sıcaklığı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken; ameliyatın 15.dakikasında ($p=0.007$), ameliyatın 30. dakikasında ($p=0.001$) ve ameliyat bitişinde ($p<0.001$) vücut sıcaklığı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Grup içi vücut sıcaklığı değerlerinin zamanla değişimi karşılaştırıldığında; kontrol, bilgilendirme ve iyileştirici çevre gruplarının ateş değerlerinde zamanla düşme yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p=0.001$). Kontrol grubunda ameliyat bitiş- ameliyat başlangıç, ameliyat bitiş-klinikten ayrılış, ameliyat bitiş-premedikasyon odasından ayrılış, ameliyat bitiş- premedikasyon odasına giriş, ameliyatın 30. dakikası-ameliyata başlama, ameliyatın 30. dakikası-klinikten ayrılış, ameliyatın 30. dakikası-premedikasyon odasında ayrılış, ameliyatın 30. dakikası-premedikasyon odasında giriş, ameliyatın 15. dakikası-klinikten ayrılış, ameliyatın 15. dakikası, premedikasyon odasından ayrılış, ameliyatın 15. dakikası-premedikasyon odasına giriş zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.001$).

Bilgilendirme grubunda ameliyat bitiş-ameliyat başlangıç, ameliyat bitiş-klinikten ayrılış, ameliyat bitiş-premedikasyon odasından ayrılış, ameliyat bitiş-premedikasyon odasına giriş, ameliyatın 30. dakikası-klinikten ayrılış, ameliyatın 30. dakikası-premedikasyon odasında ayrılış, ameliyatın 30. dakikası, premedikasyon odasında giriş, ameliyatın 15. dakikası, klinikten ayrılış, ameliyatın 15. dakikası, premedikasyon odasından ayrılış, ameliyatın 15.dakikası, premedikasyon odasına giriş, ameliyatın

başlaması, premedikasyon odasına giriş zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0.001$).

İyileştirici çevre grubunda ameliyat bitiş-klinikten ayrılış, ameliyat bitiş-premedikasyon odasından ayrılış, ameliyat bitiş- premedikasyon odasına giriş, ameliyatın 30. dakikası-klinikten ayrılış, ameliyatın 30. dakikası, premedikasyon odasında ayrılış, ameliyatın 30. dakikası, premedikasyon odasında giriş, ameliyatın 15. dakikası-klinikten ayrılış, ameliyatın 15. dakikası-premedikasyon odasından ayrılış, ameliyatın 15. dakikası-premedikasyon odasına giriş, ameliyatın başlaması-premedikasyon odasına giriş zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$).

Tablo 4.6. Grupların farklı zamanlarda nabız değerlerinin karşılaştırılması

Nabız	Grup			medyan (min- maks)	Ort ± SS	medyan (min- maks)	F, Kruskal- Wallis H	p	Post-Hoc
	Kontrol Grubu		Bilgilendirme Grubu						
	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS						
Klinikten Ayrılırken	85.67 ± 6.73	86 (72-100)	85.8 ± 8.88	88 (68-117)	82.58 ± 3.65	82 (72-88)	8.149	0.017	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-İyileştirici çevre
Premedikasyon Odasına Girdiğinde	85.61 ± 11	90 (65-110)	85.25 ± 8.2	86 (67-100)	84 ± 6.98	86 (68-98)	1.743	0.418	
Premedikasyon Odasından Ayrılırken	90.93 ± 9.8	90 (68-120)	84.51 ± 8.7	84 (60-98)	80.06 ± 6.66	82 (68-90)	23.841	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-Kontrol
Ameliyat Başladığında	89 ± 17.05	88 (60-122)	86.96 ± 7.29	88 (68-98)	80.74 ± 6.14	80 (68-90)	12.495	0.002	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-İyileştirici çevre
Ameliyatın 15. dk'sında	85.93 ± 12.3	88 (64-110)	85.54 ± 6.99	86 (64-98)	78.12 ± 6.3	80 (68-88)	17.473	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-İyileştirici çevre
Ameliyatın 30. dk'sında	84 ± 12.33	84 (60-112)	83.74 ± 6.42	84 (68-96)	77.22 ± 7.18	78 (60-88)	5.590	0.005	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-İyileştirici çevre
Ameliyat Bitiminde	82.12 ± 11.21	80 (60-116)	81.77 ± 7.06	82 (62-96)	77.54 ± 7.05	78 (66-92)	2.677	0.074	
Test Value	25.406		38.892		49.286				
P	<0.001		<0.001		<0.001				
Post-hoc	A_Bitiş-P_M_O_Ayrılış, A_30_Dk-P_M_O_Ayrılış,		A_Bitiş-K_Ayrılış, A_Bitiş-P_M_O_Ayrılış, A_Bitiş-P_M_O_Giriş, A_Bitiş-A_15_Dk, A_Bitiş-A_Başlama, A_30_Dk-A_Başlama,		A_30_Dk-K_Ayrılış, A_30_Dk-P_M_O_Giriş, A_Bitiş-K_Ayrılış, A_Bitiş-P_M_O_Giriş, A_15_Dk-P_M_O_Giriş,				

A başlangıç: Ameliyat başlangıç, A bitiş: Ameliyat bitiş, K ayrılış: Klinikten ayrılış, PMO giriş: Premedikasyon odasına giriş, PMO ayrılış: Premedikasyon odasından ayrılış, A 15dk: Ameliyatın 15. Dakikası, A 30 dk: Ameliyatın 30. Dakikası.

Tablo 4.6’da gruplar arasında farklı zamanlarda nabız değerlerinin karşılaştırılması incelendiğinde klinikten ayrılırken kontrol-iyileştirici çevre bilgilendirme-iyileştirici çevre grupları arasında ($p=0.017$); premedikasyon odasından ayrılırken kontrol-iyileştirici çevre, bilgilendirme-kontrol ($p<0.001$); ameliyat başladığında kontrol-iyileştirici çevre, bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p=0.002$); ameliyatın 15. dakikasında kontrol-iyileştirici çevre, bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); ameliyatın 30. dakikasında kontrol-iyileştirici çevre, bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p=0.005$) değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Grup içi nabız değerlerinin zamanla değişimi karşılaştırıldığında; kontrol grubunda ameliyat bitiş-premedikasyon odasından ayrılış, ameliyatın 30. dakikası-premedikasyon odasında ayrılış ($p<0.001$); bilgilendirme grubunda ameliyat bitiş-klinikten ayrılış, ameliyat bitiş-premedikasyon odasından ayrılış, ameliyat bitiş-premedikasyon odasına giriş, ameliyat bitiş- ameliyatın 15. dakikası, ameliyat bitiş-ameliyat başlangıç, ameliyatın 30. dakikası-ameliyata başlama ($p<0.001$); iyileştirici çevre grubunda ameliyatın 30. dakikası-klinikten ayrılış, ameliyatın 30. dakikası-premedikasyon odasına giriş, ameliyat bitiş-klinikten ayrılış, ameliyat bitiş-premedikasyon odasına giriş, ameliyatın 15. dakikası-premedikasyon odasına giriş ($p<0.001$) zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 4.7. Grupların farklı zamanlarda sistolik kan basıncı değerlerinin karşılaştırılması

Sistolik Tansiyon	Grup								Post-Hoc
	Kontrol Grubu		Bilgilendirme Grubu		İyileştirici Çevre Grubu			p	
	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort± SS	medyan (min-maks)	Kruskal-Wallis H		
Klinikten Ayrılırken	137.41 ± 11.82	140 (110-160)	124.51 ± 14.79	120 (100-160)	121.93 ± 12.22	120 (100-150)	21.016	0.000	Kontrol-Bilgilendirme-İyileştirici çevre
Premedikasyon Odasına Girdiğinde	150.32 ± 11.39	150 (130-180)	145.16 ± 15.67	140 (110-190)	138.7 ± 12.03	140 (110-170)	13.916	0.001	İyileştirici çevre-Kontrol
Premedikasyon Odasından Ayrılırken	160.32 ± 9.12	160 (150-180)	145.8 ± 10.88	150 (120-180)	125.16 ± 10.6	130 (110-150)	66.491	0.000	Hepsi
Ameliyat Başladığında	159.35 ± 16.11	160 (130-200)	146.12 ± 9.54	140 (120-170)	123.54 ± 7.97	120 (110-140)	62.851	0.000	Hepsi
Ameliyatın15.dk’ında	147.09 ± 13.46	140 (120-180)	140 ± 8.16	140 (120-160)	117.74 ± 8.83	120 (110-140)	55.459	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre. Bilgilendirme-İyileştirici çevre
Ameliyatın 30.dk’sında	140 ± 11.25	140 (120-160)	135.48 ± 8.5	140 (120-150)	116.77 ± 7.47	120 (110-140)	51.951	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre. Bilgilendirme-İyileştirici çevre
Ameliyat Bitiminde	136.77 ± 13.51	140 (110-170)	129.67 ± 9.12	130 (110-150)	114.51 ± 8.09	110 (110-140)	45.188	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre. Bilgilendirme-İyileştirici çevre
Test Value	135.467		114.934		107.356				
P	<0.001		<0.001		<0.001				
Post-hoc	K_Ayrılış-A_15_Dk, K_Ayrılış-P_M_O_Giriş, K_Ayrılış-A_Başlama, K_Ayrılış-P_M_O_Çıkış, A_Bitiş-P_M_O_Giriş, A_Bitiş-A_Başlama, A_Bitiş-P_M_O_Çıkış, A_30_Dk-A_Başlama, A_30_Dk-P_M_O_Çıkış, A_15_Dk-A_Başlama, A_15_Dk-P_M_O_Çıkış		K_Ayrılış-A_30_Dk, K_Ayrılış-P_M_O_Giriş, K_Ayrılış-A_15_Dk, K_Ayrılış-A_Başlama, K_Ayrılış-P_M_O_Çıkış, A_Bitiş-P_M_O_Giriş, A_Bitiş-A_15_Dk, A_Bitiş-A_Başlama, A_Bitiş-P_M_O_Çıkış, A_30_Dk-A_Başlama, A_30_Dk-P_M_O_Çıkış, P_M_O_Giriş-A_Başlama		A_Bitiş-P_M_O_Giriş, A_Bitiş-K_Ayrılış, A_Bitiş-A_Başlama, A_Bitiş-P_M_O_Çıkış, A_15_Dk-P_M_O_Giriş, K_Ayrılış-A_15_Dk, K_Ayrılış-A_Başlama, A_30_Dk-K_Ayrılış, A_30_Dk-P_M_O_Çıkış, A_30_Dk-P_M_O_Giriş, P_M_O_Giriş-A_Başlama, P_M_O_Giriş-P_M_O_Çıkış				

A başlangıç: Ameliyat başlangıç, A bitiş: Ameliyat bitiş, K ayrılış: Klinikten ayrılış, PMO giriş: Premedikasyon odasına giriş, PMO ayrılış: Premedikasyon odasından ayrılış, A 15dk: Ameliyatın 15. Dakikası, A 30 dk: Ameliyatın 30. Dakikası.

Tablo 4.7’de gruplar arasında farklı zamanlarda sistolik kan basıncı değerlerinin karşılaştırılması incelendiğinde klinikten ayrılırken kontrol-bilgilendirme ve bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); premedikasyon odasına girdiğinde kontrol-iyileştirici çevre ($p=0.001$); premedikasyon odasından ayrılırken kontrol, bilgilendirme ve iyileştirici çevre ($p<0.001$); ameliyat başladığında kontrol, bilgilendirme ve iyileştirici çevre ($p<0.001$); ameliyatın 15.dakikasında kontrol-iyileştirici çevre ve bilgilendirme iyileştirici çevre ($p<0.001$); ameliyatın 30.dakikasında kontrol-iyileştirici çevre ve bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); ameliyat bitiminde kontrol-iyileştirici çevre ve bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Grup içi sistolik kan basıncı değerlerinin zamanla değişimi karşılaştırıldığında; kontrol grubunda klinikten ayrılış-ameliyatın 15. dakikası, klinikten ayrılış-premedikasyon odasına giriş, klinikten ayrılış-ameliyata başlama, klinikten ayrılış-premedikasyon odasından ayrılış, ameliyat bitiş-premedikasyon odasına giriş, ameliyat bitiş-ameliyat başlama, ameliyat bitiş- premedikasyon odasından ayrılış, ameliyatın 30. dakikası-ameliyat başlama, ameliyatın 15. dakikası-premedikasyon odasına giriş, ameliyatın 15. dakikası-ameliyata başlama, ameliyatın 15. dakikası-premedikasyon odasından ayrılış zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Bilgilendirme grubunda sistolik kan basıncı değerlerinin zamanla değişimi karşılaştırıldığında; klinikten ayrılış-ameliyatın 30. dakikası, klinikten ayrılış-premedikasyon odasına giriş, klinikten ayrılış-ameliyatın 15. dakikası, klinikten ayrılış-ameliyat başlama, klinikten ayrılış- premedikasyon odasına çıkış, ameliyat bitiş-premedikasyon odasına giriş, ameliyat bitiş-ameliyatın 15. dakikası, ameliyat bitiş-ameliyat başlama, ameliyat bitiş-premedikasyon odasından ayrılış, ameliyatın 30.

dakikası-ameliyata başlama, ameliyatın 30. dakikası- premedikasyon odasından ayrılış ve premedikasyon odasına giriş–ameliyata başlama zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$).

İyileştirici çevre grubunda sistolik kan basıncı değerlerinin zamanla değişimi karşılaştırıldığında; ameliyat bitiş-premedikasyon odasına giriş, ameliyat bitiş-klinikten ayrılış, ameliyat bitiş-ameliyat başlama, ameliyat bitiş- premedikasyon odasından ayrılış, ameliyatın 15. dakikası -premedikasyon odasına giriş, klinikten ayrılış-ameliyatın 15. dakikası, klinikten ayrılış- ameliyat başlama, ameliyatın 30. dakikası-klinikten ayrılış, ameliyatın 30. dakikası - premedikasyon odasından ayrılış, ameliyatın 30. dakikası - premedikasyon odasına giriş, premedikasyon odasına giriş-ameliyata başlama, premedikasyon odasına giriş- premedikasyon odasına çıkış zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 4.8. Grupların farklı zamanlarda diyastolik kan basıncı değerlerinin karşılaştırılması

Diyastolik Tansiyon	Grup						Kruskal-Wallis H	p	Post-Hoc
	Kontrol Grubu		Bilgilendirme Grubu		İyileştirici Çevre Grubu				
	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min-maks)			
Klinikten Ayrılırken	80.96 ± 7	80 (70-90)	76.12 ± 8.82	80 (60-90)	75.48 ± 7.67	80 (60-90)	8.168	0.017	Kontrol -İyileştirici çevre
Premedikasyon Odasına Girdiğinde	86.45 ± 7.97	90 (70-100)	84.51 ± 9.25	80 (70-100)	82.25 ± 7.16	80 (70-100)	5.364	0.068	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-İyileştirici çevre
Premedikasyon Odasından Ayrılırken	87.9 ± 7.93	90 (70-100)	86.12 ± 7.15	90 (70-100)	75.48 ± 5.67	80 (70-90)	36.921	0.000	
Ameliyat Başladığında	87.41 ± 9.98	90 (70-100)	85.16 ± 6.76	80 (70-100)	74.51 ± 5.67	70 (60-80)	34.067	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-İyileştirici çevre
Ameliyatın 15. dk'sında	83.87 ± 7.6	80 (70-100)	80.64 ± 3.59	80 (70-90)	72.25 ± 4.97	70 (60-80)	47.817	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-İyileştirici çevre
Ameliyatın 30. dk'sında	81.93 ± 8.72	80 (60-100)	80 ± 3.65	80 (70-90)	70.96 ± 5.97	70 (60-80)	39.609	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-İyileştirici çevre
Ameliyat Bitiminde	78.06 ± 7.49	80 (60-100)	76.77 ± 5.4	80 (70-90)	70.32 ± 5.46	70 (60-80)	23.464	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-İyileştirici çevre
Test Value	101.932		49.347		66.751				
P	<0.001		<0.001		<0.001				
Post-hoc	K_Ayrılış-P_M_O_Giriş, K_Ayrılış-A_Başlama, K_Ayrılış-P_M_O_Ayrılış, A_Bitiş-A_Başlama, A_Bitiş-P_M_O_Ayrılış, A_Bitiş-P_M_O_Ayrılış,		K_Ayrılış-A_Başlama, K_Ayrılış-P_M_O_Ayrılış, A_Bitiş-A_Başlama, A_Bitiş-P_M_O_Ayrılış, A_30_Dk-P_M_O_Ayrılış,		A_Bitiş-K_Ayrılış, A_Bitiş-P_M_O_Giriş, A_30_Dk-K_Ayrılış, A_30_Dk-P_M_O_Giriş, A_15_Dk-K_Ayrılış, A_15_Dk-P_M_O_Giriş, A_Başlama-P_M_O_Giriş, P_M_O_Giriş-P_M_O_Ayrılış,				

A başlangıç: Ameliyat başlangıç, A bitişi: Ameliyat bitişi, K ayrılışı: Klinikten ayrılışı, PMO girişi: Premedikasyon odasına girişi, PMO ayrılışı: Premedikasyon odasından ayrılışı, A 15dk: Ameliyatın 15. Dakikası, A 30 dk: Ameliyatın 30. Dakikası.

