



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BATIN AMELİYATI OLACAK HASTALARA PREOPERATİF DÖNEMDE
VERİLEN EĞİTİMİN KAYGI DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

AYSUN DURMUŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Prof. Dr. NECMİYE SABUNCU

İSTANBUL-2015



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BATIN AMELİYATI OLACAK HASTALARA PREOPERATİF DÖNEMDE
VERİLEN EĞİTİMİN KAYGI DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

AYSUN DURMUŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Prof. Dr. NECMİYE SABUNCU

İSTANBUL-2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Aysun DURMUŞ tarafından hazırlanan **“Batın Ameliyatı Olacak Hastalara Preoperatif Dönemde Verilen Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 25.06.2015

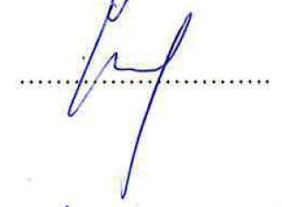
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Necmiye SABUNCU
: Haliç Üniv. (Danışman)



Jüri Üyesi : Doç.Dr.Ükke KARABACAK
: Acıbadem Üniv.



Jüri Üyesi : Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
: Haliç Üniv.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

I. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam boyunca bana tecrübeleriyle destek olan, yol gösteren saygıdeğer tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Necmiye Sabuncu'ya,

Çalışmamızın uygulaması sırasında bana yardım ve desteklerini esirgemeyen değerli hastane yöneticilerime, hemşire meslektaşlarıma, çalışmaya gönüllükle katılan hastalara ve beni her daim cesaretlendiren, anlayışla destekleyen değerli sorumlum Tayyibe Şen'e

Yine yüksek lisans öğrenimim boyunca benden yardımlarını esirgemeyen ve maddi-manevi destekleriyle her zaman yanımda olan sevgili aileme en içten teşekkürü borç bilirim.

Aysun DURMUŞ

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	ii
II. İÇİNDEKİLER	iii
III. KISALTMALAR	iv
IV. TABLOLAR LİSTESİ	iv
IV. GRAFİKLER LİSTESİ	viii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
3.1. Araştırmanın Soruları	6
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Cerrahinin Tarihçesi Ve Ameliyathane	7
4.1.1. Cerrahinin Tarihçesi	7
4.1.2. Ameliyathane	8
4.1.2.1. Ameliyathane Hemşireliği	9
4.1.2.2. Ameliyathanenin Hastane İçindeki Yeri ve Fizik Yapısı	10
4.1.2.3. Ameliyathanede Acil Durumlar ve Emniyet Tedbirleri	12
4.1.2.4. Ameliyat Odasının Hazırlığı	13
4.1.2.5. Ameliyat Pozisyonları	14
4.1.2.6. Hastanın Ameliyat Masası Üzerindeki Hazırlığı	16
4.1.2.7. Scrub ve Sirküle Hemşirenin Görevleri, Özellikleri	16
4.2. Kaygı Ve Korku	18
4.2.1. Kaygı ve Korkunun Belirtileri	22
4.2.2. Cerrahi işlem ve Kaygı	23
4.3. Ameliyathane Hemşirelik Bakımı	23
4.3.1. Psikolojik Destek Sağlama	24
4.4. Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelerden Beklentileri	26

4.5. Hasta Eğitimi	26
5. GEREÇ VE YÖNTEM	28
5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	28
5.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	28
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
5.4. Grupların Belirlenmesi	29
5.5. Veri Toplama Araçları	30
5.5.1. Hasta Tanıtım Formu	30
5.5.2. Durumluluk - Sürekli Kaygı Ölçeği Ve Puanlama Sistemi	30
5.5.3. Hasta Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi	31
5.6. Verilerin Toplanması	31
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	32
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	33
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
6. BULGULAR	34
6.1. Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular	34
6.2. Süreklilik Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular	41
6.3. Durumluluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular	42
6.4. Durumluluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamasının Deney Grubu Değişkenleri İle Karşılaştırılmasına Ait Bulgular	43
7. TARTIŞMA	47
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
9. KAYNAKÇA	55
10. EKLER	68
11. ÖZGEÇMİŞ	85

III. KISALTMALAR

STAI	: State-Trait Anxiety Inventory
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
MÖ	: Milattan Önce
STFM	: Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
Ort.	: Ortalama
Ss	: Standart Sapma

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 6.1.1. Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular(N=61)	34
Tablo 6.1.2. Grupların Preoperatif Dönem Buldukları Servise Uyum Sağlama Durumları ve Karşılaştırılması(N=61)	37
Tablo 6.1.3. Grupların Ameliyatları Hakkında Daha Önce Eğitim Almış Olma Durumları ve Karşılaştırılması (N=61)	37
Tablo 6.1.4. Grupların Aldıkları Eğitimle Ameliyatları Hakkındaki Sorularına Cevap Bulabilme Durumları ve Karşılaştırılması(N=61)	38
Tablo 6.1.5. Grupların Sigara ve Alkol Kullanım Durumlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=61)	38
Tablo 6.1.6. Olunacak Ameliyatın Durumu Dağılımı(N=61)	39
Tablo 6.1.7. Deney Grubuna Verilen Eğitimin Ameliyatları Ve Ameliyathane Ortamı İle İlgili Sorularına Cevap Verme Durumu(N=61)	41
Tablo 6.1.8. Yaş, Sigara Kullanım Yılı Durumlarının Gruplara Göre Ortalamaları(N=61)	40
Tablo 6.2.1. Sürekli Kaygı Düzeylerinin Gruplara Göre Dağılımı(N=61)	41
Tablo 6.3.1. Durumluk Kaygı Düzeylerinin Gruplara Göre Dağılımı(N=61)	42
Tablo 6.4.1. Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamasının Cinsiyet Değişkeni İle Karşılaştırılması (N=30)	43
Tablo 6.4.2. Durumluk Kaygı Puan Ortalamasının Medeni Durum Değişkeni İle Karşılaştırılması (N=30)	43
Tablo 6.4.3. Durumluk Kaygı Puan Ortalamasının Deney Grubu Öğrenim Durumu Değişkeni İle Karşılaştırılması (N=30)	44
Tablo 6.4.4. Durumluk Kaygı Puan Ortalamasının Deney Grubu Çalışma Durumu Değişkenine İle Karşılaştırılması (N=30)	44
Tablo 6.4.5. Durumluk Kaygı Puan Ortalamasının Deney Grubu Sosyal Güvence Durumları Değişkeni İle Karşılaştırılması (n=30)	45
Tablo 6.4.6. Durumluk Kaygı Puan Ortalamasının Deney Grubu Katılımcılarının Bulunulan Servise Uyum Sağlama Durumu Değişkeni İle Karşılaştırılması (N=30)	45

Tablo 6.4.7. Durumluk Kaygı Puan Ortalamasının Sigara Kullanma Değişkeni ile Karşılaştırılması (N=30)46

Tablo 6.4.8. Durumluk Kaygı Puan Ortalamasının Deney Grubu Yaş Ortalaması Arasındaki İlişki (N=30)46

V. GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 6.2.1 . Grupların Sürekli Kaygı Düzeyi Grafiği	41
Grafik 6.3.1 . Grupların Durumluk Kaygı Düzeyi Grafiği	42

1.ÖZET

Çalışma batın ameliyatı olacak hastalara preoperatif dönemde verilen eğitimin preoperatif dönemde kaygı düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte kontrol gruplu yarı deneysel olarak planlandı. Araştırmanın örneklemini belirleyen tarihler arasında İstanbul'da bulunan özel bir hastaneye başvuran ve batın ameliyatı olması planlanan, herhangi bir psikolojik sorunu olmayan, ilk defa ameliyat olacak olan, iletişim kurulabilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 61 hasta oluşturmuştur. Çalışmaya kabul edilen hastalara onam alınarak Sürekli Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. Bu hastalar randomizasyonu sağlamak için geliş sırasına göre birer birer gruplara alınmak şartıyla 31'i kontrol grubuna, 30'u ise deney grubuna alınmıştır. Kontrol grubundaki hastalara standart ameliyat öncesi eğitimi sonrasında durumluk kaygı ölçeği uygulanmıştır. Deney grubuna alınan hastalara ise standart ameliyat öncesi eğitimi sonrasında ameliyathane hemşiresi tarafından ameliyathane ortamı hakkında eğitim yapıldı, eğitim kitapçığı hastalara verildi ve ameliyata girmeden son bir saat içerisinde durumluk kaygı ölçeği uygulanmıştır. Veriler, istatistik uzmanı tarafından bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows, 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Araştırma sonucunda grupların, sosyo-demografik özellikler bakımından homojen oldukları saptanmıştır. Ameliyathane hemşiresi tarafından ameliyathane ve ortamı hakkında verilen eğitim öncesi iki gruba da uygulanan Sürekli kaygı puan ölçeği ortalaması iki grupta da orta düzeyde bulunmuştur. Deney ve kontrol grubuna uygulanan sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları deney grubu aleyhine istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur. Standart ameliyat öncesi eğitimi servis hemşireleri tarafından iki gruba da uygulanmıştır. Sonrasında deney grubuna ameliyat hemşiresi tarafından ameliyathane ve ameliyathane ortamı hakkında eğitim verilmiştir. Ameliyat öncesi her iki gruba da Durumluk-Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. Durumluk kaygı düzeyleri her iki grupta hafif düzeyde bulunmasına rağmen deney grubunda puan ortalaması düşük iken kontrol grubunda yüksek olduğu görüldü ve istatistiki açıdan anlamlı olduğu saptandı.

Anahtar Sözcükler: Ameliyat, hemşirelik eğitimi, anksiyete, preoperatif eğitim.

2. SUMMARY

Abdominal Surgery Will Determine The Impact On Anxiety Levels Of The Education Given To Patients In The Preoperative Period

The study was designed as a part-experimental, descriptive study with a control group in order to evaluate the impact of preoperative education given to abdominal surgery patients on their level of preoperative anxiety. The sample population consisted of 61 patients who were admitted to a private hospital in Istanbul for elective abdominal surgery. Exclusion criteria were history of psychological or psychiatric disorder, history of previous abdominal surgery, inability to communicate and not giving consent to participate in the study. Trait Anxiety Inventory was applied to all patients who were enrolled to the study after taking informed consent. Patients were randomized to each group consecutively, yielding 31 patients in the control group and 30 patients in the trial group. The patients in the control group underwent the State Anxiety Test after receiving the standard preoperative education. On the other hand, the patients in the trial group first received the standard preoperative education and then received education about the operation theater environment and were also handed education booklet by the surgical nurse before taking the State Anxiety Test. The data were analysed by a statistician on computer with SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows, 22.0 software. The statistical results were evaluated in 95% confidence and 5% significance intervals. At the end of the study, it was concluded that the groups were homogenous socio-demographically. Trait Anxiety Scale, which was applied to both groups prior to education about the operation room environment given by the surgery nurse, yielded moderate mean scores. Mean Trait Anxiety Scale scores from the trial and control groups were found to be against the trial group at a statistically significant level. Subsequently, the patients underwent education by the surgery nurse about the operation theater and the environment. State Anxiety Scale was applied to both groups preoperatively. Although State Anxiety Scale scores were found to be light levels in both groups, the mean score was significantly lower in the trial group compared to control group.

Keywords: Operation, nursing education, anxiety, preoperative education

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlar yaşamları boyunca birçok duyguyu deneyimler. Bu deneyimler içerisinde korku, kaygı, anksiyete, stres gibi duygular da yer alır. Kaygı, korku, anksiyete, nedeni bilinmeyen iç huzursuzluk bireyin kendini tehdit altında hissettiği durumlarda ortaya çıkmaktadır (Smeltzer and Bare, 2000). Bilinmeyeni düşünmek, olacakları tahmin etmeye çalışmak, karşılaşılabilecek ortamı-olayları kurgulamak bireyleri bu duyguları yaşamaya iter. Korku, kaygı, anksiyete, huzursuzluk hastalarda dış ortama verilen tepkiyi artırır.

Yaşam boyunca bazen sağlıklı olma durumundan uzaklaşarak tıbbi tedavi, bakım gerektirecek hastalıklarla karşılaşılabilir. Bazen sağlıktan uzaklaşma durumu bireyin medikal tedavi almasından daha ilerisine ihtiyacı olduğunu sinyallerini verebilir ve bireyin ameliyat olmasını da gerektirebilir. Hasta olmak, hastane de yatmak ve bireyin ameliyat olması gerektiğine karar verilmesi onları birçok yönden etkilemekle birlikte yoğun bir kaygı yaşamalarına neden olur. Hastalık, bireyin iç dengesinin bozulmasına ve buna bağlı olarak fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Kaugh ve ark. 2007). Bu süreçte yaşanan belirsizlik, duygusal karmaşa yoğunluğu, kontrol kaybı, maliyet, rol değişiklikleri, rutinlerin bozulması, ölüm korkusu ve yabancı bir ortam bireyin korku ve ümitsizlik yaşamasına neden olarak kaygı düzeyini artırmaktadır. Kaygılı, anksiyeteli olmak huzursuzluk ve nedeni bilinmeyen korku hastalarda dış ortama verilen tepkiyi artırır. Baş edilemeyen stres haline gelen bu tepki cerrahi işlem sürecini ve sonrasında iyileşme sürecini de olumsuz etkiler (Birol, 2000; Kayhan,2003; Ala, 2007; İşkey, 2008).

Ameliyathaneler hastalar için korku, kaygı, stres, huzursuzluk duygularının en yoğun yaşandığı birimleridir. Bu duyguların yoğunluğunu hastanın birçok fizyolojik ve biyolojik özelliği etkilemektedir. Özellikle ameliyat deneyimi olmayan ve ilk kez bu deneyimle karşılaşmaya hazırlanan hastalarda korku, kaygı, huzursuzluk kaçınılmazdır ve en yoğun hali ile yaşanmaktadır.

Kaygı, bireye tehlikeyi haber veren ve bu tehlike ile başa çıkması için önlem almaya iten bir sinyaldir. Genel olarak gelecekte olabilecek bir tehlikeyi beklemenin, neler olacağını kurgulamanın yarattığı huzursuzluk hissi olarak tanımlanmaktadır (Ovayolu ve Bahar, 2009; Çetinkaya ve Karabulut, 2010; Yılmaz, 2002). Hastalar gerek

hastalığın kendisinde oluşturduğu fiziksel etkiler gerekse hastaneye yatışın neden olduğu çevre değişimi sonucu kaygı duymaktadır. Bu değişimlerin yanı sıra cerrahi hastalarında kaygının temel nedeni bedensel ve yaşamsal düzenine yönelen bir tehdit olarak algıladıkları ameliyat girişimidir (Karancı ve Dirik, 2003; Çetinkaya ve Karabulut, 2010).

Filiz ve Dilbaz'ın 1998 yılında yaptığı "Abdominal Cerrahi Girişimlerde Anksiyete ve Depresyon" araştırmasında uygulanan kaygı ölçeği sonucunda da ameliyat öncesi durumluk kaygı puanının (48.74) süreklilik-kaygı puanından (40.56) yüksek bulunduğu tespit edilmiştir. Yine yapılan çalışmalarda ameliyat olacak hastaların preoperatif dönemde %60-80'inin belirgin şekilde kaygı yaşadıkları tespit edilmiştir (Kindler ve ark., 2000)

Ameliyat öncesi kaygı yaşanmasında kan kaybı, anestezi, hareketsizlik, ağrı gibi fizyolojik faktörlerin yanı sıra bireyin bağımsızlığını kaybedeceği düşüncesi, beden imajında değişim, ölüm tehlikesi, aileden-sevdiklerinden uzak kalma gibi psikolojik faktörlerin de birlikte rol aldığı belirlenmiştir (Çetinkaya 2008, Gürsoy 2001, Turhan 2007). Bireyin ameliyatta kalma süresi, ameliyatı olacakları zaman, ameliyatla ilgili bilinen başarı oranı, drenaj ve vücudunda bulunulacak olan kataterler, gelişebilecek olumsuz sonuçlar, ameliyat sonrasındaki süreçte uzun veya kısa süreli yaşam biçimindeki değişiklikler gibi konularda yeterli bilgiye sahip olmamak, bu konularda bilgi gereksinimi ihtiyacının içinde olmak kaygıyı artırıcı sebepler arasındadır (Carmichael ve Agre, 2002).

Yaygın, hoş olmayan, belirsiz bir tehlike hissi ile kendini gösteren ve çoğunlukla otonom belirtilerle bir arada görülen kaygı, herkesin zaman zaman hissettiği bir duygudur. Aynı zamanda kaygı, bireye tehlikeyi haber veren ve bu tehlike ile başa çıkması için önlem almaya iten bir sinyaldir. Genel olarak gelecekte olabilecek bir tehlikeyi beklemenin yarattığı huzursuzluk hissi olarak tanımlanan kaygı, hafif düzeyde yaşandığında birey spontan dikkatini, cesaretini ve atılganlığını artırırken, yüksek kaygı algılandığında birey spontan dikkatini, cesaretini ve atılganlığını azaltabilir (Gökalp 2000).

Kaygının organizma üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır, bu etkilerinden biri ağrıdır. Ağrı, bireyin günlük yaşam aktivitesini sürdürmesini engelleyerek yaşamın niteliğini olumsuz yönde etkileyen ve yalnızca etkilenen birey tarafından tanımlanabilen

soyut bir kavramdır (Christensen 2003). Özalp ve arkadaşlarının (2003), 99 kadın hasta üzerinde yaptıkları araştırmada, depresyon ve yüksek kaygısı olan hastaların ağrılarının çok fazla olduğu ve daha çok ağrı kesici ilaçlara ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Ameliyat öncesi dönemde yaşanan kaygının yoğun olması, ameliyat sonrası dönemde yaşanan ağrının yoğunluğunu artırmakta ve kontrolünü zorlaştırmaktadır (Couma et al. 2001).

Ameliyat öncesi dönemde bilgisizlik, psikolojik ve fizyolojik olarak komplikasyon gelişme riskinin artmasına neden olmaktadır (Yardakçı ve Akyolcu 2004; Coşkun ve Akbayrak, 2001; Özbayır ve ark., 2003). “Açık kalp ameliyatı öncesi hasta eğitiminin kaygı düzeyine etkisini incelediği” Koca'nın (1998) çalışmasında ameliyat öncesi verilen eğitimin hastaların kaygı düzeyini azalttığı tespit edilmiştir.

