

TC.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI
UYGULANAN İMGELEME TEKNİĞİNİN
BULANTI KUSMA VE DİĞER SEMPTOMLAR
ÜZERİNE ETKİSİ: PROSPEKTİF
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

DOKTORA TEZİ

Kadriye ACAR

Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Dilek AYGİN

MART-2019

T.C
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI
UYGULANAN İMGELEME TEKNİĞİNİN
BULANTI KUSMA VE DİĞER SEMPTOMLAR
ÜZERİNE ETKİSİ: PROSPEKTİF
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

DOKTORA TEZİ

Kadriye ACAR

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez .../.../2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAAT	İMZA
Prof.Dr. Fatma ETİ	BAŞARILI	
Doç.Dr. Fatih ALTINTOPRAK	Başarılı	
Doç. Dr. Neriman AKANSEL	Başarılı	
Doç. Dr. Dilek AYGIN	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT	Başarılı	

BEYAN

Bu çalışma Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul (Etik Kurul Onay Numarası: 27907772/199-E.15559 11/11/2016) izni alınarak ve (Ek 22). çalışmanın yürütüleceği kurumdan izin alındıktan sonra (Ek 23) yapıldı. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

.....
Kadriye ACAR

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Doktora eğitim sürecinde kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, sadece akademik hayatta değil gerçek hayatta da en kritik anlarda desteğini esirgemeyen, anlayışlı, iyi niyetli çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Dilek AYGİN'e,

Tezi yürütme süresince her aşamada deneyim ve görüşleri ile tezime katkı sağlayan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Fatih ALTINTOPRAK ve Dr. Öğretim Üyesi Havva SERT'e,

Onlara ayırmam gereken zamanlarından ödün vererek tezimi yazmama ve yürütmeme izin verdikleri için oğlum Çağrı ve Çağan'a

Özellikle her zaman yanımda olan eşim Hüseyin ACAR'a teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Saygılarımla

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	viii
TABLOLAR.....	x
ŞEKİLLER.....	xii
ÖZET.....	xiii
SUMMARY.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP.....	4
2.1.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) Tanımı ve Çeşitleri.....	4
2.1.2. TAT Kullanım Sıklığı.....	6
2.1.3. En sık Kullanılan TAT yöntemleri.....	7
2.1.4. TAT Kullanımı ve Sağlık Çalışanlarının Rolü.....	8
2.2. ZİHİN VE BEDEN ARASINDAKİ ETKİLEŞİMLERE DAYALI TERAPİLER.....	10
2.2.1. Zihin Beden Terapilerinin Tarihsel Gelişimi.....	11
2.3. İMGELEM VE YÖNLENDİRİLMİŞ İMGELEM.....	12
2.3.1. İmgelem.....	12
2.3.2. Yönlendirilmiş İmgelem Tanımı ve Uygulanışı.....	13
2.3.2.1. Yönlendirilmiş İmgelemin Fizyolojik Sonuçları.....	15
2.3.2.2. Yönlendirilmiş İmgelemin Cerrahideki Yeri.....	17
2.4. AMELİYAT SONRASI İYİLEŞMEYİ ETKİLEYEN DURUMLAR.....	18
2.4.1. Cerrahiye Bağlı Gelişen Semptomlar.....	18
2.4.1.1. Bulantı Kusma.....	18
2.4.1.2. Ağrı.....	20

2.4.1.3. Anksiyete.....	27
2.4.1.4. Uykusuzluk.....	30
2.4.2. Hasta Memnuniyeti.....	34
2.4.3. Hastanede Kalış Süresi.....	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	39
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	39
3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	40
3.5. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	40
3.6. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİM KRİTERLERİ.....	40
3.6.1. Araştırmanın evreni.....	40
3.6.2. Araştırmanın Örnekleme.....	41
3.6.3. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	41
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	43
3.7.1. Hasta Bilgi Formu (Ek 5-7).....	44
3.7.2. Görsel Analog Skala ile Ağrı Değerlendirmesi (Ek 8).....	44
3.7.3. Sayısal Memnuniyet Ölçeği (SMÖ) (Ek 9).....	44
3.7.4. Görsel Analog Skala ile Bulantı Değerlendirmesi (Ek 10).....	44
3.7.5. Richards Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ) (Ek 11).....	45
3.7.6. STAI (State-Trait Anxiety Inventory = Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği) (Ek 12).....	45
3.7.7. Apfel Risk Skoru (Ek 13).....	46
3.7.8. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (Ek 14).....	46
3.7.9. Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Etki Ölçeği [The Postoperative Nausea And Vomiting Impact Scale (PONV impact scale)] (Ek 15).....	47
3.8. POSTOPERATİF BULANTI KUSMA ETKİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK-GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMALARI.....	47
3.8.1. Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği (PBKEÖ) Dil Eşdeğerliğine ve Geçerliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar.....	48
3.9. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI.....	49
3.9.1. Araştırma Uygulama Aşamaları.....	50
3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	51
3.10.1. İmgelem Yöntemi Uygulanan ve Uygulanmayan Gruptaki Hastaların Veri Analiz Teknikleri.....	51

3.10.2. Postoperatif Bulantı-Kusma Etki Ölçeği (PBKEÖ) için Veri Analiz Teknikleri.....	52
3.10.3. Araştırmanın Maddi Destek İhtiyacı.....	52
3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	52
4. BULGULAR.....	54
4.1. İMGELEM UYGULANAN VE UYGULANMAYAN HASTALARIN VERİLERİNİN ANALİZİ.....	55
4.1.1. Hastaların Tanımlayıcı Verilerinin Sunumu.....	55
4.1.2. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Bulantı Düzeyi ve Kusma Sayısı Üzerine Etkisi.....	58
4.1.3. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Ağrı Düzeyine Etkisi.....	61
4.1.4. Ameliyat Öncesi Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyata İlişkin Kaygı Düzeyine Etkisi.....	62
4.1.5. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeyine Etkisi.....	63
4.1.6. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyine Etkisi.....	65
4.1.7. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Uyku Kalitesine Etkisi.....	66
4.1.8. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Analjezik ve Antiemetik İhtiyacına Etkisi.....	67
4.1.9. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Hastanede Kalış Süresi Üzerine Etkisi.....	71
4.2. POSTOPERATİF BULANTI KUSMA ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇEYE UYGUNLUĞU AÇISINDAN YAPILAN ANALİZLERİN SUNUMU.....	71
4.2.1. Hastaların Tanımlayıcı Verilerinin Sunumu.....	71
4.2.2. Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği Dil Eşdeğerliği ve Geçerliğine Yönelik Yapılan Analizlerin Sunumu.....	73
4.2.3. Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Etki Ölçeği ile VAS-Bulantı Düzeyi ve Kusma Sayısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	74
5. TARTIŞMA.....	78
5.1. AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI UYGULANAN İMGELEME YÖNTEMİNİN AMELİYAT SONRASI BULANTI-KUSMA VE DİĞER SEMPTOMLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİ.....	79
5.1.1. İmgeleme Yöntemi Uygulanan ve Uygulanmayan Grupların Benzerlik Düzeyi.....	80
5.1.2. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyat Sonrası Bulantı Düzeyi ve Kusma Sayısı Üzerine Etkisi.....	80

5.1.3. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyat Sonrası Ağrı Düzeyine Etkisi.....	82
5.1.4. İmgeleme Yönteminin Ameliyata İlişkin Kaygı Düzeyi ve Postoperatif Anksiyete Üzerine Etkisi.....	83
5.1.5. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyine Etkisi.....	86
5.1.6. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyat Sonrası Uyku Kalitesine Etkisi.....	87
5.1.7. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Analjezik ve Antiemetik İhtiyacına Etkisi.....	88
5.1.8. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Hastanede Kalış Süresi Üzerine Etkisi.....	89
5.2. POSTOPERATİF BULANTI KUSMA ETKİ ÖLÇEĞİ GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMALARI.....	91
5.2.1. İndeksinin Dil Eşdeğerliği.....	91
5.2.2. İndeksin Geçerliliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar.....	92
5.2.2.1. Kapsam Geçerliliği.....	92
5.2.2.2. Ölçüte Bağlı Geçerlik (Eş Zamanlı Ölçek Geçerliliği).....	93
5.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	94
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	95
KAYNAKLAR.....	97
EKLER.....	121
Ek 1. Katılımcı Bilgilendirme Formu (Kontrol grubu için).....	121
Ek 2. Katılımcı Bilgilendirme Formu (Müdahale grubu için).....	122
Ek 3. Katılımcı İzin Formu (Kontrol grubu için).....	123
Ek 4. Katılımcı İzin Formu (Müdahale grubu için).....	124
Ek 5. Hasta Bilgi Formu (Kontrol grubu için).....	125
Ek 6. Hasta Bilgi Formu (Müdahale grubu için).....	127
Ek 7. Hasta Bilgi Formu (PBKEÖ geçerlik güvenilirlik için).....	129
Ek 8. Visüel Analog Skala (VAS) ile Ağrı Değerlendirmesi.....	131
Ek 9. Sayısal Memnuniyet Ölçeği ile Memnuniyet Değerlendirmesi.....	132
Ek 10. Visüel Analog Skala (VAS) ile Bulantı Değerlendirmesi.....	133
Ek 11. Richards Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ).....	134
Ek 12. STAI (State-Trait Anxiety Inventory= Durumluluk-Süreklilik Kaygı).....	135
Ek 13. Apfel Bulantı Kusma Risk Skoru.....	137

Ek 14. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği.....	138
Ek 15. PONV İmpact Skala.....	139
Ek 16. PONV İmpact Skala'nın Türkçe Versiyonu.....	140
Ek 17. Ölçek İzin Belgesi.....	141
Ek 18. Türkçeden İngilizceye Çevrilen PONV Impact Skala'nın Son Halinin Yazar Paul Myles'e Gönderilerek Onayının Alınması.....	142
Ek 19. Dil Geçerliliği İçin Görüşleri Alınan Uzmanlar.....	143
EK 20. Görüşlerine Başvurulan Uzmanların Listesi.....	144
Ek 21. Türk Psikologlar Derneği Gevşeme Egzersizleri CD'si İzin Yazısı.....	145
Ek 22. Etik kurul izni.....	146
EK 23. Kurum İzni.....	148
ÖZGEÇMİŞ.....	149

KISALTMA VE SİMGELER

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
ADH	: Antidiüretik Hormon
AÖKÖ	: Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği
APS	: American Pain Society: Amerikan Ağrı Derneği
ASA	: American Society of Anesthesiologists: Amerikan Anestezistler Derneği
ASRA	: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine: Amerikan Bölgesel Anestezi ve Ağrı Tıbbı Derneği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CD	: Kompakt disk
CRH	: Kortikotropin Serbestleştirici Hormon
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ERAS	: Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü
GH	: Growth Hormon
H	: Hipotez
IQR	: Çeyrekler arası genişlik
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KOAH	: Kronik obsrtüktif Akciğer Hastalığı
Max	: En büyük değer
Min	: En küçük değer,
MW	: Mann Whitney U
NREM	: Non Rapid Eye Movement ;Hızlı Olmayan Göz Hareketleri
NSAİ	: Non Steroit Anti İnflamatuar İlaç
PBKEÖ	: Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği
PONVIS	: Postoperative Nausea-Vomiting Impact Scale

- PONV : Postoperative Nausea vomiting
RCUÖ : Richards Campbell Uyku Ölçeği
REM : Rapid Eye Movement; Hızlı Göz Hareketleri
SMÖ : Sayısal Memnuniyet Ölçeği
STAI : State-Trait Anxiety Inventory = Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği
TAT : Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
TENS : Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonunu
VAS : Visual Analog Scala

TABLolar

Tablo 1. Cerrahi Ağrı Yönetiminde Uygulanması Gerekenler ve Kanıt Düzeyleri.....	24
Tablo 2. İlaçlar ve Uyku Üzerine Olumlu/Olumsuz Etkileri.....	33
Tablo 3. PBKEÖ Dil Eşdeğerliği ve Geçerliliği İçin Yapılan İşlemler.....	48
Tablo 4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=60).....	56
Tablo 5. İmgelem Uygulanan Gruptaki Hastalarla İmgelem Uygulanmayan Gruptaki Hastaların Temel Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=60).....	57
Tablo 6. Hastaların Ameliyata İlişkin Kaygı Düzeyi, Ameliyat sonrası Bulantı Düzeyi, Kusma Sayısı, Ağrı Düzeyi, STAI Anksiyete Düzeyi, Memnuniyet Düzeyi, Uyku Kalitesi, Gürültü seviyesi, Hastanede Kalış Sürelerine İlişkin Verilerin Sunumu (N=60).....	58
Tablo 7. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasındaki Bulantı Düzeyi ve Kusma Sayılarının Karşılaştırılması (N: 60).....	59
Tablo 8. Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma ve Apfel Risk Skoru İlişkisinin İncelenmesi.....	60
Tablo 9. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasındaki Ağrı Düzeylerinin Karşılaştırılması (N: 60).....	61
Tablo 10. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasındaki Ameliyata Özgü Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması (N: 60).....	62
Tablo 11. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasındaki Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması (N: 60).....	63
Tablo 12. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasındaki Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması (N: 60).....	65
Tablo 13. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasındaki Uyku Kalitesi ve Gürültü Düzeylerinin Karşılaştırılması (N: 60).....	66
Tablo 14. Hastaların Ameliyat Sonrası İhtiyaç Duydukları Antiemetik Ve Analjezik İlaç Durumu (N: 60).....	68

Tablo 15. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasındaki Antiemetik ve Analjezik Kullanım Düzeylerinin Karşılaştırılması (N: 60).....	70
Tablo 16. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasındaki Hastanede Kalış Süresi Durumlarının Karşılaştırılması (N: 60).....	71
Tablo 17. Hastaların Tanımlayıcı Verilerinin Sunumu (N:100).....	72
Tablo 18. Hastaların Ameliyat Sonrası Antiemetik İlaç Kullanma Durumları (N:100).....	73
Tablo 19. Hastaların Bulantı- Kusma ile İlgili Verilerinin Sunumu.....	73
Tablo 20. Uzmanlar Arası Farklılık İncelemesi.....	74
Tablo 21. Ölçek Maddelerine Ait Kapsam Geçerliliği İndeksi.....	74
Tablo 22. PBKEÖ ile Bulantı Düzeyi- Kusma Sayısı Değişkenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	75
Tablo 23. Cut Off Değerlerinin Belirlenmesi.....	76

ŞEKİLLER

Şekil 1. Bedenin Ağrıya Karşı Nöroendokrin Yanıtı.....	21
Şekil 2. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi.....	42
Şekil 3. Örneklem Akış Şeması (Consort Akış Diyagramı).....	43
Şekil 4. Ameliyat Sonrası 2. Saat İçin VAS-Bulantı Değeri Cut Off Grafiği.....	76
Şekil 5. Ameliyat sonrası 6. Saat İçin VAS-Bulantı Değeri Cut Off Grafiği.....	77

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: İmgelem, farklı mekanizmalarla psikolojik ve fizyolojik değişikliklere neden olmaktadır. Bu çalışma, imgelemin ameliyat öncesi kaygı, ameliyat sonrası bulantı-kusma, ağrı, anksiyete, uyku kalitesi, memnuniyet düzeyi, kullanılan analjezik-antiemetik miktarı ile hastanede kalış süresi üzerindeki etkisinin araştırılması ve Postoperatif Bulantı-Kusma Etki Ölçeği'nin (PBKEÖ) Türkçe geçerliliğinin yapılması amacıyla planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Deneysel randomize kontrollü ve metodolojik ölçek geçerliliği olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilen çalışmadaki hastalar, müdahale grubu (MG:n=30) ve kontrol grubu (KG:n=30) olarak iki gruba ayrıldı. MG'ne ameliyat öncesi dönemde bir kez, ameliyat sonrası ilk gün bir kez, ikinci ve üçüncü günde iki kez, toplamda altı kez yönlendirilmiş imgelem uygulandı. KG, standart hemşirelik bakımı aldı. Tüm hastaların ameliyat öncesi kaygı durumu, ameliyat sonrası bulantı, ağrı, anksiyete, uyku kalitesi ve memnuniyet düzeyi değerlendirildi. Ayrıca ameliyat sonrası bulantı kusması olan 100 hastayla PBKEÖ'nün Türkçe geçerlik çalışması yapıldı.