Tablo 4.8’de gruplar arasında farklı zamanlarda diyastolik kan basıncı değerlerinin karşılaştırılması incelendiğinde; klinikten ayrılırken bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p=0.017$); premedikasyon odasından ayrılırken kontrol-iyileştirici çevre ve bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); ameliyat başladığında kontrol-iyileştirici çevre, bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); ameliyatın 15. dakikasında kontrol-iyileştirici çevre, bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); ameliyatın 30. dakikasında kontrol-iyileştirici çevre, bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); ameliyat bitiminde kontrol-iyileştirici çevre, bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Grup içi diyastolik kan basıncı değerlerinin zamanla değişimi karşılaştırıldığında; kontrol grubunda klinikten ayrılış-premedikasyon odasına giriş, klinikten ayrılış- ameliyat başlama, klinikten ayrılış- premedikasyon odasında ayrılış, ameliyat bitiş-ameliyat başlama, ameliyat bitiş-premedikasyon odasından ayrılış ($p<0.001$); bilgilendirme grubunda klinikten ayrılış- ameliyat başlama, klinikten ayrılış- premedikasyon odasında ayrılış, ameliyat bitiş-ameliyat başlama, ameliyat bitiş-premedikasyon odasından ayrılış, ameliyatın 30. dakikası- premedikasyon odasından ayrılış ($p<0.001$); iyileştirici çevre grubunda ameliyat bitiş-klinikten ayrılış, ameliyat bitiş-premedikasyon odasından giriş, ameliyatın 30. dakikası–klinikten ayrılış, ameliyatın 30. dakikası- premedikasyon odasından giriş, ameliyatın 15. dakikası–klinikten ayrılış, ameliyatın 15. dakikası- premedikasyon odasından giriş, ameliyata başlama-premedikasyon odasına giriş, premedikasyon odasına giriş- premedikasyon odasına ayrılış ($p<0.001$) zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 4.9. Grupların farklı zamanlarda satürasyon değerlerinin karşılaştırılması

Saturasyon(SPO2)	Grup								Post-Hoc	
	Kontrol Grubu		Bilgilendirme Grubu		İyileştirici Çevre Grubu					
	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Kruskal- Wallis H	P		
Klinikten Ayrılırken	90.96 ± 1.85	90 (88-96)	90.77 ± 1.9	90 (88-96)	90 ± 5.21	90 (64-96)	0.726	0.696		
Premedikasyon Odasına Girdiğinde	90.93 ± 3.04	90 (86-96)	91.61 ± 2.15	92 (88-96)	91.93 ± 1.96	92 (88-96)	4.066	0.131		
Premedikasyon Odasından Ayrılırken	90 ± 2.58	90 (84-96)	91.67 ± 1.77	92 (88-96)	94.83 ± 1.52	96 (90-96)	49.346	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-İyileştirici çevre	
Ameliyat Başladığında	92.48 ± 2.51	92 (86-96)	93.45 ± 1.89	94 (90-98)	95.35 ± 1.4	96 (92-98)	25.862	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-İyileştirici çevre	
Ameliyatın 15. dk'sında	94.51 ± 1.85	96 (90-96)	94.06 ± 1.31	94 (92-98)	96.38 ± 1.3	96 (94-98)	32.082	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-İyileştirici çevre	
Ameliyatın 30. dk'sında	94.9 ± 1.98	96 (90-98)	94.38 ± 1.2	94 (92-98)	96.45 ± 1.23	96 (94-98)	26.889	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-İyileştirici çevre	
Ameliyat Bitiminde	94.7 ± 1.67	94 (92-98)	94.45 ± 1.23	94 (92-98)	96.7 ± 1.21	96 (94-98)	33.770	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-İyileştirici çevre	
Satürasyon Test Value	111.132		106.228		138.108					
P	<0.001		<0.001		<0.001					
Post-Hoc	P_M_O_Çıkış-A_Başlama, P_M_O_Çıkış-A_15_Dk, P_M_O_Çıkış-A_Bitiş, P_M_O_Çıkış-A_30_Dk, K_Ayrılış-A_15_Dk, K_Ayrılış-A_Bitiş, K_Ayrılış-A_30_Dk, P_M_O_Giriş-P_M_O_Çıkış, K_Ayrılış-A_Bitiş, P_M_O_Çıkış-A_15_Dk, P_M_O_Giriş-P_M_O_Çıkış-A_30_Dk, P_M_O_Giriş-A_15_Dk, P_M_O_Giriş-A_30_Dk, P_M_O_Çıkış-A_Bitiş, A_Başlama-A_30_Dk,		K_Ayrılış-A_Başlama, K_Ayrılış-A_15_Dk, K_Ayrılış-A_30_Dk, K_Ayrılış-A_Bitiş, P_M_O_Giriş-P_M_O_Çıkış, P_M_O_Çıkış-A_15_Dk, P_M_O_Çıkış-A_30_Dk, P_M_O_Çıkış-A_Bitiş, P_M_O_Çıkış-A_Başlama, P_M_O_Giriş-A_15_Dk, P_M_O_Giriş-A_30_Dk, P_M_O_Giriş-A_Bitiş, P_M_O_Giriş-A_Bitiş,		K_Ayrılış-P_M_O_Çıkış, K_Ayrılış-A_Başlama, K_Ayrılış-A_15_Dk, K_Ayrılış-A_30_Dk, K_Ayrılış-A_Bitiş, P_M_O_Giriş-P_M_O_Çıkış, P_M_O_Çıkış, P_M_O_Giriş-A_Başlama, P_M_O_Giriş-A_15_Dk, P_M_O_Giriş-A_30_Dk, P_M_O_Giriş-A_Bitiş, P_M_O_Çıkış-A_Bitiş,					

A başlangıç: Ameliyat başlangıç, A bitiş: Ameliyat bitiş, K ayrılış: Klinikten ayrılış, PMO giriş: Premedikasyon odasına giriş, PMO ayrılış: Premedikasyon odasından ayrılış, A 15dk: Ameliyatın 15. Dakikası, A 30 dk: Ameliyatın 30. Dakikası.

Tablo 4.9’da gruplar arasında farklı zamanlarda satürasyon değerlerinin karşılaştırılması incelendiğinde premedikasyon odasından ayrılırken kontrol-iyileştirici çevre, bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); ameliyat başladığında kontrol-iyileştirici çevre, bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); ameliyatın 15. dakikasında kontrol-iyileştirici çevre, bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); ameliyatın 30. dakikasında kontrol-iyileştirici çevre, bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); ameliyat bitiminde kontrol-iyileştirici çevre, bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); ameliyat bitiminde kontrol-iyileştirici çevre, bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Grup içi satürasyon değerlerinin zamanla değişimi karşılaştırıldığında; kontrol grubunda premedikasyon odasında ayrılış –ameliyata başlama, premedikasyon odasında ayrılış - ameliyatın 15. dakikası, premedikasyon odasından ayrılış - ameliyat bitiş, premedikasyon odasından ayrılış - ameliyatın 30. dakikası, klinikten ayrılış - ameliyatın 15. dakikası, klinikten ayrılış - ameliyat bitiş, klinikten ayrılış - ameliyatın 30. dakikası, premedikasyon odasından giriş - ameliyatın 15. dakikası, premedikasyon odasından giriş- ameliyatın 30. dakikası, premedikasyon odasından ayrılış –ameliyat bitiş, ameliyata başlama- ameliyatın 30. dakikası ($p<0.001$); bilgilendirme grubunda klinikten ayrılış – ameliyat başlama, klinikten ayrılış -ameliyatın 15. dakikası, klinikten ayrılış -ameliyatın 30. dakikası, klinikten ayrılış–ameliyat bitiş, premedikasyon odasından giriş- premedikasyon odasından ayrılış, premedikasyon odasından ayrılış - ameliyatın 15. dakikası, premedikasyon odasından ayrılış -ameliyatın 30. dakikası, premedikasyon odasından ayrılış -ameliyat bitiş, premedikasyon odasından ayrılış –ameliyata başlama, premedikasyon odasından giriş-ameliyatın 15. dakikası, premedikasyon odasından giriş -ameliyatın 30. dakikası, premedikasyon odasından giriş-ameliyat bitiş ($p<0.001$); iyileştirici çevre grubunda klinikten ayrılış -premedikasyon odasından ayrılış, klinikten

ayrılış -ameliyat başlama, klinikten ayrılış -ameliyatın 15. dakikası, klinikten ayrılış -ameliyatın 30. dakikası, klinikten ayrılış -ameliyat bitiş, premedikasyon odasından giriş -premedikasyon odasından ayrılış, premedikasyon odasından giriş -ameliyat başlama, premedikasyon odasından giriş - ameliyatın 15. dakikası, premedikasyon odasından giriş -ameliyatın 30. dakikası, premedikasyon odasından giriş -ameliyat bitiş, premedikasyon odasından ayrılış -ameliyat bitiş ($p<0.001$) zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.



Tablo 4.10.Grupların farklı zamanlarda solunum sayısı değerlerinin karşılaştırılması

Solunum Sayısı	Grup								Post-Hoc
	Kontrol Grubu		Bilgilendirme Grubu		İyileştirici Çevre Grubu				
	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Kruskal-Wallis H	p	
Klinikten Ayrılırken	20.64 ± 2.09	20 (18-24)	21.03 ± 1.32	22 (18-24)	20.19 ± 0.94	20 (18-22)	6.155	0.046	Bilgilendirme-İyileştirici çevre
Premedikasyon Odasına Girdiğinde	21.29 ± 1.82	20 (18-24)	20.64 ± 1.3	20 (18-24)	20 ± 1.03	20 (18-24)	10.856	0.004	Kontrol-İyileştirici çevre
Premedikasyon Odasından Ayrılırken	21.09 ± 1.98	20 (18-24)	20.64 ± 1.49	20 (18-24)	19.8 ± 0.94	20 (18-22)	9.429	0.009	Kontrol-İyileştirici çevre
Ameliyat Başladığında	21 ± 1.84	20 (18-25)	19.93 ± 0.62	20 (18-22)	19.87 ± 0.49	20 (18-20)	13.302	0.001	Kontrol-İyileştirici çevre, Bilgilendirme-Kontrol
Ameliyatın 15.dk'sında	19.8 ± 1.19	20 (18-24)	19.8 ± 0.6	20 (18-20)	19.87 ± 0.49	20 (18-20)	0.614	0.736	
Ameliyatın 30.dk'sında	19.61 ± 1.2	20 (18-24)	19.93 ± 0.62	20 (18-22)	19.8 ± 0.6	20 (18-20)	4.210	0.122	
Ameliyat Bitiminde	19.87 ± 1.25	20 (18-24)	19.74 ± 0.68	20 (18-20)	19.74 ± 0.68	20 (18-20)	0.053	0.974	
Test Value	27.805		42.341		7.980				
P	<0.001		<0.001		0.240				
Post-hoc	A_30_Dk-P_M_O_Giriş,		A_Bitiş-K_Ayrılış, A_15_Dk-K_Ayrılış, A_Başlama-K_Ayrılış, A_30_Dk-K_Ayrılış						

A başlangıç: Ameliyat başlangıç, A bitiş: Ameliyat bitiş, K ayrılış: Klinikten ayrılış, PMO giriş: Premdikasyon odasına giriş, PMO ayrılış: Premdikasyon odasından ayrılış, A 15dk: Ameliyatın 15. Dakikası, A 30 dk: Ameliyatın 30. Dakikası.

Tablo 4.10'da gruplar arasında farklı zamanlarda solunum sayısı değerlerinin karşılaştırılması incelendiğinde klinikten ayrılırken bilgilendirme- iyileştirici çevre ($p=0.046$); premedikasyon odasından girdiğinde kontrol- iyileştirici çevre ($p=0.04$); ameliyat başladığında kontrol-iyileştirici çevre, bilgilendirme-kontrol ($p=0.001$) değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Grup içi satürasyon değerlerinin zamanla değişimi karşılaştırıldığında kontrol grubunda ameliyatın 30. dakikası- premedikasyon odasına giriş ($p=0.001$); bilgilendirme grubunda ameliyat bitiş- klinikten ayrılış, ameliyatın 15. dakikası-klinikten ayrılış, ameliyata başlama- klinikten ayrılış, ameliyatın 30. dakikası- klinikten ayrılış zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$).

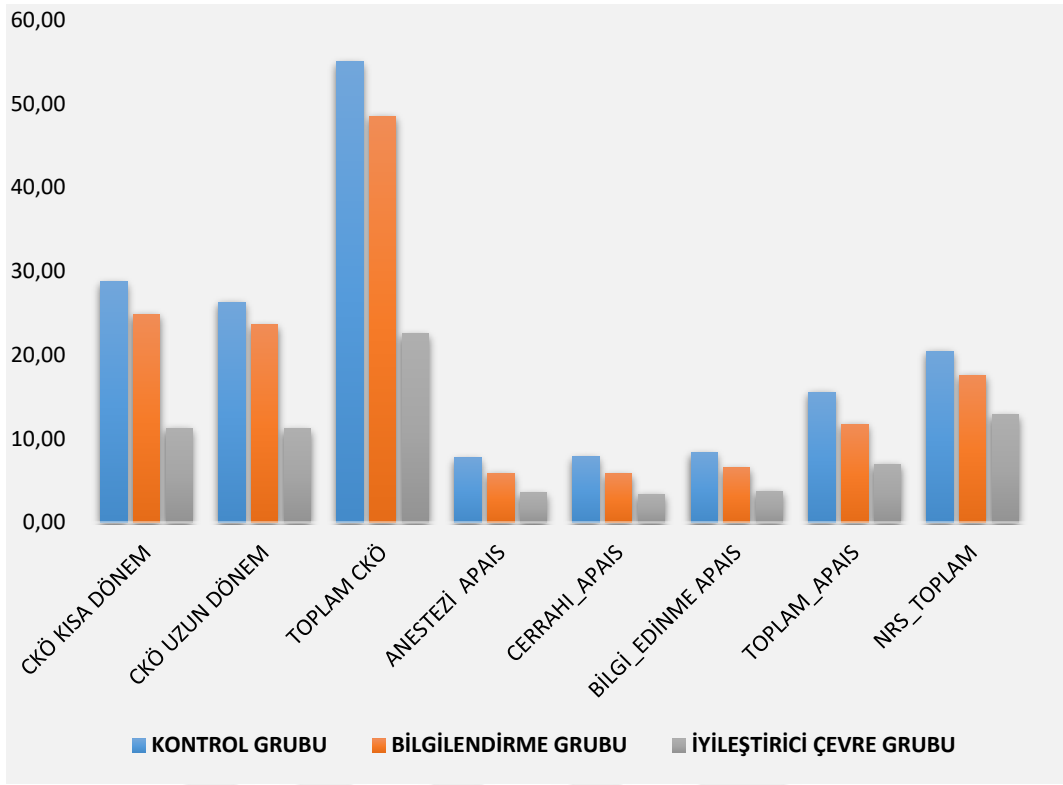
Tablo 4.11. Grupların cerrahi korku (CKÖ), preoperatif anksiyete ve bilgi ölçeği (APAIS) ve NRS ağrı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Grup						F, Kruskal- Wallis H	P	Post-Hoc
	Kontrol Grubu		Bilgilendirme Grubu		İyileştirici Çevre Grubu				
	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	Medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min- maks)			
Cerrahî_Kısa_Donem_Korkusu	28.74 ± 7.23	30 (9-38)	24.9 ± 3.91	25 (18-36)	11.29 ± 5.21	11 (4-25)	57.165	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre, İyileştirici çevre-Bilgilendirme
Cerrahî_Uzun_Donem_Korkusu	26.32 ± 7.42	25 (8-39)	23.61 ± 4.57	24 (14-36)	11.25 ± 5.32	12 (4-24)	57.481	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre.İyileştirici çevre-Bilgilendirme
Toplam_Cerrahî_Donem_Korkusu	55.06 ± 14.02	55 (17-76)	48.51 ± 8.1	49 (33-72)	22.54 ± 10.03	24 (8-49)	75.720	0.000	Kontrol-İyileştirici çevre, İyileştirici çevre-Bilgilendirme
Anestezi_Anksiyete_APAIS	7.74 ± 2.03	8 (4-10)	5.9 ± 1.83	6 (4-13)	3.58 ± 1.36	4 (2-6)	47.043	0.000	Hepsi
Cerrahî_Anksiyete_APAIS	7.83 ± 1.96	8 (4-10)	5.83 ± 1.29	6 (4-8)	3.38 ± 1.33	4 (2-6)	53.842	0.000	Hepsi
Bilgi_Edinme_İsteği_APAIS	8.38 ± 1.92	9 (4-10)	6.54 ± 1.17	6 (4-10)	3.74 ± 1.59	4 (2-6)	55.310	0.000	Hepsi
Toplam_APAIS	15.58 ± 3.79	16 (8-20)	11.74 ± 2.83	12 (8-21)	6.96 ± 2.65	8 (4-12)	51.282	0.000	Hepsi
Nrs_Toplam	20.45 ± 3.21	20 (14-26)	17.61 ± 3.98	18 (10-28)	12.83 ± 3.6	12 (8-20)	40.533	0.000	Hepsi