Sağlıklı/hasta birey, aile ve toplumun sağlık sorunlarına odaklanan hemşirelik, Florence Nightingale'den günümüze toplumun sağlığını geliştirme ve sürdürme misyonunu üstlenmiştir. Bu misyon ve günümüzde yaşanan sorunlara çözüm geliştirme çabalarının zorunlu kıldığı sağlık hizmetlerindeki reformlar, hemşirelerin etkin birer eğitimci olmalarını gerektirmektedir (Şenyuva ve Taşocak 2007). Ameliyat öncesi eğitim, ameliyat öncesi hasta bakımının vazgeçilmez bir parçası ve en önemli hemşirelik girişimlerinden biridir.

Ulusal ve uluslararası kuruluşlar hasta eğitiminde hemşirenin hastalara karşı sorumluluklarını vurgulamış, eğitim rollerini ilgili yasa ve yönetmeliklerde belirtmişlerdir. Tüm bunlar hemşirenin hasta eğitimini ve hemşirelik bakımını bilimsel ve sistematik bir yaklaşımla öğrenme öğretme süreci doğrultusunda yerine getirmesini zorunlu kılmaktadır. Bu süreç öğrenme ve öğretme gereksiniminin belirlenmesi amacıyla *veri toplama, tanı koyma, planlama, uygulama, değerlendirme ve kaydetme* basamaklarından oluşmaktadır (Kaya, 2009). Kaygı ve ağrı yönetimi; hastaların gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan planlı ameliyat öncesi bakım ve ekip hizmeti ile en aza indirilebilir. Ameliyat öncesi bakımın amacı, hastayı fiziksel ve ruhsal yönden ameliyata hazırlamaktır (Yardakçı ve Akyolcu 2004). Ameliyat öncesinde hastaya yapılan bilgilendirme ve hastanın aklındaki soru işaretlerinin cevaplanması da hastayı hem psikolojik hem fiziksel açıdan bu duruma hazır hissetmesini sağlayacaktır.

3.1.Araştırmanın Soruları

- Batın ameliyatı olacak hastalara eğitim verilmesi preoperatif dönem kaygı düzeylerini etkiler mi?
- Batın ameliyatı olacak hastalara eğitim verilmesi preoperatif dönem kaygı düzeylerinin azalmasını sağlar mı?

4.GENEL BİLGİLER

4.1. CERRAHİNİN TARİHÇESİ VE AMELİYATHANE

4.1.1. Cerrahinin Tarihçesi

İnsanlık tarihi kadar eski olan cerrahi mağara dönemi insanları ile başlamıştır. Yazılı tarih öncesi olan bu dönemde insanlar yaşamlarını avlanarak sürdürmekte ve çeşitli yaralanmalar, travmalarla karşılaşmışlardır. Kanamalarını durdurmak ve yaraların üzerini örtmek için çeşitli bitkilerden faydalanmışlardır(Aksoy ve ark., 2012; Aslan, 2009).

Cerrahi ismi tıbbi açıdan kelime anlamı “yaralanma” olan “cerh” kelimesinden türemiştir. Cilalı taş devri döneminde insanların, epilepsi nöbetleri ve sıklıkla yaşanan baş ağrısı ile başa çıkmada, kafatası kemiklerine delik açtıkları ileri sürülür. Tıbbi tarihçe konusuna ışık tutacak yazılı belgelerin bulunmuş olmasının yanı sıra arkeologlar tarafından yapılan çeşitli kazılardan elde edilen veriler, ilk çağlarda tıbbi alandaki uygulamaların çoğunlukla cerrahi tedavi niteliğinde olduğunu belirtir (Aksoy ve ark., 2012; Aslan, 2009; Ellis, 2001; Brieger,1997).

Paleolitik ve neolitik döneme ilişkin yapılmış kazılarda, ilkel yaşam sürdüren toplumların bazılarında uçları düzgün biçimde karşı karşıya getirilerek iyileşmenin sağlandığı kırıklara rastlandığı ve trepanasyon girişiminin yapıldığı kafataslarının bulunduğu bildirilir. MÖ 1700’lü yıllarda Hammurabi kanunlarında, mesaneden taş çıkarılması, kemik kırıklarının tedavisi, katarakt ameliyatlarına ilişkin bilgilerin olması, o dönemlerde bu tür girişimlerin yapıldığına dair en önemli kanıtlardır.

MÖ 460-374 yıllarında yaşayan çağın en büyük hekimi ve cerrahi olarak tarihe geçmiş olan Hipokrat “Teşhis Kitabı“ eserinde, kemik kırıkları, eklem onarımı, sakat alt ekstremiteleri düzeltme, kafa yaralanmaları için tedavi, ülser, hemoroid, kafatasını açma, kan alma, göğüs boşluğunda toplanan cerahati boşaltma, yara iyileşmesi, sargı ve ortopedik araçların kullanım bilgisi gibi başlıklara yer vermiştir. “Cerrahi Üzerine” isimli eserinde, bir cerrahın ne bilmesi gerektiği, nasıl bir tedavi uygulayacağı ve bir cerrahın olması gereken özellikleri ele almıştır. Hipokrat’ın özellikle cerrahide büyük bir öneme sahip kötü huylu tümörleri, yengece benzeterek kullanıldığı, ingilizce

karşılığı “cancer” olan, türkçede “kanser” olarak ifade edilen terimi halen güncelliğini korumaktadır. VII. Yüzyılda Razi ve İbn-i Sina gibi büyük hekimler yetişmiştir. Özellikle İbni Sina'nın “Tıp Kanunu” isimli eserinin yarım asır boyunca Avrupa ve Asya tıbbına yön verdiğinden söz edilir. Bu eser anatomi, fizyoloji, genel patoloji, tedavi, eczacılık, bedenin değişik bölümlerinin hastalıkları, böbrek ve safra taşları ile kemik tümörlerinin ameliyatları, sonda aracılığı ile idrar boşaltılması, hastayı uyutmak için afyon, banotu, şarap kullanımı ve soluk borusu tıkanmalarında trakeostomi açılması konularında bilgilere yer verilmiştir (Aksoy ve ark., 2012; Aslan, 2009).

Yeniliklerin bulunduğu Rönesans döneminde anatomiye büyük katkılar sağlayan Leonardo Da Vinci ve Andteam Vesalius cerrahinin gelişmesine ışık tutmuşlardır. İnsan vücuduna yapılan girişimsel uygulamalar sırasında insizyona bağlı ağrının ortaya çıkmasıyla, ağrının ortadan kaldırılması amacıyla ilk genel anestezi denemesi, İngiliz kimyacı Humphrey Davy'nin keşfettiği azot protoksiti, ilk Horace Welles'in kullanması ile gerçekleştirilmiş, Morton ve Jackson, eteri ve Simpson da kloroformu, bu amaçla ilk olarak kullanmıştır.(Brieger, 1997)

Ülkemizde de modern cerrahinin kurulmasında ilk adımı atan cerrah Dr. Cemil Topuzlu, aseptik ilkelerin henüz kullanmadığı zaman diliminde, içinde ameliyathanenin de bulunduğu bir hastane yapımını gerçekleştirmiş, araç-gereç, etüv getirerek ülkemizde asepsi kavramının önemsenmesini sağlamış ve bu ilkeler ışığında ameliyat yapılmıştır. Tıbbın her dalında meydana gelen hızlı ilerlemeler, teknolojik gelişmelerin cerrahi alanda kullanılması, tanı yöntemlerindeki ilerlemeler, bakım hizmetlerinin niteliğinin artması, toplumun kültür düzeyindeki yükselme ve bireylerin kendi sağlıklarını önemsemeleri, cerrahi girişimlerin sayılarının artmasında etkili olmuştur (Aksoy ve ark., 2012).

4.1.2.Ameliyathane

Ameliyathaneler, hasta bağımlılığının üst düzeyde olduğu, yoğun stresin yaşandığı, doğru ve yerinde kararların hızla uygulanmasının yaşamsal önem taşıdığı, ekip çalışmasının üst düzeyde gerçekleştirildiği, yüksek teknoloji ile geliştirilen araç-gereçlerin ve yeni bilgilerin ışığında yeni tekniklerin kullanıldığı alanlardır (Aksoy 1996, Dramalı ve Demir 1996, Dramalı ve Yavuz 1999, Kanan ve ark. 2000, McGarvey

ve ark. 2000). Profesyonel ameliyathane hemşiresi, cerrahi girişim için hastaneye yatırılan hastanın, ameliyathaneye kabulü ile servise alınmasına kadar geçen dönemde, gerekli olan bakımı nitelikli bir biçimde sağlamak etik açıdan ve yasal olarak sorumludur (Atkinson ve Fortunato 1996, Ladden 1999). Ameliyathane hemşiresinin rol ve sorumluluklarını yerine getirmede başarılı olabilmesi için, alanında yeterli bilgi ve beceriye sahip olmasının yanı sıra, bilimsel ve teknolojik değişimlere uyum sağlamada gereken çabayı vermesi beklenendir (Akyolcu 2003, Bayraktar ve Bulut, 2000, Göçmen 2006).

Çeşitli alanlarda, bireyin sağlık ve esenliğinin korunması, geliştirilmesi ve hastalık durumunda nitelikli bakımın sağlanmasında; temel bir hemşirelik eğitimi sonrası hizmet verdikleri alana özel bilgi birikimine sahip, mesleki becerilerini geliştirmiş, deneyimli, entellektüel, eleştirel düşünebilen, kişilerarası ilişkilerde yetenekli ve hasta gereksinimlerine duyarlı uzman hemşirelerin varlığının zorunlu olduğu bir gerçektir (Kanan ve ark. 2000).

4.1.2.1. Ameliyathane Hemşireliği

Ameliyat dönemi hemşirelik bakımı; birey ve ortamın güvenliğini sağlama, mahremiyeti, fizyolojik izlem ve psikolojik destek sağlama üzerine temellendirilen tüm gereksinimleri kapsar. Bu dönemde hemşirelik bakımı, hastanın emosyonel iyilik hâline ve cerrahi alanın kontrolü, asepsi, pozisyonlar ve güvenlik gibi fiziksel faktörlere odaklanır.

Sirküler ve steril (scrab) hemşireler, bireyin bakımını yapar, destekler ve cerrahi işlemin gerçekleşmesinde cerraha yardım eder. Ameliyat döneminde hasta, anestezi ve cerrahi nedeniyle birçok komplikasyon ya da yan etkiler açısından risk altındadır. Kontrol kaybı, ağrı, ölüm, vücut yapısında ya da fonksiyonunda değişim korkuları ve yaşam tarzında bozulma gibi tüm olasılıklar kaygının gelişimine neden olabilir. Bu korkular anestezi miktarını, ameliyat sonrası ağrı düzeyini arttırabilir ve iyileşme süresini beklenenden daha ileri bir tarihe taşıyabilir.

Hasta ameliyathaneye geldiğinde hemşire hastanın bakımı ve güvenliği için bilgi toplar. Empati yaparak hastanın rahatlığı sağlanır. Hastanın kol bandı varsa kol bandıyla, dosyadaki ve listedeki adıyla, sözel olarak kimliği, protokol numarası, doğum tarihi, hekimin adı, ameliyatın yapılacağı yer hasta ve cerrahi liste ile karşılaştırılır.

Bunlardan en az iki kriteri hastanın da sözel olarak tekrarlaması istenir. Tıbbi kayıtlar, aydınlatılmış onam (ameliyat öncesi hastadan ameliyat izni) cerrah, ameliyathane hemşiresi ve anestezi uzmanı tarafından kontrol edilir.

Hastanın alerjik durumu, lateks alerjisi, kan transfüzyonu gibi yapılan uygulamalarla ilgili bilgiler kaydedilir. Hastanın giysileri, mücevherleri, para/ cüzdanı, yüzük, takma dişleri, lens, gözlük, işitme araçları hemşire tarafından alınıp kaydedilir. Preoperatif yapması gereken işlemler cilt hazırlığı, lavman yapılmışsa sonucu, idrar miktarıyla ilgili bilgiler, hekimin tetkik istemi varsa sonuçları ile kayıtlı olarak teslim alınır.

4.1.2.2. Ameliyathanenin Hastane İçindeki Yeri ve Fizik Yapısı

Ameliyathane, hastanenin sakin bir yerinde olmalıdır. Bulaşıcı partiküller, toz, kir, diğer kimyasal maddeler, radyasyon ve gürültüden uzak ve güvenli, sessiz bir ortamda yer almalı ve cerrahi işlemleri kolaylaştırarak ameliyatın gerçekleştirilmesini sağlamalıdır.

Çalışmanın yapıldığı özel hastanede ameliyathane olarak hastanenin acil bölümü, yoğun bakım ünitelerine yakın ve gürültüden uzak olacak şekilde konumu planlanmıştır.

Ameliyathanenin mimari özellikleri

- Yer ve duvar kaplamaları yıkanmaya dayanıklı bakteriyostatik maddeden yapılmalıdır.
- Ameliyathanenin duvar rengi, parlamayı azaltan, rahatlatan, yeşil, bej, açık altın rengi, ya da buz mavisi gibi renklerde olmalıdır.
- Yer döşemeleri antistatik bir maddeyle kaplanmalıdır. Zemin ve yüzeyler deterjan, su ve germisidlerle sık sık temizlenebilir bir yapıda olmalıdır.
- Ameliyathanelerde her ameliyat odası için ayrı el yıkama alanının olması enfeksiyonu önlemede etkin bir yöntemdir.
- Kullanılan lavobalar çelikten ve derin olmalıdır.
- Musluklar ve antiseptik solüsyon kapları ayak veya fotoselli çalışır olmalıdır.
- Kapılar, temizden kirliye geçiş sağlayan tek yönlü ve elektronik çalışır olmalıdır.

Havalandırma sistemi, Aydınlatma, Sıcaklık ve Nem

Temiz olmayan ortamlardan ameliyat alanına hava akımını engellemelidir. Havadaki bakteri miktarını en aza indirmek için standart ameliyathane vantilatörü kullanılır. Havadaki bakteriyi azaltmada ve cerrahi enfeksiyonları önlemede çalışanların sayısını az sayıda tutmak ve gereksiz fiziksel hareketlerden kaçınmak da önemlidir. Genel olarak ameliyathanelerde laminar flow havalandırma sistemi vardır. Bu havalandırma sistemiyle ameliyathanede enfeksiyon oranını % 1'in altına düşürmektir. Genel aydınlatma 100 lux, ameliyat masası üzerinde 50000-100000 lux olmalıdır. Ameliyat odasının ısısı hasta ve ekibin ihtiyacını karşılayacak seviyede olması sağlanmalıdır. Isı 18-24 0C, nem, % 30 ve % 60 arasında değişir. % 40 olması önerilir.

Çalışmanın yapıldığı hastanenin ameliyathanesinde oda ısıları yapılan cerrahi girişimlere göre değişmektedir oda nem oranı ise belirtilen aralıklarda olması sağlanıp aksilik durumunda hastanenin teknik servisine bilgi verilmektedir.

Ameliyathaneler Ayrılma odası, Cerrahi yoğun bakım odası, Kan bankası, Patoloji Laboratuvarı, Radyoloji, gibi destek hizmetlerine yakın olmalıdır.

Ameliyathane içerisinde şunlar olmalıdır:

Anestezi odası,

Ameliyat odaları,

Giyisi değiştirme bölümü,

Dinlenme odaları,

El yıkama bölümü,

Uyanma odaları, birbirleriyle uyum içinde olmalıdır. Ameliyathanede bakterilerin bulaşmasını en aza indirebilmek için üç ana bölge olarak ayrımı yapılmış olmalıdır.

Dış bölge: Serbest (yeşil) alan

Çalışanların hastane kıyafetinin giyildiği bölümdür. Bu bölümde ameliyathane çalışanlarıyla sınırlı iletişime izin verilen bölümdür.

Bu bölümde;

- Giriş ve çıkış, preoperatif alan,
- Postoperatif alan (Postoperatif Yoğun bakım ünitesi),

- Giyinme odaları, bekleme odaları, dinlenme odaları,
- Depolar yer alır.

Orta bölge: Temiz(sarı) alan

- Ameliyathane kıyafetinin giyilmesinin zorunlu olduğu bölgedir.
- Temiz ve steril malzeme odası,
- Sterilizasyon ünitesi,
- Araç- gereçlerin dağıtım ve kullanım alanları yer alır.

Bunun yanı sıra fırçalama üniteleri, koridorlar, çalışma alanları ve depoların bulunduğu bölümdür. Galoş, başlık, maske giymeyi gerektirdiğinden **yarı sınırlı bölge** de denir.

İç bölge: Steril (kırmızı) alan

- Steril ameliyat bölgesidir.
- Ameliyat sırasında gereksinim duyulabilecek steril araçların bulunduğu alanları içerir

4.1.2.3. Ameliyathanede Acil Durumlar ve Emniyet Tedbirleri

Her ameliyat odasında acil durumu bildirecek duyulabilecek ve kolaylıkla görülebilecek sinyalizasyon sistemi olmalıdır. Sistem; kaçağın/gazın türünü, durumunu ve monitörize edilen alanı belirtebilmelidir. Uyarı ışığı kapının dışında olmalı sinyal sesi sorumlu hemşirelere ait ofisten ya da anestezi hazırlık bölümünden de duyulabilinmelidir.

Ameliyathanelerde en önemli fiziksel tehlikeler yangın, elektrik sistemi ve anestezi gazlarından kaynaklanan kazalardır.

Hastalara yönelik güvenlik önlemleri

Doğru hastaya doğru işlemin yapılması için kimlik doğrulama yapılmalıdır (ad, soyad, doğum tarihi ve hasta numarası). Hastanın ameliyat bölgesi ve tarafına hekim işaret koymalıdır. Hasta ameliyathaneye teslim alınırken ameliyat olacak tarafı ve işareti kontrol edilmelidir. Ameliyata başlamadan önce mutlaka son kontrol (time out) yapılmalı ve bundan emin olunmalıdır. Ameliyata başlanmadan önce, doğru hastaya doğru cerrahi işlemin uygulanıp uygulanmayacağı sorgulanmalı ve bundan emin olunmalıdır. Cerrahi operasyon süreci boyunca kullanılan alet, malzeme ve örtülerin steril olup olmadığından emin olunmalıdır. Hastalar ameliyat masasına özel tespit kemeriyle tespit edilerek düşmeler önlenmelidir. Hasta ısıtıcıları yanıklara sebep olabileceğinden dikkatli kullanılmalıdır. Hastaya pozisyon verilmesi, değiştirilmesi ve sedyeye alınması gibi durumlarda düşmeye karşı gerekli önlemler alınmalıdır.