BULGULAR: Müdahale grubunun ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası anksiyete düzeyinin, ameliyat sonrası ağrı düzeyi ile birinci gündeki analjezik ve antiemetik ihtiyacının KG'ne göre düşük olduğu, memnuniyet düzeyi ve uyku kalitesinin ise KG'den daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). Buna karşın MG'nin post operatif bulantı düzeyi, kusma sayısı (postoperatif 2. saat hariç) ve hastanede kalış süresi ise benzerdi ($p>0,05$). PBKEÖ'nin Türk toplumu için geçerli ve uygulanabilir olduğu sonucuna varıldı.

SONUÇ: Perioperatif süreçteki hastalarda imgelemin psikolojik ve fizyolojik pozitif etkileri olduğu görüldü. Kolay uygulanabilmesi, maliyetinin düşük olması, pozitif etkilerinin yanı sıra yan etkisinin olmaması gibi avantajları nedeniyle, cerrahi sonrası hızlı iyileşme için kullanılabilecek bir yöntem olarak düşünülmektedir

Anahtar Sözcükler: imgelem, bulantı-kusma, ağrı, anksiyete, uyku kalitesi, memnuniyet

SUMMARY

Influence of Imagery Technique Implemented Before and After Surgery on Patients Nausea, Vomiting and Other Symptoms: Prospective Randomized Controlled Study

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Imagery causes psychological and physiological changes with different mechanisms. In this study it was performed to investigate the effect of imagery on preoperative anxiety, postoperative nausea-vomiting, pain, anxiety, sleep quality, satisfaction level, amount of used analgesic-antiemetic, hospital stay and validation of Postoperative Nausea-Vomiting Impact Scale (PONVIS) in Turkish.

MATERIAL AND METHOD: This study was conducted in two stages as experimental randomized controlled and methodological scale validity. Patients were divided into two groups as intervention group (IG:n=30) and control group (CG:n=30). Guided imagery was applied to IG once in the preoperative period, once in the first day of postoperative period, twice in the second and third days, 6 times in total. The CG received only standard nursing care. Preoperative anxiety, postoperative nausea, pain, anxiety, sleep quality and satisfaction level of all patients were evaluated. In addition, the Turkish validation study of PONVIS was performed with 100 patients with postoperative nausea-vomiting.

RESULTS: While preoperative and postoperative anxiety levels, postoperative pain level and the need for analgesic and antiemetic on postoperative first day were low, satisfaction level and sleep quality of the patients were high ($p<0.05$). However, postoperative nausea level, vomiting (excluding postoperative second hour) and hospital stay were similar ($p>0.05$). It was concluded that PONVIS is valid and applicable instrument for the Turkish population.

CONCLUSION: It was observed that imagery had positive psychological and physiological effects on patients in perioperative period. Due to its easy implementation, low cost, positive effects and lack of side effects, it is considered as a method that can be used for fast recovery after surgery.

Key words: imagery, nausea-vomiting, pain, anxiety, sleep quality, satisfaction

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cerrahi tanı, tedavi ve bakım teknolojilerindeki gelişmelere paralel olarak, kardiyovasküler hastalıklar, enfeksiyonlar, malignite, yaralanmalar ve akla gelebilecek birçok alanda sağlığın korunması, sürdürülmesi ve yükseltilmesinde önemli rol oynamaktadır (Kennedy, Fairfield and Fergusson 2015). Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası küresel sağlığın gelişiminde cerrahinin önemini vurgulamış ve önemli bir bileşen olarak altını çizmiştir (Weiser et al 2016). Dünya’da 2004 yılında 234,2 milyon cerrahi girişim gerçekleştirildiği tahmin edilmiş, 2012 yılında bu tahmini oran %38’lik bir artışla 266,2 ile 359 milyon aralığına yükselmiştir (Weiser et al 2008). Ortalama her 100 000 kişiden 4 664’ünün cerrahi girişim geçirdiği bilinmektedir (Rose et al 2015).

Prenatal hayattan başlayıp ölüme kadar hayatın herhangi bir evresinde primer veya sekonder olarak ya da tarama, erken tanı ve palyatif rahatlama gibi alanlarda farklı nedenlerle cerrahi uygulanmaktadır (Meara, Hagander and Leather 2014). Ölüm oranlarının düşmesi ve beklenen insan ömrünün uzaması Dünya’daki yaşlı nüfusun artmasına neden olmuştur. 2050’li yıllara gelindiğinde nüfusun yaklaşık %21’ini yaşlı insanların oluşturacağı beklenmektedir (Lunenfeld and Stratton 2013). Omling ve ark. (2018) da cerrahiye en çok ihtiyaç duyan bireylerin 80-84 yaş aralığında olduğunu bildirmiştir.

Cerrahi girişim geçirenlerin sayısının artması, cerrahiye ve anesteziye bağlı ortaya çıkan semptomlardan yakınan insan sayısında da artışa neden olmaktadır. İnsanlar cerrahi müdahale öncesinde, cerrahi komplikasyonlardan veya ameliyata bağlı olarak hayatının değişmesinden korkup (Jawaid, Mushtaq, Mukhtar and Khan 2007), kaygılanırken (Akinsulore, Owojuyigbe, Faponle and Fatoye 2015, Shoar et al 2016), diğer yandan cerrahi sonrasında da ağrı (Gan 2017, Luo and Min 2017), uykusuzluk

(Gogenur, Wildschiotz and Rosenberg 2008, Krenk, Jennum and Kehlet 2012, Krenk, Jennum and Kehlet 2014), bulantı-kusma (Sherif, Hegde, Mariswami and Ollapally 2015, Shaikh, Nagarekha, Hegade and Marutheesh 2016), anksiyete (Hansen, Halladin, Rosenberg, Gögenur and Møller 2015) gibi semptomlarla da başa çıkmak zorunda kalmaktadır. Cerrahi semptomlar potansiyel olarak önlenemez morbidite ve mortalite nedenidir. Titiz bir cerrahi öncesi değerlendirme ile cerrahi öncesi, sırası ve sonrası gerekli önleyici tedbirlerin alınması ve tedavinin planlanması önemlidir (Glaysheer and Cresswell 2014). Cerrahi semptomların önlenmesi ve giderilmesinde farmakolojik (Muchatuta and Paech 2009, Luo and Min 2017) ve nonfarmakolojik yöntemler uygulanmakta olup son yıllarda nonfarmakolojik yöntemler adı altında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp yöntemleri'nin (TAT) üzerinde durulmaktadır (Ay ve Alpar 2010, Özveren 2011, Aygin 2016).

İnsanların daha uzun yaşaması ile kronik, dejeneratif ve malign hastalıklardaki hastalıklarda artış, yeni teknolojilere ulaşma imkânının sınırlı ve maliyetin yüksek olması, güncel yöntemlere karşı kuşku duyulması ve yan etkilerden korkulması, tamamlayıcı ve alternatif tıbbın yararlılığına inanılması, TAT yöntemlerinin yaygın şekilde uygulanmasına neden olmaktadır (Khorshid and Yapucu 2005). Türkiye'de kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hastaların %36'sının herhangi bir TAT yöntemi kullandığı, kullananlardan çoğunun da fiziksel veya duygusal yarar sağladığı belirtilmiş, hastaların "*hastalıkla savaşmak için mümkün olan her şeyi yapma arzusu*" ve "*yararlı olabileceği fikri, en azından zararlı değildir*" düşüncesi ile yöntemlere başvurduğu ifade edilmiştir (Algier, Hanoglu, Ozden ve Kara 2005). İran'da yapılan bir çalışmada da, kanser hastalarının %35'inin TAT yöntemlerine başvurduğu görülmüş, hastaların daha çok hastalığıyla ilgili belirsizlik, korku ve tatminsizlik durumlarında bu yöntemlere başvurduğu ortaya çıkmıştır (Montazeri, Sajadian, Ebrahimi, Haghighat and Harirchi 2007).

Hastalar tarafından sıkça başvuru alan TAT yöntemlerinin kanıt piramidinin neresinde yer aldığını, etki ve yan etkilerini, uygulanışını, diğer tedavilerle etkileşimini bilmek, gerektiğinde hastaya alternatif yöntemleri öğretmek için sağlık bakım profesyonelleri arasındaki en uygun ekip üyesi hemşirelerdir (Khorshid ve Yapucu 2005). Bu

bağlamda, hemşireler TAT yöntemlerini Dünya'nın birçok yerinde farklı hastalıklar veya semptomlar için uygulamakta (Rantala, Kankkunen, Kvist and Hartikainen 2012, Hansen 2013), bilimsel kanıtları güçlendirmeye yönelik çalışmalar yapmakta ve literatüre kazandırmaya devam etmektedirler.

İmgelem, zihin ile beden arasındaki etkileşime odaklanmış bir TAT yöntemidir (Gonzales et al 2010). İmgeleme yönteminin kemoterapiye bağlı bulantı kusmayı azalttığı gösterilirken (Yoo, Ahn, Kim, Kim and Han 2005, Karagozoglu, Tekyasar ve Yılmaz 2013), cerrahi sonrası yapılan çalışmalar daha çok anksiyete ve ağrı üzerine odaklanmış olup (Gonzales et al 2010, Singh and Dalmar 2014), cerrahiye bağlı bulantı kusma üzerindeki etkisi aydınlık kazanmamıştır (Roffe, Schmidt and Ernst 2005). Son yıllarda sağlıkta birçok alanda uygulanmakta olan yöntemin psikolojik olarak destekleyici ve konforu artırabileceği belirtilirken, bulantı kusma gibi fiziksel semptomları pozitif yönde etkilediğine dair yeterince kanıt olmadığı bilinmektedir (Roffe et al 2005).

Yapılan literatür taraması sonucunda, imgelem yönteminin cerrahi semptomlar üzerinde etkili olup olmadığının henüz netlik kazanmamış olduğu ve bu konuyla ilgili akademik çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmüştür. Bu gereksinimlerden yola çıkılarak planlanan çalışmanın amacı, ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme tekniğinin bulantı kusma ve diğer semptomlar üzerine etkisini belirlemektir. Bu çalışmanın yan amacı da "Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği (PBKEÖ, PONV; Postoperative Nausea and Vomiting Impact Scale)'nin Türk toplumu için uygun olup olmadığının incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP

2.1.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) Tanımı ve Çeşitleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), “*modern tıp dışındaki tedavi yaklaşımlarını Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT)*” olarak tanımlanmaktadır. Genellikle geleneksel tıbbın içinde yer almayan, çeşitli tıbbi ve sağlık bakım sistemleri, uygulamaları ve ürünlerinden oluşan bir grup uygulamalara verilen isimdir (Aktaş 2017). Tamamlayıcı tıp geleneksel tıpla birlikte kullanılırken, alternatif tıp geleneksel tıp yerine kullanılabilir. Bütünleştirici tıp (İntegratif tıp) ise, güvenlik ve etkinliği kanıtlanmış kanıtı geleneksel tıp ve TAT uygulamalarının kombine uygulanmasıdır. Bu yöntem, hastanın zihnini, bedenini ve ruhunu bir bütün olarak ele alır. (https://nccih.nih.gov/research/statistics/2007/camsurvey_fs1.htm Erişim tarihi 24 Eylül 2018, <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/367NCINewV2.pdf> Erişim tarihi 24 Eylül 2018).

Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini sınıflamada, tüketiciler genellikle “doğal”, “bütünsel”, “ev ilaçları” veya “Doğu tıbbi” terimlerini kullanırken (<https://www.cancer.gov/publications/patient-education/367NCINewV2.pdf> Erişim tarihi 24 Eylül 2018), uzmanlar zihin-beden terapileri, manipülatif ve bedene dayalı uygulamalar, biyolojik temelli uygulamalar, enerji terapileri ve alternatif bakım sistemleri olmak üzere beş grupta incelemektedir (Kramlich 2014).

1. *Zihin-Beden Terapileri*; zihnimizin beden üzerinde etkili olduğu inancına dayanmaktadır. Meditasyon, biofeedback, hipnoz, imgelem, yoga, gevşeme teknikleri gibi zihin-beden girişimlerini içeren TAT yöntemleri beyin, zihin,

vücut ve davranışlar arasındaki etkileşime odaklanmış tekniklerdir (Kwekkeboom, Cherwin, Lee and Wanta 2010, Bulduklu 2015).