Tablo 4.11 ve Şekil 4.1.'de gruplar arasında cerrahi korku ölçeği, amsterdam preoperatif anksiyete ve bilgi ölçeği ve NRS ağrı değerlendirme ölçeği değişkenlerinin karşılaştırılması incelendiğinde; toplam cerrahi korku puan ortalamasının kontrol grubunda 55.06 ± 14.03 , bilgilendirme grubunda 48.52 ± 8.11 ve iyileştirici çevre grubunda 22.55 ± 10.04 olduğu belirlenmiştir. Cerrahi kısa dönem korkunun kontrol-iyileştirici çevre, iyileştirici çevre-bilgilendirme puan ortalamasında ($p < 0.001$); cerrahi uzun dönem korkunun kontrol-iyileştirici çevre, iyileştirici çevre-bilgilendirme puan ortalamasında ($p < 0.001$) ve toplam cerrahi korkunun ise kontrol-iyileştirici çevre, iyileştirici çevre-bilgilendirme puan ortalamasında ($p < 0.001$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

Preoperatif anksiyete ve bilgi ölçeği (APAIS) puan ortalamaları; kontrol grubunda 15.58 ± 3.79 , bilgilendirme grubunda 11.74 ± 2.84 ve iyileştirici çevre grubunda 6.97 ± 2.65 dir. Anestezi anksiyetesi, cerrahi anksiyetesi ve bilgi edinme isteği alt boyutlarında kontrol, bilgilendirme ve iyileştirici çevre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.001$).

Gruplar arasında NRS ağrı değerlendirme ölçeği puan ortalamaları kontrol grubunda 20.45 ± 3.21 , bilgilendirme grubunda 17.61 ± 3.98 ve iyileştirici çevre grubunda 12.83 ± 3.6 dır. Kontrol, bilgilendirme ve iyileştirici çevre gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.001$) .

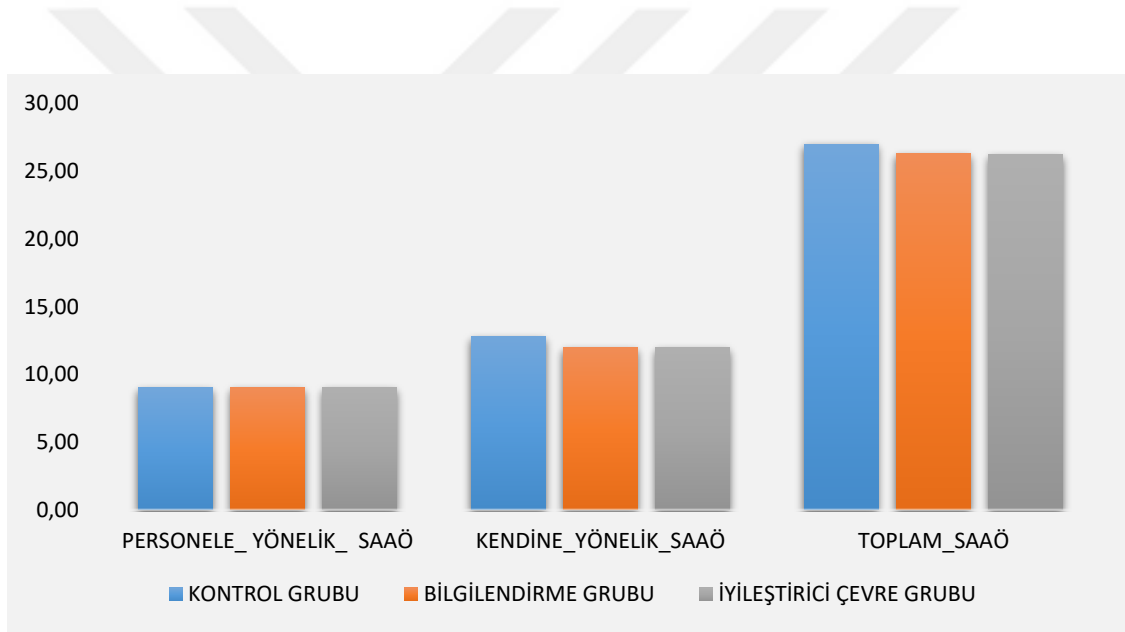


Şekil 4.1. Grupların cerrahi korku, amsterdam preoperatif anksiyete ve bilgi ölçeği ve NRS ağrı ölçeği değişkenlerinin karşılaştırılması

Tablo 4.12.Grupların spinal anestezi ajitasyon ölçeği (SAAÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Grup								
	Kontrol Grubu		Bilgilendirme Grubu		İyileştirici Çevre Grubu				
	Ort ± SS	medyan (min- maks)	Ort ± SS	medyan (min- maks)	Ort ± SS	medyan (min- maks)	Kruskal -Wallis H	p	POST-HOC
Sözel_Agresif_Olmayan_									
Davranışlar_SAAÖ	6 ± 0	5 (2-6)	5.35 ± 0.79	6 (4-6)	4.38 ± 1.35	6 (6-6)	40.065	<0.001	Hepsi
Personele_Yönelik_Agresif									
Davranışlar_SAAÖ	9 ± 0	9 (9-9)	9 ± 0	9 (9-9)	9 ± 0	9 (9-9)	0.000	1.000	
Kendine_Yönelik_Agresif_									
Davranışlar_SAAÖ	12.8 ± 5.24	12 (11-41)	11.96 ± 0.17	12 (11-12)	12 ± 0 26.19 ±	12 (12-12)	2.489	0.288	
Toplam SAAÖ	27 ± 0	26 (23-54)	26.32 ± 0.87	27 (24-27)	5.35	27 (27-27)	34.957	<0.001	Hepsi

Tablo 4.12 ve Şekil 4.2’de grupların spinal anestezi ajitasyon ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; puan ortalamalarının kontrol grubunda 27 ± 0 , bilgilendirme grubunda 26.32 ± 0.87 ve iyileştirici çevre grubunda 26.19 ± 5.35 olduğu görülmektedir. Sözel agresif olmayan davranışlar alt boyutunda kontrol-bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$); spinal anestezi ajitasyon toplam puanda kontrol-bilgilendirme-iyileştirici çevre ($p<0.001$) puan ortalamaları değerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur.



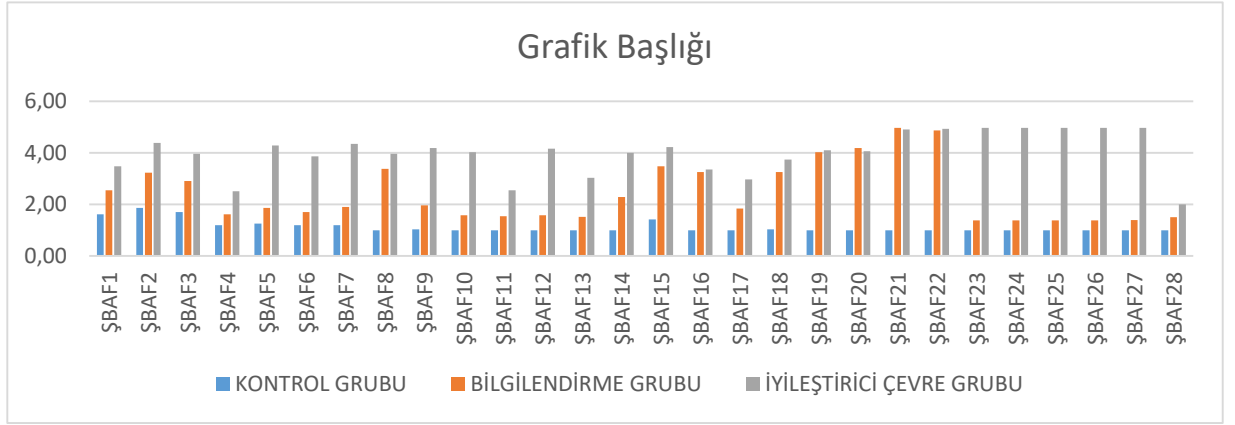
Şekil 4.2. Grupların spinal anestezi ajitasyon değişkeninin karşılaştırılması

Tablo 4.13. Grupların şefkatli bakım algısı soru formu madde puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Grup						Kruskal-Wallis H	P	POST-HOC
	Kontrol Grubu		Bilgilendirme Grubu		İyileştirici Çevre Grubu				
	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min-maks)			
ŞBAF1:Bana yeterince yardımcı olduğu için kendimi güvende hissettim	1.61 ± 1.02	1 (1-4)	2.54 ± 0.76	2 (1-5)	3.48 ± 0.92	4 (2-5)	57.165	<0.001	Hepsi
ŞBAF2: Ameliyat süreci hakkında nlayacağım şekilde bilgilendirme yaptı	1.87 ± 1.14	1 (1-4)	3.22 ± 1.08	4 (1-5)	4.38 ± 0.55	4 (3-5)	57.481	<0.001	Hepsi
ŞBAF3:Ameliyata hazırlık sırasında benimle sözel iletişim kurdu	1.7 ± 1.07	1 (1-4)	2.9 ± 1.16	3 (1-5)	3.96 ± 0.87	4 (2-5)	57.481	<0.001	Hepsi
ŞBAF4: Bana güler yüzlü davrandı	1.19 ± 0.74	1 (1-4)	1.61 ± 0.49	2 (1-2)	2.51 ± 0.76	2 (2-4)	57.481	<0.001	Hepsi
ŞBAF5:Sorularımısorabilmem için bana fırsat verdi	1.25 ± 0.81	1 (1-4)	1.87 ± 1.08	2 (1-5)	4.29 ± 0.46	4 (4-5)	57.481	<0.001	İÇ-K, B-K
ŞBAF6:İletişime geçebilmem için benimle göz teması kurdu	1.19 ± 0.74	1 (1-4)	1.7 ± 0.73	2 (1-3)	3.87 ± 0.8	4 (2-5)	57.481	<0.001	İÇ-K, B-K
ŞBAF7:Sorularımıanlayacağım şekilde cevaplandırdı	1.19 ± 0.74	1 (1-4)	1.9 ± 1.04	2 (1-4)	4.35 ± 0.48	4 (4-5)	57.481	<0.001	Hepsi
ŞBAF8:Ameliyat süresince benimle iletişim kurdu	1 ± 0	1 (1-1)	3.38 ± 1.35	4 (1-5)	3.96 ± 1.07	4 (2-5)	57.481	<0.001	İÇ-B, İÇ-K
ŞBAF9:Kendimi anlatabilmem için bana yeterli zaman ayırdı	1.03 ± 0.17	1 (1-2)	1.96 ± 1.07	2 (1-5)	4.19 ± 0.65	4 (2-5)	57.481	<0.001	Hepsi
ŞBAF10:Bana nasıl yardım edebileceğini sordu	1 ± 0	1 (1-1)	1.58 ± 0.67	2 (1-4)	4.03 ± 0.91	4 (2-5)	57.481	<0.001	Hepsi
ŞBAF11:Mahremiyetime dikkat etti	1 ± 0	1 (1-1)	1.54 ± 0.56	2 (1-3)	2.54 ± 0.8	2 (2-4)	57.481	<0.001	Hepsi
ŞBAF12:Endişelerimi anlatmama fırsat verdi	1 ± 0	1 (1-1)	1.58 ± 0.62	2 (1-3)	4.16 ± 0.68	4 (2-5)	57.481	<0.001	Hepsi
ŞBAF13:Bana ilgi ile yaklaştı	1 ± 0	1 (1-1)	1.51 ± 0.5	2 (1-2)	3.03 ± 0.87	3 (2-5)	57.481	<0.001	Hepsi
ŞBAF14:Kendi kontrolümü sağlamama fırsat verdi	1 ± 0	1 (1-1)	2.29 ± 1.07	2 (1-4)	4 ± 0.57	4 (3-5)	57.481	<0.001	Hepsi
ŞBAF15:Ameliyata hazırlanma sürecine dahil etti	1.41 ± 0.8	1 (1-3)	3.48 ± 1.09	4 (1-5)	4.22 ± 0.49	4 (3-5)	57.481	<0.001	Hepsi
ŞBAF16:Ameliyat sırasında fiziksel rahatlığımı sağlamaya çalıştı.	1 ± 0	1 (1-1)	3.25 ± 1.29	4 (1-5)	3.35 ± 1.05	3 (1-5)	57.481	<0.001	İÇ-B, İÇ-K
ŞBAF17: Ses tonu ve beden dili ile beni rahatlattı	1 ± 0	1 (1-1)	1.83 ± 1.06	2 (1-5)	2.96 ± 0.98	3 (1-5)	57.481	<0.001	Hepsi
ŞBAF18:Ameliyat sonrası kliniğe gönderilinceye kadar fiziksel bakım ihtiyaçlarımı karşıladı	1.03 ± 0.17	1 (1-2)	3.25 ± 1.23	3 (1-5)	3.74 ± 0.81	4 (2-5)	57.481	<0.001	İÇ-B, İÇ-K
ŞBAF19:Bekleme odasının mimari tasarımı beni rahatlattı	1 ± 0	1 (1-1)	4.03 ± 1.01	4 (2-5)	4.09 ± 0.97	4 (2-5)	57.481	<0.001	İÇ-B, İÇ-K
ŞBAF20:Bekleme odasının ses kontrolü ben rahatlattı	1 ± 0	1 (1-1)	4.19 ± 0.98	5 (2-5)	4.06 ± 0.96	4 (2-5)	57.481	<0.001	İÇ-B, İÇ-K
ŞBAF21:Bekleme odasında müzik dinletildi	1 ± 0	1 (1-1)	4.96 ± 0.17	5 (4-5)	4.9 ± 0.3	5 (4-5)	57.481	<0.001	İÇ-B, İÇ-K
ŞBAF22:Bekleme odasındaki müzik beni rahatlattı	1 ± 0	1 (1-1)	4.87 ± 0.71	5 (1-5)	4.93 ± 0.24	5 (4-5)	57.481	<0.001	İÇ-B, İÇ-K
ŞBAF23:Premedikasyon odası hakkında bilgi verildi	1 ± 0	1 (1-1)	1.38 ± 0.49	1 (1-2)	4.96 ± 0.17	5 (4-5)	57.481	<0.001	İÇ-B, İÇ-K
ŞBAF24:Premedikasyonodasında benimle iletişim kuruldu	1 ± 0	1 (1-1)	1.38 ± 0.49	1 (1-2)	4.96 ± 0.17	5 (4-5)	57.481	<0.001	İÇ-B, İÇ-K
ŞBAF25:Premedikasyon odasında bilgilendirme yapıldı	1 ± 0	1 (1-1)	1.38 ± 0.49	1 (1-2)	4.96 ± 0.17	5 (4-5)	57.481	<0.001	İÇ-B, İÇ-K
ŞBAF26:Premedikasyonodainda bana yardımcı olundu	1 ± 0	1 (1-1)	1.38 ± 0.49	1 (1-2)	4.96 ± 0.17	5 (4-5)	57.481	<0.001	İÇ-B, İÇ-K
ŞBAF27:Ameliyat süresince hemşire benimleileitişim kurdu	1 ± 0	1 (1-1)	1.9 ± 1.32	1 (1-5)	4.96 ± 0.17	5 (4-5)	57.481	<0.001	İÇ-B, İÇ-K
ŞBAF28:Premedikasyon odasındaki duygu durum	1 ± 0	1 (1-1)	1.54 ± 0.5	2 (1-2)	2 ± 0.25	2 (1-3)	57.481	<0.001	Hepsi

İÇ:İyileştirici Çevre, K: Kontrol Grubu, B:Bilgilendirme Grubu

Tablo 4.13 ve Şekil 4.3'te grupların şefkatli bakım algısı soru formu madde puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde 1,2,3,4,7,9,10,11,12,13,14,15,17,28. maddeler arasında tüm gruplarda ($p<0.001$); 5,6,23,24,25,26,27. maddelerde kontrol-iyileştirici çevre ve bilgilendirme kontrol grupları arasında ($p<0.001$); 8,16,18,19,20,21,22. maddelerde ise kontrol-iyileştirici çevre-bilgilendirme iyileştirici çevre grupları arasında ($p<0.001$) madde puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir.