Çevreye karşı alınacak güvenlik önlemleri

- Fiziksel alan, havalandırma, temizlik, dezenfeksiyon, ısı ve nem kontrolü yapılmalıdır.
- Ekipman ve cerrahi aletlerin güvenliği sağlanmalıdır.
- Sarf malzemelerin güvenliği sağlanmalıdır.
- Cihaz ve elektrik güvenliği sağlanmalıdır.
- Yangın güvenlik önlemleri alınmalıdır.

4.1.2.4. Ameliyat Odasının Hazırlığı

- Ameliyatı gerçekleştirecek olan ekibin üyeleri cerrahi el yıkama talimatına uygun olarak yıkanır. Ameliyathane hemşiresi ameliyathane hemşiresi görev tanımında belirtildiği şekilde ameliyat odasının hazırlığını yapar ve ekibin ameliyata hazır olmasını sağlar. Ekibin her üyesi kendi görev tanımı çerçevesinde ameliyat öncesi hazırlıklara katkıda bulunur.

Ameliyathane hemşiresi;

- Ameliyathane hemşiresi, bir gün önceden ameliyat ve işlem tiplerini gözden geçirir.
- Alet ve malzeme ile ilgili hazırlık yapar.
- Hasta ameliyat odasına alınmadan ameliyat lambası, oda ışıkları ve elektrikli cihazların çalışıp çalışmadığının kontrolünü yapar. Ameliyat öncesinde, sırasında ve sonrasında aseptik tekniklere uyar ve uyulmasını sağlar.
- Ameliyatın özelliğine göre steril olan ve steril olmayan malzemeleri ameliyat öncesinden hazırlar. Steril malzemelerin sterilitesini kontrol eder.
- Steril teknikleri uygular, gözler ve ekibinde uygulamasını sağlar.
- Ameliyat öncesi ve sonrası spanç, iğne ve alet sayımını yaparak ameliyatta sayımı yapılacak malzeme formunu doldurur.
- Ameliyat sonrası çıkan kirli cerrahi aletleri yıkatır, listeye uygun şekilde hazırlar. Steril edilerek kullanıma hazır hale getirir.
- Bir sonraki ameliyat için ameliyat odasının dezenfeksiyonunu sağlar ve kontrol eder.

4.1.2.5. Ameliyat Pozisyonları

Hastaya pozisyon verme ve hastayı olası risklerden koruma anesteziist ve cerrahi ekibin ortak sorumluluğundadır.

Hasta sedyeden ameliyat masasına alındıktan sonra supine (sırtüstü) pozisyonunda yatırılır. Bu pozisyondayken anestezi uygulanır, daha sonra ameliyat pozisyonu verilir ya da pozisyon verildikten sonra anestezi uygulanır. Hastanın herhangi bir bölgesinde kırık veya çatlak varsa bu bölge her hareket sırasında sabitleştirilerek pozisyon verilir. Anestezi altındaki hasta anesteziist izin vermediği sürece hareket ettirilmez. Vücudun her yeri ameliyat masasının boyutlarını geçmemeli ya da metal bölümlerine ve açık yüzeylerine temas ettirilmemelidir. Hipotermiyi önlemek ve vücut ısısını korumak için hasta mümkün olduğunca örtülmelidir.

Ameliyatlarda yapılacak olan cerrahi işlem türüne göre; Sırtüstü (Supine), Prone (Yüzükoyun), Trendelenburg, Ters Trendelenburg, Lateral (Yan), Litotomi, Sims, Fowler pozisyonlarından uygun olanı hekim ve anestezi uzmanı tarafından verilir. Batın cerrahisi, laparotomi ameliyatlarında daha çok supine ve trendelenburg pozisyonları cerrahi sırasında bir arada kullanılır.

Sırtüstü (Supine) Pozisyon: Bu pozisyonda; Bilinci açık olan hasta, işlem hakkında bilgilendirilir. Abdominal, abdominotorasik ve bazı alt ekstremiteler için kullanılır.

Trendelenburg Pozisyonu: Bu pozisyonda;

- Masa ve gerekli malzemeler hazırlanır,
- Hastanın bilinç durumu değerlendirilir, bilinci açık hastaya açıklama yapılır ve sırtüstü yatırılır,
- Kollar ve bacaklar düzgün bir şekilde yerleştirilir, Hastanın kaymaması için omuzluk yerleştirilir,
- Kollar ve bacaklar tespit edilir ve hastanın kaymaması sağlanmış olur,
- Ayakucu, bacaklar yukarı gelecek şekilde 10-30° yükseltilir.
- Hipovolemik şoktaki hastalarda, bazı anestezi uzmanları masayı kalça altından eğerek bacakları yükseltmeyi, bazıları da tüm masayı aşağı doğru eğmeyi tercih ederler. Bu pozisyon en sık alt abdomen ve pelvis ameliyatlarında kullanılır.

Ters Trendelenburg Pozisyonu: Bu pozisyonda;

- Hasta sırtüstü pozisyona getirilir,
- Baş kısmı 10-30° arasında yükseltilir,
- Dizler üzerinden bir kemerle bacaklar tespit edilir,
- Kollar 90°yi geçmeyecek şekilde açılarak kol tahtasının üzerine konur .
- Ters trendelenburg pozisyonu troidektomide de hastanın nefes almasını kolaylaştırmak ve ameliyat bölgesine giden dolaşımı azaltmak için kullanılır.

Safra kesesi ve safra yolları ameliyatlarında da bu pozisyon verilir.

4.1.2.6.Hastanın Ameliyat Masası Üzerindeki Hazırlığı

Steril aletler, araç gereç ve diğer malzemelerin ameliyat esnasında kullanımında steril alanı oluşturmak, hastayı örtmek, ve insizyon yerini çevreden izole etmek için steril örtüler kullanılır. Steril örtüler steril eldivenlerle mümkünse az ellenir. Örtüler hasta üzerine örtülünceye kadar bel seviyesinin üzerinde tutulması gerekir. Ameliyat sahasına katlı olarak getirilir hekim yardımı ile dikkatlice açılarak uygun şekilde örtülür. Örtülmüş olan örtü hasta üzerinde tekrardan hareket ettirilmez, hava akımı ile toz oluşturulmaması için örtülerin sirkelenmemesi ve üzerine vurulmaması gerekir. Örtme işlemi önce insizyon alanına yani cerrahi işlem bölgesine sonrasında ise periferik doğru yapılır. Örtüler birbirine travmatik olmayan aletlerle tutturulur, sterilitesinden şüphe dilen örtü kirli kabul edilerek yeniden örtme yapılır.

4.1.2.7. Scrub ve Sirküle Hemşirenin Görevleri, Özellikleri

Ameliyathane hemşirelerinin iki farklı rolü vardır. Hemşire steril olmayan alan içinde görev yapıyorsa dolaşıcı, sirküle hemşire denir. Hemşire ameliyathanede steril alan içinde kalırsa (ensrumante veya scrap) steril hemşire rolünü üstlenmiş olur.

Sirküle Hemşirenin Görevleri

- Ameliyathanedeki hastanın hemşirelik bakımından sorumludur.
- Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında cerrahi ekibin malzeme ihtiyaçlarını sağlar.
- Ameliyat esnasında ameliyat odasının ve işlemlerin organizasyon ve yürütülmesinden sorumludur.
- Hemşirelik hizmetlerine ilişkin kayıtları tutar.
- Kritik düşünme becerileriyle ameliyathane ortamını gözlemleyip hastanın, cerrahi ekibin, çevrenin konfor ve güvenliğini sağlar.
- Ekibi koordine etme, temizlik, uygun sıcaklık, nem ve ışıklandırmayı sağlama, ekipmanın güvenli çalışmasını sağlama, yeterli malzeme ve materyalin sağlanmasını içerir. Sirküle hemşire, steril hemşire ve ameliyat salonunda bulunan diğer ekibin aseptik uygulamalarını kontrol eder.
- Şüphe duyulan kontaminasyonlarda malzemeyi kontamine olmuş kabul eder ve ortamdan uzaklaştırır. Hastayı ameliyathaneye kabul edip dosyasını kontrol eder ve ekibe hastaya ait bilgileri aktarır.

- Ameliyat öncesi ve sonrası spanç, iğne ve alet sayımını yaparak ameliyatta sayımı yapılacak malzeme formunu doldurur. Görev değişimi esnasında sayım yapar ve teslim eder. Sayım formunun saklanması için sorumlu hemşiresine teslim eder.
- Kullanılacak malzemenin mekanik ve elektrikli ekipmanlarının hazırlanmasını yardım eder. Hastanın ameliyat masasına alınmasına ve doğru pozisyon verilmesine yardım eder. Hastanın cilt temizliğinin yapılmasına ve üzerinin örtülmesine yardım eder.
- Elektrokoter, aspiratör ve diğer yardımcı cihazların bağlantılarını sağlar. Ameliyat esnasında röntgen ya da patoloji birimleriyle temas kurar.
- Hasta uyutulana kadar hastanın sorularını yanıtlar ve kaygılarını giderir. Ameliyat sürecinde hasta için alınan güvenlik önemlerini herhangi bir aksilik olmasına kaçın kontrol halinde olur. Ameliyat bitiminde hastanın insizyonuna uygun şekilde pansuman, sargı uygulamalarına yardım eder.
- Hastanın ayılma odasına nakledilmesine yardımcı olur. Ayılma odasındaki hemşireye tüm bilgileri aktarır.
- Ameliyat sonrası çıkan kirli cerrahi aletleri yıkatar ve listeye uygun şekilde hazırlar. Steril edilerek kullanıma hazır bulundurulmasını sağlar.

Scrap hemşirenin görevleri

- Ameliyat sırasında steril alan içinde çalışır. Ameliyat odasının hazırlanmasından sorumludur.
- Ameliyathanede hasta güvenliğine yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlar ve uygular. Bir gün önceden ertesi günün ameliyat ve işlem tiplerini gözden geçirir. Alet ve malzeme ile ilgili hazırlık yapar.
- Cerrahi işlem süresince ekipte yer alır. Ellerini tekniğe uygun olarak fırçalar ve steril ameliyathane giysisini giyer. Cerrahi ekibin steril giyinmesine yardımcı olur.
- Steril masanın, örtülerin, tampon-kompreslerin, irigasyon solüsyonunun hazırlanmasından sorumludur. Dikiş materyallerin ve diğer alet ve cihazların hazırlanmasından sorumludur.

- Hastanın steril örtülmesine yardım etmekten patoloji parçalarının sirküler hemşireye tesliminden sorumludur.
- Scrap hemşire, sirküler hemşire ile birlikte ameliyat öncesi ve yara kapatılmadan önce aletleri, kompres ve iğneleri sayar. Ameliyat sonrası malzemelerin temizlenmesini, sayılmasını, listeye uygun şekilde hazırlanmasını, steril edilmesini ve kullanıma hazır bulundurulmasını sağlar.

Ameliyathanede çalışanların taşınması gereken özellikler

- Soğukkanlı olmalı, sakin olmalı, dikkatli ve titiz olmalı,
- Hızlı karar verip hızlı hareket edebilmeli, istenilenlere hemen cevap verip duruma uyum gösterebilmeli,
- Ani değişiklikleri fark edip duruma uygun davranabilmeli,
- Sabırlı olmalı, sorumluluk sahibi olmalı,
- Ameliyathanedeki araç gereçleri iyi bilmeli ve korumalı,
- Temiz ve disiplinli olmalı, öğrenmeye karşı istekli olmalı,
- Bildiklerini uygulayabilmeli ve başkalarına öğretebilmeli,
- Takı takmamalı, tırnakları kısa olmalı,
- Ameliyathane kurallarına uygun olarak giyinmeli,
- Kendine güvenen ve ekip çalışmasına yatkın ve özverili olmalıdır.

4.2. KAYGI ve KORKU

Sözlük anlamı; üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa olan kaygı terimi günlük hayatımızda sözü edilirken; bunaltı, endişe, iç huzursuzluk olarak ifade edilir. Bu kavramın psikoloji alanına girmesi ve bu alanda ilk çalışma ve araştırmalar 1940'lı yıllarda yapılmıştır. Kaygı kavramını ilk kullanan ve nedenlerini araştıran Freud olmuştur (Freud, 2001) Ona göre kaygı her yerde ve her zaman tecrübe edilebilen, istenmeyen bir şey, hoş olmayan duygudur. Yine Taş'a (2006) göre kaygı bireyin bir uyararla karşılaştığında yaşadığı bedensel, duygusal ve zihinsel değişimlerle kendini gösteren bir sinyal durumudur.

Bireyin iç dünyasından kaynaklan kötü bir durumun olasılığı ya da birey tarafından tehlike olarak kabul edilen, yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan duygudur (Demiriz ve Ulutaş, 2003).

Yaygın hoş olmayan belirsiz bir tehlike hissi ile kendini gösteren ve genellikle otonom belirtilerle bir arada görülen kaygı, herkesin zaman zaman hissettiği bir duygudur. Kaygı aynı zamanda bireyi gelecek olan tehlikeye karşı başa çıkabileceği önlemleri almaya iten bir sinyaldir. Kaygıyı hafif düzeyde yaşayan bireyde spontan dikkat, cesaret ve atılganlık artarken, yüksek düzeyde yaşayan bireyde ise tam aksine algılamada ve karar verme yeteneği azalabilmektedir.(Gökalp, 2000)

Kaygıyı farklı acılardan tanımlamak gerekirse bunlar şöyledir;

Kaygı, açıklanamayan ve altında yatan duyguların farkında bile olmaksızın belirsiz bir rahatsızlık duygusu; sinirlilik ve keder hissidir (Öner ve Le Compt, 1985).

Kaygı, gelecekle bağlantılı ve aşırı tehdit içeren durumlarda görülen bilinmezlik korkusudur. Spielberg'in kaygıyı tanımlaması ise şöyledir;

- Kaygı geleceğe yönelik endişe durumudur.
- Hoş olmayan bir duygu durumudur. Bu duygulanım durumunun duyumsanması insana elem verir.
- Sinir sisteminde gerginlik yaratır.

Spielberg, kaygıyı durumluk kaygı (state anxiety:acute anxiety) ve sürekli kaygı (trait anxiety: chronic anxiety) olarak tanımlamıştır.(Öner ve Le Compt., 1985; Köknel, 2000).

Durumluk Kaygı: Bireyin içinde bulunduğu stresli, baskılı durumdan dolayı hissettiği subjektif bir korkudur. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur. Birey bu duyguları yaşarken bilinci açık, olaylardan haberdardır ve bilinçsel işlevler aktiftir (Öner ve Le Compt., 1985; Köknel, 2000; Cüceloğlu, 1988).

Sürekli Kaygı: Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna bireyin içinde bulunduğu durumları, genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi de denebilir.(Öner, 1985). Bireyin yapısal olarak kaygıya yatkınlığının olması, sürekli kaygı düzeyini etkiler. İnsanların sürekli kaygı düzeylerinin birbirinden farklı olması, tepki verilecek durumu algılamalarını, anlamalarını, yorumlamalarını ve değerlendirmelerini etkiler.

Kaygı kavramını psikolojik anlamda merak edip ilk kez kullanan ve bir kavram olarak günümüze dek gelmesini sağlayan Freud bu kavramı her zaman her yerde tecrübe edilebilecek, istenmeyen, hoşlanılmayan duygu/his olarak ifade etmiştir. (<http://www.eab.org.tr/eab/2009/pdf/290.pdf>).

Freud kaygıyı üçe ayırmaktadır.

1-Objektif Kaygı: Dış dünyadaki gerçek tehlikelerle karşılaşıldığında duyulan korku ya da kaygıdır. Tehlike kaynağı bireyin dışındadır. Benlik, alt benliğin gereksinimlerine doyum sağlamaya çalışırken, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında ortaya çıkan kaygı durumudur. Zaman zaman tüm bireyler tarafından yaşanmaktadır.

2-Nevrotik Kaygı: Tehlike kaynağı bireyin içindedir. Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırganlık duygularından oluşan bir iç tehlikeden kaynaklanır ve patolojik olarak tanımlanır.

3-Ahlak/Moral Kaygı: Bireyin duyduğu içsel suçluluk, utanma, vicdan azabı gibi duyguların yarattığı manevi bir sıkıntı durumudur. Bireyin, duygu, düşünce ve belleğindeki çelişkiler ve çatışmalar sonucu ortaya çıkar.

Öner (1977)'e göre, genel anlamda kaygı, insan yapısında var olan çevresel ve psikolojik olaylara gösterilen bir duygusal reaksiyon şeklinde tanımlandığında, bunun evrensel ve normal bir insan duygusu olduğu kabul edilir (Tiryaki ve Morali, 1990;s.137)

Ediş' in (1994) aktardığı bilgide Spielberger'e göre kaygı bilişsel, duygusal, psikolojik ve davranışsal olaylarının bir dizini için kullanılan oluşumdur. Bu olay,

tehlikeli veya tehdit edici bir durum sezinlendiğinde ayrıca yakın bir zamanda tehlikeli bir durumla karşılaşma fikri bireyde oluştuğunda başlayabilir (Ediş, 1994). Kaygı tanımlanması zor bir endişe duygusudur. Kaygı sözcüğü, Hint Germen kökenli ‘sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa’ anlamına gelen ‘angh’ sözcüğünden türemiştir. Nedeni belli olmayan tedirginlik hali, kaygı, korku, sıkıntı hali olarak da tanımlanabilir. Kaygı bazı kuramcılara göre insanın iç dünyasında yaşadığı çatışmaların dışı yansımasıdır. Bazı kuramcılara göre ise öğrenilmiş davranışlardır.

Kaygı genelde kavramsal, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenlere sahip olmak biçiminde tanımlanır (Seligman, Walker & Rosenhan, 2001). Hipokrat yazdığı eserlerinde korkudan ve amaçsız kaygı-anksiyete (aimless anxiety) olarak adlandırdığı durumdan söz etmiştir. Ona göre her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir (Stone, 1997).