2. *Manipülatif ve Bedene Dayalı Uygulamalar*; masaj ve kayropratik veya osteopatik manüplasyon bu gruba girer. Kemikler, eklemler, kas veya yumuşak doku gibi bedenin bir veya birkaç bölümünün el veya bazı özel cihazlarla çalıştırılmasıdır (Ayçeman 2008, Bulduklu 2015).
3. *Biyolojik temelli uygulamalar*; doğada bulunan diyet takviyeleri ve bitkisel ürünleri içerir. Vitaminler, otlar ve özel diyet ürünleri gibi uygulamalar bu gruba girer.
4. *Enerji Terapileri*; vücudun şifa ve sağlık için kullanılabilen enerji alanlarına sahip olduğu inancını içerir. Tai Chi, Reiki, Terapötik dokunma gibi terapiler bu grupta yer alır (Bulduklu 2015, Taşcı 2015).
5. *Alternatif Bakım Sistemleri*; Dünya'nın farklı kültürlere sahip bölgelerinde zaman içinde gelişen şifa sistemleri ve inançlarıdır (Homeopati, Çin tıbbı, Ayurveda tıbbı gibi) (Bulduklu 2015, Taşcı 2015), <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/367NCINewV2.pdf> Erişim tarihi 26 Eylül 2018).

Modern tıp uygulamalarının ne olduğu ve kim tarafından uygulanabileceği kesin ve netken, TAT yöntemleri için aynı şeyi söylemek mümkün değildir. Çünkü modern tıpta ilaçlar faz I, faz II ve faz III çalışmalarından geçerken yüzlerce ilaç elenmekte, ilaçların etkin dozları belirlenmekte, sonuçlar olumluysa ruhsat alınmaktayken, TAT yöntemlerinde bu süreçlerin olmaması ise bu yöntemlere olan güvenilirliği sarsmaktadır

(<https://www.titck.gov.tr/PortalAdmin/Uploads/UnitPageAttachment/e5a1e31511882.pdf> Erişim tarihi 24 Eylül 2018). Dolayısıyla TAT yöntemlerinin hastalar üzerindeki fizyolojik ve psikolojik etkileri halen tartışılmakta olup, bu konudaki bilgiler henüz netlik kazanmamıştır (Menniti-Ippolito et al 2008). Doğal ve zararsız olduklarına inanılması ve dozajları, etki/yan etkileri ile diğer ilaçlarla olan etkileşimlerinin net olarak bilinmemesine (Menniti-Ippolito et al. 2008, Uysal 2016) rağmen, TAT yöntemleri yüksek oranda kullanıcıya sahiptir (Araz, Harlak ve Meşe

2007, Harris, Cooper, Relton and Thomas 2012, Akçay ve Yıldırımlar 2017). Bu nedenle günümüzde TAT yöntemleri popüleritesini sürdürmektedir.

Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin çok çeşitli olması ve modern tıp tedavisinin de kişiye özel olması nedeniyle kullanılan yöntemlere bağlı gelişebilecek sorunlarla ilgili kişiye özel düşünülmesi gerekmektedir. Meditasyon ve yoga gibi zihin-vücut uygulamalarının, uygun şekilde uygulandığında sağlıklı insanlarda güvenli olduğu düşünülürken, bitkisel ilaçlar veya ürünler gibi gıda takviyesi olarak satılan ve kolayca ulaşılabilen doğal ürünler hakkında bilinmeyen çok şey vardır. Özellikle bir gıda takviyesinin kamuya sunulmadan önce güvenlik ve etkinliğinin kanıtlanmak zorunda olmaması bu ürünleri kullanmadan önce çok daha fazla düşünmeyi gerektirmektedir (<https://nccih.nih.gov/health/safety> Erişim tarihi 29 Ekim 2018). Menniti-Ippolito ve ark. (2008) doğal sağlık ürünlerine bağlı gelişen yan etkilerden büyük bölümünün ciddi boyutta olduğunu vurgulamış; toksik hepatitten, deri, sinir ve gastrointestinal sistem bozuklukları gibi yaşamı tehdit eden klinik olayların yanında ölümle sonuçlanan vakalar olduğunu da belirtmiştir. Bu yan etkilerinin yanında özellikle dar terapötik aralığa sahip ilaçlarla birlikte kullanılan TAT yöntemleri ilacın doğal seyrini değiştirmekte, ölüme kadar giden ciddi sorunlara neden olabilmektedir (Uysal 2016).

Yukarıda sayılan nedenlerin tümü TAT yöntemlerinin etki, yan etki, dozaj gibi durumlar açısından güvenilirliği kanıtlanana kadar üzerinde durulmasını ve bu konuda daha fazla çalışma yapılmasını gerektirmektedir (Menniti-Ippolito et al. 2008, Uysal 2016).

2.1.2. TAT Kullanım Sıklığı

Dünya'nın her bölgesinde TAT yöntemleri farklılık göstermekte olup, gelişmiş ve gelişmemiş toplumlar çeşitli nedenlerle bu yöntemlere başvurmaktadır. Genellikle fakir ülkelerdeki insanlar maddi kaynakların yetersizliği, ulaşım problemleri gibi nedenlerle bu yöntemleri primer tedavi yöntemi olarak görürken, zengin ülkelerdeki insanlar daha çok hastalık önleyici veya palyatif bakım için kullanmaktadır. Afrika'daki nüfusun yaklaşık %80'i, Fransa'da %75'i en az bir kez tamamlayıcı ve

alternatif yöntemlerden yararlanmaktadır. Almanya'da da ağrı kliniklerinin %77'sinin akupunktur uyguladığı belirtilmektedir (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release38/en/> Erişim tarihi 25 Eylül 2018). Harris ve ark (2012), 15 ülkenin genel popülasyondaki 12 aylık TAT kullanım oranının %9,8 ile %76 arasında olduğunu tespit etmişlerdir. Araz ve ark (2007) 1000 kişi ile yaptıkları çalışma sonucu; toplumdaki bireylerin üçte birinin doktora gitmenin yanı sıra başka tedavi yolları da aradığını ortaya koymaktadır. TAT kullanımını hayatın ilk yıllarında ebeveynlerin bebek veya çocuğa uygulamasıyla başlamakta ve hayatın sonuna kadar devam etmektedir (Araz ve ark. 2007, Akçay ve Yıldırım 2017). Amerika'daki istatistiklere göre de TAT kullanımının hayatın ilk yıllarında başladığı gösterilmektedir. Buna göre yaş aralıkları ve TAT kullanım oranları; 0-4 yaş grubu bebek veya çocuklarda %7,6, 18-29 yaş grubunda %36,3, 40-69 yaş grubunda ise %40'dan fazla bulunmuştur. Genel olarak 18-84 yaş aralığındaki kişilerin %30'dan fazlasının herhangi bir TAT yöntemi kullandığı sonucuna varılmıştır (https://nccih.nih.gov/research/statistics/2007/camsurvey_fs1.htm Erişim tarihi 24 Eylül 2018). Ulusoy ve ark. (2012)'nin Türkiye'de romatolojik hastalarla yaptığı çalışmada hastaların neredeyse yarısının en az bir TAT yöntemini kullandığını ortaya koymaktadır. TAT kullanım sıklığı, demografik faktörler ve sağlık durumuna göre farklılık göstermekle birlikte, genelde yükseköğrenim görmüş, orta yaş ve kadın cinsiyette daha yüksek oranda kullanılmaktadır. Gelir düzeyinin kullanımı etkileyip etkilemediği henüz netlik kazanmamış olup, kullananların çoğunda birden çok sağlık durumu bozukluğunun olduğu görülmektedir (Bishop and Lewith 2010).

2.1.3. En sık Kullanılan TAT yöntemleri

Amerika'da yetişkinler arasında en sık kullanılan ilk on TAT yönteminin sırasıyla vitamin ve mineral takviyesi olmayan doğal koruyucular, derin solunum egzersizleri, meditasyon, kayropratik veya osteopatik manipülasyon, masaj, yoga, diyet temelli terapiler, progressif gevşeme, imgeleme yöntemi ve homeopatik tedavi olduğu görülmektedir (<https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/camuse.pdf> Erişim tarihi 25 Eylül 2018). Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde; Erdoğan, Akıncı, Yavuz, Tosun ve Atik (2017) yaşlılarla huzurevinde yaptıkları çalışmada

kişilerin en çok bitkisel ve bitkisel olmayan destekleyici ürünlerin, Araz ve ark. (2007) genel popülasyonda bitkisel tedavi, dua okuma ve masajın, Ulusoy ve ark. (2012) beslenme ve vücut temelli uygulamaların sıkça kullanıldığını göstermektedir.

2.1.4. TAT Kullanımı ve Sağlık Çalışanlarının Rolü

Hastalar ve hastalıklardan korunmak isteyen TAT kullanıcı oranlarının yüksek düzeyde olması sağlık çalışanlarının bu konu üzerinde durmasını zorunlu hale getirmektedir (Harris et al 2012, Ulusoy ve ark 2012). Yapılan bir çalışma, hastaların yalnızca %13,6'sının hekimlerin önerisi doğrultusunda TAT yöntemlerine başvurduğunu ve sıklıkla yakınları veya kitlesel iletişim araçları tarafından yöntemleri kullanmaya teşvik edildiklerini ortaya koymuştur (Ulusoy ve ark 2012). TAT yöntemlerin çok yüksek oranda kullanılması ile profesyonel kişilerden alınan yardım oranına bakıldığında; genellikle güvenilir olmayan kaynaklara başvurulduğu ortaya çıkmaktadır (Harris et al 2012, Ulusoy ve ark 2012). Diğer bir çalışma da, TAT uygulayıcılarına yapılan ziyaretlerin %1,8 ile %48,7 arasında geniş bir yelpazede değiştiğini göstermektedir (Harris et al 2012).

Kişiler genellikle anksiyete, korku, depresyon, ağrı, yorgunluk, yaşam kalitesinin düşmesi, bağışıklık fonksiyon bozukluğu gibi durumlar nedeniyle TAT yöntemlerine başvururken (Mayden 2012), bu yöntemlere başvurma oranının yüksek olma nedenleri birçok faktöre bağlı olarak değişmektedir. İnsanlar; modern tıp uygulamaları veya doktordan memnun olmama, ilaç yan etkilerinden korktukları için daha doğal yöntemlere yönelme, TAT uygulayıcıları ile daha iyi terapötik ilişkisinin olması gibi nedenlerle TAT yöntemlerine başvurmaktadır (Eardley et al 2012). Sağlık çalışanları hastayı yeterince sorgulamamakta, hasta doktorun kendisini onaylamayacağını, ilgisiz davranacağını, yardım edemeyeceğini ve TAT yöntemlerinin modern tedaviyle alakası olmadığını düşünmekte, bu nedenle de TAT kullanıp kullanmadığı konusunda sağlık çalışanlarına yeterince açık olmamaktadır (Davis, Oh, Butow, Mullan and Clark 2012). Dolayısıyla hastanelerde, farkında olunmayan TAT kullanıcı oranı çok yüksektir. Davis ve ark. (2012), kanser hastalarının TAT kullanma oranlarının %11 ile %95 arasında değiştiğini belirtirken, bu hastaların %20 ile %77'sinin TAT kullanımını doktora açıklamadığını

belirtmişlerdir. TAT kullanımını her ne kadar yüksek olsa da iki tarafa bağılı olarak hasta ile sağıık profesyoneli iletişiminin eksikliği nedeniyle, birey kullandığı TAT yöntemi ve güvenilirliği konusunda sağıık profesyonellerine açılmamakta (Davis et al 2012, Mayden 2012), genellikle sağııkla hiç ilgisi olmayan yerlerden, güvenilir olmayan kaynaklardan bilgi almaktadır. Araz ve ark. ın (2007) yaptıkları çalışma, kişilerin TAT yöntemleri hakkındaki bilgi kaynaklarının sırasıyla; TV-radyo (%76,6), kitap, dergi, gazete (%76,1) ve bu yöntemleri kullanan kişiler (%53,3) olduğunu göstermektedir.

Genel popülasyonda ve hastalık zamanlarında sıkça başvurulan TAT yöntemlerini göz ardı etmek, bu gerçeği görmezden gelmek, hastalarla bu konularda paylaşım yapmamak daha yanlış sonuçlar doğuracaktır. TAT yöntemlerinden herhangi birini kullanan hastaların neredeyse yarısı bu yöntemlerin yan etkilerinden mağdur olmaktadır (Bello, Winit-Watjana, Baqir and McGarry 2012). Sağıık çalışanlarının kanıta dayalı TAT yöntemlerini, etkilerini, yan etkilerini, ilaçlarla etkileşimlerini bilmesi, hastayla paylaşılması, gerekirse hastayı teşvik etmesi gerekmektedir. En önemlisi de hastanın kullandığı bir yöntem olup olmadığını sorgulamalı, bu konuyu ilk olarak hastanın açmasını beklememelidir (Bello et al 2012).

Sağıık çalışanlarının TAT yöntemlerine karşı tutumunu kişisel deneyimleri, klinik deneyimleri ve TAT yöntemlerinin fizyolojik sonuçlarını gösteren kanıtlar etkilemektedir (Aveni et al 2017). Sağıık çalışanları hastalarla TAT konusundaki iletişimini geliştirmek için öncelikle hastaların sağıık bakımı ile ilgili endişe, inanç, ihtiyaç ve kararlarını kabul etmeli, hastalarla birlikte çalışmalı, bu konuda pozitif tutum içerisinde olmalıdır (Robinson and McGrail 2004). Aktaş (2017) Türkiye’de yaptığı çalışmada, hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerin TAT yöntemlerine karşı tutumlarının pozitif ve orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin genellikle hastalar ile TAT yöntemlerini tartışmaktan rahatsızlık duydukları belirtilmektedir (Chang and Chang 2015). Aveni ve ark. (2017), ebe ve hemşirelerin daha çok kişisel deneyimlere, hekimlerin de kanıtlara güvenmekte olduğunu, dolayısıyla sağıık profesyonellerinin TAT ile ilgili hasta sorularını yanıtlamaya hazır olmadığını ifade etmişlerdir. Sağıık çalışanları TAT uygulamalarında kanıta dayalı

karar vermeyi desteklemeli ve TAT yöntemlerini tartışacak kadar bilgili olmalıdır (Aveni et al 2017).