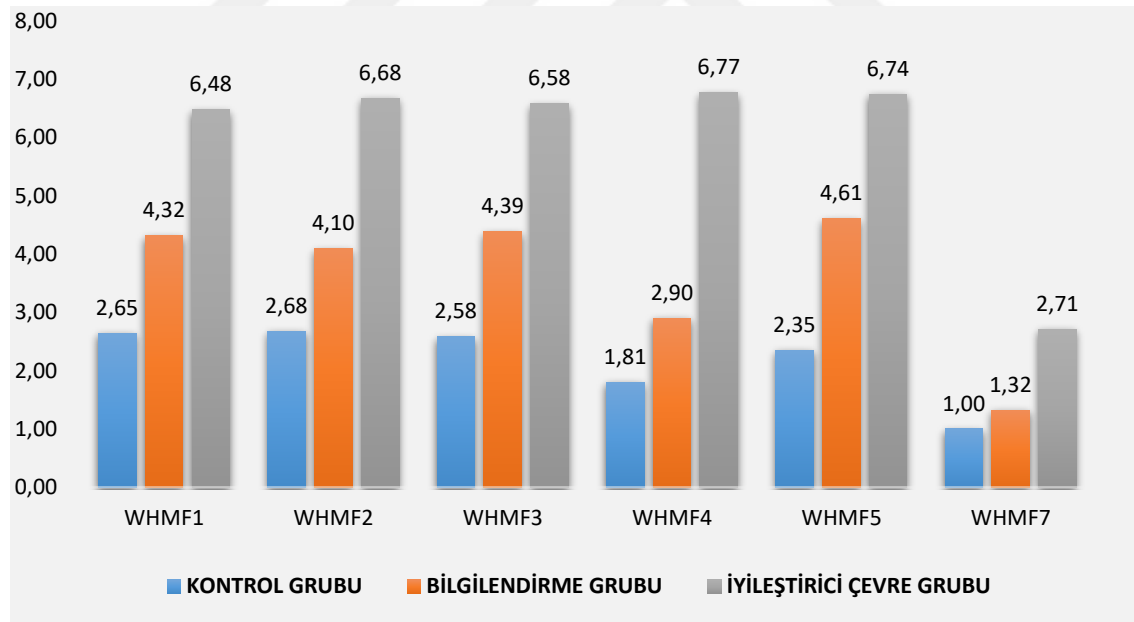


Şekil 4.3. Grupların şefkatli bakım algısı değişkenin karşılaştırılması

Tablo 4.14. Grupların Watson hasta memnuniyet değeri değerlendirme formu madde puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Grup						t,Z	p	POST-HOC
	Kontrol Grubu		Bilgilendirme Grubu		İyileştirici Çevre Grubu				
	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min-maks)	Ort ± SS	medyan (min-maks)			
WHMF1: Sevgi dolu ve kibar bir hemşirelik bakımı aldım	2.64 ± 1.11	2 (1-5)	4.32 ± 0.83	4 (3-6)	6.48 ± 0.85	7 (3-7)	68.075	.000	Hepsi
WHMF2: Temel ihtiyaçlarım karşılandı	2.67 ± 1.1	3 (1-5)	4.09 ± 1.22	4 (1-6)	6.67 ± 0.54	7 (5-7)	69.042	.000	Hepsi
WHMF3: Yardım edici ve güvenilir bir hemşirelik bakımı aldım	2.58 ± 1.08	3 (1-5)	4.38 ± 0.84	4 (2-6)	6.58 ± 0.62	7 (5-7)	73.911	.000	Hepsi
WHMF4: İyileşmeme yardımcı olacak bir çevre (ortam) oluşturuldu	1.8 ± 0.9	2 (1-4)	2.9 ± 1.27	3 (1-6)	6.77 ± 0.42	7 (6-7)	68.787	.000	Hepsi
WHMF5: Bireysel inançlarıma değer verilerek umut etmem sağlandı	2.35 ± 1.14	2 (1-5)	4.61 ± 0.76	4 (4-6)	6.74 ± 0.44	7 (6-7)	78.239	.000	Hepsi
WHMF7: Ameliyat süresince size verilen hemşirelik bakımı ile ilgili deneyimlerinizi bizimle paylaşmışsınız.	1±0	3(2-3)	1.32±0.48	1(1-2)	2.71±0.46	1(1-1)	72.830	.000	Hepsi

Tablo 4.14 ve Şekil 4.4'te gruplar arasında hasta memnuniyet değerlendirilmesi incelendiğinde; kontrol-bilgilendirme-iyileştirici çevre grupları arasında “Sevgi dolu ve kibar bir hemşirelik bakımı aldım.” ($p=0.001$); “Yardım edici ve güvenilir bir hemşirelik bakımı aldım.” ($p=0.001$); “Bireysel inançlarıma değer verilerek umut etmem sağlandı.” ($p=0.001$); “İyileşmeme yardımcı olacak bir çevre oluşturuldu.” ($p=0.001$); “Temel ihtiyaçlarım karşılandı.” ($p=0.001$) değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Aynı zamanda açık uçlu soru olan “Ameliyat süresince size verilen hemşirelik bakımı ile ilgili deneyimlerinizi bizimle paylaşır mısınız? maddesinde ise iyileştirici çevre grubunun verilen hemşirelik hizmetinden memnuniyetinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$).



Şekil 4.4. Gruplar ile Watson hasta memnuniyet değerlendirmesi

5. TARTIŞMA

Total/parsiyel diz protezi ameliyatı sonrası iyileştirici çevre uygulamalarının (hastaların sosyal, duygusal, zihinsel, bedensel ve ruhsal olarak olumlu etkileyecek ortam oluşturmanın) hastalarda cerrahi korku, preoperatif anksiyete, spinal anestezi ajistasyonu, yaşam bulguları, ağrı, hasta memnuniyeti ve şefkatli bakım algısına etkisini belirlemeye yönelik yapılan bu araştırmadan elde edilen veriler konuyla ilgili doğrudan çalışmaya rastlanmadığı için literatür bilgisi ve benzer çalışmalar ile tartışılmıştır.

Araştırmada ASA, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, diz protez nedeni, intraoperatif dönemde kullanılan ilaçlar, farklı bir hastalık (Tablo 4.1), yaş, premedikasyon odasında bekleme süresi, premedikasyon odasında hasta sayısı, PACU da bekleme süresi gibi özellikler açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve grupların değişkenler yönünden benzer özelliklere sahip olduğu saptandı (Tablo 4.2). Gruplar arasında benzerlik olması yapılan uygulamaların etkinliği ve güvenilirliği açısından önemlidir.

Araştırmada iyileştirici çevre uygulamasının, iyileştirici çevre grubu hastalarının klinikten ve premedikasyon odasından ayrılırken, ameliyat başladığında, ameliyatın 15. ve 30. dakikasında ameliyat bitiminde nabız hızı üzerinde olumlu etkisi olduğu bulundu (Tablo 4.6). Aynı uygulamanın iyileştirici çevre grubu hastalarının klinikten ayrılırken, premedikasyon odasına girdiğinde, premedikasyon odasından ayrılırken, ameliyat başladığında, ameliyatın 15. ve ameliyatın 30. dakikasında, ameliyat bitiminde sistolik kan basıncı değerlendirilmesinde olumlu etkisi olduğu saptandı (Tablo 4.7). Diyastolik kan basıncı ve saturasyon değerlendirmesinde iyileştirici çevre grubu hastalarının premedikasyon odasından ayrılırken, ameliyat başladığında, ameliyatın 15. ve 30. dakikasında, ameliyat bitiminde iyileştirici çevre uygulamasının olumlu etkisi olduğu

belirlendi (Tablo 4.8, Tablo 4.9). Solunum sayısı değerlerinde ise iyileştirici çevre grubu hastalarının premedikasyon odasına girdiğinde, premedikasyon odasından ayrılırken ve ameliyat başladığında iyileştirici çevre uygulamalarının etkisi olumluydu (Tablo 4.10). Literatür incelendiğinde Salomi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sağlıklı yetişkinlerde gülmenin sistolik ve diastolik kan basıncını ve nabız sayısını azalttığı belirtilmiştir (Salomi, 2018). Özlem ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada açık kalp ameliyatı geçirmiş hastalara uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin yaşam bulguları ve kaygı düzeyi üzerinde etkili olduğunu belirlenmiştir (Özlem, 2017). Jamali ve arkadaşlarının (2016) konjestif kalp yetmezliği olan hastalarda masaj terapisinin sistolik ve diastolik kan basıncı, nabız ve solunum hızlarında düşüş, saturasyon düzeyinde yükselme olduğu bildirilmiştir (Jamali ve ark., 2016). Yapılan çalışmalarda müzik dinlemenin, farklı ortopedi ameliyatı olan hastalarda sistolik ve diastolik kan basıncını, solunum hızı ve nabız hızını azalttığı belirlenmiştir (Kenny, 2018; Luis, 2019). Çalışma sonuçları araştırma sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Literatürde müzik dinleme, dikkati başka yöne çekme, komedi filmi izleme, etkin iletişim kurma, gevşeme yöntemleri, hipnoz, meditasyon, nefes egzersizleri ve imgeleme yöntemi gibi nonfarmakolojik yöntemlerin yaşam bulguları üzerinde olumlu etki gösterdiği vurgulanmaktadır (Midilli ve ark., 2019; Lin ve ark., 2020). Cohen ve arkadaşları (1999) yaptıkları çalışmada hastane iç ortamlarında doğal manzara ve seslerin kullanılmasının kan basıncını ve nabız hızını olumlu yönde etkilediğini bildirmişlerdir (Cohen, 1999). Farmakolojik olmayan yöntemlerin yaşam bulguları üzerine endorfin, dopamin, serotonin gibi mutluluk hormonlarının ve büyüme hormonunun salgılanması artırarak, kortizol, epinefrin gibi stres hormonlarının düzeyleri azaltarak ve ağrıyı kontrol altına alarak etki ettiği bildirilmektedir (McGuire ve ark., 2021). Mevcut araştırmada, araştırmacı hemşire tarafından ortamın doğa mazaraları ve renklerden faydalanarak

mimari tasarım ile değiştirilmesi, hastaya tüm cerrahi süreç boyunca eşlik edilmesi, sorularının yanıtlanması, müzik dinletilmesi, solunum egzersizi yaptırılması ve etkili iletişim kurulması gibi iyileştirici ve nonfarmakolojik uygulamaların hastaların yaşam bulguları üzerinde olumlu etki etmesi ile açıklanabilir.

Araştırmada, iyileştirici çevre uygulamasını iyileştirici çevre grubu hastalarında cerrahi korku düzeyini azalttığı bulundu (Tablo 4.11). Ameliyat olacak hastaların yaklaşık %50-90'ında cerrahi korkunun geliştiği bildirilmektedir (Ruhaiyem ve ark., 2016). Cerrahi korku hastalardaki kalp atışının hızlanması, kan basıncının yükselmesi, baş dönmesi, solunum hızında artış, ateş, titreme ve terleme gibi çeşitli belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir (Woldegerima ve ark., 2018). Bu nedenle ameliyat öncesi cerrahi korkunun yönetiminde müzik dinletisi, dikkati başka yöne çekme, solunum egzersizleri, bilişsel-davranışçı terapi, hipnoz, meditasyon ve akupresür gibi nonfarmakolojik yöntemlerden faydalanılmalıdır (Friedrich ve ark., 2022). Yapılan çalışmalarda ameliyat öncesinde verilen eğitimin cerrahi korku ve kaygı düzeylerini azaltabildiği bildirilmektedir (Ergani ve ark., 2021; Lee ve ark., 2018). Boz ve ark.(2020) Watson İBK'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının doğum korkusu üzerine yönelik yaptıkları çalışmada doğum korkusunu yönetmede etkili bir yöntem olduğunu belirlemişlerdir (Boz ve ark., 2020). Wittmann(2019)cerrahi girişim geçiren meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmada psikososyal girişimlerin iyileştirici çevre grubundaki hastaların ameliyat öncesi ve sonrası korku puanlarının düşük olduğunu bildirmiştir (Wittman, 2019). Literatür bilgisi ve çalışma sonuçları araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada iyileştirici çevre uygulamalarının iyileştirici çevre grubunda ameliyat öncesi anksiyeteyi azalttığı bulundu (Tablo 4.11). Yapılan bir araştırmada, premedikasyon odasında bekleyen hastalara yaşadıkları stresi azaltmak için tercih

ettikleri yöntemler sorulmuş ve hastaların %42.4'ü, bir yakınlarının yanında olmasını, %28'i televizyon izlemek olduğunu, %20.8'i ise müzik dinlemenin kaygılarını azaltacağını bildirmiştir (Deliktaş ve ark., 2017). Yine yapılan çalışmalarda yapılandırılmış ameliyat öncesi eğitimin anksiyete düzeyinin azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir (Ahmed, 2019; Okay, 2018; Özlü ve ark., 2016). Hepp ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada müzik dinletiminin hastaların anksiyete düzeyini azalttığını bildirilmiştir (Hepp, 2018). Van der Rietve ark. (2014) yaptıkları çalışmada hastane etrafında iyileştirme çevresinin oluşturulmasının hemşire, hasta ve refakatçilerinin stresinin azaltılmasında, dinginliğin ve iyileşmenin arttırılmasında etkili olduğu bulunmuştur (Van der Riet ve ark., 2014). Seven (2018) yaptığı çalışmada palyatif bakım hastalarında Watson İBK'ye temellendirilmiş hemşirelik bakımının hastaların dispne ve anksiyete düzeylerini azalttığını, yaşam kalitelerini ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerini artırdığını bildirmiştir (Seven, 2018). Aktürk ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada Watson İBK'nagöre verilen bakımın düşük yapan kadınların anksiyete, stress ve depresyon düzeylerine etkisini incelemişler ve anksiyete, stress ve depresyonu azalttığını bildirmişlerdir (Aktürk ve ark., 2019). Literatür incelendiğinde bilgilendirme, imgeleme yöntemi, müzik dinletimi, ortamın güzelleştirilmesi ve gevşeme teknikleri gibi farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinin hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaltılmasına ve yaşam kalitelerinin artırılmasına destek olduğu görülmektedir (Kavala, 2023; Zografakis,2017; Güvenç ve ark., 2022).