Kaygı görünümleri bireyden bireye büyük ölçüde değişir. Bazı hastalarda çarpıntı ve terleme gibi kardiyovasküler semptomlar olur; bazılarında bulantı, kusma, boşluk duygusu midede ‘kelebekler uçuştugu’, içinde bir şeylerin ‘pır pır ettiği’ duygusu, gaz ağrıları, hatta diyare gibi gastrointestinal semptomlar olur; kimisinde ise sık idrara çıkma, yüzeysel solunum, göğüste sıkışma duygusu gibi belirtiler olabilir. Duygusal açıdan ise hastalık korku ve panik hissine neden olur. Birey her şeyi olabilecek en olumsuz yönüyle ele alır, moral seviyesi en alt düzeydedir. Davranışsal olarak ise hasta, kaygının kaynağından kaçma eğilimi gösterir

Korku ve kaygı önceleri çok sık ve eş anlamlı olarak kullanılan ancak birbiri ile aynı olmayıp benzerlik ve farkları olan iki ayrı terimdir. Korku nedeni bilinen ve dıştan gelen bir tehdit/tehlike karşısında hissedilen, bireyi savunmaya iten, birtakım bedensel ve ruhsal belirtiler veren duygu; kaygı ise, nedeni bilinmeyen, karmaşık ve içsel kaynaklı bir tehdide verilen tepkidir. Kaygı da korkuda olduğu gibi çeşitli ruhsal ve bedensel belirtilerinin bulunduğu bilinmektedir. Korkuya bağlı olarak gelişen bu bedensel ve ruhsal değişiklikler tehlikenin uzaklaşması ile birlikte kaybolur (Kayhan, 2003; Ala, 2007; Türe, 2006; Yaylacı, 2010; Pritchard, 2009; Uğur, 2000).

Korku, tehlike durumlarında kaçma eylemini başlatan bir duygudur. Bu duygunun varlığı da organizmayı uyarır, böylelikle bir uyanıklık hali oluşur, bu

uyanıklılık hali kaygı, kaygı korkuya, korku paniğe, panik durumu da stresin ortaya çıkmasına neden olur (Ala, 2007; Scovel, 1991).

Korkunun gelişimine ortam hazırlayabilecek faktörler;

- Ameliyat sırasında nelerin belirleneceği,
- Anesteziden uyanamama,
- Anestezi sırasında kimliğini ve denetimini kaybedeceği duygusu,
- Ameliyat nedeni ile ortaya çıkabilecek ağrı,
- Ameliyat sonrası bağımlılık, kendisine ve ailesine yeterli olamama duygusu,
- Beden imajındaki değişim, bedenin zarar göreceği duygusu,
- Bilgilendirilmiş onam alımı sırasında risklerin anlatılması,
- Ölüm korkusu,

olarak sıralanabilir (Aksoy, 2012; Cimilli, 2001).

4.2.1. Kaygı ve Korkunun Belirtileri

Organizmayı tehdit eden çevresel şartlar belirlediğinde kaçma ve savunma olarak ortaya çıkan bedensel cevaplar, otonom sinir sisteminin devreye girmesini sağlar. Bu sisten sempatik ve parasempatik sinir sistemi olarak iki bölümden oluşur ve bu sistem birbirine zıt fonksiyonlar gösterir (Yaylacı, 2010).

Yapılmış gözlem ve araştırmalar sonucunda korku ve kaygı durumlarında bireyde ortaya çıkan belirtiler saptanmıştır. Bunlar;

- Nabız artışı, aritmi, damarlarda vazokonstriksiyon, sistolik kan basıncında artma
- Solunum sıkıntısı, boğulma hissi, hiperventilasyon
- Mide spazmları, mide ağrıları, diare, bulantı,
- Aktifleşen böbrek fonksiyonları nedeniyle sık idrara çıkma
- Pupillalarda büyüme
- Piloereksiyon
- Kan şekeri artışı
- Terleme, tremor
- Damarlarda dilatasyon nedenli hipertermi

- Tükürük bezlerindeki işlevsellikte azalmaya bağlı ağız kuruluğu
- Yüksek sesle konuşma, gereksiz soru sorma gibi örnekler verilebilir.

Araştırmacılara göre tespit edilen bu belirtilerden 6 tanesinin 20-30 dakikada 3 ya da daha fazla kez tekrarlanması yüksek kaygı belirtisi olarak tanımlanmıştır (Yaylacı, 2010).

4.2.2.Cerrahi işlem ve Kaygı

Cerrahi girişim büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun, hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkiler. Her ameliyat kendine özel sorunlar yaratabilir. Bunun yanı sıra ameliyatın hasta üzerine bazı genel etkileri vardır. Bu etkiler;

- Ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması,
- Vasküler sistemin bozulması,
- Organ fonksiyonlarının bozulması,
- Enfeksiyona karşı direncin azalması,
- Beden imajının ve yaşam tarzının değişmesi olarak değerlendirilebilir.

Cerrahi işlem görecek olan hastalarda işlem kaygının başlı başına tek neden olabilir ve hastanın postoperatif döneminin kötü bir süreç olmasına neden olabilir. Ameliyat sırasında bilincinin kapalı olması hastaların en çok korktuğu durumdur, bunun nedeni yaşayacakları bilinmezi düşünürler ve bu durumdan korku duyarlar. Ameliyat sırasında vücudunun zarar göreceği veya acı hissedeceği düşüncesi de hastaların korku ve kaygı yaşamalarına neden olur (Kayhan, 2003;Gülseren, 1997).

4.3. Ameliyathanede Hemşirelik Bakımı

Ameliyathanede hemşirelik bakımı hastanın ameliyathaneye kabulü ile başlamaktadır (Aykent ve ark., 2007; Peker, 2004). Ameliyathanedeki hastanın hemşirelik bakım süreci içinde; ameliyat hazırlığının kontrol edilmesi, hastaya bekleme sürecinde psikolojik destek sağlanması, hasta ile terapötik iletişim kurulması, premedikasyon uygulaması, hastanın ameliyat masasına alınması, ameliyat için gerekli araç gereçlerin kontrol edilmesi, cilt hazırlığının ve uygun pozisyonun sağlanması, hasta güvenliğinin, konforunun ve mahremiyetinin sağlanması, oluşabilecek

komplasyonların önlenmesi ve hastaya ayılma odasında uygulanacak hemşirelik girişimleri yer alır (Aykent ve ark., 2007; Aksoy, 2003; Turgay, 2010; Demirel ve ark., 2001; Özbayır, 2010; Akyolcu,2003).

Perioperatif hemşirelik bakım girişimlerinin kalitesi, hastada cerrahi girişim ve ameliyathane ortamından kaynaklanan kaygıyı azaltacaktır (Yılmaz ve ark., 2011; Turhan, 2007; Aksoy, 2003). Ameliyathanelerin hasta için yabancı ve kalabalık bir ortam oluşu nedeniyle cerrahi hastaları yoğun kaygı yaşamaktadır (Akyolcu,2003; 10). Ameliyathaneler doğası gereği hastaların en savunmasız olduğu yerlerdir. Ameliyathane hemşiresinin, anestezinin etkisinde ve doku bütünlüğü bozulmuş olan hastaya, olası tüm olumsuzluklardan korumak için kaliteli bir bakım sunması gerekmektedir (Aksoy, 2003).

4.3.1. Psikolojik Destek Sağlama

Hastanın dinlenme ünitesinde geçirdiği süre içinde psikolojik olarak desteklenmesi en az ameliyat hazırlığının kontrolü kadar önemlidir (Çelik, 2011; Turgay, 2010; Erdil ve Erbaş, 2001). Hastanın dinlenme odasından ameliyat masasına nakline kadar geçen süre içinde perioperatif hemşirenin hastanın emosyonel iyilik durumunu desteklemesi gerekmektedir (Çelik,2011; ,Erdil ve Erbaş, 2001).

Hasta ameliyat olacağı ve sonrasını bilmediği içinde korkmakta, yoğun kaygı yaşamaktadır (Özbayır, 2010; Akyolcu, 2003; Dirik, 2001). Ameliyat sürecinde yoğun kaygı yaşayan bireyler ameliyat stresine uyum gösteremeyecek buna bağlı olarak komplikasyonlar gelişecek ve hastanın iyileşmesi gecikecektir (Leinonen and Leino-Kilpi, 2000; Ovayolu ve Bahar, 2006; Özbayır, 2002). Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımında ameliyatın hasta üzerine duygusal etkilerinin giderilmesi önemli yer tutmaktadır (Mutlu, 2006).

Dunne ve Sanders'in (2007) çalışmalarında da belirledikleri gibi, ameliyat öncesi, ameliyat odasına girmeyi beklemek hastalar için önemli kaygı nedenidir (Çelik, 2011; Özbayır, 2010). Yapılan çalışmalar hastaların ameliyathanede sağlık ekibinden beklentileri arasında ameliyat öncesi bekletilmeme ve rahatlatıcı şekilde konuşulması, ilgi ve hoşgörü gösterilmesinin yer aldığını belirlemiştir (Leinonen and Leino-Kilpi, 2000; Ovayolu ve Bahar, 2006; Cebeci ve Özhan, 2002). Kaygıyı azaltmak için hastalar

ameliyat vaktinden çok önce ameliyathaneye çağırılmamalı, ameliyatı bekledikleri odada sakin bir ortam oluşturulmalı, hemşireler iyi gözlem yapmalı ve bireyi tanımaya çalışmalıdır (Dunne and Sanders, 2007). Bireyle güven verici bir iletişim kurulmalı, korkularını açıklamasına fırsat verilmeli, dikkatle dinlenilmeli, bir birey olarak kabul edildiği ifade edilmeli, ameliyat boyunca yapılacak işlemler ve ameliyat sonrası duyabileceği ağrı konusunda açık anlaşılır bir dille bilgi verilmelidir. Perioperatif hemşire önyargılı olmamalı, ayrıca prosedürler hakkında gerekli açıklamalar yaparak hastayı desteklemelidir (Leinonen ve Leino-Kilpi, 2000; Yam and Rositter, 2000; Dirik, 2001). Hastalara ameliyattan sonra nerede uyanacakları, yakınlarını ne zaman görecekleri, ameliyatın aksilik durumları dışında tahmini olarak ne kadar süreceği ve ameliyat sonrasında olabilecek drenler konusunda da bilgi verilerek rahatlatılmalıdır (Özbayır,2010; Ovayolu ve Bahar, 2006). Dinlenme süresince hastaya müzik dinletilmesi de kaygıyı azaltmak için kullanılabilir bir girişimdir (Turgay, 2010; Özbayır, 2010). Psikososyal girişimlere kültürel, ruhsal ve dini inanışların tanımlanması ve bunlara saygı gösterilmesi de dahildir (Özbayır, 2010; Erdil ve Erbaş, 2001). Kaygıyı gidermek için sunulan hemşirelik bakımı sayesinde, ameliyat sonrasında daha az analjezik kullanılması, yaşam bulgularının daha kısa sürede düzene girmesi, strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonlarının daha az salınması ve ameliyat sonrasında hızlı iyileşme ve erken taburculuk için yardım sağlanmış olacaktır (Mutlu, 2006; Akyolcu, 2003; Okumuş ve Gürbüz 1992).

Tüm ameliyatlar hasta ve aile için olumsuz yaşam deneyimidir. Hastalığa ve ameliyata gösterilen tepkiler, kişiden kişiye ve hastalığın türüne göre farklılık gösterse de genel olarak kaygının artmasına ve baş etme yeteneğinin azalmasına neden olmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde hastanın fizyolojik hazırlıkları ile birlikte aynı zamanda psikolojik hazırlığının da iyi yapılması ameliyat sonrası süreçte hastanın bu dönemi daha iyi geçirmesine katkıda sağlar (Kayhan, 2003).

4.4. Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelerden Beklentileri

Hemşirelerin hastaları ile olan ilişkilerinin önemli bir tedavi aracı olarak kabul edildiği bilinmektedir. Aksoy'un (1982) aktardığı bilgide Mathaney ve Tepalis bu

ilişkinin hemşireliğin esası olduğunu belirtmiş ve hasta-hemşire ilişkisinin son derece önemli olduğunu vurgulamıştır.

Hastanın cerrahi girişim kararının alınması, servise kabul edilmesiyle başlayan ameliyat öncesi hazırlık devresinde hasta ile yakın temas içinde olan hemşire, hasta ve ailesini hayatlarında oluşan bu değişik dönemi olabildiğince rahat ve uyum içinde geçirmesine katkı sağlayacak en etken kişi hemşiredir. Hastanın duygularını rahatlıkla ifade edebilmesi, sormak istediklerini sorması için cesaretlendirilmesi, özel yardım gerektiğinde başvurabileceği kimseler konusunda aydınlatılması, hasta ve ailesine güvenilir bir ortamda oldukları duygusunu hissettirecektir (Aksoy, 1982)

Literatüre göre hemşirelerden bu dönemde yakınlık, ilgi-alaka, hoşgörü, güler yüz, tedavilere duyarlılık, açıklayıcı ve bilgici verici olmaları beklenmektedir (Toksal, 2005).

4.5. Hasta Eğitimi

1950'lerde kullanılmaya başlanan 'hasta eğitimi' terimi sağlık eğitimi, öğretim, bilgilendirme, bilgiyi davranışa dönüştürme gibi amaçlar için kullanılmıştır. Hasta eğitimi inanç, değer ve motivasyondan etkilenen sağlık davranışlarına ilişkin bilginin verilmesi veya sağlıkla ilgili bilgiyi elde etme, özümseme ve davranışa dönüştürme olarak tanımlanır. Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu (STFM) hasta eğitimini: 'Sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek' olarak tanımlamaktadır (Özer ve ark., 2002).

Profesyonel ameliyathane hemşiresinin rolü hasta ve ailesiyle dostça, sıcak bir ilişki kurarak kaygılarını hafifletmek, gerekli hatırlatmaları yapmak, soruları yanıtlamaktır (Lancaster 1997). Hemşire hastanın fiziksel ve duygusal durumunu değerlendirerek, ameliyathane ortamının hastayı nasıl etkilediğini belirlemelidir. Ameliyathane hemşiresi yapılan işlemleri açıklayarak ve hastanın sorularını yanıtlayarak kaygısının azalmasına yardımcı olmalıdır (Lancaster 1997, Litwack 1995).

Uzun (2000) çalışmasında hemşirelerin ameliyat öncesi eğitim ile ilgili yapılan çok sayıda araştırma ile ameliyat öncesinde verilen bilginin tedaviye uyma, memnuniyette artma, bulguları göğüslemede artış, ameliyat sonrası daha çabuk iyileşme, bağımsız fonksiyonlarda artma, kişisel bakım, fizyolojik ve psikolojik durumda iyileşme, ameliyat öncesi kaygı da azalma, ameliyat sonrasında olabilecek komplikasyonları ve hastanede kalma süresini azalttığını desteklediğini belirtmiştir. Ameliyat öncesi eğitim bireyin öğrenme ihtiyaçlarına göre belirlenmelidir. Hastaya eğitim verilecek ortamın hazırlanması, düzgün ve anlaşılır bir dil kullanılması, uygun zamanın seçilmesi, eğitimin etkinliğini artıran faktörler arasındadır. Uygulan hasta eğitimi ile yanlış anlamaları düzeltme, destek sağlama ve hastayı bu süreçte kendi ihtiyaçları doğrultusunda kendine olan sorumluluklarının farkına varması sağlanır. Ameliyat öncesi dönemde yapılan eğitim hastanın her bir sonraki adımda kendisini neyin beklediğini bilmesi, psikolojik ve fiziksel açıdan kendini daha iyi hissetmesine ve ameliyatına olumlu hissiyat ile bakmasını sağlamaktadır. Ameliyat öncesi eğitim almamış hastalarda bilgi eksikliği, ne ile karşılaşacağını bilememe ameliyat öncesi ve sonrası dönemde onların fiziksel ve emosyonel sıkıntılar yaşamasına neden olmaktadır. Bunların başlıcaları; kaygı, bilinmezlik korkusu, öfke, depresyon, kişisel fonksiyonlarını yerine getirememedir. Uygulanacak eğitim sistemli bir şekilde planlandığı ve gerekli duyarlılık gösterildiği durumda hastalar sağlık bakım sorumluluklarını üstlenmede aynı duyarlılığı göstermektedir. Hasta ameliyat öncesi kaygısını paylaşabildiği için kendini hazır hisseder ve verilmek istenen bilgiyi en verimli şekilde davranışa dönüştürerek alır. Hemşirelik bakımı kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olan hasta eğitimi hemşirelerin bu konuda güncel bilgilere sahip olmaları, bilinçli olmaları aynı zaman da eğitimin planlı olması ile verimli ve etkindir.

Hemşireler, cerrahi hastalarının ameliyat öncesi bilgi alma gereksinimlerinin olduğunu bu dönemdeki kaygılarını paylaşma ihtiyacı içinde olduğunu bilincinde olması ve ameliyat öncesi eğitimi hemşirelik bakımına eklemelidir. (Karadakovan ve Aslan, 2010; Özer, 2002; Uzun, 2000).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı Ve Şekli

Ameliyatlar hastalar ve hasta yakınları için olumsuz yaşam deneyimleridir. Ameliyat öncesindeki kaygı nedenlerinin en önemlilerinden birisi, bilinmeyen korkusudur. Bazı çalışmalarda preoperatif dönemde operasyon hakkında detaylı bilgilendirilen hastaların bu dönemde ki kaygı düzeylerinin düşük olduğu veya ortadan kalktığı ve postoperatif iyileşmenin daha hızlı olduğu gösterilmiştir(Turhan 2007, Karayurt 1998). Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde hastaların kaygı düzeyleri ve bilgi eksiklikleri incelenmesi gereken bir konudur.

Çalışma batın ameliyatı olacak hastalara preoperatif dönemde verilen eğitimin kaygı düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla kontrol gruplu yarı deneysel olarak yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Çalışma İstanbul ilinde özel bir hastanede 20 Kasım 2014- 30 Nisan 2015 tarihleri arasında yapıldı. Hastanede toplam 10 ameliyat salonu ve dört cerrahi servisi bulunmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 20 Kasım 2014- 30 Nisan 2015 tarihleri arasında batın ameliyatı olacak 310 hasta oluşturdu. Örneklem grubuna ise 20 Kasım 2014- 30 Nisan 2015 tarihleri arasında batın ameliyatı olacak hastalar kriterlere uyumları kontrol edilerek araştırmaya dahil edildi. Çalışmanın gücü, GPower 3.1 programında hesaplanmış olup %5 anlamlılık düzeyinde, %95 güç aralığında 28'er kişilik iki grupta yapılması uygun bulundu. Vaka kayıpları olabileceği göz önüne alınarak 20 Kasım 2014 - 30 Nisan 2015 tarihleri arasında planlanmış batın ameliyatı olacak, vaka seçim

kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 31 kontrol ve 30 deney grubu olmak üzere 61 hasta örneklem grubuna alındı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Batın ameliyatı olacak olması
- 18-60 yaş aralığında olması
- Psikiyatrik rahatsızlığı olmaması
- Bilgi formu ve ölçeğinin uygulanabilmesi için hastaların bilincinin açık olması ve iletişim engellerinin olmaması
- Sağlık personeli olmaması
- Elektif cerrahi olması
- İlk ameliyatı olması
- Araştırmaya katılımı kabul etmiş preoperatif dönem hastalar olması.