Özet olarak; TAT uygulamalarında hemşire-hasta iletişiminin olmaması, hemşirelik mesleğinin bu konudan soyutlanması, hastaları daha bilgisiz kaynaklardan yardım almaya iterek, riskli duruma sokmaktadır (Chang and Chang 2015). Sağlık profesyonelleri hasta refahı ve güvenliği için bu durumun farkında olmalı, herhangi bir TAT yöntemi kullanma durumu ile ilgili ilk konuşan kişi hasta olmamalı ve hastaya bu konuda gerekli profesyonel destek verilmelidir (Davis et al 2012, Aveni et al 2017).

2.2. ZİHİN VE BEDEN ARASINDAKİ ETKİLEŞİMLERE DAYALI TERAPİLER

Duygusal, mental, sosyal, ruhsal veya davranışsal faktörler sağlığı doğrudan etkileyebilmektedir (Weydert et al 2006). Genel sağlığı geliştirmek amacıyla beyin, beden, zihin ve davranış arasındaki etkileşimlere odaklanmış uygulamalar zihin-beden etkileşiminin kullanıldığı girişimlerdir ve zihni kullanarak fiziksel fonksiyonları değiştirmek olarak da tanımlanabilir (Mayden 2012). Zihin-beden terapi uygulamalarının asıl amacı zihnin doğuştan gelen sağlığı iyileştirme kapasitesinden yararlanmak olup, zihin-beden etkileşimini sağlayan teknikler iyileşme sürecinde öz yeterliliği ve aktif katılımı teşvik etmektedir (Glickman-Simon and Tessier 2014). Relaksasyon, hipnoz ve imgeleme yöntemlerini inceleyen bir sistematik derleme, zihin-beden terapilerinin psikolojik iyilik halini geliştirdiğini, fizyolojik olarak vital bulgular üzerindeki etkisinin minimal olduğunu, endokrin ölçüm sonuçları üzerindeki etkisinin değişken olduğunu göstermektedir (Nelson et al 2013). Bunun yanında zihin-beden terapilerinin elektif cerrahi girişim sonuçlarının iyileştirilmesi için kullanışlı olabileceğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Nelson et al 2013, Glickman-Simon and Tessier 2014).

2.2.1. Zihin Beden Terapilerinin Tarihsel Gelişimi

Duyguların fiziksel sağlığı etkilediği anlayışı, ikinci yüzyılda hekim olan Galen ve ve filozof Musa Maimonides'e kadar uzanmaktadır (Brower 2006, Mayden 2012). İnsan var oluşundan bu yana toplumlar çok çeşitli hastalıklarla başederken; değişen inanç sistemlerine rağmen, ortak amaç her zaman, bedeni bir bütün haline getirmek olmuştur (Mayden 2012). Örneğin, 19. yüzyılın modern tıp öncülerinden Williams Osler tüberküloz hastalığının göğüsten daha çok zihinle ilişkili olduğunu ifade etmiştir (Coats and Feldman 1993). Eski Mısır, Babil ve Yunanistan'daki sağlık modelleri, bedenin yanı sıra zihnin de tedavisini içermektedir. Aynı şekilde, hem geleneksel Çin tıbbı, hem de Hint ayurvedik tıbbı zihin sağlığı ile fizyolojik sağlığın etkileneceği temelleri üzerine kurulmuştur. Bu sistemlerin merkezinde akıl ve beden arasındaki etkileşimin hastalığa neden olabileceği ve sağlığı ve şifayı etkileyebileceği inancı vardır (Mayden 2012).

Zihin ile beden etkileşimi tartışmaları çok eski yıllardan beri devam etmektedir. Bir kesim topluluk, zihin ile bedenin ikisini bir bütün olarak ele alırken, bir kesimi de tamamen ayrı yapılar olduğunu savunmaktadır (Brower 2006, Mayden 2012). Aslında biyolojik süreçlerin zihni etkilediği ortada iken (alkol, madde kullanımı gibi) (Onuoha, Quintana, Lyvers and Guastella 2016, Sanvicente-Vieira et al 2017), zihnin biyolojik sistemi etkilediği düşüncesini kabul etmek zor gelmektedir (Brower 2006). Oysaki doğu toplumları zihinsel tedavi yöntemlerini fiziksel sorunlarla baş etmede yüzyıllardır uygulamaktadır (Mayden 2012, Lee et al 2017). Yakın zamanda, Walter Bradford Cannon ve Hans Selye gibi modern zihin-beden tıbbı araştırmacılarının çığır açan gözlemlerine dayanarak, modern tıp, akıl ve bedenin etkileşimlerine yeni bir ilgi göstermiş ve bu etkileşimlerin hastalık oluşumunda ve tedavisinde oynadığı rol ile ilgili teoriler ortaya koymuştur (Goldstein and Kopin 2007, Szabo, Yoshida, Filakovszky and Juhasz 2017).

Son yıllarda yapılan kanıt temelli çalışmalarda TAT yöntemleri batı tıbbında da sıkça yer almaktadır (Nelson et al 2013, Glickman-Simon and Tessier 2014, Wells, Baute and Wahbeh 2017). Bilimsel toplumun bir kısmı zihin ve beden arasında bağlantı olduğu ve bunun hastalık ve sağlıkla ilişkili olduğunu kabul etmektedir (Mayden

2012, Lee et al 2017, Strada and Portenoy 2018). Bu konunun hala yeterince açıklık kazanmamış olması, iyi tasarlanmış randomize kontrollü çalışmaların yetersizliği gibi nedenlerle güçlü kanıtların elde edilememesi (Alraek, Lee, Choi, Cao and Liu 2011, Bao et al 2014), sağlık profesyonellerinin örgün eğitim müfredatlarında bu konunun yer almaması veya çok az akademik kurumda TAT konularına yer verilmesi, klinisyenlerin geleneksel olmayan tıbbi ve zihin-beden bağlantısını daha iyi anlamalarını engellemektedir (Kolkman 2009, Yıldırım ve ark 2010, Mayden 2012, Joyce, Wardle and Zaslowski 2016). Kolkman (2009) Hollanda'da bir tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin çoğunun (%83) hastalara TAT hakkında objektif bilgi verebilmeleri gerektiğini düşündüklerini, ancak öğrencilerin %74,2'sinin TAT konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmiştir. Ülkemizde de benzer şekilde Yıldırım ve ark. (2010) hemşirelik ve tıp öğrencilerinin TAT hakkında sınırlı bilgiye sahip olduğunu göstermiştir.

Günümüzde TAT yöntemlerinin aydınlatılması ve kanıt temelli kılavuzların hazırlanabilmesi için konunun güncel tutulması, iyi tasarlanmış randomize çalışmaların artırılması (Alraek et al 2011, Bao et al 2014), TAT yöntemlerinin tıp ve hemşirelik müfredatına girmesi gerekmektedir (Kolkman 2009, Yıldırım ve ark 2010).

2.3. İMGELEM VE YÖNLENDİRİLMİŞ İMGELEM

2.3.1. İmgelem

Türk Dil Kurumu sözlüğündeki güncel tanıma göre imgelem; “*ruh bilimi, hayal dünyası, imajinasyon*” olarak geçmektedir. (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=İMGELEM Erişim tarihi 29 Eylül 2018).

İmgeleme tekniği basit görseller veya metafor, hikaye, oyun, çizim, fantazi gibi çeşitli yöntemleri kullanarak olabileceği gibi direkt telkin şeklinde de uygulanabilir (Prabu and Subhash 2015). Genel anlamda “imgeleme” yi açıklayacak olursak;

- ✓ Kişiyi sıkıntı yaratan bir durumu önlemek ya da iyileştirmek amacıyla pozitif bilişsel ve duygusal durum yaratmak için zihnin hoş giden duyuları kullanmasıdır (Roffe et al 2005, Gonzales et al 2010)
- ✓ Bir şeyi zihinde görmek, tatmak, duymak, koklamak, dokunmak ve hissetmek olarak tanımlanmaktadır (Prabu and Subhash 2015).
- ✓ Tüm duyuları kullanarak fiziksel ve duygusal iyilik hali için gevşemeye odaklanmış bilinçli düş görme yani hayal gücünü kullanarak gerçeği taklit etme anlamına gelir.
- ✓ Gerçek deneyimleri sanki gerçekten oluyormuş gibi beynimizde canlandırmak, düşünmek olarak da açıklanabilir (Roffe et al 2005, Gonzales et al 2010).

İmgeleme yöntemi, direkt olarak otonom sinir sistemini etkileme özelliğine sahiptir. Bunun yanında bağışıklık sistemi, sinir sistemi, endokrin cevap gibi birçok fizyolojik süreçleri etkileyerek iyileşme sürecini hızlandırabilmektedir. Beden imgeleme gerçek bir dış uyaran varmış gibi cevap verir. “Sulu mayhoş bir limon dilimini yediğinizi hayal ettiğinizde ağızınızdaki sekresyon artışı, cinsel fantezilerinizin fizyolojik sonuçları, sinirlenmenize yol açan bir konuyu hayal ettiğinizde bu duygunun vücutta oluşturduğu tepkiler” buna örnek olarak verilebilir (Prabu and Subhash 2015).

İmgelem’in tedavi amacıyla kullanılışı binlerce yıl önce başlamış olup, Aristoteles, Hipokrat ve Galen bu metodu hastalarında kullanmışlardır. Yunanistan’ın Asklepiyen tapınaklarında, günümüzde “hipnogogik uyku” olarak adlandırılan yöntem, uykudan hemen önceki berrak bilinçlilik döneminde hastalara uygulanmıştır (Strada and Portenoy 2018). Günümüzde de birçok alanda kullanılmaktadır (Barrows and Jacobs 2002, Posadzki, Lewandowski, Terry, Ernst and Stearns 2012, Feliks et al 2017).

2.3.2. Yönlendirilmiş İmgelem Tanımı ve Uygulanışı

Yönlendirilmiş imgelem; kişinin fiziksel, duygusal ve ruhsal durumunu etkilemek için zihnin yaratıcılığını kullanması temeline dayanmaktadır (Roffe et al 2005, Gonzales et al 2010). Bu yöntemin amacı; bilinçli zihinde normal olarak erişilemeyen

belirli biyolojik etkilere erişip açığa çıkarmak için imgelem ve telkinlerin kullanılmasını sağlamaktır. İmgelem; kişiye özel olabileceği gibi “sakin ve rahatlatıcı bir plaj” örneğinde olduğu gibi genel de olabilir. Genel imgelemde, genellikle hastanın tropikal ve tuzlu havayı koklamasını, güneşin sıcaklığını cildinde hissetmesini ve mercan resiflerine, beyaz kum plajlara vuran dalgaların sesini duymasını istemek gibi duyular “sakin ve rahatlatıcı bir plajı” doğrudan provoke eden ifadeler kullanılarak uyandırılır (Barrows and Jacobs 2002).

Hastalıklarda özel olarak terapist, hastanın sol inen kolundaki veya karaciğerin sağ lobundaki kanser hücrelerine immün sistem hücrelerinin saldırdığını hayal etmesini isteyebilir. Yönlendirilmiş imgelem; bir terapistin aktif olarak hastayı yönlendirmesi yoluyla ya da yine bir terapist tarafından önceden hazırlanmış ses kaydının hasta tarafından dinlenilmesi yoluyla uygulanabilir (Felix, Ferreira, da Cruz and Barbosa 2017). Alternatif olarak, hasta yeterli deneyim ve beceri edinmişse, dışarıdan bir uygulayıcıya ihtiyaç duymadan kendi kendine yönlendirilmiş imgelem uygulayabilir (Felix et al 2017). Yapılan çalışmalarda yönlendirilmiş imgelem seans süreleri değişkenlik göstermekte olup; 20-30 dakika kadar sürebileceği gibi (Barrows and Jacobs 2002, Felix et al 2017), 45-52 dakika da sürebileceği de (Posadzki et al 2012, Felix et al 2017) belirtilmektedir.

Yönlendirilmiş imgelem yönteminin uygulanmasında genellikle görüntülü veya görüntüsüz bir ses kaydı kullanılmaktadır (Barrows and Jacobs 2002, Posadzki et al 2012, Felix et al 2017). Yöntem hastalara gruplar halinde uygulanabileceği gibi bire bir uygulama yapmak da mümkündür. Hastanın olumsuz düşüncelerden kurtulması ve rahatlaması amacıyla yumuşak bir fon müziği ve hastanın mutlu, rahat, sakın, güvenli hissedebilmesine olanak tanıyan imgeleme komutları kullanılabilir. Bu komutlar ağrı, anksiyete ve bulantı gibi semptomları yönetmek için pozitif düşünce oluşturma ve yeni baş etme davranışlarının geliştirilmesinde yönlendirici olabilir (Roffe et al 2005).

İmgeleme yöntemi, dikkati odaklama ile rahatlamayı içeren ön hazırlık süreci ve hipnozla yakından ilişkilidir. Çoğu zihin-beden terapisi tekniğine benzer şekilde,

yönlendirilmiş imgelemin de temel dayanağı; telkin ile kişinin fizyoloji ve psikolojisinin etkilenebileceğidir (Feliks et al 2017). Yüksek düzeyde hipnotize edilebilir bireylerin yönlendirilmiş imgelemden yarar görme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Barrows and Jacobs 2002).

Yönlendirilmiş imgelem çoğu zaman hastanın rahat ve huzurlu olabileceği fiziki bir ortamı zihninde canlandırmasını sağlayarak başlar. Terapist tarafından hastadan kendini rahat ve huzurlu hissettiği bir yerde olduğunu hayal etmesi istenir. Bunu yaparken özellikle travma hastalarında “güvenli” ve “korunaklı” gibi kelimelerden kaçınmak gerekir. Çünkü bu kelimeler hastaya geçmiş travmasını hatırlatıp daha da kötü hissetmesini sağlayabilir. Örneğin, ağrı tedavisi için; ağrı deneyimini değiştirdiği düşünülen “dikkat odaklayıcı kelimeler” kullanır. Bu teknik, ağrı yönetimi de dâhil olmak üzere birçok amaç için uygulanabilmektedir. Yönlendirilmiş imgelemin bir parçası olarak, dikkat dağıtma, zihinsel ayrışma, kas gevşemesi ve kontrollü abdominal solunum gibi diğer baş etme teknikleri de uygulanabilmektedir (Strada and Portenoy 2018).

2.3.2.1. Yönlendirilmiş İmgelemin Fizyolojik Sonuçları

İmgelemin; solunum, kalp hızı, kan basıncı, hücre metabolik hızı, gastrointestinal motilite ve sekresyon, cinsel fonksiyon, kortizol düzeyi, kan lipitleri ve immün yanıt gibi birçok major fizyolojik sistemi etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle farmakolojik tedaviye göre komplikasyon olmadan, basit ve kişinin kendi kendine uygulayabileceği bir yöntem olarak birçok semptomun gerilemesi amacıyla kullanılabilir (Prabu and Subhash 2015).