Araştırmada iyileştirici çevre uygulamalarının iyileştirici çevre grubunda ağrı düzeyini azalttığı bulundu (Tablo 4.11). Başarılı ağrı yönetimi farmakolojik yöntemlerin nonfarmakolojik yöntemlerle birlikte uygulanması ile mümkündür (Midilli ve ark.,2019). Ağrının azaltılmasında masaj, rahatlık/konforun sağlanması için çevrenin düzenlenmesi, biyogeribildirim, derin soluk alma ve öksürme egzersizleri, sıcak/soğuk uygulamalar,

pozisyon değişikliği, terapotik dokunma, dikkati başka yöne çekme, gevşeme yöntemleri, hipnoz, meditasyon, nefes egzersizleri, müzik terapi, meditasyon gibi farmakolojik olmayan yöntemler kullanılmaktadır (Midilli ve ark., 2019; Özveren ve ark., 2016; Özveren, 2011). Literatür incelendiğinde farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulanmasının, sağlık profesyonellerinin kurduğu iyi ilişkilerin ve hastaya yönelik ilginin ağrının azaltılmasında olumlu sonuçlar verdiği belirtilmiştir (Çevik ve ark.,2017; Sayar ve ark., 2019; Kısarslan ve ark., 2019; Aslan ve ark., 2019). Keskin ve ark. yaptıkları çalışmada ameliyat öncesinde verilen ağrıya yönelik eğitimin ameliyat sonrası ağrı düzeyinde etkili olduğunu bildirmişlerdir (Keskin ve ark., 2020). Cohen ve ark. yaptıkları çalışmada hastane iç ortamlarında doğal manzara ve seslerin kullanılmasının ağrı kontrolünde etkili olduğu, endişeyi azalttığı, kan basıncını ve nabız hızını olumlu yönde etkilediğini bildirmişlerdir (Cohen, 1999). Lin ve arkadaşlarının yaptığı ortopedik cerrahi sonrası ağrı üzerine bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında müzik terapinin ağrı ve anksiyete düzeyini önemli derece azalttığını bildirmişlerdir (Lin, 2020). Literatür bilgisi ve araştırma sonucu mevcut bulgumuzu destekler niteliktedir. Nonfarmakolojik yöntemler ağrı üzerine; melatonin salgısını arttırarak, sinir uçlarındaki baskı ve gerilimi azaltarak, kasların gevşemesini sağlayarak, kapı kontrol mekanizmasını harekete geçirerek, endorfinlerin salınımı arttırarak, ağrı eşiğini yükselterek, periferik sinirlerin iletimini yavaşlatarak etki etmektedir (Cohen, 1999; Lin, 2020; McGuire ve ark., 2021).

Araştırmada iyileştirici çevre uygulamalarının iyileştirici çevre grubunda spinal anesteziye bağlı ajitasyon düzeyini sözel agresif olmayan davranışlar alt boyutunda azalttığı bulundu (Tablo 4.12). Ajitasyon aşırı uyarılma halidir ve yıkıcı sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Miller ve ark.,2020; Gülpek ve ark., 2019). Bu nedenle ajitasyonla ilgili nedensel faktörlerin hızlı değerlendirilmesi ve yönetilmesi önemlidir. Rehberler ajitasyon

düzeşinin azaltılması için farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılmasını önermektedir (Garriga ve ark., 2016). Hastanın ajitasyon düzeyini azaltmak için çevresel faktörleri kontrol altına alma, dikkatini başka yöne çekme, bilgilendirme gibi yöntemler kullanılabilir. (Andsoy, 2018). Bu çalışmada iyileştirici çevre düzenlemesi kapsamında ameliyat süreci ve ameliyathane ortamı hakkında bilgilendirme yapılması, müzik dinletisi, doğa manzaralarının kullanılması, renklerin kullanılması, hasta ile etkin iletişim kurulması, solunum egzersizi yaptırılması, intraoperetaif dönemde iletişim kurulması hastanın dikkatini başka yöne çekilmesine destek sağlayarak ajitasyonu azalttığı düşünülmektedir. Literatür bilgisi ve araştırma sonucu sözel agresif olmayan davranışlar alt boyutunda ajitasyonun azalmasına yönelik bulguları destekler niteliktedir.

Araştırmada iyileştirici çevre uygulamalarının iyileştirici çevre grubunda şefkatli bakım algısı düzeyinin artırdığı bulundu (Tablo 4.13). Literatürde şefkat kavramının hemşireler ve bakım vericiler üzerinde çalışıldığı ve daha çok şefkat yorgunluğu üzerinde araştırmalar yapıldığı görülmektedir. Ancak hastalar açısından şefkatli bakım algısını değerlendiren çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu nedenle benzer çalışmalar ışığında kendi içinde tartışılmıştır.

Şefkat, bireylerin çektiği acının bu acıdan kurtulma isteğinin algılanması ve anlaşılması ve ona yardım etme duygusunun oluşmasıdır (Apostolidi, 2022; Schairer, 2017). Şefkat bakımın uygun şekilde ve doğru verilmesini sağlayarak bakımın kalitesini artırmaktadır (Van der, 2011). Şefkatli bakım karmaşık bir süreç olmasına karşın gülümseme, güven duygusu oluşturma veya bir dokunuş gibi basit eylemler yoluyla verilebilmektedir (Dewar ve ark., 2011). Şefkatli bakımın sunulması ile güvenli bakım, zaman tasarrufu, maliyet tasarrufu, memnuniyeti yüksek hastalar ve mutlu çalışanların olduğuna dair göstergeler mevcuttur (Youngson, 2012). Van Der (2011) yaptığı kalitatif çalışmada kronik hastalığı olan yaşlı hastalar için hemşirelik bakım uygulamasında

merhametin ne anlama geldiğini ve ne kadar önemli olduğunu araştırmış ve çalışmada fedakarlık, dinleme, kendi bakımına katma, yardımcı olma, ve anlayış gibi becerileri merhametli bakım davranışları olarak tanımlamıştır (Van Der, 2011). Babaeive ark. (2016) tarafından İran’da yapılan bir çalışmada hemşirelerin güler yüzlü olmayı, gülümsemeyi, onlara dokunmayı, hastalarla tokalaşmayı ve hastaları aktif dinlemeyi sözsüz merhametli davranış örnekleri olarak ifade edilmiştir. Yine aynı çalışmada, bakım uygulamalarında sözlü ve sözsüz davranışların merhametli hemşirelik bakımının uygulanmasında önemli olduğu bildirilmiştir (Babaei ve ark., 2016). Kirby (2017) merhametli bakımın acı çekmeyi azaltabileceğini ve yaşam doyumunu artırabileceğini belirtilmiştir (Kirby, 2017). Literatür ve araştırma sonuçlarına bakıldığında çalışmamızda kullandığımız uygulamaların (güleryüz, dokunma, aktif dinleme, bilgilendirme, solunum egzersizi, müzik dinletimi, çevrenin iyileştirilmesi, soruların yanıtlanması gibi) hastaların şefkatli bakım algısını artırdığını söyleyebiliriz.

Araştırmada iyileştirici çevre uygulamalarının iyileştirici çevre grubunda hasta memnuniyet düzeyini artırdığı bulundu (Tablo 4.14). Hasta memnuniyeti sunulan hizmetin kalite göstergelerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Sağlık bakımından duyulan memnuniyet tedavileri olumlu yönde etkilemektedir (Batbaatar ve ark., 2017; Eyasu ve ark., 2016). Hasta memnuniyetini direk etkileyen faktörler arasında ameliyat öncesi bilgilendirme ve hasta eğitimi yer almaktadır. Ameliyat öncesi yapılan bilgilendirme ve eğitimden duyulan memnuniyetin hasta üzerinde olumlu etkileri olmaktadır (Afaya ve ark., 2017). Hastanın kliniğe kabulden başlayarak taburculuğa kadar geçen süreçte uygulanan bakımının niteliği hasta memnuniyeti artırmada etkili olduğu belirtilmiştir (Kol ve ark., 2018). Mogos ve ark. (2013) hastane ortamında terapötik müziğin hastalar üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmada hasta memnuniyetini artırmada etkili bir araç olduğunu belirtmişlerdir (Mogos ve ark., 2013). Ok (2017) motivasyonel görüşmenin

hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyumu, memnuniyeti ve yaşam kalitesini artırdığı bulunmuştur (Ok, 2017). Seven (2018) palyatif bakım hastalarında Watson İBK'ye temellendirilmiş hemşirelik bakımının dispne yönetimi, anksiyete ve yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmada, hastaların dispne ve anksiyete düzeylerini azalttığını, yaşam kalitelerini ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerini artırdığını belirtmiştir (Seven, 2018). Total diz protezi ve total kalça protezi uygulanan hastalar ile yapılan çalışmada, ameliyat öncesi eğitim verilmesinin hasta memnuniyetini artırdığı bildirilmiştir (White, 2015). Yapılan çalışmalar bu araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Araştırma kapsamında hasta ile yakından ilgilenmenin, etkili iletişim tekniklerini kullanmanın, cerrahi süreç hakkında bilgilendirme yapılmasının, hastanın bulunduğu çevrenin düzenlenmesinin, müzik dinletilmesinin gibi yapılan uygulamaların hasta memnuniyetini artırdığı düşünülmektedir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda, “H1: İyileştirici çevrenin hastalar üzerindeki olumlu etkileri vardır” hipotezinin doğrulandığı ve “H2: İyileştirici çevre ve bilgilendirme arasında hastalara üzerindeki etkileri açısından fark yoktur” hipotezlerinin ise doğrulanmadığı görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Total diz protezi ameliyatı sonrası iyileştirici çevre uygulamalarının (hastaların f olarak olumlu etkileyecek ortam oluşturma) preoperatif anksiyete, cerrahi korku, ameliyathane ajitasyonu, yaşam bulgularına, ağrı üzerine etkisini incelemek ve şefkatli bakım algısı ve hasta memnuniyetine yansımaları değerlendirmeye yönelik yapılan bu araştırmanın sonucunda;

- Kontrol, bilgilendirme ve iyileştirici çevre grubunda bulunan hastaların homojen dağılım gösterdiği,
- Grupların benzer olduğu
- İyileştirici çevre uygulamalarının cerrahi korkuyu azalttığı
- İyileştirici çevre uygulamalarının preoperatif anksiyete azalttığı
- İyileştirici çevre uygulamalarının spinal anesteziye bağlı ajitasyonu kısmen azalttığı
- İyileştirici çevre uygulamalarının ağrıyı azalttığı
- İyileştirici çevre uygulamalarının yaşam bulgularının üzerine olumlu etkisi olduğu
- İyileştirici çevre uygulamalarının hasta memnuniyeti artırdığı
- İyileştirici çevre uygulamalarının şefkatli bakım algısını artırdığı belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Eğitime Yönelik Öneriler

- İnsan bakım kuramının bileşenlerinden olan iyileştirici çevre uygulamalarının cerrahi korku, preoperatif anksiyete, spinal anesteziye bağlı ajitasyonu, ağrıyı azaltmada etkili olduğu ve hasta memnuniyeti ve şefkatli bakım algısını artırdığı için hemşirelik girişimi olarak kullanılması ve yaygınlaştırılması

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Premadikasyon odalarında çevre düzenlemelerinin (iyileştirici çevre uygulamalarının) yaygınlaştırılması
- Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde iyileştirici çevrenin oluşturulması,
- İyileştirici çevrenin rutin hemşirelik uygulaması olarak kullanılmaya başlanması,

Araştırmaya Yönelik Öneriler

- Benzer çalışmaların farklı ameliyat türlerinde, daha büyük örneklem grubu ile yapılarak kanıt düzeyinin güçlendirilmesi,
- Araştırma sonuçlarının hemşirelik girişimlerine yansıtılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Afaya A., Hamza S., Gross J., Acquah N. A., Aseku P. A., &Doeyela D. (2017). Assessingpatient'sperception of nursingcare in medical-surgicalward in Ghana. *International Journal of CaringSciences*, 10(3), 1329-1340.
- Ahmed K. J., Pilling J. D., Ahmed K. ve Buchan J. (2019). Effect of a patientinformation video on thepre operative anxiety levels of cataract surgery patients. *J Cataract Refract Surg.*, 45(4), 475-479. Doi: 10.1016/j.jcrs.2018.11.011.
- Aksoy G. (2022). Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. Güler Aksoy, Nevin Kanan, Neriman Akyolcu (Ed.), Cerrahi Hemşireliği- I içinde (s. 259-300). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Aktürk Ü., &Erci, B. (2019). Theeffect of watson'scare model on anxiety, depression, andstress in Turkishwomen. *NursingScienceQuarterly*, 32(2), 127-134.
- Aktürk Ü. (2016). Kemoterapi alan hastalara Watson insan bakım modeline göre verilen bakımın yaşamın anlamı ve semptom yönetimine etkisi. [Doktora Tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akyolcu N. (2022). Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. Güler Aksoy, Nevin Kanan, Neriman Akyolcu (Ed.), Cerrahi Hemşireliği- I içinde (s. 335-367). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Aldemir K, Gürkan A, Taşkın Yılmaz F, Karabey G. (2018). Examination of satisfaction from nursing care of inpatients in the surgical clinics. *J HealthNurs Manag.*5(3):155-63.
- Alligood M.R. (Ed.). (2018). Nursing theori stsand their work. (9th Ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

- Altınbaş Y, Karaca T. (2020). Cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin deneyimleri: Nitel Bir Çalışma. *İnönü Üni Sağlık Hizm Meslek Yüksekokulu Derg*;8(3):603-17.
- Andsoy I.I., (2021). Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Bakımı. Sevim Çelik (Ed.), Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar içinde (s.85-140). Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Apostolidi TP., Apostolidi, N. (2022). Malliarou, M. Hemşirelerin Bakımı Nasıl Algıladıkları ve Şefkatleriyle İlişkileri: Bir Literatür Taraması. *Uluslararası J. Bakım Bilimi*.15, 702.
- Arlı ŞK. (2017). Ameliyat öncesi anksiyetenin APAIS ve STAI-I ölçekleri ile değerlendirilmesi. *Hacettepe Üni Hem Fak Derg*.4(3):38-47.
- Arslan Özkan H, Çıtak Tunç G. (2014). İyileştirici bakım modelleri ve hemşirelik, Ed: H. Arslan Özkan. Hemşirelikte Bilim Felsefe ve Bakımın Temelleri. Akademi Basın Yayın. İstanbul.
- Arslan-Ozkan I, Okumus H, Buldukoğlu K. (2014). A randomized controll edtrial of the effects of nursing care based on Watson’sTheory of Human Caring on distress, selfeffica cyandad justment in infertile women. *J Adv Nurs*,70:1801-1812.
- Aslan B, Özkan M. (2019). Theeffect of bioenergy on postoperative pain in patient sexperienced abdominal surgery: A nonpharmacological approach. *Complement Ther Clin Pract*.36:158-163.
- Aslan FE, Şahin SK, Secginli S, BülbüloğluS.(2018). Hastaların, ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin hemşirelik uygulamalarından memnuniyet düzeyleri: Bir sistematik derleme. *Ağrı Dergisi*,30:105-15.

- Atisook R, Euasobhon P, Saengsanon A, Jensen M. P. (2021). Validity and Utility of Four Pain Intensity Measures for Use in International Research. *Journal of Pain Research*, 2021;14, 1129–1139.
- Ay F. (2018). Treatment of postoperative pain and non-pharmacologic practices in nursing systematic review: Results of Turkish doctor's dissertation in 2000-2015. *Agri*, 30(2), 71-83.
- Aydın A, Çilingir D. (2017). Yeniden ameliyat olma (Reoperasyon) ve hemşirelik bakımı. *Hem Eğt Araş Derg*, 14(3):218-22.
- Aykent R, Kocamanoğlu S, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. (2007). Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation*. 5(1): 7-13
- Babaei S, Taleghani F, Kayvanara M. (2016). Compassion at behaviours of clinical nurses in Iran: an ethnographic study. *Int Nurs Rev*, 63:388–94.
- Bağdigen M, Karaman Özlü Z. (2018). Validation of the Turkish version of the surgical fear questionnaire. *JP et al Anesthesia Nurs*, 33(5):708-714, 2018.
- Balta MG, Karaman S, Karaman T, Tapar H, Dogru S, Suren M. (2022). The effect of preoperative anxiety and depression on postoperative recovery quality. *Medicine Science*;11:1227-1233.
- Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. (2017). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health*, Mar;137(2):89-101.
- Bheemanna N, Channaiah SD, Gowda P V., Shanmugham V, Chanappa N. (2017). Fears and perceptions associated with regional anesthesia: A study from a tertiary care hospital in South India. *Anesth Essays Res*, 11(2): 483-488.