5.4. Grupların Belirlenmesi

Her hasta ile birebir yüz yüze görüşme yapılarak kriterlere uyan ve çalışmayı kabul eden hastalara çalışmanın amacı açıklandı. Kriterlere uyan hastalar randamize edilerek hastaneye geliş sırasına göre deney ve kontrol olarak gruplara dahil edildi.

5.5. Veri Toplama Araçları

5.5.1.Hasta Tanıtım Formu

Verilerin toplanması için tanıcı Hasta Tanıtım Bilgi Formu iki ayrı formda olup hastaların tanıtıcı özellikleriyle ilgili 19 ve 20 sorudan oluşur(Ek-1). Deney grubu için bu forma uygulanan eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla bir farklı soru yöneltildi.

5.5.2. Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği ve Puanlama Sistemi

Kendini değerlendirme anketi 1970 yılında ABD’de Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe formu geçerlilik güvenilirliği Öner ve Le Compte

tarafından yapılmıştır. Asıl adı “Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği” (DSKO) olan formun, bireylerin çekinmeden ve içtenlikle soruları yanıtlamalarını kolaylaştırmak amacı ile “kendini değerlendirme anketi” olarak kullanılması yazarlar tarafından önerilmektedir. Kırk maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. İlk yirmi soru hastanın durumluk kaygı düzeyini, diğer yirmi soruda sürekli kaygı düzeyini ölçmektedir. Durumluk kaygı ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda, kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak yanıtlamasını gerektirir. Sürekli kaygı ölçeği ise; bireyin kendini genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Hastalar durumluk kaygı ölçeğini okurken o andaki duygularının şiddetine göre, ölçek maddelerinin her birini, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok, (4) Tamamıyla ifadelerden biriyle yanıtlamışlardır. Sürekli kaygı ölçeğini okurken ölçek maddelerinin her birini (1) Nadiren, (2) Bazen, (3) Çoğu Zaman, (4) Hemen Her Zaman ifadelerinden biriyle yanıtlamışlardır. Ölçeklerde iki tur ifade bulunur. Bunlar doğrudan ya da düz (direct) ve tersine dönmüş (reserve) ifadelerdir. Duruma bağlı kaygı ölçeğinde doğrudan (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18’inci maddeler) ve tersine dönmüş ifadeler (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20’inci maddeler) yer almaktadır. Sürekli kaygı ölçeğinde de doğrudan (22,23,24,25,28,29,31,32,34,37,38 ve 40’inci maddeler) ve tersine dönmüş ifadeler (21,26,27,30,33,36,39’uncu maddeler) bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise, olumlu duyguları dile getirir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken, bir ağırlık değerinde olanlar dörde, dört ağırlık değerindekiler ise bire dönüşür. Doğrudan ifadelerde, dört değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterirken, tersine dönmüş ifadelerde, bir değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı gösterir. Öner’in belirttiğine göre, Spielberg’in durumuna bağlı sürekli kaygı ölçeğinde;

0-19 puan kaygı yok

20-39 puan hafif kaygı

40-59 puan orta düzeyde kaygı

60-79 puan ağır düzeyde

80- ve üzeri puan panik olarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin Türkçe uyarlanmasında alfa korelasyonları ile saptanan güvenilirlik katsayılarının durumluk kaygı ölçeği için .83 ile .92 arasında, sürekli kaygı ölçeği için

.83 ile .87 arasında olduğu saptanmıştır (Kartopu, 2012; Sargın, 1990, Öner, 1985).

Çalışmada sürekli kaygı ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0,87; durumluk kaygı ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0,96 olarak çok yüksek bulunmuştur.

5.5.3. Hasta Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi

Araştırmacı tarafından literatür taramaları sonucunda oluşturulan ‘Ameliyathane Ortamı Bilgi Formu’ eğitim kitapçığı hastaya ameliyat öncesi bilgi vermek amacıyla yazılmıştır. Kitapçık hastanın yattığı servisten ameliyathaneye transferi, ameliyat öncesi hazırlık, ameliyat esnası ve ameliyat sonu hastanın nelerle karşılaşacağı konusunda bilgiler ve resimler içermektedir.(Ek-5)

5.6.Verilerin Toplanması

Kurumun klinik rutinde ameliyat olmak üzere kuruma yatışı yapılan hastalara buldukları servislerde primer hemşireleri tarafından ameliyat öncesinde hastane ortamı, buldukları servis, ameliyathaneye nasıl inecekleri, sonrasında bakımları için neler yapılacağı konularında bilgi verilmektedir. Ameliyathaneye inmeleri için uygun kıyafetler giydirilmektedir, üzerlerinde metal eşya olup olmadığı, takı-toka, herhangi bir protez veya lens olup olmadığı sorgulanıp çıkarılması sağlanmaktadır, hastane rutinleri uygulanıp bakımları verilmektedir.

Tüm hastalar ameliyat olacakları günden bir önceki gün araştırmacı tarafından ziyaret edilerek araştırmacı kimliğini açıkladı, araştırma hakkında bilgi verildi, hastalardan katılım için sözlü ve yazılı onam alındı (Ek-3). Deney ve kontrol grubu olmak üzere tüm hastalara ilk olarak Hasta Tanıtım Bilgi Formu (Ek-1) ve ardından Süreklilik-Kaygı Ölçeği uygulandı (Ek-2).

Deney grubu hastalarına ameliyatlarından en az altı saat öncesinde uygun bir ortam hazırlanarak araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan eğitim kitapçığı içeriği takiben 10±5 dakika süren eğitim verildi (Ek-4). Hastaların eğitim sürecinde soru sormalarına izin verilip soruları cevaplandı. Ayrıca deney grubu

hastalarına kontrol grubundan farklı olarak yapılan eğitim sonrasında eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla hasta tanıtım bilgi formunda yer alan bir soru daha yöneltildi. Eğitim sonunda hazırlanmış olan eğitim materyali hastalara teslim edildi.

Tüm hastalara ameliyata gitmeden önceki bir saat içerisinde araştırmacı tarafından Durumluk-Kaygı ölçeği uygulandı (Ek-2).

Yapılan eğitim ve ölçeklerin uygulanması sürecinde tüm hastalar ile bire bir yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacının kendisi tarafından veriler toplandı.

5.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Gruplu değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi kullanılmıştır.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Man Whitney-U testi ve t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tanımlayıcı olarak Man Whitney-U Testi testi kullanılmıştır.

Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

5.8.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna dair Haliç Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alındı (Ek-7). Uygulamaya geçmeden önce çalışmanın yapılacağı kurumdan yazılı

izin alınmıştır (Ek-5, Ek-6). Araştırma öncesinde araştırma kapsamına alınan tüm hastalardan yazılı onam alındı (Ek-3).

- Katılımcılara çalışmanın amacı, planı, süresi ve kendisinden ne beklendiği açıklanarak **isteklilik**, **gönüllülük** ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için **'bilgilendirilmiş onam'** alınmıştır,
- Kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacı dışında başka kimseyle paylaşılmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek **'sadaikat-gizlilik'** ilkesine bağlı kalınmış,
- Çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılımdan istedikleri zaman vazgeçebilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin hakları konusunda sözel olarak bilgilendirildi ve **'otonomi'** ilkesine saygı gösterildi,
- **'Zarar vermeme yarar sağlama'** ilkesine sadık kalınarak hastaların, tıbbi tedavi ve bakım gereksinimlerinin aksatılmadan sürdürülmesi sağlanmış,
- Bütün toplanan formlar araştırmacı tarafından dosyalanmış ve hastalara ait kimlik bilgileri gizli tutulmuştur.

5.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma özel bir hastanede yapıldığı için sonuçlar genellenemez. Çalışma ilk kez batın ameliyatı olacak hastalarda yapılacağı için kriterlerimize uygun vakaları bulmak zaman almıştır. Vakaların sorulan sorulara içtenlikle cevap verdikleri kabul edilmiştir.

6. BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın amacı için, araştırmaya katılan batın ameliyatı olacak hastalardan toplanan verilerin analizi sonucunda elde ettiğimiz bulgular yer almaktadır. Bulgular dört başlık altında toplanmıştır, gerekli açıklama yorumlar yapılmıştır.

1. Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular,
2. Süreklilik Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular,
3. Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular,
4. Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamasının Deney Grubu Değişkenleri İle Karşılaştırılmasına Ait Bulgulardır.

6.1. Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Bu bölümde grupların tanıtıcı özelliklerine ait verilerden elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 6.1.1. Grupların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=61)

		Deney grubu		Kontrol grubu		x ² , p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	16	53,3	15	48,4	x ² =0,14 p=0,44
	Erkek	14	46,7	16	51,6	
Medeni Durum	Evli	6	20,0	15	48,4	x ² =5,44 p=0,01
	Bekar	24	80,0	16	51,6	
Öğrenim Durumu	Lise	5	16,7	1	3,2	x ² =5,53 p=0,13
	Ön Lisans	8	26,7	6	19,4	
	Lisans	17	56,6	24	77,4	
Çalışma Durumu	Evet	15	50,0	25	80,6	x ² =6,34

	Hayır	15	50,0	6	19,4	p=0,01
Sosyal Güvence	Özel Sağlık Sig.	28	93,3	25	80,6	x ² =8,15 p=0,01
	Sgk	-	0,0	6	19,4	
	Yok	2	6,7	-	-	
Gelir Durumunuz	Gelir Giderden Az	1	3,3	-	-	x ² =1,07 p=0,58
	Gelir Gidere Denk	22	73,3	24	77,4	
	Gelir Giderden Yüksek	7	23,3	7	22,6	
En Çok Yaşanılan Yer	İl Merkezi	27	90,0	27	87,1	x ² =0,12 p=0,51
	İlçe	3	10,0	4	12,9	
Aile Tipi	Çekirdek	29	96,7	30	96,8	x ² =0,00 p=0,74
	Geniş	1	3,3	1	3,2	
Evde Bakmakla Yükümlü Olunan Kimse Var mı?	Evet	1	3,3	4	12,9	x ² =1,85 p=0,18

Araştırmada grupların sosyo-demografik özelliklerin dağılımlarına bakıldığında gruplar arasındaki istatistiksel olarak çoğunlukta benzer özelliklere ve az sayıda da farklı özelliklere rastlandığı tespit edildi (Tablo 6.1.1).

İlk olarak cinsiyet ile grup arasındaki ilişkiye bakıldığında tabloda da görüldüğü gibi; istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Deney grubu hastalarının %53,3'ü ($n=16$) kadın, %46,7'sinin ($n=14$) erkek; kontrol grubu hastalarının %48,4'ünün ($n=15$) kadın, %51,6'sının ($n=16$) erkek olduğu belirlendi.

Medeni durum ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$). Deney grubunun %20,0'sinin ($n=6$) evli, %80,0'nin ($n=24$) bekar olduğu saptandı.

Öğrenim durumu ile grup arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Deney grubunun çoğunluğunun %56,6'sının lisans, ($n=17$) ; kontrol grubunun ise %77,4'ünün ($n=24$) lisans mezunu olduğu saptandı.

Çalışma durumu ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. ($p < 0.05$). Deney grubunun %50,0'sinin ($n=15$) çalışıyor olduğu; kontrol grubunun %80,6'sının ($n=25$) çalışıyor olduğu belirlendi.

Sosyal Güvence ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p < 0.05$). Deney grubunun %93,3'ünün ($n=28$) özel sağlık sigortasının olduğu, kontrol grubunun ise %80,6'sının ($n=25$) özel sağlık sigortasının olduğu görüldü.

Gelir durumu ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$). Deney grubunun %73,3'ünün ($n=22$) gelirinin gidere denk olduğu, %23,3'ünün ($n=7$) gelirinin giderden yüksek olduğu; kontrol grubunun ise %77,4'ünün ($n=24$) gelirinin gidere denk olduğu, %22,6'sının ($n=7$) gelirinin giderden yüksek olduğu belirlendi.

En çok yaşanan yer durumu ile grup arasında anlamlı fark belirlenmedi ($p > 0.05$). Deney grubunun %90,0'ının ($n=27$), kontrol grubunun %87,1'inin ($n=27$) il merkezinde yaşadığı belirlendi.

Aile tipi durumu ile grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). Deney grubunun %96,7'sinin ($n=29$) çekirdek aile tipine sahip olduğu; kontrol grubunun %96,8'inin çekirdek ailesi olduğu, %3,2'sinin ($n=1$) geniş aile tipine sahip olduğu belirlendi.

Evde bakmakla yükümlü olunan kimse var mı durumu ile grup arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Deney grubunun %96,7'sinin ($n=29$), kontrol grubunun ise %87,1'inin ($n=27$) hayır yanıtı verdiği görülmektedir (Tablo 6.1.1).

Tablo 6.1.2. Grupların Preoperatif Dönemde Buldukları Servise Uyum Sağlama Durumları ve Karşılaştırılması (N=61)

		Deney		Kontrol		χ^2 , p
		n	%	n	%	
Bulunulan Servise Uyum Sağlama Durumu	Evet	5	16,7	7	22,6	$\chi^2=5,68$ p=0,05
	Hayır	5	16,7	-	0,0	
	Kısmen	20	66,7	24	77,4	

Bulduğunuz servise uyum sağladınız mı durumu ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p \geq 0.05$). Deney grubunun %16,7'sinin (n=5) evet, %16,7'sinin (n=5) hayır, %66,7'sinin (n=20) kısmen; kontrol grubunda ise %22,6'sının (n=6) evet, %77,4'ünün (n=24) kısmen yanıtını verdiği görülmektedir (Tablo 6.1.2)

Tablo 6.1.3. Grupların Ameliyatları Hakkında Daha Önce Eğitim Almış Olma Durumları ve Karşılaştırılması (N=61)

		Deney		Kontrol		χ^2 , p
		n	%	n	%	
Ameliyatı Hakkında Daha Önce Eğitim Alma Durumu	Evet	11	36,7	16	51,6	$\chi^2=1,38$ p=0,18
	Hayır	19	63,3	15	48,4	

Ameliyatınız hakkında daha önce eğitim aldınız mı durumu ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Deney grubunun %36,7'sinin (n=11) evet , %63,3'ünün (n=19) ise hayır yanıtını verdiği; kontrol grubunda ise %51,6'sının (n=16) evet, %48,4'ünün (n=15) hayır yanıtını verdiği saptandı (Tablo 6.1.3)

Tablo 6.1.4. Grupların Daha Önce Aldıkları Eğitimle Ameliyatları Hakkındaki Sorularına Cevap Bulabilme Durumları ve Karşılaştırılması (N=61)

		Deney		Kontrol		χ^2, p
		n	%	n	%	
Ameliyat Hakkındaki Sorulara Cevap Bulabilme Durumu	Evet	2	6,7	3	9,7	$\chi^2=10,40$ $p=0,00$
	Hayır	25	83,3	14	45,2	
	Kısmen	3	10,0	14	45,2	

Tablo 6.1.4'te görüldüğü ameliyatınız hakkındaki sorulara cevap bulabilme durumu ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Deney grubunun (%6,7) (n=2) evet, %83,3'ünün (n=25) hayır, %10'unun (n=3) kısmen cevabını verdiği; kontrol grubunun %9,7'sinin (n=3) evet, %45,2'sinin (n= 14) hayır, %45,2'sinin (n=14) kısmen yanıtını verdiği görülmektedir (Tablo 6.1.4)

Tablo 6.1.5. Grupların Sigara ve Alkol Kullanım Durumlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=61)

		Deney		Kontrol		χ^2, p
		n	%	n	%	
Sigara Kullanımı	Evet	13	43,3	13	41,9	$\chi^2=0,01$ $p=0,55$
	Hayır	17	56,7	18	58,1	
Alkol Kullanımı	Evet	22	73,3	21	97,7	$\chi^2=0,22$ $p=0,42$
	Hayır	8	26,7	10	32,3	

Sigara kullanma yılı durumu ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Deney grubunun %43,3'ünün (n=13) evet, %56,7'sinin (n=17)

hayır cevabını verdiği; kontrol grubunda ise %41,9 (n=13) evet, %58,1'inin (n=18) hayır cevabını verdiği görülmektedir.

Alkol Kullanım durumu ile grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Deney Grubunun %73,3'ünün (n=22), kontrol grubunda ise %67,7'sinin (n=21) evet yanıtı verdiği, 10'unun %32,3'ünün (n=10) hayır yanıtı verdiği görülmektedir (Tablo 6.1.5)

Tablo 6.1.6. Hastalara Yapılacak Ameliyatların Dağılımı (N=61)

		Deney grubu		Kontrol grubu		χ^2 , p
		n	%	n	%	
Olacağınız Ameliyat Nedir?	Apandektomi	8	26,7	4	12,9	$\chi^2=3,140$ p=0,535
	İnguinal Herniektomi	9	30,0	10	32,3	
	Laparoskopik Kolesistektomi	9	30,0	11	35,5	
	Sleeve Gastrektomi	4	13,3	6	19,4	

Olunacak Ameliyat ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Deney grubunun %26,7'sinin (n=8) apandektomi, %30,0'unun (n=9) inguinal herniektomi, %30,0'unun (n=9) laparoskopik kolesistektomi, %13,3'ünün (n=4) sleeve gastrektomi; kontrol grubunun %12,9'unun (n=4) apandektomi, %32,3'ünün (n=10) inguinal herniektomi, %35,5'i (n=11) laparoskopik kolesistektomi, %19,4'ünün (n=6) sleeve gastrektomi olduğu görülmektedir (Tablo 6.1.6)

Tablo 6.1.7. Deney Grubuna Verilen Eğitimin Ameliyatları Ve Ameliyathane Ortamı İle İlgili Sorularına Cevap Verme Durumu (N=61)

	Deney grubu	n	%
Aldığınız Eğitimle Ameliyatınız Ve Ameliyathane Hakkındaki Kafanızda Oluşan Tüm Sorularınıza Cevap Bulabildiniz mi?	Evet	30	100,0
	Hayır	-	-

Deney Grubu katılımcılarına verilen eğitimle Ameliyat ve Ameliyathane Hakkındaki Kafanızda Oluşan Tüm Sorularınıza Cevap Bulabilme Durumu ile grup arasında anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Deney grubunun %100,'ünün evet, cevabını verdiği görülmektedir (Tablo 6.1.7)

Tablo 6.1.8. Yaş, Sigara Kullanım Yılı Durumlarının Gruplara Göre Ortalamaları(N=61)

	Grup	n	ort	Ss	t	p
Yaş Ortalaması	Eğitim Verilen	30	26,77	6,27	-2,22	0,03
	Eğitim Verilmeyen	31	30,29	6,07		
Sigara Kullanımı Evetse Yılı?	Eğitim Verilen	13	9,00	6,36	0,37	0,71
	Eğitim Verilmeyen	13	8,23	3,76		

t-testi

Araştırmaya katılan hastaların yaş puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$). Kontrol grubunun yaş ortalamaları ($\bar{x}=30,29 \pm 6,07$), deney grubunun yaş ortalamasından ($26,770 \pm 6,27$) yüksek bulunduğu gözlemlendi.