Stres, homeostazise yönelik gerçek veya algılanan bir tehdidin sonucudur. Stresörlerin varlığında homeostazisin korunabilmesi, endokrin, sinir ve bağışıklık sistemlerini içeren karmaşık yanıtların aktivasyonunu gerektirir. Bu kompleks durum “stres cevabı” olarak adlandırılır. Stres cevabının ana iskeleti hipotalamik-hipofiz-adrenal (HHA) ekseninde yatmaktadır. Bu eksenin aktivitesi kortikotropin serbestleştirici hormon (CRH)’un hipotalamustan pulsatil olarak salınımı ile başlar. CHR ön hipofizden adrenokortikotropin (ACTH) hormonunun salınımını uyarır.

ACTH ise adrenal korteksin zona fasikülatasından glukokortikoidlerin (insanda kortizol) salınımını uyarır. Glukokortikoidler ise vücutta biyolojik değişiklikleri düzenler. Yaygın olarak kortizol düzeyleri açısından değerlendirilen HHA ekseninin aktivasyonu, patolojilerin gelişimine katkıda bulunabilir ve psikolojik stresin insanlarda olumsuz sistemik sonuçlara neden olmasının ana yollarından biri olarak kabul edilmektedir (Jones, Owens, Kumar, Cook and Weiss 2014).

Stres anında gelişen hipotalamik-hipofiz-adrenal (HHA) eksenindeki düzensizliğin, uygulanacak olan terapötik müdahalelerin vücudun üzerindeki stresten kaynaklanan yükü hafifletmesiyle birlikte tekrar düzenlenebileceği ve nöroendokrin ve immün fonksiyonların normalleştirilebileceği bilinmektedir (Lewandowski, Jacobson, Palmieri, Alexander and Zeller 2011). Stres-bağışıklık sistemi ve hastalıklar arasında bir bağ bulunurken, bu bağın henüz ne denli ve hangi sistemleri nasıl etkilediği konusunda kanıtlar yeterli değildir (Coats and Feldman 1993, Porcelli et al 2016). Yapılan bir meta-analizde, otoimmün bozuklukların etiyopatogenezinde stresin önemli bir rol oynayabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Porcelli et al 2016).

Yönlendirilmiş imgelem, çeşitli mekanizmalarla nöroendokrin ve bağışıklık fonksiyonunu etkilemektedir;

- ✓ *İlk olarak*, gevşeme yanıtıyla birlikte, yönlendirilmiş imgelem, sempatik uyarılmayı doğrudan azaltmaya çalışır.
- ✓ *İkincisi*, kontrol edilemeyen veya önceden tahmin edilemeyen stresörler, yüksek stres hormonları ve proenflamatuar sitokinler ile ilişkilidir. Yönlendirilmiş imgelemi kullanan kişinin ağrı ile kendi başına mücadele edebilme duygusu, stres yanıtını azaltıp immüniteyi güçlendirir.
- ✓ *Üçüncü olarak*, kronik olumsuz etkiler nöroendokrin ve immünolojik düzensizlikler ile ilişkilidir. Kişinin olumsuz duyguları uzaklaştırmasına yardımcı olan bir yönlendirilmiş imgelem müdahalesi, nöroendokrin ve nöroimmün uyarılmayı azaltır.
- ✓ *Son olarak*, strese karşı fizyolojik cevabı belirleyen en önemli faktörlerden biri de kişinin uyarıcı algısıdır. Bu nedenle, yönlendirilmiş imgelem kullanılarak, ağrısı olan bir kişinin kendi algısında ağrının anlamının

değiştirilmesi, vücudun stres yanıtını da değiştirmektedir (Lewandowski et al 2011).

Özet olarak, yönlendirilmiş imgelem vücuttaki nöroendokrin ve nöroimmün mekanizmaları etkileyerek stres durumunda vücudun verdiği tepkileri ve bu tepkilerden kaynaklanan semptomları gidermekte kullanılabilir bir yöntem olarak görülmektedir (Lewandowski et al 2011, Jones et al 2014).

2.3.2.2. Yönlendirilmiş İmgelemin Cerrahideki Yeri

Bu yöntemin sağlık üzerindeki olumlu etkilerinin gösterilmesiyle birlikte, yöntem birçok hastanede yardımcı tedavi olarak kullanılmaya başlamıştır (Prabu and Subhash 2015). Özellikle stres, anksiyete, ağrı gibi semptomları yönetmek için invaziv girişimlerden önce hemşirelik girişimi olarak uygulanan yöntem (Boehm and Tse 2013), tek başına uygulanabileceği gibi genellikle hipnoz veya meditasyona yardım etmek için ya da progresif kas gevşetme teknikleri ile kombine şekilde de uygulanabilmektedir (Roffe et al 2005). İmgeleme ile ilgili yapılmış bir meta-analizde yöntemin cerrahi ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında etkili olduğu gösterilirken (Singh and Dalmar 2014), kanser hastalarıyla yapılmış bir çalışmada hastaların stres, uykusuzluk, depresyon, anksiyete ve psikolojik rahatsızlık durumunu olumlu yönde etkilediği (Chen, Wang, Yang and Chung 2015), başka bir çalışmada ise imgeleme uygulanan hastalarda preoperatif anksiyete düzeyi, anestezi sonrası derlenme ünitesinde kalış süresi ve ameliyat sonrası ağrı düzeyinin azaldığı gösterilmiştir (Gonzales et al 2010).

İmgeleme yönteminin psikolojik olarak destekleyici ve konforu artırabileceğini gösteren çalışmalar mevcut olup (Roffe et al 2005, Chen et al 2015, McKinney and Honig 2017, Velikova, Sjaheim and Nordtug 2017), bulantı kusma, ağrı, uyku kalitesi gibi fiziksel semptomları pozitif yönde etkilediğine dair çalışma sayısı yetersizdir (Roffe et al 2005, Nelson et al 2013, Kwekkeboom and Bratzke 2016, Felix et al 2017). İmgeleme yönteminin uygulandığı hasta popülasyonu ve sorgulanan semptomlara bakıldığında; çalışmaların özellikle kemoterapiye bağlı bulantı kusma üzerinde yoğunlaştığı (Yoo et al 2005, Karagozolu ve ark 2013),

cerrahi sonrasında sıklıkla anksiyete ve ağrı üzerindeki etkisinin araştırıldığı (Laurion and Fetzer 2003, Gonzales et al 2010, Singh and Dalmar 2014, Carpenter, Hines and Lan 2017), fakat cerrahiye bağlı bulantı kusma üzerindeki etkisi ile ilgili çalışma sayısının yetersiz olduğu görülmektedir (Roffe et al 2005, Hewitt and Watts 2009). Nelson ve ark. (2013) imgelemin ameliyat sonrası fizyolojik sonuçlar üzerindeki etkisine dair kanıtların sınırlı olduğunu göstermiştir. Hadjibalassi, Lambrinou, Papastavrou ve Papathanassoglou (2018) sistematik derleme çalışmalarında, imgelemin ağrı, anksiyete ve hastanede kalış süresini olumlu etkilediğini, hasta memnuniyeti, uyku kalitesi, bakım maliyeti üzerine olan etkilerinin ise daha fazla araştırılması gerektiğini vurgulamıştır. Benzer şekilde Carpenter ve ark (2017) da imgelemin optimal kullanım sıklığını tanımlamaya yönelik yapılan çalışmaların artırılması gerektiğini belirtmişlerdir.

2.4. AMELİYAT SONRASI İYİLEŞMEYİ ETKİLEYEN DURUMLAR

2.4.1. Cerrahiye Bağlı Gelişen Semptomlar

2.4.1.1. Bulantı Kusma

Bulantı-kusma, anestezi sonrası genellikle ilk 24 saatte ortaya çıkan ve 72. saate kadar devam edebilen ciddi bir komplikasyondur (Lance Lichtor, Peter and Glass 2008). İnsidansı çeşitli risk faktörlerine bağlı olarak değişmekle birlikte %8,3 ile %83,3 arasında olabilmektedir (Sherif et al 2015). Bireysel özellikler, anestezi ve cerrahi risk faktörleri gibi birçok değişkenden etkilenmektedir. Kadın olmak, sigara içmemek, daha önceden ameliyat sonrası bulantı kusma öyküsü veya hareket hastalığı olması, uçucu anestezi kullanımı, nitroz oksit, intraoperatif veya ameliyat sonrası opioid kullanımı, yüksek dozda neostigmin, cerrahi süresinin uzun olması gibi faktörler ameliyat sonrası bulantı kusma riskini artıran durumlar arasında sayılabilir (ASPAN 2006, McCracken, Houston and Lefebvre 2008). Ameliyat sonrasında bulantı kusma hafif ya da gelip geçici olabileceği gibi hastalar üzerindeki etkisi çok daha ciddi olabilir. Uzun süreli kusmalara bağlı gelişebilecek birçok komplikasyon iyileşmeyi ve taburculuğu geciktirmekte, sağlık profesyonellerinin zamanının ve ek kaynakların kullanımının artmasına yol açmakta, ülkelerin sağlık

masraflarını ve yeniden hastaneye başvuru oranlarını da arttırmaktadır (Myles and Wengritzky 2012, Hambridge 2013). Hayatı tehdit edebilen, anksiyete ve sıkıntı veren bu komplikasyonlar arasında; hava yolu tıkanıklığı, aspirasyon pnömonisi, pnömotoraks, cilt altı amfizem, insizyon bölgesinde kanama, yara ayrılması, dehidratasyon, elektrolit dengesizliği, oral alımın gecikmesi, ağrı, özofagus rüptürü, gecikmiş iyileşme, mobilizasyon süresinin uzaması sayılabilir (Kasap ve Yüceyar 2009, Hambridge 2013, Myles and Wengritzky 2012).

Tedavide öncelikle risk faktörleri belirlenir, bu faktörler mümkün olduğunca azaltılır veya tedavi planının risk durumuna göre planlanması üzerinde durulur. Bunun için mümkün olduğunda bölgesel anestezinin genel anesteziye tercih edilmesi, kar-zarar hesabı yapılarak uygunsa opioid kullanımının en aza indirilmesi, orta ve yüksek risk grubundaki hastalara profilaktik antiemetik uygulanması, tek ilaç tedavisi ile başarı sağlanamıyorsa farklı bir sınıftan antiemetiklerle kombine tedaviye geçilmesi ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir (McCracken et al 2008).

Ameliyat sonrası bulantı kusma yönetimi tam olarak bilinmese de yüksek kusma riski olan hastalara profilaktik amaçlı antiemetik olarak siklizin, deksametazon, dolasetron, droperidol, granisetron, metoklopramid, ondansetron ve tropisetron gibi ilaçlar önerilmektedir (Aşçı ve Özer 2011). Bunun yanında alternatif tedaviler gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Hipnoz, gevşeme yöntemleri, müzik tedavisi, aromaterapi, akupunktur, akupresür ve elektroakupunktur gibi alternatif yöntemlerin endojen opioid, nöropeptid ve nörokinin modülasyonu sayesinde ameliyat sonrası bulantı kusma üzerine etkili olduğu düşünülmektedir (Stoicea et al 2015).

Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Derecesi Risk Belirleme ve Ölçme Yöntemleri

Ameliyat sonrası bulantı ve kusma riski ve şiddetini belirlemek için çeşitli ölçekler/skalalar kullanılmaktadır (Myles and Wengritzky 2012, Dalila et al 2013). Bu ölçekler, hasta tarafından bildirilen semptomun derecesini hastanın bildirdiği şekilde ölçmek, müdahalelerin etkisini belirlemek, tedaviye yön vererek semptomları ve fonksiyonel durumu geliştirmek için kullanılmaktadır (Myles and Wengritzky 2012). Apfel, Laara, Koivuranta, Greim and Roewer (1999)'ın geliştirdiği, önceden

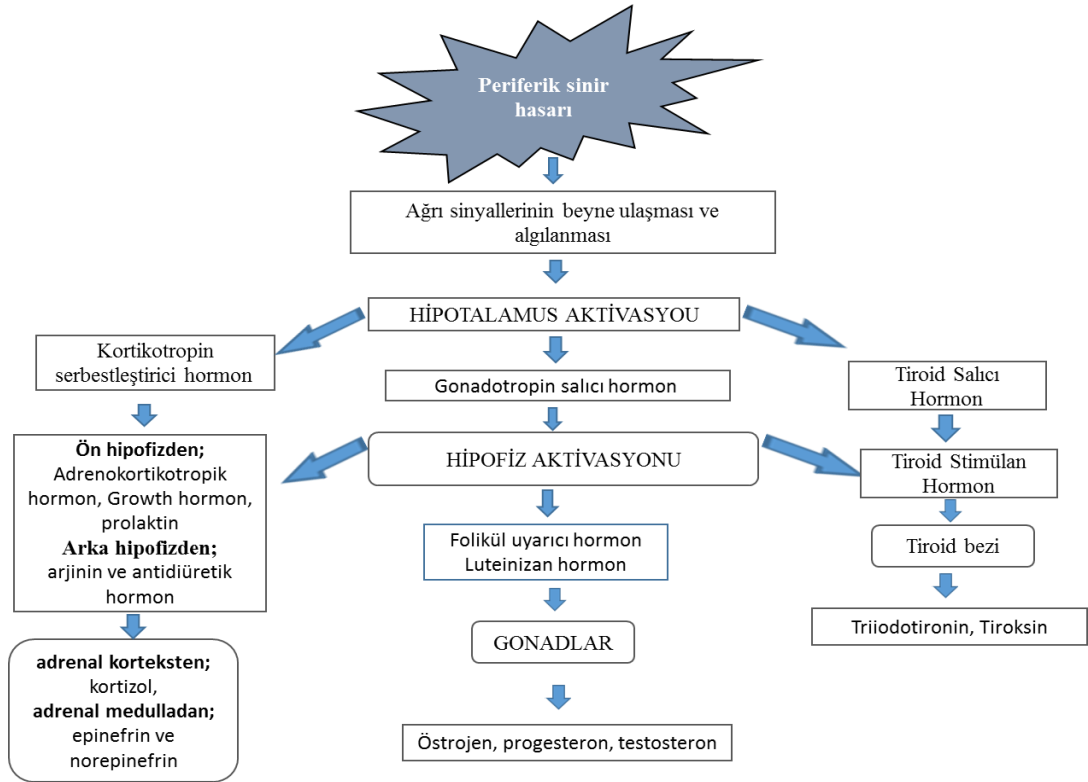
bulantı kusma riskini hesaplayan ve buna göre profilaktik antiemetik tedavisi için olanak sağlayan *Apfel Risk Skoru*; kadın cinsiyet, hareket hastalığı veya ameliyat sonrası bulantı kusma öyküsü, sigara içmemek ve ameliyat sonrası opioid kullanımı olmak üzere dört belirleyiciden oluşmaktadır ve her belirleyici için sırasıyla risk yok ve bir, iki, üç, dört risk varsa sırasıyla ameliyat sonrası bulantı kusma beklenen İnsidansı %10, %21, %39, %61 ve %79 olarak belirlenmiştir.