- Bilik Ö. (2017). Total Diz Protezi Ameliyatı Uygulanan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri J SurgNurs-Special Topics*, 3(1): 54–64.
- Blomberg, K. , Griffiths, P. , Wengström, Y. , May, C. , & Bridges, J. (2016). Şefkatli hemşirelik bakımına yönelik müdahaleler: Sistemik bir inceleme. *Uluslararası Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 62, 137-155.
- Boz İ, Akgün M. (2020). Doğum korkusu yönetiminde İnsan Bakım Kuramı'na temelli psiko-eğitim programı ve ön uygulama sonuçları. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17:180-186.
- Boz İ. (2018). İyileştirici Bakım Çevresi. *Balıkesir Sağlık Bil Derg Cilt:7 Sayı:1*
- Boz İ., & Okumuş, H. (2017). The “Every thing About the Existence” experiences of Turkish women with infertility: Solicited diaries in qualitative research. *Journal of Nursing Research*, 25(4), 268-275. doi: 10.1097/ JNR.0000000000000166
- Boz İ., Akgün M., & Duman F. (2020). A feasibility study of a psycho education intervention based on Human Caring Theory in nulliparous women with fear of child birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 42, 1-13. doi:10.1080/0167482X.2020.1752173
- Cakir G, Gursoy A. (2017). The effect of pre-operative distress on the perioperative period. *Journal of Anesthesia & Intensive Care Medicine*, 2(3):1-3.
- Candaş B, Gursoy A. (2015). Cerrahide hasta güvenliği: Güvenli cerrahi kontrol listesi. *Erciyes Üni Sağlık Bil Fak Derg*; 3(1):40-50.
- Canovas F., Dagneaux L. (2018). Quality of life after Total Knee Arthroplasty. *Orthop. Traumatol. Surg. Res.*; 104:S41–S46. doi: 10.1016/j.otsr.2017.04.017.
- Carson EM. (2004). Do performance appraisals of registered nurses reflect a relationship between hospital size and caring?. *Nurs Forum*, 39(1): 5-13.

- Cheng J. Y. J., Wong B. W. Z., Chin Y. H., Ong Z. H., Ng C. H., Tham H. Y., Samarasekera D. D., Devi K. M., & Chong C. S. (2021). Preoperative concerns of patient sunder going general surgery. *Patient Education and Counseling*, 104(6), 1467-1473. 10.1016/j.pec.2020.11.010
- Chieng YJS, Chan WCS, Klainin-Yobas P, He HG (2014) Perioperative anxiety and postoperative pain in children and adolescent sunder going elective surgical procedures: a quantitative systematic review. *J Adv Nurs* 70(2):243–255. <https://doi.org/10.1111/jan.12205>
- Clark C.S. (2016). Watson's Human Caring Theory: pertinent trans personal and humanities concepts for educators. *Humanities*, 5(21),1-12. doi:10.3390/h5020021
- Coccolini F., Perrone G., Chiarugi M., DiMarzo F., Ansaloni L., Scandroglio I., ... & Catena F. (2020). Surgery in COVID-19 patients: operational directives. *World Journal of Emergency Surgery*, 15, 1-7.
- Cohen-Mansfield J, Werner P.(1999). Outdoor wandering parks for persons with dementia: a survey of characteristics and use. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. Apr-Jun;13(2):109-17. doi: 10.1097/00002093-199904000-00009. PMID: 10372955.
- Costello M. (2018). Watson's Caritas Processes® as a Framework for Spiritual End of Life Care for Oncology Patients. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 639-644
- Çam O. & Yalçın N. (2018). Ruhsal Hastalık ve İyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(1),55-60. doi: 10.14744/phd.2017.49469
- Çevik B, Taşçı S. (2017). Akupres uygulamasının ağrı yönetimine etkisi. *Sağlık Bilim Derg.* 26(3):259-260.

- Çullu M., Ülker S. (2020). Hastaların Ameliyat Öncesi Dile Getirmedikleri Düşünce Ve İstekleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*,24(1):1-10
- Dehghan F, Jalali R, Bashiri H. (2019). Theeffect of virtual reality technology on preoperative anxiety in children: A Solomon four-group randomized clinical trial. *PerioperativeMedicine*, 8(1), 1-7.
- Delaney, L. J. (2018). Patient-centredcare as an approach to improving healthcare in Australia. *Collegian*, 25(1), 119-123. doi: 10.1016/j.colegn.2017.02.005
- Deliktaş H., Açıkgoz T., Çelik S. (2017).Elektif operasyon planlanan hastaların premedikasyon odasında bekleme sürelerinin anksiyete seviyelerine etkisi.Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni.
- Dewar B, Pullin S, Tocheris R. (2011). Valuing compassion through definition and measurement. *NursManag*,17(9):32-7.
- Dexter F., Parra M. C., Brown J. R. et al. (2020). Perioperative COVID-19 defense: an evidence-based approach for optimization of infection control and operating room management. *Anesthesiaand Analgesia*, Doi: 10.1213/ANE.0000000000004829
- Dijkstra, K., Pieterse, M., &Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn health care facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (2), 166–181. doi: 10.1111/j.1365- 2648.2006.03990.x.
- Doyle D. J., Garmon E. H. (2019). American Society of Anesthesiologist Classification (ASA Class). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441940>.20.11.2023
- Durgun- Ozan Y. (2020). İnsan Bakım Kuramının Temel Kavramları. Okumuş, H., Boz, İ. (Ed.). Postmodern Hemşirelik İnsan Bakım Kuramı içinde (s.73-83). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

- Dursun A. (2018). Kalp damar cerrahisi planlanan hastalarda ameliyat öncesinde müzik dinletmenin cerrahi korku ve anksiyete üzerine etkisi”. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Emoto R, Tsutsui M, Kawana R. (2015). A model to create a caring and healing environment for nurses in child and family nursing. *Int J Hum Caring*.8-12.
- Erbay Ö., Yıldırım Y., Fadıloğlu Ç., Aykar F.Ş. (2018). Hipertansif atak yaşayan hastalara Watson’ın İnsan Bakım Modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*; 9(19), 82–88. doi: 10.5543/khd.2018.41275.
- Erci B, Özdemir S.(2013). Relationships between life attitude profile and symptom experienced with treatment decision evaluation in patients with cancer. *HolistNursPract*,2013; 27(2): 97–104.
- Erdil F. ve Özhan Elbaş N. (2016). Cerrahi hastalıkları hemşireliği (7.Baskı). Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık Ambalaj San. Ve Tic. Ltd. Şti.
- Ergani B, Ozbilen MH, Yalcın MY, Boyacıoğlu H, Ilbey YO (2021). The effect of the type of surgery performed due to prostate cancer on preoperative patient anxiety, a prospective study. *American Journal of Clinical and Experimental Urology*, 9(1), Article 1. [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8012827/](https://doi.org/10.1155/2016/6308617).
- Eyasu K. H., Adane A. A., Amdie F. Z., Getahun T. B., Biwota M. A. (2016). Adult patients’ satisfaction with in patient nursing care and associated factors in an Ethiopian referral hospital, Northeast, Ethiopia. *Advances in Nursing*. <https://doi.org/10.1155/2016/6308617>

- Eyi S., Kanan N., &Akyolcu N. (2017). Ameliyat sırası dönemde kaliteli hemşirelik bakımına ulaşmada hemşirenin rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(2), 126-138.
- Fawcett J. (2005). Contemporary nursing knowledge analysis and evolution of nursing models and theories. 2th ed. Philadelphia: Fa Davis Company.
- Forsberg A., Vikman I., Walivaara BM., Rattray J., &Engström A. (2018). Patients' Perceptions of PerioperativeQuality of Care in Relation to Self- 50 ratedHealth. *Journal of PerianesthesiaNursing: officialjournal of theAmericanSociety of PeriAnesthesiaNurses*, 33(6), 834–843.
- Friedrich S, Reis S, Meybohm P, Kranke P (2022). Preoperativeanxiety. Currentopinion in anaesthesiology, 35(6), 674–678. DOI:10.1097/ACO.0000000000001186
- Galbraith AS, McGloughlin E, Cashman J. (2018). Enhancedrecoveryprotocols in total joint tarthroplasty: a review of the literature and their implementation. *Irish J MedSci*, 187:97-109.
- Gan TJ. (2017). Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, andprevention. *J Pain Res*,10:2287-98.
- Garcia ACM, Simão-Miranda TP, Carvalho AMP, Elias PCL, da GraçaPereira M, de Carvalho EC. (2018). Theeffect of the rapeutic listening on anxiety and fearamong surgical patients: Randomized controlled trial. *RevLatAmEnfermagem*, 26: e3027.
- Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, ZellerSl, Allen MH, Vazquez G, Baldacara L, San L, Mcallister-Williams Rh, FountoulakisKn. (2016). Assessmentand Management of Agitation in Psychiatry: Expert Consensus. *The World Journal of Biological Psychiatry*,17(2): 86-128. doi: 10.3109/15622975.2015.1132007.
- Gautam S. (2019). Nursing interventions to reduce preoperative anxiety. A literaturerewiew. *Jamk.fi*;1–37

- Giuliano K. K., &Hendricks J. (2017). In advertent perioperative hypothermia: current nursing knowledge. *AornJournal*, 105(5), 453-463.
- Gomes I.M., Silva D.I., Lacerda M.R., Mazza V.A., Méier M.J., &Mercês N.N.A.D. (2013). Jean Watson's theory of transpersonal caring in nursing home care to children: a reflection. *Escola Anna Nery*, 17(3), 555-561.
- Goodman T, Spry C. (2017). Essential Of Perioperative Nursing Fifth Edition Jones&Bartleett Learning, USA
- Gökkaya D., İzgüden D. & Erdem R. (2018). Şehir hastanesinde hasta memnuniyeti araştırması: Isparta ili örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 9(20), 136-148.
- Gurkan A, Aldemir K, IsikI, Gul A. (2020). Ameliyat sonrası akut ağrı yoğunluğunun değerlendirilmesinde dört farklı ağrı ölçeğinin karşılaştırılması. *CukurovaMedical Journal*,45, 1562–1571.
- Gül A. (2021). Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Bakımı. Sevim Çelik (Ed.), Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar içinde (s.141-165). Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi
- Gülpek D, kenar ani, Hocaoglu Ç. (2019). Ajite Hastaya Yaklaşım. *CyprusTurkishjournal of Psychiatry&Psychology*,1(3):206-11. doi: 10.35365/ctjpp.19.1.27.
- Gürsoy A, Candaş B, Güner Ş, Yılmaz S.(2016). Preoperativestress: an operating room nurse intervention assessment. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, 31(6): 495-503.
- Güvenç H, Bilgili Yd, Özçınar Orhan S, Karaarslan Y, Uzun K, Akman N, İşler Z, Duman E, Güvenç N, Tatlı UçarcıD.(2022). Perioperatif Anksiyetenin Giderilmesinde Görsel Bilgilendirme Teknolojisinin Yeri. *Türkiye Çocuk HastDerg.* 2022;16(4):326-31.

- Güzel N., &Yava A. (2019). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ERAS (EnhancedRecoveryAfterSurgery) protokolüne ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 15-23.
- Heffernan M, Quinn Griffin MT, McNulty SR, Fitzpatrick JJ. (2010). Self compassion and emotion alintelligence in nurses. *International Journal of NursingPractice*, 16:366-373.
- Hepp P., Hagenbeck C., Gilles J., Wolf O. T., Goertz W., Janni W., ... &Schaal N. K. (2018). Effects of music intervention during caesarean delivery on anxiety and stress of themother a controlled, randomised study. *BMC Pregnancyand Childbirth*, 18, 1-8.
- Hernandez G. (2009). TheHeART of self-C.A.R.I.N.G.: A journey to becoming an optimal healing presence toour selves and ourpatients. *CreatNurs*; 15(3): 129-33.
- İri ÖİN, Korkmaz F. (2021). Bireylerin koronavirüs anksiyete düzeylerinin psikolojik sağlamlıklarına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (4) , 769- 771. DOI: 10.37989/gumussagbil.848507
- Jamali S, Ramezanli S, Jahromi MK, Zare A, Poorgholami F. Effect of massagetherapy on physiologic responses in patients with congestive heartfailure. *Biosciences Biotechnology Research Asia*. 2016;13(1):383-8.
- Jarrin O.F. (2012). The Integrality of situated caring in nursing and the environment. *Advances in Nursing Science*, 35(1), 14–24. doi:10.1097/ANS.0b013e3182433b89.
- KabuHergül F., Özbayır T., Gök F. (2016). Ameliyathanede hasta güvenliği: sistematik derleme. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 9(1), 87-98.
- Kahraman H, Kural ŞK. (2022). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimini uygulama durumları. *Genel Sağ Bil Derg*, 4(3):258-68

- Kanan N. (2022). Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. Güler Aksoy, Nevin Kanan, Neriman Akyolcu (Ed.), Cerrahi Hemşireliği- I içinde (s. 301-334). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Kara İ. (2022). Spinal Anestezi Uygulanan Hastalarda Anksiyete Ve Ajitasyon Durumlarını Değerlendirme Ölçeklerini Geliştirme Çalışması. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek lisans Tezi.
- Karaca A., Durna Z. (2018). Patient satisfaction with the quality of nursing care. doi: 10.1002/nop2.237.
- Karadağ A., Çalışkan NÇ. (2017). Göçmen Baykara. Hemşirelik teorileri ve modeller. 1. Baskı. Akademi Basın. İstanbul.
- Karahan E., Köstekli S. (2021). Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Bakımı. Sevim Çelik (Ed.), Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar içinde (s.45-84). Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi
- Karaveli S., Özbayır T. ve Karacabay K. (2014). Kolorektal kanser ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları deneyimlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17, 2.
- Kavala A., & Tokatlıoğlu T. Ş. (2023). Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Bireylerde Anksiyete ve Depresyonun Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerin Rolü: Bir Literatür Derlemesi/The Role of Non-pharmacological Methods in the Management of Anxiety and Depression in Individuals Undergoing Hemodialysis Treatment: A Literature Review. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 104-113.
- Kaya Ç., Bilik Ö. (2020). Total diz protezi ameliyatı planlanan bireylere neden danışmanlık verilmeli? *Hem Bil Derg*, 3(1):25–30.

- Kenny MH. (2018). Music Therapy's Impact on Pain after Elective Knee or Hip Replacement Surgery. DNP Scholarly Project, Department of Nursing. PhD Thesis, United States of America: Shepherd University.
- Keskin H., Gündüz E. (2020). Torakotomi ameliyatı öncesi ağrı eğitiminin postoperatif ağrı düzeylerine etkisi. *TürkGogus Kalp Damar Cerrahisi Derg*, 26(4):213 -220.
- Kipnis G., Tabak N., Koton S. (2016). Back ground music playback in the preoperative setting: Does it reduce the level of preoperative anxiety among candidates for elective surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 2016; 31, 209-216.
- Kirby J. N. (2017). Compassion Interventions: The Programmes, The Evidence, and Implications for Research and Practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 432-455.
- Koç Z., Keskin Kızıltepe S., Çınarlı T., Şener A. (2017). The Use of Theory in Nursing Practice, Research, Management and Education [Article in Turkish]. *HEAD*; 14(1):62–72
- Kol E., Arıkan F., Glaslan E., Akıncı MA., Koçak MC. (2018). A quality indicator for the evaluation of nursing care: determination of patients' satisfaction and related factors at a university hospital in the Mediterranean Region in Turkey. *Collegian*, 25(1): 51-6.
- Korean Knee Society. (2012). Guidelines for the management of postoperative pain after total knee arthroplasty. *Knee Surgery & Related Research*, 24(4), 201-207
- Kouta C.; Apostolara P.; Rousou E.; Maria M.; Papadopoulos I. (2022). Hemşirelik ve Ebelik Yöneticilerinin Günlük Uygulamada Merhamet Konusunda Görüşleri: Yunanistan ve Kıbrıs'ta Bir Araştırma. *J. Sağlık Müdürü*, 24, 572–582.