Araştırmaya katılan hastaların sigara kullanım yılı puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.1.8).

6.2. Sürekli Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular

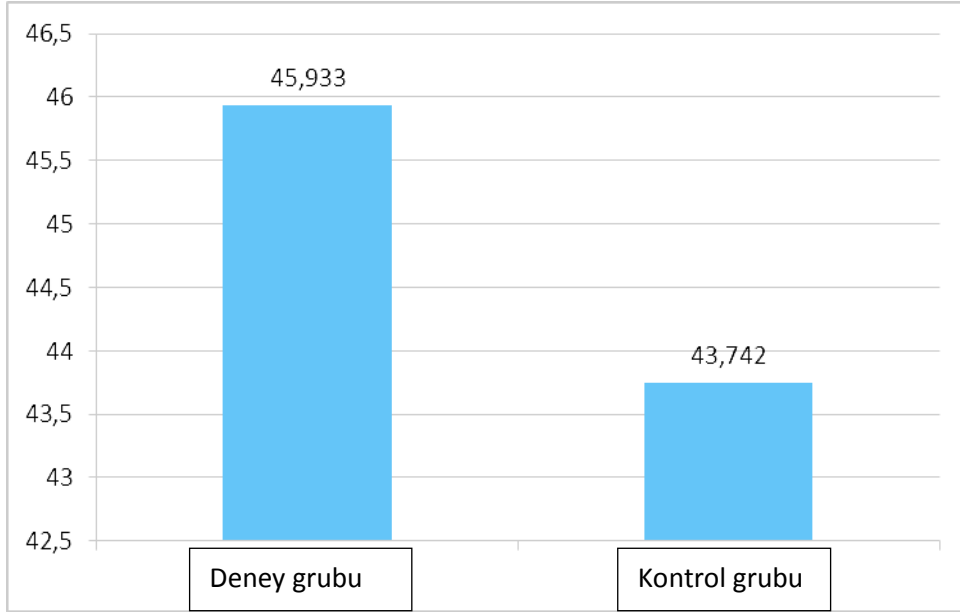
Tablo 6.2.1. Sürekli Kaygı Düzeylerinin Gruplara Göre Dağılımı (N=61)

	Grup	n	ort	Ss	t	p
Sürekli Kaygı	Deney grubu	30	45,93	4,57	2,265	0,029
	Kontrol grubu	31	43,74	2,79		

t-testi

Sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Araştırmaya katılan gruplardan deney grubunun ($45,93 \pm 4,57$) ve kontrol grubunun ($43,74 \pm 2,79$) sürekli kaygı düzeyi orta düzeyde olduğu saptandı (Tablo 6.2.1).

Grafik 6.2.1. Grupların Sürekli Kaygı Düzeyi Grafiği



6.3. Durumluk Kaygı Ölçeğine Ait Bulgular

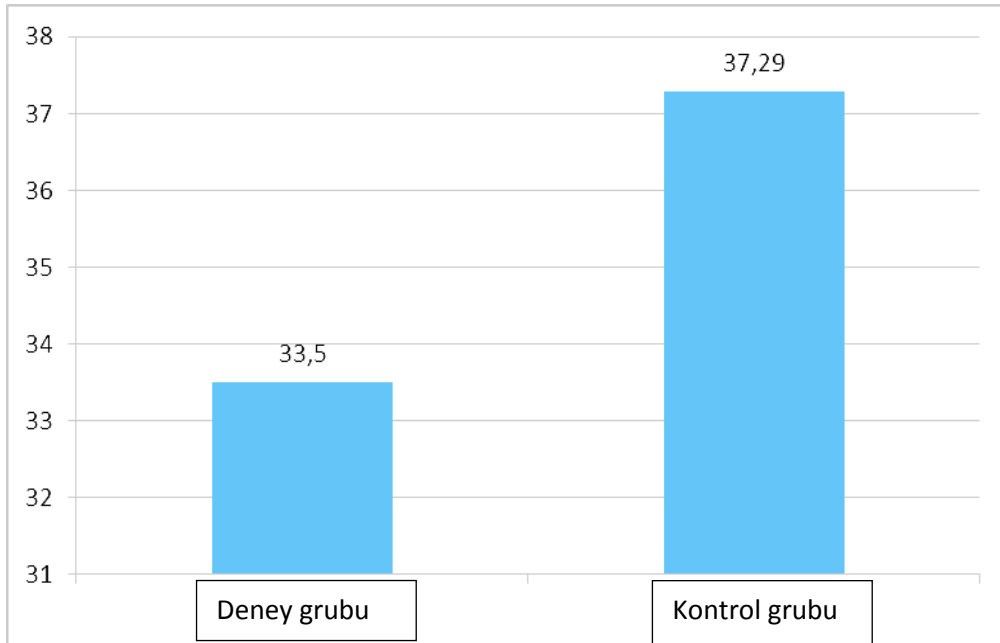
Tablo 6.3.1. Durumluk Kaygı Düzeylerinin Gruplara Göre Dağılımı (N=61)

	Grup	n	ort	ss	t	P
Durumluk Kaygı	Deney grubu	30	33,50	2,88	-4,237	0,000
	Kontrol grubu	31	37,29	3,99		

t-testi

Durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$). Araştırmaya katılan deney grubunun ($33,50\pm 2,88$) ve kontrol grubunun ($37,29\pm 3,99$) durumluk kaygı düzeyinin hafif düzeyde olduğu saptandı (Tablo 6.3.1)

Grafik 6.3.1. Grupların Durumluk Kaygı Düzeyi Grafiği



6.4. Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamasının Deney Grubu Değişkenleri İle Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 6.4.1. Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamasının Cinsiyet Değişkeni İle Karşılaştırılması (N=30)

	Grup	n	ort	ss	mw	p
Durumluk Kaygı	Kadın	16	33,25	2,08	95,50	0,48
	Erkek	14	33,78	3,66		

Mann Whitney-U

Araştırmaya katılan deney grubunun durumluk kaygı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.4.1)

Tablo 6.4.2. Durumluk Kaygı Puan Ortalamasının Medeni Durum Değişkeni İle Karşılaştırılması (N=30)

	Grup	n	ort	ss	mw	p
Durumluk Kaygı	Evli	6	35,50	3,78	39,00	0,08
	Bekâr	24	33,00	2,46		

Mann Whitney-U

Araştırmaya katılan deney grubunun kaygı puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.4.2)

Tablo 6.4.3. Durumluk Kaygı Puan Ortalamasının Deney Grubu Öğrenim Durumu Değişkeni İle Karşılaştırılması (N=30)

	Grup	n	Ort	ss	kw	p
Durumluk Kaygı	Lise	5	32,60	4,66	0,34	0,84
	Ön Lisans	8	34,25	2,81		
	Lisans	17	33,41	2,37		

Kruskal Wallis H

Araştırmaya katılan hastaların durumluk kaygı puanları ortalamalarının öğrenim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasında anlamlı fark gözlenmedi ($p>0.05$) (Tablo 6.4.3)

Tablo 6.4.4. Durumluk Kaygı Puan Ortalamasının Deney Grubu Çalışma Durumu Değişkeni İle Karşılaştırılması (N=30)

	Grup	n	Ort	ss	mw	p
Durumluk Kaygı	Evet	15	34,60	2,58	59,00	0,02
	Hayır	15	32,40	2,82		

Mann Whitney-U

Araştırmaya katılan deney grubunun durumluk kaygı puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.4.4). Çalışanların durumluk kaygı puanları ($x=34,600$), çalışmayanların durumluk kaygı puanlarından ($x=32,400$) yüksek bulundu.

Tablo 6.4.5 Durumluk Kaygı Puan Ortalamasının Deney Grubu Sosyal Güvence Durumları Değişkeni İle Karşılaştırılması (N=30)

	Grup	N	ort	ss	mw	p
Durumluk Kaygı	Özel Sağlık Sig.	28	33,60	2,96	14,00	0,24
	Yok	2	32,00	0,00		

Mann Whitney-U

Araştırmaya katılan deney grubunun durumluk kaygı puanları ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.4.5)

Tablo 6.4.6. Durumluk Kaygı Puan Ortalamasının Deney Grubu Katılımcılarının Bulunulan Servise Uyum Sağlama Durumu Değişkeni İle Karşılaştırılması (n=30)

	Grup	n	ort	ss	kw	p
Durumluk Kaygı	Evet	5	31,80	1,924	3,33	0,18
	Hayır	5	32,80	2,683		
	Kısmen	20	34,10	3,024		

Kruskal Wallis H

Araştırmaya katılan deney grubunun durumluk kaygı puanları ortalamalarının hastaların buldukları servise uyum sağlama durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.4.6)

Tablo 6.4.7. Durumluk Kaygı Puan Ortalamasının Sigara Kullanma Değişkeni ile Karşılaştırılması (n=30)

	Grup	n	ort	ss	mw	p
Durumluk Kaygı	Evet	13	34,53	2,14	68,00	0,07
	Hayır	17	32,70	3,17		

Mann Whitney-U

Araştırmaya katılan deney grubunun durumluk kaygı puanları ortalamalarının sigara kullanma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.4.7)

Tablo 6.4.8. Durumluk Kaygı Puan Ortalamasının Deney Grubu Yaş Ortalaması Arasındaki İlişki (n=30)

		Yaş	Durumluk Kaygı
Yaş	R	1,00	
	P	0,000	
Durumluk Kaygı	R	0,363*	1,000
	P	0,049	0,000

Araştırmaya katılan deney grubu hastalarının durumluk kaygıları ve yaş ortalamaları arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu gözlemlendi ($r=0.363$; $p=0,049<0.05$). Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 6.4.8)

7. TARTIŞMA

Çalışma; batın ameliyatı olacak hastalara preoperatif dönemde verilen eğitimin bu dönemdeki kaygı düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte ve kontrol gruplu yarı deneysel olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini 30 deney grubu ve 31 kontrol grubu olmak üzere 61 hasta oluşturdu. Veri toplamak amacıyla, Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-2) kullanıldı.

Literatürde özellikle bireyin sağlıklı halini devam ettirme ve iyileşme halinin sürekliliği adına bilgi sahibi olması, problemleriyle başa çıkmaya dair yeti kazanması hemşirelerin eğitici rolü dahilinde değerlendirilmektedir (Kain, Mayes ve Cicchetti, 1997). Araştırmadaki katılımcı hastaların, cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde, deney ve kontrol grubunun arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6.1.1). Grupların cinsiyet yönünden denk olduğu görülmektedir. Erdem ve ark. (2012) çalışmalarında benzer sonuca ulaştıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların kaygı düzeylerine dair bulgular incelendiğinde; araştırma sorularını cevaplar nitelikte kontrol grubunun durumluk kaygı puanı ($x=37,290$), deney grubu durumluk kaygı puanlarından ($x=33,500$) yüksektir (Tablo 6.3.1) İki grup arasında deney grubunun durumluk kaygı düzeyinin düşük olması eğitimin etkinliğini göstermektedir. Literatürde, kaygı varlığı ve düzeyinin ağrıyı arttırdığı ifade edilmektedir (Lindeman, 1988). Bu yüzden preoperatif eğitim kaygı ile başa çıkmada özellikle önemli kabul edilmektedir. Diğer taraftan, deney grubu hastalarının sürekli kaygı puanları ($x=45,933$), kontrol grubu hastalarının sürekli kaygı puanlarından ($x=43,742$) yüksektir (Tablo 6.2.1).

Deney grubu hastalarının cinsiyet durumlarının durumluk kaygı puan ortalaması ile karşılaştırılmasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 6.4.1) Literatürde; Erdem ve ark. (2012), Yıldız (2011), Demir ve ark. (2010) araştırmalarında çalışmamızla aynı bulgulara ulaşılmışken, Güz ve ark. (2003), Turhan (2007), Turhan ve ark. (2012), Taşdemir ve ark. (2013)'nın yaptığı araştırmalarda kadınlarda kaygı düzeyinin daha yüksek olduğunu bulgulayan sonuçlara ulaşılmıştır.

Deney grubu hastalarının yaş ortalamalarının durumluk kaygı puan ortalaması ile karşılaştırılmasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu gözlemlendi

($r=0.363$; $p=0,049<0.05$) (Tablo 4.6.9) Bu bulguda yaş arttıkça durumluk kaygının arttığı saptandı. Yapılan Duman ve ark. (2003), ile Yıldız (2011), çalışmalarında da ele alınan bu değişken anlamlı değişken olarak değerlendirilmemiştir, onlara göre her yaş dönemi durumluk kaygı düzeyinde etkilidir.

Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, çoğunluğunun lisans mezunu olduğu görülmektedir. Eğitim verilen grubun %53,3'ü ($n=16$), eğitim verilmeyen grubun %77,4'ü ($n= 24$) lisans mezunudur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p<0.05$) (Tablo 6.1.1). Eğitim düzeyi ile preoperatif eğitim ilişkisinin incelendiği Bölükbaş ve Türköz (2002)'ün çalışmasında hastaların eğitim düzeyleri ile hemşirelik bakımını ve eğitimi değerlendirmeleri arasında anlamlı fark ifade etmişlerdir. Hastaların eğitim düzeyi arttıkça hemşirelik bakımının yeterliliğinin daha düşük algılandığını belirtmişlerdir. Yine Qasimi'nin (2007) çalışmasında ise bizim çalışmamızla benzer olarak üniversite mezunu oranı yüksek çıkmıştır.

Deney grubu hastalarının durumluk kaygı puanları ortalamalarının öğrenim durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasında anlamlı fark gözlenmedi ($p>0.05$) (Tablo 6.4.3) Yapılan Sağır ve ark. (2012), ile Turhan ve ark. (2012) araştırmalarında da çalışmamızla aynı bulgulara ulaşılmıştır. Öte yandan Kayhan (2003), Demir ve ark. (2010) araştırmalarında, artan eğitim düzeyi ile birlikte kaygının arttığını bildirmişlerdir.

Hastaların çalışma durumuna göre dağılımı incelendiğinde, eğitim verilen grubun %50'si ($n=15$) çalışmazken %50'si ($n=15$) çalıştığı görülmektedir. Eğitim verilmeyen grubun %80,6'sı ($n= 25$) çalışmaktadır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 6.1.1). Bunun nedeni deney grubunda çok sayıda bekar olmasına bağlanabilir.

Deney grubu hastalarının kaygı puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Çalışanların durumluk kaygı puanları ($x=34,600$), çalışmayanların durumluk kaygı puanlarından ($x=32,400$) yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.4.4)

Hastaların medeni durumuna göre dağılımı incelendiğinde, deney grubunun %80'i (n=24) bekar iken, kontrol grubun %51,6'sının (n=16) evli olduğu görülmektedir (p>0.05). İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05) (Tablo 6.1.1). Kontrol grubunun yarısından fazlası evli iken deney grubunun çoğunluğunun bekar olduğu görüldü.

Deney grubu hastalarının durumluk kaygı puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (p>0,05) (Tablo 6.4.2). Yıldız, (2011), Gökgündüz, (2005), Demir ve ark. (2010) çalışmalarında da medeni durumun, kaygı düzeyinde etkili bir değişken olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu evli ya da bekar birey üzerinde ameliyatın benzer düzeyde kaygıya neden olduğunu göstermektedir. Okanlı, Özer, Akyıl ve Kaçkar (2006) çalışmasında preoperatif kaygı ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmiştir. Bu bulgular çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

“Aldığınız eğitimle ameliyatınız hakkındaki sorularınıza cevap bulabildiniz mi?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde; deney grubunun %6,7'sinin (n=2) evet, %83,3'ünün (n=25) hayır, %10,0'unun (n=3) kısmen dediği; kontrol grubunun %9,7'sinin (n=3) evet, %45,2'sinin (n=14) hayır, %45,2'ünün (n=14) kısmen dediği saptandı. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 6.1.4).

Deney grubu hastalarının durumluk kaygı puanları ortalamalarının daha önce ameliyatları hakkında eğitim alma durumları değişkenine göre grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 6.4.6).

Deney grubu hastaların durumluk kaygı puanları ortalamalarının daha önce ameliyatları hakkında aldıkları eğitimle sorularına cevap bulma durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 6.4.7). Bu bulgu hastaların planlanan eğitim öncesinde aldıkları eğitimde yeterli bilgi alamadıklarını düşündürmüştür.

Hastaların sosyal güvence durumuna göre dağılımı incelendiğinde, kontrol grubunun %93,3'ünün (n=28) özel sağlık sigortası varken, %6,7'sinin (n=2) hiçbir

sigortası olmadığı görülmektedir. Eğitim verilmeyen hastaların ise %80,6'sının (n=25) özel sağlık sigortasına, %19,4'ünün (n=6) SGK güvencesine sahip olarak görülmektedir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 6.1.1). Bunun nedeni özel sigorta varlığının dikkat çekici oranda yüksek oluşudur. Buda araştırmanın yapıldığı hastanenin tam donanımlı özel bir hastane olmasına bağlanabilir.

Deney grubu hastalarının durumluk kaygı puanları ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.4.5). Literatürde bu değişkenin ele alınan bir değişken olmadığına rastlanmıştır (Yıldız, 2011).

Deney grubuna yöneltilen “Aldığınız Eğitimle Ameliyatınız Ve Ameliyathane Hakkındaki Kafanızda Oluşan Tüm Sorularınıza Cevap Bulabildiniz mi?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde; eğitim verilenlerin 30'unun (%100,0) evet dediği görülmektedir (Tablo 6.1.7). Dolayısıyla eğitimin etkinliği dikkat çekmektedir. Bu bulgu, hastaların karşılaştıkları durumlardan haberdar oldukları ile yorumlanabilir. Çalışmamızın bu bulgusu Özbayır (2003) bulguları ile paraleldir.

Hastaların yaş durumuna göre dağılımı incelendiğinde, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Kontrol grubunun yaş puanları diğer gruptan anlamlı düzeyde yüksektir.