Bulantı ve kusma yoğunluğunu ölçmek genellikle 0-100 mm skorlamasını içeren Görsel Analog Skala (VAS; Visual Analog Scala)'da 75 ve üstü puan alma şiddetli bulantı tanısı için kullanılmaktadır (Dalila et al 2013). Wengritzky, Mettho, Myles, Burke ve Kakos (2010) klinik olarak önemli bulantı kusmayı tanımlamak için geliştirdikleri ameliyat sonrası bulantı kusma şiddeti skalası (a postoperative nausea and vomiting intensity scale); bize bulantı kusmanın ciddiyeti ile ilgili bilgi vermekte, skaladan 50 ve üzeri puan almak klinik olarak önemli sayılmakta, uzamış iyileşme süresi ve komplikasyonlarla ilişkili olduğu ve antiemetik tedavisine ihtiyaç duyulduğu anlamına gelmektedir. Skala ameliyat sonrası 0–6, 6–24 ve 24–72 saat aralığında üç kez uygulanabilmekte ve toplam bir değer hesaplanmaktadır. Herhangi bir zamanda 50 ve üzeri puan alınması “klinik olarak önemli olması” anlamına gelmektedir. Ancak bu skalanın sadece sağlık personeli tarafından uygulanabilen bir skala olması ve daha sonra yapılan çalışmalar, klinik deneyimler sonucu bu skala ile ilgili bazı eksiklikler tespit edilmiştir. Bulantı kusmanın şiddeti ve süresinin sağlık personeli olmayan kişilerce de değerlendirilmesi, gününbirlik cerrahide taburculuk sonrası uygulamasının kolaylaştırılması gerekliliği sonucunda, “Postoperatif Bulantı Kusma Yoğunluğu Ölçeği” (PONV intensity scale) yeniden gözden geçirilip, basitleştirilerek “Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği (PBKEÖ: PONV Impact scale; Postoperative Nausea and Vomiting Impact Scale) geliştirilmiştir. Ölçekten beş ve üzeri puan almak klinik olarak önemli bulantı kusmayı tanımlamaktadır (Myles and Wengritzky 2012).

2.4.1.2. Ağrı

Ağrı, fizyolojik, duyuşsal, duyuşsal, bilişsel ve davranışsal bileşenleri içeren karmaşık bir deneyimdir. Bireyin ağrının yoğunluğuna ilişkin algısı, fiziksel, psikolojik,

kültürel ve manevi faktörlerin etkileşimleri ile ilgilidir (Bader et al 2010). Ağrı endokrin sistemi harekete geçiren temel stresörlerden biridir. Ağrı vücudun major stres kontrol mekanizması olan hipotalamik-hipofiz-adrenal-tiroid-gonadal sistemi harekete geçirir ve bu sistemdeki bezlerin ekstra hormon üretmek için harekete geçmesine neden olur (Tennant 2013). Cerrahiye bağlı periferik sinir hasarı sonucu meydana gelen hormonal değişim (Şekil 1.) aşağıda gösterilmiştir (Bader et al 2010, Tennant 2013) .



Şekil 1. Bedenin Ağrıya Karşı Nöroendokrin Yanıtı

Kaynak: Bader ve ark. (2010), Tennant (2013)

Ağrı nedeniyle vücudumuzda meydana gelen hormonal değişimler ve etkileri özet olarak;

- ✓ Ağrı ile ön hipofizden ACTH (Adrenokortikotropik Hormon), GH (Growth Hormon), Prolaktin, arka hipofizden arjinin ve ADH (antidiüretik hormon), adrenal korteksten kortizol, adrenal medulladan epinefrin ve norepinefrin hormonları salınır (Bader et al

2010, Acar 2013). Yine hipotalamus- hipofiz tiroid aktivasyon sonucu tiroksin ve triiodotironin salınımı olur (Tennant 2013).

- ✓ *ADH, aldosteron ve kortizol artışı ile;* su ve sodyum vücutta tutulur, potasyum atılımı artar, kan şekeri yükselir, serbest yağ asitleri, keton cisimleri ve laktat düzeyinde artış gözlenir (Bader et al 2010, Acar 2013).
- ✓ *Sempatik aktivite ve katekolamin salınımı ile;* vazokonstrüksiyon, taşikardi, kan basıncı artma, kalbin iş yükünün artmasıyla birlikte miyokardiyal oksijen gereksiniminde de artış olur, hücrel ve humoral immün fonksiyonlar baskılanır. Sempatik aktivite, intestinal düz kas hücresi ve sfinkter aktivitesini etkileyerek gastrik ve intestinal distansiyon yapar. Buna bağlı ileus, üriner retansiyon, kas kütlesi katabolizması artar, iştah azalır ve protein dengesi bozulur. Ayrıca katekolaminlerin neden olduğu vasküler staz derin ven trombozu ve pulmoner emboli riskini artırır (Acar 2013).
- ✓ *Stres yanıtının aktivasyonu sonucu* metabolik hızda artış olur. Solunumun yüzeyleşmesi, öksürüğün baskılanması, lobular çöküş (alveollerin kollabe olması), pulmoner sekresyonların artışı ve atılamaması gibi nedenlerle gaz alışverişi bozulur ve enfeksiyon gelişir. Ayrıca hipertansiyon ve taşikardi nedeniyle miyokardın iş yükü ve oksijen gereksinimi artar ve bu da iskemi, angina veya enfarktüse zemin hazırlar. Yetersiz ağrı yönetimi nedeniyle azalan hareketlilik tromboembolik komplikasyonlara, venöz staza neden olabilir. Uzun süre yatağa bağlı kalmayla birlikte kas atrofisi gelişebilir. Tüm bunların yanında hasta psikolojik olarak etkilenip öfke, uykusuzluk yaşayabilir, sağlık çalışanlarına, hemşirelere karşı olumsuz tutum ve davranışlarda bulunabilir (Bader et al 2010).

Cerrahi sırasında organların ellenmesi, dokuların hasar görmesi, laparoskopik cerrahide verilen intraabdominal CO₂ gazı, dren ve tüplerin varlığı, ameliyat sonrası komplikasyonlar ve bunların yanında cerrahiye bağlı gelişen birçok durum ameliyat sonrası ağrıyı kaçınılmaz hale getirmektedir. Şiddeti önceden tahmin edilemeyen ve tedavi edilemeyen ağrı, genellikle solunumsal ve tromboembolik komplikasyonlara

bağlı olarak, hastanede kalış süresinin uzaması, yaşam kalitesinin azalması ve kronik ağrı gelişmesi nedeniyle morbidite ve mortalite oranları artmaktadır (Bader et al 2010, Gan, Habib, Miller and White 2014).

Cerrahi girişim geçiren hastaların çoğunluğu ağrı yaşarken ancak yarısından daha azı rahatlama bildirmektedir (Gan, Habib, Miller, White and Apfelbaum 2014, Acar ve ark 2016). ABD’de yapılan bir çalışmada, hastaların %86’sının ameliyat sonrası ağrıdan yakındığı, bunların %75’inin orta şiddette veya aşırı ağrı yaşadığı belirtilmiştir. Ayrıca hastaların büyük bölümünün (%74) taburcu olduktan sonra bile bu ağrı düzeylerinden yakındıkları rapor edilmiştir (Gan et al 2014). Acar, Acar, Demir ve Aslan (2016a) çalışmalarında benzer bir oran tespit etmiş ve hastaların %77,3’ünün cerrahi sonrası ağrıdan yakındığını bildirmişlerdir. Ameliyat sonrası ağrının azaltılması ve yönetilmesi için ameliyat öncesi, sırası ve sonrası kanıt temelli birçok girişim ve yönetim stratejisi mevcuttur. Hemşireler, kanıt temelli stratejileri savunarak, akut ağrı yönetiminin kalitesini iyileştirecek konumdadır ve bu nedenle güçlü ve zayıf kanıtları ayırt edebilmeli, kanıtların yayınlandığı kılavuzlardaki gelişmeleri takip etmelidir (Manworren, Gordon and Montgomery 2018).

Amerikan Ağrı Derneği (APS; American Pain Society), Amerikan Bölgesel Anestezi ve Ağrı Tıbbi Derneği (ASRA; American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine) ve Amerikan Anestezistler Derneği (ASA; American Society of Anesthesiologists), Bölgesel Anestezi, Yürütme Komitesi ve İdari Konsey Komitesi 2016 yılında; ameliyat sonrası ağrının yönetimi, ameliyat öncesi eğitim, cerrahi ağrı yönetiminin planlamasını, farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi stratejilerinin kullanımını, örgütsel politikaları ve prosedürleri kalite bazında sunan bir kılavuz yayınlanmıştır. Bu kılavuza göre cerrahi ağrı yönetiminde dikkat edilecek noktalar ve kanıt düzeyleri (Tablo 1) aşağıda yer almaktadır;

Tablo 1. Cerrahi Ağrı Yönetiminde Uyulması Gerekenler ve Kanıt Düzeyleri

<p>Güçlü Öneri, Yüksek Kalite Kanıt</p> <ul style="list-style-type: none">• Ameliyat sonrası ağrının tedavisi için multimodal analjezi veya çeşitli analjezik ilaçlarla birlikte farmakolojik olmayan tekniklerin uygulanması önerilmektedir.• Kontrendikasyon yoksa ameliyat sonrası ağrı tedavisinde multimodal analjezinin bir parçası olarak asetaminofen ve/veya non-steroid anti-enflamatuar ilaçlar (NSAID) kullanılabilir• Majör torasik ve abdominal prosedürler için, özellikle kardiyak komplikasyonlar, pulmoner komplikasyonlar veya uzamış ileus için risk altında olan hastalarda nöroaksiyal analjezi düşünülmelidir.• Erişkin ve çocuklarda etkinliği kanıtlanan prosedürler için, cerrahi bölgeye özel periferel rejyonel anestetik teknikler değerlendirilmelidir.
<p>Güçlü Öneri, Orta Kalite Kanıt</p> <ul style="list-style-type: none">• Oral yolu kullanabilen hastalara opioid ilaçların ameliyat sonrası oral verilmesi, analjezik uygulaması için kas içi yoldan kaçınılması gerekmektedir• Hasta için parenteral yol gerekiyorsa sistemik analjezi için bu yoldan hasta kontrollü analjezi uygulanabilir• Kontrendikasyon yoksa erişkin hastalarda ameliyat öncesi bir dozda oral selekoksib verilebilir.• Toraks cerrahisi sonrası ağrı kontrolü için lokal anesteziyelerle intraplevral analjezi önerilmemektedir.• Sünnet öncesi sinir blokları ile birlikte topikal lokal anesteziyeler kullanılması önerilmektedir.• Magnezyum, benzodiazepinler, neostigmin, tramadol ve ketaminin nöroaksiyel verilmesinden etkinliği ve güvenilirliği yeterince kanıtlanmadığı için kaçınılmalıdır.• Opioid-naif (Opiod almamış) yetişkinlerde, rutin bazal dozda iv infüzyon şeklinde opioidlerin (hasta kontrollü analjezi ile) verilmesinden kaçınılmalıdır. Çünkü hasta kontrollü analjezi yönteminde bazal opioid dozunun olması ekstra bir analjezik etki sağlamamakta, fakat yan etkilere neden olmaktadır.• Multimodal analjezinin bir bileşeni olarak gabapentin veya pregabalin, ketamin kullanımını düşünülmelidir.
<p>Güçlü Öneri, Düşük Kalite Kanıt</p> <ul style="list-style-type: none">• Sağlıkçılar ağrı yönetimi ile ilgili hasta ve yakınına aile merkezli, kişiye özel eğitim vermeli ve ameliyat sonrası ağrı tedavisi için tedavi seçenekleri hakkında bilgi sağlamalı ve ameliyat sonrası ağrı yönetimi için plan ve hedefleri beraber belirlemelidir.• Ameliyat öncesi hastanın tıbbi ve psikiyatrik komorbiditelerin değerlendirilmesi, kullanılan ilaçlar, kronik ağrı öyküsü, madde kötüye kullanımı ve önceki ameliyat sonrası ağrısı ve tedavi şekli sorgulanmalı ve ağrı yönetimi planına dâhil edilmelidir.• Ağrı yönetim planını ağrı rahatlatma yeterliliği ve olumsuz olayların varlığına göre tekrar gözden geçirilmelidir.• Ameliyat sonrası ağrı tedavisine verilen yanıtları izlemek ve tedavi planlarını buna göre ayarlamak için onaylanmış bir ağrı değerlendirme aracı kullanması gerekmektedir.• Kontrol edilemeyen ameliyat sonrası ağrılı veya yüksek derecede kontrol edilemeyen ameliyat sonrası ağrı riski olan hastalar için bir ağrı uzmanı konsültasyonu istenmelidir.• Nöroaksiyal analjezi ve sürekli periferel blokların gerçekleştirildiği kurumlarda bu prosedürleri yönetmek için gerekli eğitim, politika ve prosedürlere sahip olmalıdır.• Taburculuk sonrası ağrı tedavisi ile ilgili hasta ve yakınları bilgilendirilmelidir.