- Küçükgüçlü Ö., Şentürk SG., Söylemez BA. (2017). Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecindeki Deneyimleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*,10(2).
- Kühlmann AYR., de Rooij A., Kroese LF., vanDijk M., Hunink MGM., JeekelJ.(2018). Meta-analysisevaluatingmusicinterventionsforanxietyandpain in surgery. *Br J Surg*;105:773-83.
- Lash IARO. (2013). A Training Program Based on Jean Watson’sTheory of Human Caringandits Impact on the Performance of Registered Nurses in Jordanian Hospitals. *Editors-inChief*:394.
- Lasiuk GC., Ferguson LM. (2005). From practice to midrange theory and back again beck’stheory of postpartum depression. *ANS AdvNursSci*,28(2):127-36. doi: 10.1097/00012272-200504000-00005.
- Lee CH., Liu JT., Lin SC., Hsu TY., Lin CY., Lin LY. (2018). Effects of Educational Intervention on StateAnxiety and Pain in People Undergoing Spinal Surgery: A RandomizedControlled Trial. *Pain Management Nursing: OfficialJournal of theAmericanSociety of Pain Management Nurses*, 19(2), Article 2. DOI:1016/j.pmn.2017.08.004
- Lin CL., Hwang S L., Jiang P. (2020). Hsiung NH. Effect of music therapy on pain after orthopedic surgery—a systemati creview and meta-analysis. *PainPract*.DOI. 10.1111/papr.12864
- Liu X., Ji J., & Zhao G. Q. (2020). General anesthesia affecting on developing brain: evidence from animal to clinical research. *Journal of anesthesia*, 34(5), 765-772.
- Long T., Stover P. (2014). A culture of quiet: caring for patients by creating an environment for healing. *Int J Hum Caring*; 18:45-46.

- Lovich-Sapola J., Smith C. E. ve Brandt C. P. (2015). Postoperative pain control. *The Surgica lClinics of North America*, 95(2), 301-18.
- Luis M., Doss R., Zayed B., Yacoub M. (2019). Effect of live oud music on physiologicaland psychological parameters in patients under going cardiacsurgery. *Glob Cardiol Sci Pract*,2019,2: 1-15
- Lukas LK. (2004). Orthopedic out patients' perception of perioperative music listening as therapy. *Journal of Theory Construction &Testing*, 8(1): 7-12.
- Lukose A. (2011). Developing a practice model for Watson'stheory of caring.*NursingScienceQuarterly*,24(1),18-30
- Mc Guire Silverman S., Laures-Gore J., Johns Freestone E., vanLeer E. (2021). Simulated laughter, perceived stress, and discourse in adults with aphasia. *Aphasiology*, 35(9): 1207-26.
- Mete Z., AvciIşik S. (2020). Determination of the relationship between surgical fear levels and postoperative pain levels in patients undergoing total knee prosthesi ssurgery.*Turkiye Klin J NursSci*, 12(3):337-347.
- Midilli T., Eşer İ., Yücel Ş. (2019). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumları ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (1), 60-66.
- Miller C. W., Hodzic V., &Weintraub E. (2020). Current understanding of the neurobiology of agitation. *Western Journal of EmergencyMedicine*, 21(4), 841.
- Mishra SK., Tripathi T. (2021). One year update on the COVID-19 pandemic: Where are wenow? *ActaTrop*;214:105778.
- Miu MW., Martin A., Cyna, AM. (2019). Postoperative pain and comfortscores: do they correlate. *Anaesth Intensive Care*;47(5):435-441. doi: 10.1177/0310057X19861985.

- Moerman N., van Dam FS., Muller MJ., Oosting H. (1996). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) *Anesth Analg*; 82: 445–451
- Mogos M. F., August E. M., Salinas-Miranda A. A., Sultan D. H., & Salihu H. M. (2013). A systematic review of quality of life measures in pregnant and postpartum mothers. *Applied Research in Quality of Life*, 8, 219-250.
- Moutzouri M., Gleeson N., Billis E., Tsepis E., Panoutsopoulou, I. ve Gliatis, J. (2017). The effect of total knee arthroplasty on patients' balance and incidence of falls: a systematic review. *Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy*, 25, 3439-3451.
- Mullaney JAB. (2000). The lived experience of using Watson's actual caring occasion to treat depressed women. *J Holist Nurs*, 18(2); 129-142.
- Mulugeta H., Ayana M., Sintayehu M., Dessie G., Zewdu T. (2018). Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in debremarkos and felegehiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC Anesthesiology*, 18, 155.
- Nelms T., Treiber L. (2011). A study to reduce medication administration errors using Watson's Caring Theory. *International Journal of Human Caring*, 15(3):24-33.
- Norman V., Rossillo K., & Skelton K. (2016). Creating healing environments through the theory of caring. *Aorn Journal*, 104(5), 401-409.
- Ok E. (2017). Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Motivasyonel Görüşme Yönteminin Tedaviye Uyum Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora tezi.*
- Okyay M. (2018). Ameliyat Öncesi Eğitim Yapılan Katarakt Hastaları ile Eğitim Yapılmayan Katarakt Hastalarının Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması

(Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Ozan D.Y., &Okumuş,H. (2017). Effects of nursingcarebased on Watson’sTheory of Human Caring on anxiety, distress, andcoping, when infertility treatmentfails: A randomizedcontrolledtrial. *Journal of CaringSciences*, 6(2), 95- 109. doi: 10.15171/jcs.2017.010
- Ozan Y.D., & Okumuş H. (2013). Tedavi sonucu başarısız olan infertil kadınların Watson’ın İnsan Bakım Kuramına göre hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16 (3), 190-198.
- Özbayır T. (2017). Cerrahi Süreç: Ameliyat Sırası Bakım ve Ameliyathane Hemşireliği. Eti Aslan, F. (Ed.). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte İçinde (s.319-346). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi
- Özel F. (2017). Yoğun Bakımda Hasta ve Aile Eğitimi İçinde: Durmaz Akyol A. (Ed.). Yoğun bakım hemşireliği. 1. Basım. İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti, 367-379.
- Özlü Z. K., Tuğ Ö. ve Yayla,A. Ç. (2016). In evitable problems of older people: presurgery in formation effect on anxietyl evels in patients under going cataract surgery. *Journal of ClinicalNursing*, 25, 1388-1394.
- Özşaker E., Sevilmiş H., Özcan Y. &Samast M. (2021). Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımını algılayışı ve memnuniyet düzeyleri. *Journal of ContemporaryMedicine*, 11(1), 110-117.
- Özveren H. (2011). Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(1):83-92.

- Özveren H., Faydalı S., Özdemir S., (2016). Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 7(4), 99-105. <https://doi.org/10.18663/tjcl.286714>
- Pajnikihar M., McKenna H.P., Štiglic G., & Vrbnjak D. (2017). Fit for practice: analysis and evaluation of Watson's Theory of Human Caring. *Nursing Science Quarterly*, 30(3), 243-252. doi:10.1177/0894318417708409
- Pektekin Ç. (2013). Hemşirelik Felsefesi. İstanbul Tıp Kitabevi; S:3-7
- Pipe TB., Mishark K., Hansen RP., Hentz JG., Hartsell Z. (2010). Rediscovering the art of healing connection by creating the tree of life poster. *JGN*; 36(6): 47-55.
- Rakel D., Jonas W. (2012). Creating optimal healing environments. Rakel D, (Ed.). *Integrative medicine*, 3 th ed. Elsevier Saunders, Philadelphia; 12-19.
- Ramesh C., Nayak BS., Pai VB., Patil, NT., George A., George LS., Devi ES. (2017) Effect of Preoperative Education on Postoperative Outcomes Among Patients Undergoing Cardiac Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32 (6) :pp 518–529 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2016.11.011>
- Rawal N HB. (2003). The combined spinal-epidural technique. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 17(3):347-64.
- Ren A., Zhang N., Zhu H., et al. (2021). Effects of preoperative anxiety on postoperative delirium in elderly patients undergoing elective orthopedic surgery: a prospective observational cohort study. *Clin Interv Aging*, 16:549
- Ronco M., Iona L., Fabbro C., Bulfone G., Palese A. (2012). Patient education outcomes in surgery: a systematic review from 2004 to 2010. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 10: 309–323. doi:10.1111/j.1744-1609.2012.00286.x

- Ruhaiyem ME., Alshehri AA., Saad M. (2016). Fear of going under general anesthesia: a cross-sectional study. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 10(3):317–321. DOI:10.4103/1658- 354X.179094
- Salomi S., Varanasi VR., Balananda P. (2018). A cross-sectional study on the role of laughter therapy on regulation of blood pressure in Visakhapatnam population. *Natl J Physiol Pharm Pharmacol*, 8(11): 1515-17.
- Sakallaris B. R., Macallister L., Voss M., Smith K., & Jonas W. B. (2015). Optimal healing environments. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(3), 40-45.
- Sayar S., Ergin D. (2019). Ortopedi servisinde yatan çocuk hastalarda ameliyat sonrası müziğin etkisinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1):69-72.
- Schairer S., 2017. What's the Difference Between Empathy, Sympathy, and Compassion?. The Chopra Center <https://chopra.com/articles/whats-the-difference-between-empathy-sympathy-and-compassion>
- Seven A. (2018). Palyatif Bakım Hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Dispne Yönetimi, Anksiyete ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Shahmansouri N., Janghorbani M., Salehi Omran A., Karimi A. A., Noorbala A. A., Arjmandi A., & Nikfam S. (2014). Effects of a psycho education intervention on fear and anxiety about surgery: randomized trial in patients under going coronary artery bypass grafting. *Psychology, health & medicine*, 19(4), 375-383.

- Subramanian P., Ramasamy S., Ng, KH., Chinna K., Rosli R. (2016). Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients. *Int J NursPract*, 22(3):232-238. doi: 10.1111/ijn.12363
- Talaz D. (2017). Tip 2 Diyabetli Bireylerde İnsan Bakım Kuramına Dayalı Uygulamaların Uyku Kalitesi ve Kan Glukoz Düzeyine Etkisi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- Theunissen M., Jonker S., Schepers J., et al. (2018). Validity and time course of surgical fear as measured with the Surgical Fear Questionnaire in patients undergoing cataract surgery. *Plos One*, 13(8): e0201511, 2018.
- Theunissen M., Peters M. L., Schouten E. G., Fiddelaers A. A., Willemsen M. G., Pinto P. R., et al. (2014). Validation of the surgical fear questionnaire in adult patients waiting for elective surgery. *PloSOne*;9(6), e100225.
- Ti LK., Ang LS., Foong TW. et al. (2020). What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. *Can J Anaesth*, 6:1-3. Doi: 10.1007/s12630-020-01617-4
- Trinh LN., Fortier MA., Kain ZN. (2019). Primer on adult patient satisfaction in perioperative settings. *PerioperMed (Lond)*;8:11.
- Trivedi S. K. (2017). Knowledge Regarding post Operative Exercises for Clients Undergoing Cardiac Surgery Among B.Sc. Nursing Students. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)* 6 (2): 01-04. e-ISSN: 2320–1959.p- ISSN: 2320–1940.
- Tuncer AS. (2021). Diyabetik hastalarda cerrahi hazırlık ve takip. Gül VO, Şahin M, Babayiğit M, Turhan VB (Editörler). Peroperatif hasta yönetimi. Ankara: Berikan Yayınevi; s. 9-14.

- Turhan Y., Avcı, R., Özcengiz, D. (2012). Elektif Cerrahi Hazırlığında Preoperatif Ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi. *Anestezi Dergisi*, 20(1):27- 33
- Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) (2015). Anestezi uygulama kılavuzları preoperatif değerlendirme. <https://www.tard.org.tr/haberler/166/tard-anestezi-uygulamakilavuzlari>.
- Ünal S. (2011). Anksiyeteli hasta ile iletişim. Atabek Aştı T,Karadağ A(Ed.), Klinik uygulama becerileri ve yöntemleri. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Van der Cingel M. Compassion in care: a qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *NursEthics*, 2011;18 (5):672-85
- Van der Riet,P., Jitsacorn C., Junlapeeya P., Dedkhard S., Thursby P. (2014). Nurses' stories of a 'Fairy Garden' healing haven for sick children. *J Clin Nurs*, 23: 3544-54
- Van Giersbergen MY. (2020). Kas iskelet sistemi hastalıkları. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2020. s.1259-332.
- Velioğlu P. (2012). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar (s.93-102). Akademi Basın Yayın, İstanbul.
- Watson Caring ScienceInstitute [WCSI]. (2010). Core Concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/Caring Science;. Erişim: Şubat 2024
- Watson J. (2008). The Philosophyand Science of Caring. Boulder, CO: University Press of Colorado;2008. p. 45-88.
- Watson J. (2008). Nursing: Human scienceand hu mancare. New York: Jones & Bartlett Learning, 1nd Revisededition, 2008.

- Watson J. (2011). Human caring science: A theory of nursing (2th ed.). (pp. 46-81). New York: Jones & Bartlett Learning.
- Watson J. (2012). Human Caring Science: A Theory of Nursing. Second edition. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning. 2012.
- Watson J. (2018). Unitary Caring Science: Philosophy and Praxis of Nursing. Colorado: University Press of Colorado; s:64-92.
- Watson J., Brewer, B.B., D'Alfonso, J. (2010). Watson Caritas Patient Survey (WCPS) . Watson Caring Science Institute: Boulder, CO.
- White JA. (2015). Improving patient satisfaction after primary total knee arthroplasty using nurse practitioner driven preoperative education. The Graduate School Otterbein University, Presented in partial fulfillment of the Requirements of the Degree Doctor of Nursing Practice (Advisor: Professor Kay Ball Ball).
- Wilson A. R., Watson J. W., Hodnett E., Tranmer J. (2016). A randomized controlled trial of an individualized preoperative education intervention for symptom management after total knee arthroplasty. *Orthopedic Nursing*, 35(1):20-29.
- Wittmann V. (2019). The Healing Effect Of Psychosocial Interventions In Breast Cancer –From Surgical Fear To Enhanced Long-Term Quality Of Life (Dissertation). Doctoral School of Clinical Medicine Department of Surgery University of Szeged, Hungary.
- Woldegerima YB., Fitwi GL., Yimer HT., Hailekiros AG. (2018). Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among elective surgical patients at University of Gondar Hospital. Gondar, Northwest Ethiopia, 2017. A cross-sectional study. *International Journal of Surgery Open*, 10, 21-29. DOI: 10.1016/j.ijso.2017.11.001

- Woolley J., Perkins R., Laird P., Palmer J., Schitter M. B., Tarter K., ... & Woolsey M. (2012). Relationship-based care: implementing a caring, healing environment. *Medsurg Nursing*, 21(3), 179-184.
- Wylde V., Penfold C., Rose A., & Blom A. W. (2019). Variability in long term pain and function trajectories after total knee replacement: A cohort study. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 105(7), 1345-1350. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.08.014>
- Yakobov E., Stanish W., Tanzer M., Dunba, M., Richardaon G. ve Sullivan M. J. L. (2018). The prognostic value of pain catastrophizing in health-related quality of life judgments after total knee arthroplasty. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 126.
- Yavuz M. (2017). Kas İskelet Sistemi Hastalıkları. İçinde A. Karadakovan & F. Eti Aslan (Eds.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 4. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; p. 1285- 1356.
- Yavuz van Giersbergen M. (2022). Ameliyat Öncesi hemşirelik Yönetimi. Meryem Yavuz van Giersbergen, Şenay Kaymakçı (Ed.), *Ameliyathane Hemşireliği içinde* (s. 323- 345). İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.
- Yıldız T. (2019). Ameliyat Öncesi, Sırası ve Sonrası Bakım. Mevlüde Karadağ, Hülya Bulut (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği-I içinde* (s. 505-564). Ankara: Vize Yayıncılık.
- Yılmaz E. (2017). Cerrahi süreç: Ameliyat öncesi hazırlık ve bakım. Aslan FE (Editör). *Cerrahi bakım vaka analizleriyle birlikte*. Ankara: Akademisyen Kitabevi; s. 319-46.
- Youngson R. A. (2012). Time to care: How to love your patients and your job. Rebel-heart publishers, Raglan.