Literatürdeki ilgili çalışmalar incelendiğinde; Oflaz ve Vural'ın (2010) yatan hastaların kaygı düzeyleri ile ilgili değişkenleri araştırdığı çalışmasında cerrahi kliniklerde yatan hastaların kaygı düzeylerini diğer kliniklerde yatan hastalara nazaran anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ($p<0,005$) vurguladığı görülmektedir. Bunun nedeni cerrahi klinik içerisinde de operasyonun öne çıkması ve kontrolün elden çıktığını, ölüme dair kaygının arttığını ifade ederek açıklamışlardır. Araştırmaya katılan gruplardan deney grubunun ($45,93 \pm 4,57$) ve kontrol grubunun ($43,74 \pm 2,79$) sürekli kaygı düzeyi orta düzey de olduğu saptandı (Tablo 6.2.1). Gürsoy (2001) da benzer şekilde preoperatif kaygı düzeylerini ve sebeplerini saptamak adına gerçekleştirdiği çalışmasında hastaların orta düzeyde kaygı yaşadıklarını vurgulamıştır. Bu bulgu ile bulgularımız aynı doğrultudadır (Tablo 6.2.1) elde edilen sonuçların tutarlı olduğunu

söylemek mümkündür. Cerrahi hastalarının gerçekleşecek operasyona dair sahip oldukları kaygı düzeyinin daha yüksek dolayısıyla eğitim ihtiyacının daha fazla olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Görüldüğü üzere, eğitimin etkinliğinden bahsetmek mümkündür.

Literatürdeki benzer bir çalışmada, Tatarlı (2007) hastaların %5,25'inin aldıkları hizmetin kalitesine etki eden faktörlerden biri olarak hemşirelerin bilgi vermesinin önemini vurguladıklarını belirlemiştir. Dolayısıyla, nitelikli preoperatif hemşirelik bakımı düzeyini maksimize edebilmek adına, hastalara bu dönemde eğitim verilmesi üzerinde durulmalıdır. Benzer şekilde, Özberksoy (2006) meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyine etkisini incelediği araştırmasında eğitim grubunda, eğitim almayan gruba nazaran daha düşük düzeyde kaygı ölçeği skorları ifade etmiştir. Benzer şekilde, Sjöling, Nordahl, Olofsson ve Asplund (2003) cerrahi operasyon geçirecek olan hastalarda ameliyat öncesi bilginin kaygı düzeyine, ameliyat sonrası ağrı ve ağrı idaresindeki memnuniyet üzerine etkisini araştırmışlardır. Sonuç olarak benzer şekilde eğitim grubunun tümünde, eğitim almayan gruptan daha düşük düzeyde genel kaygı ölçümlenmiştir. Elde edilen bulguların literatür ile uyumlu olduğunu söylemek mümkündür. Sürekli kaygıyı azaltmak amacıyla eğitimin yetersizliği dikkat çektiğinde kaygıyı azaltmak amacıyla başa çıkma stratejilerinin artırılması gerekliliği üzerinde durulmalıdır.

8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

İstanbul ilinde özel bir hastanede 20 Kasım 2014- 30 Nisan 2015 tarihleri arasında batın ameliyatı olacak, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 31 kontrol ve 30 deney grubu olmak üzere 61 hasta ile gerçekleştirilen araştırma sonuçları şu şekilde sıralanabilir;

Cinsiyet, öğrenim durumu, gelir durumu, en çok yaşanan yer, aile tipi, evde bakmakla yükümlü olunan kimse olup olmadığı durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma kontrol ve deney grupları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Grupların homojen olduğu saptandı.

Medeni durum ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Deney grubunun %80,0'inin (n=24) bekar; kontrol grubunun %51,6'sının (n=16) bekar olduğu belirlendi.

Çalışma Durumu ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Deney grubunun %50,0 'sinin (n=15) çalıştığı, kontrol grubunun %80,6'sının (n=25) çalıştığı belirlendi.

Sosyal Güvence ile grup arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Deney grubunun %93,3'ünün (n=28) özel sağlık sigortasına sahipken %6,7'sini (n=2) hiçbir sigorta güvencesine sahip değildir; kontrol grubunun %80,6'sını (n=25) özel sağlık sigortasına sahipken %19,4'ünün (n=6) SGK kapsamında olduğu görülmektedir.

Daha önce aldığımız eğitimle ameliyatınız hakkındaki tüm sorularınıza cevap bulabildiniz mi? sorusu ile grup arasında anlamlı ilişki mevcutken eğitim verilenlerin %6,7(n=2) soruyu evet, %83,3'ü (n=25) hayır, %10'unun (n=3) kısmen diye cevapladığı; eğitim verilmeyenlerin %9,7'sinin (n=3) evet, %45,2'sinin (n=14) hayır, %45,2'sinin (n=14) kısmen diye cevapladığı görülmektedir.

Kontrol grubu hastaların yaş puanları (x=30,290), deney grubu hastalarının yaş puanlarından (x=26,770) anlamlı düzeyde yüksektir.

Kontrol grubu hastalarının sigara kullanım süreleri ile deney grubu arasındaki fark anlamlı değildir.

Kaygı düzeylerine ilişkin bulgular incelendiğinde ise; kontrol grubunun durumluk kaygı puanları deney grubu durumluk kaygı puanından istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Sürekli kaygı düzeylerinin gruplara göre incelendiğinde; deney grubunun sürekli kaygı puanları, kontrol grubunun sürekli kaygı puanlarından istatistiksel olarak anlamlı sonuç vermiştir.

Deney grubu durumluk kaygı puan ortalamasının çeşitli değişkenlere göre incelenmesi sonucunda;

Araştırmaya katılan deney grubu hastalarının durumluk kaygı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan Deney grubu hastalarının durumluk kaygı puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan deney grubu hastaların durumluk kaygı puanları ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının durumluk kaygı puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$). Çalışanların durumluk kaygı puanları ($x=34,600$), çalışmayanların durumluk kaygı puanlarından ($x=32,400$) yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan deney grubu hastaların durumluk kaygı puanları ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının durumluk kaygı puanları ortalamalarının daha önce ameliyatları hakkında eğitim alma değişkenine göre grup ortalamaları arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan deney grubu hastaların durumluk kaygı puanları ortalamalarının hastaların buldukları servise uyum sağlama durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan deney grubu hastalarının durumluk kaygıları ve yaş ortalamaları arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki vardır ($r=0.363$; $p=0,049<0.05$). Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Bu sonuçlar bağlamında aşağıdaki önerilerde bulunabilir;

1. Görevli sağlık personeli tarafından yapılan preoperatif ziyaret sırasında yüksek kaygıya sahip hastaların saptanması ve bu değerlendirme ile birlikte preoperatif dönemde hastaya kaygısını azaltacak şekilde operasyona ve sürece dair bilgi verilmesi;
2. Yüksek kaygıya sahip hastalar için psikolojik destek sağlanması;
3. Kaygının kontrol altına alınmasına dair başa çıkma stratejilerinin öğretilmesi;
4. Gerekli durumlarda hastanın doktoru ve anestezi uzmanı bilgisi dahilinde farmakolojik premedikasyon sağlanması için hasta-doktor iletişimine köprü olunmasıdır.

9. KAYNAKÇA

Akça AY, F. (2011) Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar Ve Beceriler, Nobel Tıp Yayınları, İstanbul

Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. (2012) Cerrahi Ve Cerrahi Hemşireliği. Cerrahi Hemşireliği I. Ed: Aksoy G., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. (2012). Cerrahi Hemşireliği. İçinde: Cerrahi Ve Cerrahi Hemşireliği.Eds: Aksoy G, Nobel Tıp Kitabevleri,İstanbul,

Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N.(2012) Cerrahi Hemşireliği, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Aksoy G, Yazıcı S.Y.(2004) Günübirlık Cerrahide Hastanın Hazırlığı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 8(2):39-46.

Aksoy G. (2003) Perioperatif Hemşirenin Eğitim Ve Oryantasyonu. 4. Ulusal Cerrahi Ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı, İzmir. S;119

Aksoy G.(1982) Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Hasta Bakımında Sosyal Faktörlerin Rolü Ve Hemşirelik Hizmetlerinin Yeri. İstanbul Üniversitesi. Doktora Tezi, İstanbul

Aksoy, G. (1996). Ameliyathane Hemşireliğinde Sürekli Eğitim. I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 27-34.

Akyolcu N. (2003) Perioperatif Hasta Ve Ailesinin Eğitim Gereksinimleri Ve Hemşirenin Rolü. Ulusal Cerrahi Ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı, İzmir, S.97.

Ala S. (2007) Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemşirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Dursun Ali Şahin)

Aslan F.E. (2009) Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,12(1):34

Atkinson L.J., Fortunate N. (1996). *Operating Room Technique*, Mosby, USA.

Aykent R, Kocamanoğlu S, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H.(2007). Perioperatif Anksiyete Nedenleri Ve Değerlendirilmesi: APAIS Ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J. Anest. Reanim.* 5: 7-13.

Bayraktar N, Bulut HD (2000). Ameliyathanede Ameliyat Öncesi Bekleyen Hastaların Gereksinimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*,3(6):34-38.

Biol, L. (2000). *Hemşirelik Süreci* (4. Bs.). İzmir: Bozkaya Matbaacılık.

Bölükbaş N, Türköz Z. (2005) Hastanede Yatan Hastaların Hemşirelerden Beklentileri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*;5(2):1-11.

Brieger G.H. (1997) *Textbook Of Surgery. The Development Of Surgery*. Ed: Sabiston DC, Lyerly HK. Philadelphia: 1 – 16.

Carmichael J.M Ve Agre P. (2002) Preferences İn Surgical Waiting Area Amenities. *Association Of Perioperative Registered Nurses Journal*, 75(6): 1077-1083

Cebeci F, Özhan N. Hemşirelerin Hasta Bireyin Kabulüne İlişkin Bilgi Ve Uygulamaları. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi* 2002;6(3):47-54.

Christensen BL. (2003) Pain Management, Comfort, Rest, And Sleep, Eds: Christensen BL., Kockrow EO., Mosby, 308-324.

Cimilli C. (2001). Cerrahide Anksiyete. Klinik Psikiyatri, 4(3), 182-186.

Coşkun, H. Ve Akbayrak, N. (2001). Hastaların Kliniklerde Kabul Ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 63-68.

Couma W, Schmidt AP, Schneider CN Et Al. (2001). Risk Factors For Preoperative Anxiety İn Adults. *Acta Anaesthesiol Scandinavian* 45: 298-307.

Cüceloğlu D. (1988) İnsan Ve Davranışı. Psikolojinin Temel Kavramları, Kaygı Remzi Kitapevi, 8. Basım, İstanbul, 40-42

Çelik S. (2011) Cerrahi Bakımda Bilgi Güncelleme., *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*;2(2):61-65.

Çetinkaya F, Karabulut N. (2010) Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalarda Ameliyat Öncesi Verilecek Eğitimin Kaygı Ve Ağrı Düzeyine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2):20-26

Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ, Elhan, A. H, Erdemli Ö. (2010) Kalp Cerrahisi Geçirecek Olgularda Anksiyete Sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*,18 (3): 177-182

Demirel N, Taşpınar A, Akış Ş, Tosun A, Atlan Ö. (2001) Manisa İlinde Kamuya Ait Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin İşlevlerini Algılama Durumları Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*; 4(4):62-65.

Demiriz S, Ulutaş İ. (2003) 9-12 Yaş Çocuklarının Kaygı Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, *Ege Eğitim Dergisi* (3), 1: 1-9

Dirik G. (2001) Acil Cerrahi Servisinde Ameliyat Olan Hastaların Ameliyata Özgü, Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Yaşadıkları Durumsal Kaygının Yordalanmasında Baş Etme Yollarının, Algılanan Sosyal Desteğin Ve Önceki Hastalık Deneyimlerinin Yordalayıcı Güçleri (Tez). Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi;

Dramalı A, Demir F. (1996). Ameliyathane Hemşirelerinin Gelişen Teknolojiye Uyumu. I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı İzmir. S. 107-127.

Dramalı A, Yavuz M. (1999). Ameliyathane Hemşirelerinin Geleneksel Ve Yeni Rollerini. *Hemşirelik Forumu*, 2(1), 16-21.

Duman A, Ögün Ö. C, Şahin K. T, Şarkılar G, Ökeşli S. (2003) Preoperatif Korku Ve Endişeyi Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *S.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 19: 21- 26

Dunne J.A, Sanders L.D. (2007) Stressful Pre-Operative Preparation Procedures. Anesthesia.

Ediş, D.(1994). Relationship Between Skill Performance Of Elite Volleyball Players And Competitive State Anxiety. Ankara: Ortadoğu Teknik Üniversitesi, (Yayınlanmamış Y.L. Tezi)..

Ellis H.(2001) A History Of Surgery. Greenwich Medikal Media, London, UK,
Erdem D, Ugiş C, Albayrak D, Akan B, Aksoy E, Göğüş N. (2011) Perianal Bölge Ameliyatı Yapılacak Hastalarda Uygulanan Anestezi Yöntemlerinin Preoperatif Ve Postoperatif Anksiyete Ve Ağrı Düzeylerine Etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2011, 7:11-16.

Erdil F, Elbaş N. (2001) Ameliyatta Hasta Bakımı. (Eds.) Erdil F, Elbaş N.Ö., Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. Ankara: Aydoğdu Ofset; S.115-123.

Filiz T. M. A., Dilbaz N. (1998) Abdominal Cerrahi Girişimlerde Anksiyete Ve Depresyon. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2(4): 169-173

Freud S, (1969) The Problem Of Anxiety, Newyork: Norton.

Freud S, (2001) Yaşamım Ve Psikanaliz. Yedinci Baskı. (Çev: K.Şipal,1996), İstanbul: Say Yayınları,Engin Ofset.

Göçmen Z. (2006). Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programı., *Hemşirelik Forumu*; ISSN 1301-9880: 11-16.

Gökalp PG. (2000) Yaygın Anksiyete Bozukluğu. In Tükel R, Ed. Anksiyete Bozuklukları, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 137-156.

Gökgündüz Ö. (2005) Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilecek Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi. T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.

Gülseren Ş, (1997) Psikiyatri Ve Cerrahi, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi-II. A Çelikkol (Ed), Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, İzmir, 2(2), S.245-270.

Gürsoy A, (2001) Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri Ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1; 23-30.

Güz H, Doğanay Z, Güz T.(2003) Lomber Disk Henisi Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyete. *Nöropsikiyatri Arşivi.*, 40(1-2): 36-39

İşkey M, (2008) Anjiyografi İşlemi Öncesi Ve İşlem Sırasında Müzik Dinlemenin Bireylerin Anksiyete Düzeyi Ve Yaşam Bulgularına Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Prof. Dr. Selma Doğan)

Kain Z, Mayes L, Cicchetti D. (1997) The Yale Preoperative Anxiety Scale: How Does It Compare To A Gold Standard? *Anesth Analg* ; 85:783-788.

Kanan N., Aksoy G., Akyolcu N. (2000) Ameliyathane Hemşireliğinde Oryantasyon Programlarının Önemi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*; 3(6):8-11

- Kaptan, G. (2012) İç Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul
- Karadakovan A, Aslan F. (2010) Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Tıp Kitabevi, Adana, 290-307
- Karadakovan A, Aslan F. (2011) Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Karancı N, Dirik G. (2003) Predictors Of Pre-And Postoperative Anxiety İn Emergency Surgery Patient. *Journal Psychosom Reserch*, 3; 55(4): 363-369
- Karataş A, Ağralı S, Küçükalp İ, Gümüş A, Akar T, Uz A. (2011) Meslek Esasları Ve Tekniği XI. Sınıf, Palme Yayıncılık, Ankara
- Karayurt Ö. (1998) Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete Ve Ağrı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 2(1):20-26.
- Kartopu S.(2012) Lise Öğrenci Ve Öğretmenlerinin Durumluluk Ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17:2, 147-170.
- Kaughn, F, Wichowski, H. Ve Bosworth, G. (2007). Does Preoperative Anxiety Level Predict Postoperative Pain. *Association Of Perioperative Registered Nurses Journal*, 85(3), 589-604.
- Kaya H, (2009) Hemşirelik Öğretimi. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. İstanbul.
- Kayhan C, (2003) Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkinin İncelenmesi. Afyon Kocatepe Üniveristesesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Prof. Dr. Osman Nuri Dilek)

Kindler, C.H, Harms, C., Amsler, F., Scholl, T.I. Ve Scheidegger, D. (2000). The Visual Analog Scale Allows Effective Measurement Of Preoperative Anxiety And Detection Of Patients Anasthetic Concerns. *Anesthesia*, 90(3), 706-712.

Koca A (1998). Açık Kalp Ameliyatı Öncesi Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi.Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kocaman G.(1994) Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları, Saray Tıp Kitapevleri, İzmir, 175-197.

Köknel O. (2000) Günlük Hayatta Ruh Sağlığı, Alfa Kitabevi, 158-162

Ladden C.S. (1999). Concepts Basic To Perioperative Nursing. (Eds.) MH Meeker, JC Rothrock., “*Care Of The Patient In Surgery*”. 11. Ed., 3-19, Mosby, USA

Lancaster K. A.(1997) Patient Teaching İn Amlatory Surgery. *Nursing Clinics Of North America*, 32(2);415-426.

Leinonen T, Leino-Kilpi H. (2000) Reserch İn Perioperative Nursing Care . *Journal Of Clinical Nursing*;8:123-138.

Lindeman, C, (1988) Nursing Research İn Patient Education. *Annualreview Nurs. Res.* 6: 29-60,

Litwack K.(1995) Post Anesthesia Care Nursing, St Louis, Mosby.

Mcfarland GK, Mcfarlane EA. *Nursing Diagnosis & Intervention Plannig For Patient Care*. Philadelphia, The C.V. Mosby Com. Third Edition, 551-558)

Mcgarvey H.E., Chambers, M.G.A. Ve Boore, J.R.P. (2000). Development And Definition Of The Role Of The Operating Department Nurse: A Review. *Journal Of Advanced Nursing*, 32(5), 1092-1100.

Mutlu S, (2006) Kalıcı Abdominal Stomalı Hastalarda Beden İmajı Değişiminin Yaşam Kalitesine Etkisi (Tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; İstanbul

Oflaz F, Vural H. (2010) Yatan Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri Ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi;17(1):1-7.

Okanlı A, Özer N, Akyl R, Kaçkar Ç. (2006) Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(4):38-44.

Okumuş H, Gürbüz N. (1992) Hastaların Hemşirelik Bakım Yeterliliğini Değerlendirmeleri. 3. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Sivas S.386,

Ovayolu N, Bahar A. (2009) Hemşirelik Ve Kalite. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1):104-110

Öner N. Ve Le Comp. A. (1985) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 333;1-26

Özalp G., Sarıoğlu R., Tuncel G., Aslan K., Kadioğulları N. (2003). Preoperative Emotional Satates İn Aptients With Breast Cancer And Postoperative Pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 47(1), 26-29.