(Tablo 1. Cerrahi Ağrı Yönetiminde Uyulması Gerekenler ve Kanıt Düzeyleri- devamı)	
	<ul style="list-style-type: none"> Ameliyatın yapıldığı tesislerde ameliyat sonrası ağrı kontrolünün güvenli ve etkili bir şekilde sağlanması için politika ve süreçlerin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için bir örgütsel yapıya sahip olması gerekmektedir.
Zayıf Öneri, Orta Kalite Kanıt	<ul style="list-style-type: none"> Ağrı tedavisi için transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonunu (TENS) düşünülmelidir. Cerrahi alana özgü lokal anestezi infiltrasyonu düşünülerek kontrendikasyon yoksa etkinliği kanıtlanmış yöntemler uygulanmalı Kontrendikasyon yoksa açık ya da laparoskopik abdominal cerrahilerden sonra intravenöz lidokain infüzyonu düşünülmelidir. Yetişkinlerde multimodal yaklaşımın bir parçası olarak bilişsel-davranışçı modalitelerin kullanımı önerilmektedir. Multimodal analjezinin bir bileşeni olarak lidokain kullanımını düşünülmelidir.
Yetersiz Kanıt	<ul style="list-style-type: none"> Ağrı tedavisi için masaj, soğuk uygulama, akupunktur ile ilgili kanıtlar yetersizdir.

Kaynak: Chou ve ark. (2016), sayfa; 131-157.

Ağrı yönetiminde hasta ile sürekli birlikte olan hemşirenin rolü çok önemlidir. Ağrının giderilmesi ve etkin yönetimi özetlenecek olursa (Paynter and Mamaril 2004, Bader et al 2010, ASA 2012, Acar 2013, Gan et al 2014, Bayındır ve Çürük 2015);

- ✓ Hastanın geçmişteki ağrı deneyimi sorgulanmalı, stres ve anksiyetesini azaltacak önlemler alınmalıdır.
- ✓ Ameliyat öncesinde premedikasyon uygulanması sağlanmalıdır (ASA 2012).
- ✓ Kullanılan analjeziklerin etkileri, yan etkileri, farmakodinamik özellikleri, beraber kullanılan diğer analjeziklerle etkileşimleri bilinmeli, analjeziklerin verilmesi için ağrının şiddetlenmesi beklenmemelidir (Şenyüz ve Koçaşlı 2017).
- ✓ Hasta ve ailesi ağrı giderme yöntemleri ile ilgili bilgilendirilmelidir (ASA 2012).
- ✓ Hastanın ameliyatta uygun pozisyonu almasını sağlamalı, basınç altında kalan bölgeleri desteklenmelidir (Acar 2013).
- ✓ Hastaya analjezik vermeden önce ve verdikten sonra uygun ağrı derecelendirme ölçeği kullanılarak analjezinin etkinliği değerlendirilmelidir (Bader et al 2010, Acar 2013). Hasta cerrahi

servisine alındıktan sonra başlangıçta 15 dakikada bir, hastanın durumu stabil olduktan sonra sonra 1-2 saatte bir ağrı değerlendirmesi yapılmalıdır (Bader et al 2010).

- ✓ Ağrısını ifade etmeyen hastalar izlenmeli, ağrının fizyolojik, psikolojik belirtileri ve beden dili izlenmelidir (Şenyüz ve Koçaşlı 2017).
- ✓ Ağrı konusunda hastanın soru sormasına izin vermelidir.
- ✓ Hastaya pansuman ve diğer ağrı verici işlemler yapılmadan önce analjezik ilaçların verilmesini sağlamalıdır. Analjeziklerin yan etkileri yönünden hasta gözlenmelidir. Lüzum halinde yazılan analjezikler bilinçsizce atlanmamalıdır (Acar 2013).
- ✓ Hasta kontrollü analjezi, saatlik alınacak en yüksek doz hesaplanarak ayarlanmalı ve fazla doz ilaç alımı önlenmelidir.
- ✓ Hastanın kaliteli uyuması ve dinlenmesi sağlanmalı, gürültü gibi faktörler en aza indirilmelidir (Şenyüz ve Koçaşlı 2017).
- ✓ Ağrı yönetim planının etkinliğini değerlendirmeli ve gerekiyorsa tedavi değiştirilmelidir.
- ✓ Hastanın ağrı bölgesi iyi sorgulanmalı, kardiyak iskemi, pulmoner emboli, üriner retansiyon gibi durumlarla insizyonel ağrı karıştırılmamalıdır (Paynter and Mamaril 2004).

Yapılan bir çalışma ameliyat sonrası dönemde hastaların %88'inin analjezik ilaç aldığını; bunların %80'inde olumsuz yan etkiler görüldüğünü ve %39'unun ilk dozlarını aldıktan sonra bile orta/şiddetli ağrı yaşadığını göstermektedir (Gan et al 2014). Ağrı yönetiminde sadece analjeziklerden fayda beklenmemeli, başka kanıtlanmış alternatif yollar da belirlenip, profesyonellerce hasta bu konuda eğitilerek yöntem uygulanmalı, uygulama sırasında ve sonrasında hasta izlenmelidir (Bayındır ve Çürük 2015, Şenyüz ve Koçaşlı 2017). Farmakolojik tedavi yanında; soğuk, ısı, gevşeme, dikkati başka yöne çekme, oyalama ve masaj gibi TAT yöntemlerinin bir arada kullanılması ile analjeziklerin yan etkileri daha aza indirgenecektir (Paynter and Mamaril 2004). Bu doğrultuda hemşirelerden TAT yöntemlerinin kullanımına ilişkin hemşirelik uygulamalarını geliştirmeleri, etkin stratejiler belirlemeleri ve sağlıklı/hasta bireyleri TAT uygulamalarını etkin ve doğru

şekilde kullanmaları konusunda yönlendirmeleri beklenmektedir (Bayındır ve Çürük 2015).

2.4.1.3. Anksiyete

Anksiyete; vücudun bir çeşit alarm verme şeklidir ve nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan duygudur (Graeff 2007, Karayağız, Altuntaş, Güçlü, Yılmaz and Öngel 2011, Akinsulore et al 2015, Shoar et al 2016). Kişilerin istenmeyen herhangi bir durumla karşılaşması ya da beyinde tehlikeyi öngörmesi yani anksiyete yaşaması hipotalamik-hipofiz-adrenal aksın ve sempatik sinir sisteminin aktivasyonuna, plazma katekolaminlerinin salınımının artmasına yol açar (Uzbay 2001, Graeff 2007).

Anksiyetenin psikolojik ve somatik göstergeleri kişiden kişiye değişmekte olup kas spazmları, halsizlik, sinirlilik, baş dönmesi, ağrı, sık sık idrara çıkma, yorgunluk, terleme, ağız kuruluğu, hiperventilasyon, solukluk, ağız kuruluğu, bulantı, mide ağrısı veya yanması, nefes darlığı, boğazda sıkışma hissi gibi semptomlar görülebilmektedir (Uzbay 2001). Uzun süren stres yanıtları nihayetinde ateroskleroza, koroner arter hastalığına ve akut koroner olaylara yol açan endotel hasarına neden olabilmektedir (Karayağız ve ark 2011, Cohen, Edmondson and Kronish 2015). Joseph, Whitcomb ve Taylor (2015) yaptıkları sistematik derlemede preoperatif anksiyetenin; atriyal fibrilasyon, akut miyokart enfarktüsü, yeniden hastaneye başvurma sıklığı, morbidite ve mortalitede oranlarının yüksekliği, sağlık bakım sisteminin kullanım düzeyi ve stres düzeyinde artış ile ilişkili olduğunu, bunun yanı sıra anksiyetenin sağlık bakımı verenlerin görevini zorlaştırarak hayal kırıklığı yaşamalarına neden olduğunu ifade etmişlerdir. Alattas, Smith, Bhatti, Wilson-Nunn ve Donell (2017) da sistematik derleme çalışmalarının sonucunda ameliyat öncesi yüksek kaygının ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz etkilediğini göstermişlerdir.

Günümüzde modern cerrahi tekniklerinin gelişmesi ve daha güvenli hale gelmesine rağmen, cerrahi hastalarının çoğunluğu halen ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete yaşamaktadır (Turhan, Avcı ve Özcengiz 2012, Taşdemir, Erakgün, Deniz ve Çertuğ

2013, Nigussie, Belachew and Wolancho 2014, Akinsulore et al 2015, Arlı 2017, Ertürk ve Ünlü 2018).

Ameliyat öncesinde hastanın geçireceği cerrahinin tipi, boyutu, tanısı, tutulan organ ve sistemlerin niteliği, yapılacak operasyonun zorluğu ve risk derecesi, hastanın bekleme süresi gibi nedenler hastanın yaşayacağı anksiyete düzeyini belirlemektedir (Cimilli 2001, Erdem ve ark 2011, Park et al 2016, Dayılar ve ark. 2017). Cerrahla olan iletişim, cerraha güvenmeme, komplikasyonların üzerinde aşırı durulması, geçmiş deneyimler, benzer operasyonu olan tanıdıklar ve onların yaşadığı olumsuz deneyimlerin yanında altta yatan psikolojik sorunlar da anksiyeteye neden olmaktadır (Cimilli 2001).

Hastalar ameliyat olurken hem ağrı, acı ve ızdıraplarından kurtulacakları için umutlu (Cimilli 2001), hem de cerrahi ve anestezi ile ilgili bilinmeyenler yüzünden korkmaktadır (Dayılar ve ark 2017, Ertürk ve Ünlü 2018). Ameliyata bağlı gelişecek ağrı, yaralar, anestezide bilinçli olmamaya bağlı savunmasız hissetme, ölüm, bedenin zarar görmesi ve acı çekmek, ameliyattan sonra başkalarına bağımlı olmak ve cerrahi harici yapılan diğer uygulamalar da hasta için birer anksiyete nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (Cimilli 2001, Dayılar ve ark 2017). Cerrahi süresince yaşanan anksiyeteye, genel tıbbi durum, madde kullanımı, önceden var olan anksiyete bozuklukları da neden olabilmektedir (Cimilli 2001). Kolon ameliyatı geçiren hastalarda anksiyeteyi etkileyen faktörleri araştıran Dayılar ve ark. (2017), hastaların ameliyat sonrasında, stoma açılması, kemoterapi alma ihtimali, anesteziden uyanamama, bulantı-kusma, ağrı, kötü yara izi, sakat kalma, defekasyon sırasında kan gelmesi, ölüm korkusu, seksüel fonksiyonların bozulması ve yara yerinde enfeksiyon gelişmesi gibi nedenlerle anksiyete yaşadıklarını gözlemlemişlerdir.

Ameliyat öncesi dönemde yaşanan anksiyete nedenleri ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Turhan ve ark. (2012) hastaların anestezi ile ilgili en sık endişe nedenlerini; ameliyat sonrası uyanamamak (%42,5), ameliyat sonrası ağrı yaşamak (%26,7) ve yoğun bakımda kalmak olduğunu (%26,7) tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Ertürk ve Ünlü (2018) de anksiyete bildiren hastaların en çok bilgi eksikliği,

aileden uzak olma, ölüm riski ve ağrı nedeniyle kaygılandığını bulmuşlardır. Akinsulore ve ark. (2015) hastaların en çok operasyon sonucundan ve komplikasyonlardan korktuğunu belirtirken, Gan ve ark. (2014) hastaların ağrı konusunda yüksek kaygı düzeylerine sahip olduklarını gözlemlemiştir. Genel olarak bakıldığında hastalar ameliyat ve sonrasında yaşanacak olumsuzluklardan endişelenmektedir (Turhan ve ark 2012, Gan ve ark. 2014, Akinsulore ve ark. 2015, Ertürk ve Ünlü 2018).

Literatüre bakıldığında; daha çok preoperatif anksiyeteye ve buna bağlı gelişen ameliyat sonrası olumsuz etkilerin araştırıldığı görülürken (Turhan ve ark 2012, Joseph ve ark 2015, Alattas et al 2017, Ertürk ve Ünlü 2018); ameliyat sonrası anksiyete nedenleri ve etkilerine bakan çalışma sayısının çok sınırlı olduğu anlaşılmaktadır (Caumo ve ark 2001). Caumo ve ark. (2001) preoperatif anksiyete varlığı, sigara içme, ASA skorunun üç olması, orta veya şiddetli ağrı, negatif gelecek algısı, minör psikiyatrik bozukluklar arttıkça ameliyat sonrası anksiyetenin de arttığını bulmuşlardır. Taşdemir ve ark. (2013) ile Akinsulore ve ark. (2015) preoperatif anksiyete puanlarının ameliyat sonrası anksiyete puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Erdem ve ark. (2011) genel anestezi alan hasta grubunun preoperatif ve ameliyat sonrası anksiyete düzeyinin, bölgesel anestezi alan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Park ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada anksiyetenin, akciğer kanseri cerrahisi sonrasında ağrı ve dispne gibi rezidüel semptomlarla birlikte yükseldiği gösterilmiştir.

Cerrahi hastasının anksiyetesinin azaltılması ve giderilmesi hem hasta hem sağlık profesyoneli açısından çok önemlidir. Bu nedenle ameliyat öncesi anksiyetenin çok iyi değerlendirilmesi, anksiyete düzeylerini azaltacak uygulamalara önem verilmesi ve tüm sağlık profesyonellerinin üzerine düşen görevleri en iyi şekilde yapması gerekmektedir (Arlı 2017). Guo, East ve Arthur (2012) ile Taşdemir ve ark. (2013) çalışmalarının ortak sonucu; ameliyat öncesinde verilen eğitimin hastaların anksiyete skorlarının düşmesinde etkili olduğunu göstermiştir. Her hasta ayrı bir bireydir ve her bireyin ihtiyaçları farklıdır. Bu nedenle hastaların ihtiyaçları iyi anlaşılırsa

hastaya özgü eğitim verme imkânı elde edilir. Taburculukta da bireyselleştirilmiş eğitim programlarının geliştirilmesi çok önemlidir (Rushton, Howarth, Grant and Astin 2017). Bireyselleştirilmiş eğitim programları hastanın kendine güveninin artmasına, kaygılarının azalmasına, buna bağlı olarak anksiyete ve depresyona bağlı gelişebilecek komplikasyonların da en aza indirilmesine yol açacak ve hastanın yaşam kalitesi artarak taburculuk sonrası yeniden hastaneye başvurma oranları düşecektir (Rushton et al 2017). Cerrahi servislerinde yatan hastaların anksiyete durumlarının tespiti ve tedavilerinin yapılması, gerektiğinde sevk edilerek psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilmelerinin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve tedavi maliyetlerinin azaltılması açısından önemlidir (Karayağız et al 2011). Nigussie ve ark. (2014) çalışmalarında, hastaların anksiyeteyi azaltmak diğer hastalarla konuşmak ve dini inançlarına yönelme yollarına başvurduklarını vurgulamışlardır.