- Yüksel İ. (2021). Amerikan Anestezi Derneği (ASA) Hasta Sınıflamasının Hasta Maliyetleri Üzerine Etkisi: Bir Üniversite Hastanesi Uygulama Örneği. *Business, Economics and Management Research Journal*, 4(2) 93-102.
- Zhang C. X., Okeke J. C., Levitan R. D., Murphy K. E., Foshay K., Lye S. J., ... & Matthews S. G. (2022). Evaluating depression and anxiety through out pregnancy and after birth: impact of the COVID-19 pandemic. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(3), 100605.
- Zografakis Sfakianakis M., Karteraki M., Panayiota K., et al. (2017). Effect of music therapy intervention in acute postoperative pain among obese patients. *Int J Caring Sci*, 10(10):2-938-945.

EKLER

Ek-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı		
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program	Doktora	
Türü		
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%11	% 15
II. Genel Bilgiler	%14	% 35
III. Materyal ve Metod	%14	% 35
IV. Bulgular	%7	% 15
V. Tartışma	%12	% 20
Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.		

Ek-2. Etik Kurul Onay Formu



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/637
Konu : Etik Kurul Kararı

27.10.2022

Sayın:
Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz
"İntraoperatif Dönemde İyileştirici Çevrenin Hastalar Üzerine Etkileri" isimli bilimsel
tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		İntraoperatif Dönemde İyileştirici Çevrenin Hastalar Üzerine Etkileri
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 8 Karar No: 35	Tarih:27.10.2022
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin BAP tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Ek-3. Kurum İzinleri



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığı



Sayı : E-42190979-000-2300014408
Konu : Uygulama İzni

12.01.2023

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 10.01.2023 tarihli ve E-42190979-640-2300010927 sayılı belge.

İlgi sayılı yazınıza istinaden A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı doktora öğrencisi Zühal YETİŞ DEMİR'in "İntraoperatif Dönemde İyileştirici Çevrenin Hastalar Üzerine Etkileri" konulu tez çalışması yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Naci EZİRMİK
Ana Bilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: 5d6adc13-902f-4c44-8657-2bd4397169e7

Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/ataturk-universitesi-ebys>

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 25240 Erzurum

Tel: +90 442 3446501

Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/birim=tip-fakultesi>

Keş Adresi: atauni@hs01.kep.tr

Bilgi: Yağmur KASIL

Faks: +90 442 3446528

E-Posta: tipfak@atauni.edu.tr





T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı
Başkanlığı

Sayı : E-42190979-000-2300037153
Konu : Uygulama İzni

30.01.2023

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 30.01.2023 tarihli ve E-45361945-000-2300033035 sayılı belge.

İlgili yazınızda belirtilen proje Anesteziyoloji Klinik Araştırma ve Uygulama Ofisi Koordinatörlüğü bilimsel kurulunda görüşülmüş ve belirtilen tarihler arasında yapılmasında Anabilim Dalımızca bir sakınca bulunmamaktadır.

Bilgilerinize arz ederim.

Ek-4. Hasta Tanıtım Formu

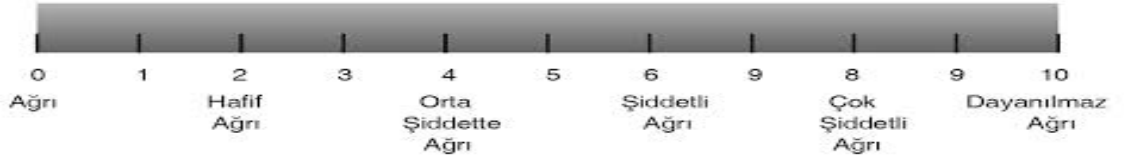
1. ASA:.....
2. Yaş:.....
3. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
4. Medeni durum: Evli () Bekar ()
5. Eğitim Durumu: Okur Yazar Değil () Okur Yazar () İlköğretim ()
Ortaöğretim (Lise) () Üniversite () Lisans Üstü ()
6. Diz protez nedeni:
7. Ameliyat deneyimi () ()
8. Premedikasyon odasında bekleme süresi ()
9. Premedikasyon odasındaki hasta sayısı ()
10. İlave bir hastalığının olması.....
11. İntraoperatif dönemde kullanılan ilaçlar:.....
12. PACU' da bekleme süresi:.....,

Ek-5. Yaşam Bulguları Formu

Saat/süre	Ateş	Nabız	Tansiyon	Satürasyon	Solunum sayısı
Klinikten ayrılırken					
Premedikasyon odasına girdiğinde					
Premedikasyon odasından ayrılırken					
Ameliyat başladığında					
Ameliyatın 15. dakikasında					
Ameliyatın 30. dakikasında					
Ameliyatın bitiminde					



Ek-6. Numerik Orantılama Ölçeği (NRS)



Zaman	Ağrı Planlaması
Klinikten ayrılmadan önce	
Premedikasyon odasında	
Ameliyat odasında	
Ameliyat sonrasında	

Ek-7. Cerrahi Korku Ölçeği

Bu ölçek sizin cerrahi prosedürde cerrahi girişime maruz kaldığınızda sizin ameliyatın çeşitli yönlerinden ne kadar korktuğunuzu değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Şu anda nasıl hissettiğinizi en iyi yansıtan seçeneği yuvarlak içine alınız.

1) Ameliyattan korkuyorum.									
hiç korkmuyorum  çok korkuyorum									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2) Anesteziyen korkuyorum.									
hiç korkmuyorum  çok korkuyorum									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3) Ameliyat sonrası ağrıdan korkuyorum.									
hiç korkmuyorum  çok korkuyorum									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4) Ameliyattan sonra rahatsız edici (bulantı gibi) yan etkilerden korkuyorum.									
hiç korkmuyorum  çok korkuyorum									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5) Ameliyattan dolayı sağlığımın kötüleşeceğinden korkuyorum.									
hiç korkmuyorum  çok korkuyorum									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6) Ameliyatın başarısız geçeceğinden korkuyorum.									
hiç korkmuyorum  çok korkuyorum									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7) Ameliyattan sonra tamamen iyileşemeyeceğimden korkuyorum.									
hiç korkmuyorum  çok korkuyorum									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8) Ameliyattan sonra iyileşme sürecimin uzun olacağından korkuyorum									
hiç korkmuyorum  çok korkuyorum									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ek-8. Amsterdam Preoperatif Anksiyete Ve Bilgi Ölçeği (APAIS)

	Hiç =1	Hafif=2	Orta =3	Şidetli=4	Aşırı=5
1. Anestezi ile ilgili kaygılıyım					
2. Anestezi sürekli aklımda.					
3. Anestezi ile ilgili mümkün olduğu kadar bilgi almak istiyorum					
4. Cerrahi işlemle ilgili kaygılıyım					
5. Cerrahi işlem sürekli aklımda					
6. Cerrahi işlemle ile ilgili mümkün olduğu kadar bilgi almak istiyorum					

Ek-9. Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği

Bu bölümde spinal anestezi uygulanan hastanın ameliyat sırasında ajitasyon derecesini değerlendiren ifadeler yer almaktadır. Ameliyat sırasında hasta izlemi yapan hemşire olarak aşağıda yer alan ifadelerin her biri için hiçbir zaman, ara sıra, sık sık seçeneklerinden en uygun olanını ifadenin karşısına gelecek şekilde işaretleyiniz.

	Sık sık	Ara sıra	Hiçbir zaman
Spinal Anestezi Ajitasyon Ölçeği			
1. ALT BOYUT SÖZEL AĞRESİF OLMAYAN DAVRANIŞLAR			
1. Hasta ameliyat sırasında ameliyatlara ve sağlığıyla ilgili tekrarlı sorular sordu.			
2. Hastanın ameliyat sırasındaki genel durumunda huzursuzluk (yakınma, bağırma, ağlama, tuhaf sesler vb..) mevcuttu.			
2. ALT BOYUT PERSONELE YÖNELİK AĞRESİF DAVRANIŞLAR			
3. Hasta ameliyat ekibine saldırmaya çalıştı.			
4. Hasta ekibe hakarete bulundu.			
5. Hasta eline gelen eşyaları sağlık personeline fırlatmaya çalıştı.			
3. ALT BOYUT KENDİNE YÖNELİK AĞRESİF DAVRANIŞLAR			
6. Hasta ameliyat sırasında ameliyat masasından kalkmaya çalıştı.			
7. Hasta intravenöz kateter ve diğer ekipmanları çıkarmak istedi.			
8. Hasta ameliyat masasında el ve ayak sabitlemesinden kurtulmaya çalıştı.			
9. Hasta ameliyat sırasında kendine zarar vermeye çalıştı.			

Ek-10. Watson İyileştirme Süreçlerine Göre Hasta Memnuniyeti Formu

Aşağıdaki soruları cevaplandırırken, ameliyat süreci boyunca aldığınız hemşirelik bakımını göz önünde bulundurarak size en yakın olan ifadeyi işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman						Her zaman
Sevgi dolu ve kibar bir hemşirelik bakımı aldım	1	2	3	4	5	6	7
Temel ihtiyaçlarım karşılandı							
Yardım edici ve güvenilir bir hemşirelik bakımı aldım							
İyileşmeme yardımcı olacak bir çevre (ortam) oluşturuldu							
Bireysel inançlarıma değer verilerek umut etmem sağlandı							
Hastanemizi sevdiğiniz birine tavsiye edermisiniz							
Ameliyat süresince size verilen hemşirelik bakımı ile ilgili deneyimlerinizi bizimle paylaşmışınız?							

Ek-11. Şefkatli Bakım Algısı FormuŞefkatli Bakım Algısı Formu

Bu bölümde ameliyata hazırlanan hastanın süreç boyunca hissettiği duygularını anlatan ifadeler yer almaktadır.”
Tamamen katılıyorum” dan “Tamamen katılmıyorum” a kadar derecelendirilerek verilen her ifadeyi okuyarak hislerinizi en iyi anlatan derecelendirmeyi işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Hissettiklerinizi derecelendirmeniz önemlidir.

ŞEFKATLİ BAKIM ALGISI SORU FORMU		LİKERT DERECESESİ				
Bakımım ile ilgilenen hemşire:		Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1.	Bana yeterince yardımcı olduğu için kendimi güvende hissettim					
2.	Ameliyat süreci hakkında anlayacağım şekilde bilgilendirme yaptı					
3.	Ameliyata hazırlık sırasında benimle sözel iletişim kurdu					
4.	Bana güler yüzlü davrandı					
5.	Sorularımı sorabilmem için bana fırsat verdi					
6.	İletişime geçebilmem için benimle göz teması kurdu					
7.	Sorularımı anlayacağım şekilde cevaplandırdı					
8.	Ameliyat süresince benimle iletişim kurdu					
9.	Kendimi anlatabilmem için bana yeterli zaman ayırdı					
10.	Bana nasıl yardım edebileceğini sordu					
11.	Mahremiyetime dikkat etti					
12.	Endişelerimi anlatmama fırsat verdi					
13.	Bana ilgi ile yaklaştı					
14.	Kendi kontrolümü sağlamama fırsat verdi					
15.	Ameliyata hazırlanma sürecine dahil etti					
16.	Ameliyat sırasında fiziksel rahatlığımı sağlamaya çalıştı.					
17.	Ses tonu ve beden dili ile beni rahatlattı					
18.	Ameliyat sonrası kliniğe gönderilinceye kadar fiziksel bakım ihtiyaçlarımı karşıladı					
19.	Bekleme odasının mimari tasarımı beni rahatlattı					
20.	Bekleme odasının ses kontrolü beni rahatlattı					
21.	Bekleme odasında müzik dinletildi					
22.	Bekleme odasındaki müzik beni rahatlattı					
23.	Premedikasyon odası hakkında bilgi verildi					
24.	Premedikasyon odasında benimle iletişim kuruldu					
25.	Premedikasyon odasında bilgilendirme yapıldı					
26.	Premedikasyon odasında bana yardımcı olundu					
27.	Ameliyat süresince hemşire benimle iletişim kurdu					
28.	Premedikasyon odasındaki duygu durumu					

Ek-12. İyileştirici Çevre Uygulamalarından Görseller

İyileştirici Çevre Uygulamalarından Öncesi









İyileştirici Çevre Uygulamaları Çalışma Aşaması

Çalışmalar esnasında tüm güvenlik önlemleri ve hijyen kuralları alınmış olup, premedikasyon odasının ameliyathane bağlantısı geçici olarak kapatılmıştır. Çalışmalar sorun yaşanmadan tamamlanmıştır.







İyileştirici Çevre Uygulamalarından Sonra



Asma tavanlar kaldırıldı, tavan şekli değiştirilerek gökyüzü görüntüsü yapıldı ve aydınlatma gözleri rahatsız etmeyecek şekilde ayarlandı. Aynı zamanda tavan bölümüne hoparlör sistemi takılarak ortama relaksasyon türünde müzik sesi verildi.



Hastaların tam karşısındaki duvarda üç boyutlu manzara resimleri kullanılarak, doğanın ve renklerin rahatlatıcı etkisi kullanılmak istendi.



Alçak tavanların renklendirilmesi farklı yapılarak ve uyarı levhaları takılarak güvenlik önlemi alındı. Saat kullanılarak hastaların zaman algısı kavramının üzerine dikkat çekildi.



Duvarlar zemin ve doğa resmine uygunluk katması ve mavi rengin rahatlatıcı etkisinden yararlanmak için açık mavi renge boyandı.



Aynalar kullanılarak ortamın daha geniş ve ferah görünmesi amaçlandı.



Görevli sağlık çalışanının her iki odayı rahat görebilmesi ve aynı zamanda hastaların görevli sağlık çalışanını görebilmesi ve iletişim kurulabilmesi için ara bölme genişletildi.



Hemşire Dokunursa Dünya Değişir

EK-13. Uzman Görüşü

UZMAN	ÜNİVERSİTE	İLETİŞİM
Prof. Dr. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ	Atatürk Üniversitesi / Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Hemşirelik Fakültesi	
Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hemşireliği	
Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	
Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR	Atatürk Üniversitesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Hemşirelik Fakültesi	
Prof. Dr. Nurgün PLATİN	KTO Karatay Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Hemşirelik Bölümü/Hemşirelik	
Prof. Dr. Yurdanur DEMİR DİKMEN	Kocaeli Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Prof.Dr. Jean Watson	Director Watson CaringScienceInstitute DistinguishedProfessor/Dean Emerita University of Colorado Denver CON	
Doç Dr. İlkey BOZ	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Dekan Yardımcısı	
Doç. Dr. Afife YURTTAŞ	Atatürk Üniversitesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Hemşirelik Fakültesi	
Doç. Dr. Emine KOL	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları AD	

Ek-14. Tez Adı Değişikliği Bildirim Formu

	
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU	
Öğrencinin Adı ve Soyadı	
Ana Bilim Dalı	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Doktora
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığına	
Danışmanlığımı yürüttüğümü ve yukarıda bilgileri yazılı olan ana bilim dalımız öğrencisinin tez adı aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmiştir. Bilgilerinize arz ederim. 24.06.2024	
İmza	
Değişiklik Türü	Tez adı değişikliği
Tezin Eski Adı	İntraoperatif Dönemde İyileştirici Çevrenin Hastalar Üzerine Etkileri
Tezin Yeni Adı	Perioperatif Dönemde İyileştirici Çevre Uygulamalarının Rejyonel Anestezi Yöntemi ile Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Genel Memnuniyete Etkisi
Tezin İngilizce Adı	The Effect of Healing Environmental Practices in the Perioperative Period on General Satisfaction in Patients Who Received Knee Prosthesis Using Regional Anesthesia Method
Değişikliğin Gerekçesi	Tez içeriğini daha iyi yansıtmaya amaçla değiştirilmiştir.