Özbayır T. (2002) Ağrı Yönetimi Ve Hemşirelik Bakımı. Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Sektörel Panel Ve Bildirileri Kongre Kitabı, Antalya;131

Özbayır T. (2010) Ameliyat Dönemi Bakım. Karadokvan A, Eti Aslan F (Editörler). Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitapevi; S.309-345.

Özbayır, T, Demir F, Candan Y, Coşkun İ, Ve Dramalı A, (2003) Hastaların Perioperatif Döneme İlişkin İzlenimlerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 14-23.

Özberksoy A, (2006) Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirici Ve Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı Ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Özer C, Şahin M.E, Dağdeviren N, Aktürk Z.(2002) Birinci Basamakta Sağlık Eğitimi. Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği AD, Edirne.

Peker İ. (2004) Biyomedikal Cihazlar, Bakımı, Kalibrasyonu, Toplam Kalite Uygulamalarına Katkısı. 2. Uluslararası Perioperatif Hemşirelik Kongre Kitabı S.86, İstanbul,

Sabuncu N, Akça Ay F. (2010) Klinik Beceriler: Sağlık Değerlendirilmesi, Hasta Bakımı Ve Takibi, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul

Sağır G, Kaya M, Eskiçırak H. E, Kapusuz Ö, Kadioğulları A. N. (2012) Spinal Anestezi Planlanan Hastalarda Görsel Bilgilendirmenin Preoperatif Anksiyet Üzerine Etkisi. *Turk J Anesth Reanim.* 40(5): 274-278.

Sargın, N. (1990) Lise I. Ve III. Sınıf Öğrencilerinin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Belirlenip Karşılaştırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Scovel, T.(1991) The Effect Of Affect On Foreign Language Learning: A Review Of Anxiety Research Horwitz, D.J. Young, (Eds.). *Language Anxiety: From Theory And Research To Classroom Implications.* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Seligman, M., Walker, E., & Rosenhan, D. (2001). *Abnormal Psychology.* New York: W.W. Norton & Company, Inc.

Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. (2003) The Impact Of Preoperative Information On State Anxiety, Postoperative Pain And Satisfaction With Pain Management. *Patient Education And Counseling* ;51: 169-176

Smeltzer, S.C. Ve Bare, B.G.(2000). Texbook Of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Williams & Wilkins Company.

Stone, MH.(1997) Healing The Mind: A History Of Psychiatry From Antiquity To The Present. New York; Norton & Company,

Şenyuva E, Taşocak G. (2007) Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri Ve Hasta Eğitimi Süreci. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007;15(59):100-6

Şirin A, Kavak O, Ertem G. (2003) Doğumhane Stajına Çıkan Öğrencilerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 7:1.*

Tanyer Ş. (2009) Cerrahi Hastalıkları Ve Hemşireliği, Ofset Matbaacılık, Konya.

Taşdemir A, Erakgün A, Deniz M. N, Agah E. (2013) Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test İle Karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim.*, 41: 44-9.

Tatarlı N. (2007) Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar Ve Sağlık Sektöründe Uygulama, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.

Tiryaki, Ş Ve Moralı, S.(1990). Genç Sporcularda Yarışma-Performans Kaygısı Ve Bu Kaygı İle Başa Çıkma Davranışlarının Araştırılması. I. Spor Bilimleri Kongresi Bildirileri, Ankara, 137-145.

Toksal M. (2005) Preoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelerden Beklentilerinin Araştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları AD, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.

Turgay A.S. (2010) Ameliyat Öncesi, Sırası, Sonrası Bakım. Akça A (Ed.). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar Ve Beceriler, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 154-219.

Turhan T, Avcı R, Özcengiz D.(2012) Elektif Cerrahi Hazırlığında Preoperatif Ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi. *Anestezi Dergisi.*, 20 (1): 27-33.

Turhan Y. (2007) Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif Ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman: Prof.Dr.Dilek Özcengiz)

Türe A. (2006) Çocuklara Yönelik Gününbirlik Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. T.C. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi,Afyonkarahisar, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mevlit Korkmaz)

Uğur Z.A. (2000) Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne Başvuran Hastaların Dental Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Ali Osman Karababa).

Uzun Ö. (2000) Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi. Atatürk Üniversitesi. *İstanbul Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* Cilt: 3, Sayı:2.

Yam B, Rossiter J.C. Caring İn Nursing: Perceptions Of Hong Kong Nurses. *Journal Of Clinical Nursing* 2000;9:293-302.

Yardakçı R., Akyolcu N. (2004) Ameliyat Öncesi Dönemde Yapılan Hasta Ziyaretlerinin Hastanın Anksiyete Düzeyine Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1,7-14

Yaylacı A. (2010) Genel Anestezi Altında Dental Tedavi Gören Çocuk Hastaların Ebeveyninin Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılmalı Olarak Değerlendirilmesi, T.C. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Faktültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Bitirme Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Özant Önçağ)

Yıldız D. (2011) Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülcem Sala Razi), Lefkoşa

Yılmaz M, Sezer H, Gürler H, Beker M. (2011) Predictors Of Perioperative Anxiety İn Surgical İnpatients. Journal Of Clinical. _Doi:10.1111/J.1365_2702.2011.03799.X.

Yılmaz M. (2002) Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara Ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1):40-51

Qasimi T.B. (2007) Endoskopi İşlemi Uygulanacak Hastaların İşlem Öncesi Anksiyete Düzeyleri Ve Bunu Etkileyen Faktörler. T.C İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Sevim Buzlu), İstanbul.

Web kaynaklar:

Acıbadem Sağlık Grubu intranet: Ameliyathane Eğitim Uygulama İşleyiş Talimatı, (asgnet/kalite sistemi/dokümanlar/, Erişim Tarihi: 24.11.2014).

Kaleli N. Preoperatif ve Postoperatif Dönemde Hemşirelik Bakımı. www.konyanumune.gov.tr , Erişim Tarihi, 18.12.14.

Ortaöğretim Öğrencilerin Kaygı Düzeyleri İle Başarı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi,(<http://www.eab.org.tr/eab/2009/pdf/290.pdf>). (Erişim tarihi: 13.01.2015)

Taş, Y. (2006). *Kaygı Nedir?* Ankara: Bilkent Üniversitesi Öğrenci Gelişim ve Danışma Merkezi. www.bilkent.edu.tr/~dos/ogdm/b_sinavkaygi.html Erişim Tarihi:18.01.2015

10. EKLER

Ek-1 HASTA TANITIM BİLGİ FORMU-1 (KONTROL GRUBU)

- 1) Cinsiyetiniz?
 - a) Kadın b) Erkek
- 2) Yaşınız?.....
- 3) Medeni durumunuz?
 - a) Evli b) Bekâr
- 4) Öğrenim durumunuz?
 - a) Okur-yazar b) İlkokul c) Lise d) Ön lisans e) Lisans f) Yüksek lisans ve üstü
- 5) Çalışıyor musunuz?
 - a) Evet b) Hayır
- 6) Sosyal güvenceniz var mı?
 - a) Özel Sağlık Sigortası b) SGK
- 7) Ailenizin gelir durumu aşağıdakilerden hangisidir?
 - a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla
- 8) Bugüne kadar en çok yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?
 - a) İl merkezi b) İlçe c) Köy d)Kasaba
- 9) Aile tipiniz nedir?
 - a) Çekirdek aile b) Geniş aile
- 10) Evde bakmakla yükümlü olduğunuz birey var mı?
 - a) Evet b) Hayır
- 11) Bulduğunuz servise uyum sağlayabildiniz mi?
 - a) Evet b) Hayır c) Kısmen
- 12) Ameliyatınız ve ameliyathane ortamı hakkında daha önce eğitim aldınız mı?
 - a) Evet b) Hayır
- 13) Aldığınız eğitim ile ameliyatınız hakkındaki tüm sorularınıza cevap bulabildiniz mi?
 - a) Evet b) Hayır
- 14) Sigara kullanıyor musunuz?
 - a)Evetyıl b) Hayır

15) Alkol kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

16) Tahmini ameliyatta kalış süreniz nedir ?

17) Ameliyat öncesi ve sonrası yanınızda refakat edecek biri var mı ?

a) Evet b) Hayır

18) Olacağınız ameliyat nedir?

19) Ameliyathane ortamında anestezi alacağınız andan sonrası için kaygılanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

20) Aldığınız eğitimle ameliyatınız hakkında kafanızda oluşan tüm sorularınıza cevap bulabildiniz mi?

a) Evet b) Hayır

HASTA TANITIM BİLGİ FORMU-2 (KONTROL GRUBU)

1) Cinsiyetiniz?

a) Kadın b) Erkek

2) Hangi yaş aralığındasınız?

a) 20-25 yaş b) 26-33 yaş c) 34-41 yaş d) 42-50 yaş e) 51-60 yaş

3) Medeni durumunuz?

a) Evli b) Bekâr c) Dul

4) Öğrenim durumunuz?

a) Okur-yazar değil b) İlkokul c) Lise d) Ön lisans e) Lisans f) Yüksek lisans ve üstü

5) Çalışıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

6) Sosyal güvenceniz var mı?

a) Özel Sağlık Sigortası b) SGK c) Yok

7) Ailenizin gelir durumu aşağıdakilerden hangisidir?

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

8) Bugüne kadar en çok yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?

a) İl merkezi b) İlçe c) Köy d) Kasaba

9) Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek aile b) Geniş aile

10) Evde bakmakla yükümlü olduğunuz birey var mı?

a) Evet b) Hayır

11) Bulduğunuz servise uyum sağlayabildiniz mi?

a) Evet b) Hayır c) Kısmen

12) Ameliyatınız hakkında daha önce eğitim aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

13) Aldığınız eğitim ile ameliyatınız hakkındaki tüm sorularınıza cevap bulabildiniz mi?

a) Evet b) Hayır

14) Sigara kullanıyor musunuz?

a)Evetyıl b) Hayır

15) Alkol kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

16) Tahmini ameliyatta kalış süreniz nedir ?

17) Ameliyat öncesi ve sonrası yanınızda refakat edecek biri var mı ?

a) Evet b) Hayır

18) Olacağınız ameliyat nedir?

19) Ameliyathane ortamında anestezi alacağınız andan sonrası için kaygılanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Ek-2**STAI FORM TX – I**

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BIRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sınırlarım gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)

9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX-2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)

31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-3

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırma sırasında yapılacak işlemler için sizden bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, çalışmadan istediğiniz zaman çekebilme hakkına sahipsiniz ya da isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışında bırakılabiliyorsunuz. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Necmiye SABUNCU
Öğrencisi

Yüksek Lisans

Hemşire Aysun

Durmuş

Yukarıda araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bu koşullar altında yukarıda söz konusu olan araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Hasta Adı Soyadı:

İmza:

Ek-4

AMELİYATHANE ORTAMI BİLGİ FORMU

- Bulduğunuz servisten servis hemşirelerinin kontrolünde ve eğitiminde ameliyathaneye inmek üzere hazırlanmış olmanız sağlanacak.
- Servisteki odanızdan servis hemşiresi, personel eşliğinde yatağınız ile ameliyathane katına hasta asansörü ile indirileceksiniz.
- Ameliyathane transfer kapısında sizi karşılayacak doktor, hemşire ve personelin, yeşil formalı, başlarında bone, burun ve ağız kapayan maskelerinin olduğunu göreceksiniz.
- Ameliyathane giriş kapısında servis hemşiresi ameliyathaneye sizin hakkınızda bilgileri verecek ve kapıda bir ameliyathane hemşiresi, bir anestezi uzmanı veya teknikeri ve yine bir personel eşliğinde ameliyathaneye teslim alınmış olacaksınız.
- Ameliyathane transfer kapısından içeri alınırken güvenliğinizi için isim, soyisim, doktorunuz adı, olacağınız ameliyat ve varsa taraf soruları sorularak sizden cevaplanmanız istenecek. Bu uygulama hasta güvenliği için ve hata yapılmadan ameliyathane girişinin gerçekleştirilmesi için önemlidir.
- Bulduğunuz servisten ameliyathane transfer kapısına kadar sizinle birlikte aile yakınlarınız da inebilirler.



- Servis hemşiresi size ait tüm bilgileri anlatarak ameliyathane ekibine sizi teslim etmiş olur.

Ameliyat Ön Hazırlığı ve Ameliyat Sırasında

- Yatağınız ile ameliyathane hemşiresi, anestezi teknikeri ve personel eşliğinde ameliyat olacağınız salona alınacaksınız.

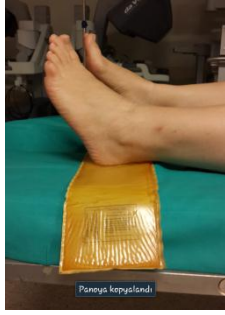


- Ameliyat salonunda bir anestezi doktoru, ameliyatı yapacak doktor, ameliyatta olacak hemşireler, anestezi teknikeri ve sağlık personeli ameliyat boyunca salonda olacaklar.
- Salonda bir ameliyat masası, ameliyat masasının üzerinde ameliyat için uygun aydınlatma ışıkları, ameliyatınız için hazırlık yapılacak masalar ve cihazlar göreceksiniz.



- Ameliyat salonları soğuk ortamlardır ve ameliyat sürecinde ısıtıcı kağıt battaniye ile ısıtılacaksınız.
- Ameliyat süresince tansiyonunuz, solunumunuz ve nabzınız takip edilecek.
- Anestezi uzmanı tarafından uyutulduktan sonra ameliyat olacağınız vücut bölgenize göre gerekirse temizlik, traş olması gerekiyorsa personel tarafından hemşire eşliğinde yapılacak.

- Ameliyatınız için uygun pozisyonu anestezi uzmanı hemşire ve personel eşliğinde bizler vermiş olacağız. Kemik ve eklem bölgelerinize yumuşak jel yastıklar koyarak basınç izleri oluşması engellemiş olacağız ve bunları ameliyatınız sırasında kontrol ediyor olacağız.



- Ameliyata girecek olan hemşire tarafından ameliyat bölgeniz cerrahi işleme hazır olacak şekilde temizlenecektir, cerrahın uygun gördüğü şekilde üzeriniz steril örtülerle uygun şekilde örtülecek.
- Anestezi uzmanlarının kontrolünde cerrahi müdahaleye başlanacak.



Ameliyat Sonrasında

- Ameliyatınız başlamadan önce anestezi ekibi ameliyatınızın bitiminde nasıl uyanacağınız hakkında bilgi verecekler.
- Uyandığınızda ameliyat salonu ekibi tarafından ameliyat masasından yatağınıza alınmanızı sağlayacağız.
- Anestezi uzmanı kontrolünde ve uygun zamanda uyanma odasına alacağız. Bu üniteye görevli hemşireler tarafından tansiyon, nabız ve solunum takibiniz yapılacak.
- Uyandığınızda damar yolunuzdan giden sıvılarınız olabilir, cerrahi işleme göre bir pansuman-sargınız olabilir.
- Dren veya mesane sondanız olabilir ve bunları çekmemeniz gerekiyor.
- Anestezinin etkisi geçmeye başlayınca ve yaşam bulgularınız stabil hale geldiğinde yine servis hemşiresi tarafından yatışınızın yapıldığı servise tekrar transferiniz sağlanacak.

Ek-5



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 77
KONU:

21 / 11 / 2014

Sayın; Prof.Dr.Necmiye SABUNCU

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuruyu incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Aysun DURMUŞ'un "**Batın Ameliyatı Olacak Hastalara Preoperatif Dönemde Verilen Eğitimin Bu Dönemdeki Kaygı Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi**" isimli araştırması kurulumuzun 17.11.2014 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ
Etik Kurul Başkanı

Ek-6

ACIBADEM

13.01.2015

İLGİLİ MAKAMA;

Büyükdere Cad. Darüşşafaka Mah. No: 40 Maslak / İstanbul adresinde faaliyet gösteren ÖZEL ACIBADEM MASLAK HASTANESİ personeli olan Aysun Durmuş- "Batın Ameliyatı Olacak Hastalara Preoperatif Dönemde Verilen Eğitimin Dönemdeki Kaygı Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi " konulu araştırmaların anketinin çalışmalarını hastanemiz bünyesinde yapması uygun görülmüştür.

Saygılarımla;

Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu
Başhekim – Mesul Müdür




Ek-7



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00-469
KONU:

09.12.2014

ÖZEL ACIBADEM HASTANESİ HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ'NE

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Aysun DURMUŞ'un Prof.Dr.Necmiye SABUNCU danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "**Batın Ameliyatı Olacak Hastalara Preoperatif Dönemde Verilen Eğitimin Dönemdeki Kaygı Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi**" konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enst. Müdürü

Ek(1):Anket Formu

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARLARI

Tarih: 17.11.2014 Toplantı Sayısı: 07	Karar No :13				
	Prof.Dr.Necmiye SABUNCU'nun ve yardımcı araştırmacı Aysun DURMUŞ ile araştırmayı planladıkları "Batın Ameliyatı Olacak Hastalara Preoperatif Dönemde Verilen Eğitimin Bu Dönemdeki Kaygı Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi"konulu araştırma incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmannın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.				
ÜYELER					
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Katılım	İmza
Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ (Başkan)	İktisat	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Leman ŞENTURAN (Raportör)	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Güneş YAVUZER	Fizyoterapi ve Reh.	Haliç Üniversitesi Yüksekokulu	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Haliç Üniversitesi Yüksekokulu	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Oya OĞUZ	Fizik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Pervin Sevda BIKMAZ	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Baki YÖKEŞ	Moleküler Biyoloji	Haliç Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Av.Korkut HAZİNEDAR	Hukuk	Haliç Üniversitesi	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

11.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Aysun	Soyadı	Durmuş
Doğum yeri	Battalgazi/MALATYA	Doğum tarihi	05.01.1990
TC Kimlik No	05070271946	Uyruğu	T.C
E-mail	aysund66@gmail.com		

Eğitim Bilgileri

Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	2013-
Lisans	2009-2013
Lise	2004-2008

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre(Yıl-Yıl)
Hemşire	Maslak Acıbadem Hastanesi	2012-halen

Yabancı Dil	Okuduğunu anlama	Konuşma	Yazma	KPDS/ÜDS Puanı
İngilizce	İyi	iyi	iyi	
ALES	Sayısal 63,73980	Eşit ağırlık 64,45938	Sözel 60,33510	

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)	İyi
SPSS	Orta