Sonuç olarak, hemşireler hastaların anksiyetesini erken tanılama ve çözüme kilit role sahiptir. Hemşire, hastanın eğitim gereksinimlerini karşılamının, anksiyete konusunda bilgilendirmenin yanı sıra, aromatik yağlar, gevşeme egzersizleri, ailesi/yakınları ile görüşme, müzik dinleme gibi girişimlerde de bulunarak, ameliyat öncesi dönemde anksiyete düzeyinin azaltılmasını sağlayabilmektedir (Pritchard 2009, Bailey 2010).

2.4.1.4. Uykusuzluk

Ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen faktörleri anlamak, genel cerrahi sonrası morbidite ve mortaliteyi azaltma çabaları açısından büyük önem taşımaktadır (Klemann, Hansen and Gögenur 2015). Uyku kişinin fiziksel ve ruhsal sağlık durumunu etkileyen en temel günlük yaşam aktivitelerindendir ve asıl amacı bedenin kendini yenilemesi ve bir sonraki güne hazırlanmasını sağlamaktır (Yılmaz, Kutlu and Çeçen 2008). Uyku NREM uyku (non-rapid eye movement; hızlı olmayan göz hareketleri), REM uyku (rapid eye movement; hızlı göz hareketleri) olmak üzere iki ana evreden oluşmaktadır. Normal bir uyku süresinin yaklaşık %20-25'ini REM uykusu, %75-80'ini ise NREM uykusu oluşturur. İlk evre olan NREM Uykusunda kan basıncı düşer, kalp hızı ve solunum sayısı azalır, periferik damarlarda dilatasyon

olur, gastrointestinal aktivite artabilir, iskelet kasları gevşer ve bazal metabolizma hızı azalarak vücut ısısı düşer. İkinci evre olan REM Uykusunda ise hızlı göz hareketleri olur, beyin metabolizması artar, genelde düşler görülür, kalp ve solunum hızı sıklıkla artar ve düzensizdir, kas tonüsü azalır, el, ayak ve yüz kaslarında çok hafif titreşim şeklinde seyirmeler görülebilir. Bu evrede birey ya kendi kendine uyanır ya da zorla uyandırılabilir (Kurt ve Enç 2013).

Cerrahi travma büyük olasılıkla, endokrin, otonomik ve enflamatuvar strese yanıt veren potansiyel mekanizmalarla birlikte önemli bir uyku bozukluğu faktörü olarak görünmektedir. Cerrahiden sonra salgılanan sitokinler interleukin-1 (IL-1), tümör nekrozis faktör-a (TNF-a) ve IL-6 yavaş dalga uyku süresinin artması ve REM uykusunun azalmasına neden olmaktadır. Sempatik sinir sisteminin aşırı aktivasyonu ve yüksek stres hormonu salınımı (örn, Kortizol ve adrenokortikotropik hormonlar) da uykuyu bozabilir. Anestezi alınması da ameliyattan sonra benzer uyku bozukluğu paternlerine neden olmaktadır (Chouchou, Khoury, Chauny, Denis and Lavigne 2014). Ayrıca hastalıklar ve farklı hastane ortamı, cerrahi nedeniyle yaşanan kaygı gibi durumlar kişinin genel düzenini bozar. Bunun yanında ortam değişiklikleri kişinin uyku ile ilgili yaptığı tüm alışkanlıkların sekteye uğramasına neden olarak uyku kalitesini düşürmektedir (Yılmaz ve ark 2008). Ameliyat sonrası dönemde total uyku zamanının kısalması, uykunun sık sık bölünmesi, yüzeysel uyku ile geçirilen zamanın fazla olması gibi uyku sorunları görülmektedir (Chouchou et al 2014) ve uyku ile ilişkili faktörler arasında; yaşlılık, preoperatif komorbidite, anestezi türü, cerrahi travmanın şiddeti, ameliyat sonrası ağrı, çevre stresi ve hastaların rahatsızlığına neden olan diğer faktörler yer almaktadır (Su and Wang 2018).

Uykusuzluk sonucunda hatırlama, hayal, düşünme, muhakeme, yargılama gibi kognitif duyular, ağrı algısı, psikomotor fonksiyon, duygudurum, kardiyovasküler fonksiyon, metabolizma, katabolizma, enflamatuvar yanıtlar ve bağışıklık sistemi olumsuz etkilenmektedir (Hillman 2017). Uykusuzluk, ameliyat sonrası dönemde deliryum riskinin ve ağrıya duyarlılığın artmasına, daha fazla kardiyovasküler olaylara ve daha kötü iyileşmeye yol açar (Su and Wang 2018). Leung ve ark. (2015) cerrahi öncesinde ciddi uyku sorunu yaşayan kişilerde cerrahi sonrası deliryumun

daha yüksek oranda görüldüğünü bulmuştur. Uykusuzluğa bağlı semptomlar birkaç günlük uykusuzlukla kendini gösterirken, daha önceden uyku bozukluğu olan hastalar ise semptomlar açısından daha yüksek risk grubundadır (Hillman 2017). Eğer gerekli önlemler alınmazsa ve tedavi edilmezse uyku problemleri uzun süre devam edebilmektedir. Liao, Huang, Huang and Hwang (2011) yaptıkları sistematik derlemede, uyku kalitesinin ameliyat öncesi seviyesine gelmesinin iki ay kadar sürdüğünü göstermiştir.

Uyku çeşitli çevresel, sosyal, psikolojik ve patolojik faktörlerden etkilenebilir (Liao et al 2011, Hillman 2017). Yapılan bir sistematik derlemede, hastanede yatış sırasında ağrı, nefes darlığı, noktüri ve kardiyak fonksiyon gibi fiziksel faktörlerin yanında gürültü, ışık, hastaya yapılan uygulamalar gibi çevresel faktörlerin de uyku bozuklukları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Liao et al 2011). Çevre, cerrahi stres, anestezi, psikolojik faktörler ve ağrı dâhil olmak üzere ameliyat sonrası uyku kalitesinin düşmesine neden olabilecek birçok faktör vardır. Özellikle hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde gürültü, ışık, ameliyat sonrası rahatsızlıklar ve sağlık personelinin faaliyetleri hastaların uyku düzenini kötü etkilemektedir (Chouchou et al 2014). Klemann ve ark. (2015) beş çalışmanın sonucunu analiz ettikleri bir sistematik derlemede, ameliyat sonrası uyku kalitesinin cerrahinin tipine (açık veya laparoskopik), analjezik uygulamasına ve ağrı düzeyine bağlı olarak değiştiğini göstermiştir. Dolan, Huh, Tiwari, Sproat ve Camilleri-Brennan (2016) elektif ortopedik cerrahi sonrası ağrının uyku kalitesini düşüren en önemli etken olduğunu, bunun yanında gürültü ve tuvalete kalkmanın da uyku kalitesini düşürdüğünü bildirmiştir.

Klinik ve deneysel çalışmalar uyku bozukluklarının ağrıyı şiddetlendirdiğini (Chouchou et al 2014), ağrı ve opioid tedavilerinin de uykuyu bozduğunu göstermektedir (Chouchou et al 2014, Orbach-Zinger ve ark 2017). Bunun yanında cerrahi stres, hem uyku bozukluklarına hem de değişen ağrı algısına yol açmaktadır. Bununla birlikte, ameliyat sonrası uyku ve ağrı arasındaki ilişki hakkında çok az şey bilinmektedir (Chouchou et al 2014). Cronin ve ark. (2001) opioid ve ağrının uyku bozukluğu üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmasında hastaların bir grubuna

opiooid ve diğer grubuna bupivakain ile epidural analjezi uygulamış, her iki grupta da etkili bir şekilde ağrı kontrolü sağlanmış, ancak iki grupta da ameliyat sonrası uyku bozukluğunun olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre ameliyat sonrası etkin ağrı kontrolü ve opiooidlerden kaçınma bile ameliyat sonrası uyku bozukluğunu önleyememiştir. Orbach-Zinger ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada sezeryan ameliyatı olan hastaların preoperatif uyku kalitesinin kötü olmasının ameliyat sonrası daha şiddetli ağrı skorları ve artmış analjezik alımı ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Uyku bozukluklarında; çevresel, psikolojik ve fizyolojik faktörlere dikkat ederek uyku kalitesini en iyi düzeye getirmede çok yönlü bir yaklaşıma ihtiyaç vardır (Hillman 2017). Uyku kalitesi, perioperatif dönemde çeşitli faktörlere duyarlıdır ve uyku kalitesinin bozulması perioperatif bakımdaki basit girişimlerle önlenmektedir (Klemann ve ark 2015). Hastalara holistik yaklaşım prensibiyle görev yapan hemşireler; hastaların temel gereksinimlerinden olan uykuyu da göz ardı etmemeli, uykuyu etkileyen faktörleri tanımlamalı ve uyku kalitesini artırmaya yönelik girişimlerde bulunmalıdır (Yılmaz ve ark 2008).

Tablo 2. İlaçlar ve Uyku Üzerine Olumlu/Olumsuz Etkileri

İlaçların Uyku Üzerine Etkileri	
Hipnotikler	Derin uyku için kullanılır Geçici olarak uykunun niceliğinde artış yapar Gün içerisinde uykusuzluk, konfüzyon ve enerji azalmasına yol açar Yaşlılarda uyku apnesini daha da artırır
Diüretikler	Noktüriye sebep olur
Antidepresanlar	REM uykusunu baskılar
Stimülanlar	Toplam uyku süresini azaltır
Beta-Blokerler	Gece kâbuslarına neden olur Uykusuzluğa neden olur Uykudan ani olarak uyanmalara neden olur
Benzodiazepinler	Uyku süresini artırır Gün boyu uykulu olmaya neden olur
Narkotikler	REM uykusunu bastırır Gün boyu uykulu olmaya neden olur

Kaynak: Kurt ve Enç (2013), sayfa: 1-8.

Ameliyat sonrası uykuyu iyileştirmek için hem farmakolojik olmayan hem de farmakolojik yöntemler (zolpidem, melatonin ve deksmedetomidin gibi) kullanılabilir (Su and Wang 2018). Uykuyu bozan (ağrı, endişe gibi) etkenlerle başa çıkmak için kullanılan ilaçların dikkatli seçilmesi, hatta direkt zarar vermeyen ve uykuyu etkilemeyen ilaçların seçilmesi, spesifik uyku bozukluklarının tanımlanması ve en kısa zamanda tedaviye başlanması gerekmektedir (Hillman 2017).

2.4.2. Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti, hastanın ihtiyaçlarına ne kadar cevap verilebildiğiyle (Erdem ve ark 2008, Zaim ve Tarım 2010), yani verilen hizmetin beklentilere uygunluğu, hastanın bunu algılaması (umduğunu bulması) ile ilişkili bir kavram olup özellikle bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir (Erdem ve ark 2008, Zaim ve Tarım 2010, Batbaatar, Dorjdagva, Luvsannyam, Savino and Amenta 2017). Hasta memnuniyeti hastanın sağlık profesyonellerinin sunduğu hizmetten beklediği faydaya, başa çıkmak zorunda olunan sorunlarının çözümüne, kendisine sunulan hizmetin sosyokültürel değerleriyle uygunluğuna bağlı olarak değişebilir (Erdem ve ark 2008).

Aynı hizmet verilen farklı hastaların memnuniyet bildirimleri farklı olabileceği gibi, aynı hastanın farklı zamanlarda birbirinden farklı memnuniyet bildirimi olabilir (Zaim ve Tarım 2010). Hasta memnuniyeti, hasta kabul işlemlerinden itibaren başlar, hasta bakım servislerinin yeterliliği, hekim ve hemşirelerin uygun sağlık bakım hizmeti verebilme, hastanın yeterince anlaşılabilir şekilde bilgilendirilme durumları ile onların tutum ve davranışlarından etkilenmektedir (Kıdak ve Aksaraylı 2008, Akkaya, Bulut ve Akkaya 2012).

Son yıllarda hasta memnuniyeti daha çok kurumların verdiği hizmetin kalitesine ve o kurumun tercih edilebilirliğine bakmak için kullanılır olmuştur (Kılıç ve Topuz 2015, Yılmaz 2001, Shirley and Sanders 2016). Ülkemizde belirli aralıklarla hasta memnuniyeti sorgulanmaktadır. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı) istatistiklerine bakıldığında 2004 yılından 2015 yılına kadar %47'den %72,3'e yükseldiği görülmektedir (<https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/> Erişim Tarihi; 10 Kasım 2018). Hasta

memnuniyetinin genel sağlık hizmeti kalitesinin küresel bir göstergesi olarak görülmesi ve hastalara sürekli memnuniyet anketlerinin uygulanmasıyla hastaları daha çok memnun edebilme adına maliyetlerde ciddi artışa neden olabilir. Bu nedenle memnuniyet durumlarının genel kalite göstergesi değil de her alan için özel olarak sorgulanması gerekmektedir (Shirley and Sanders 2016).

Ülkemizde yapılan bir çalışma, hastaların %91'inin hemşirelik bakımından memnun olduğunu göstermiştir (Akkaya ve ark 2012). Acar, Acar, Demir ve Aslan (2016b) ameliyat sonrası ağrısı olan hastaların ağrısı olmayan hastalara göre daha düşük düzeyde memnuniyet bildirdiğini ortaya koymuştur. Xesfingi and Vozikis (2016) yaptıkları çalışmada, sağlık hizmeti sunum göstergeleri iyileştikçe, hasta başına düşen doktor ve hemşire sayısı arttıkça, hastane yatak sayısı/kişisel sağlık harcamaları azaldıkça ve kamu sağlığı harcamaları arttıkça hasta memnuniyetinin de arttığı gösterilmiştir.

Hastaya verilen bakımın kalitesi ve devamlılığı hasta memnuniyetini etkilemektedir (Yılmaz 2001, Wolf, Lehman, Quinlin, Zullo and Hoffman 2008, Negarandeh, Hooshmand Bahabadi and Aliheydari Mamaghani 2014). Negarandeh ve ark. (2014) hastalara 1-2 saatte bir düzenli olarak yapılan hemşirelik ziyaretlerinin 5. gündeki hasta memnuniyetini artırdığını göstermiştir. Wolf ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada hasta merkezli bakımın hastaların memnuniyet düzeyini artırdığını saptamış ve hastaların alınan bakım kalitesini algılayışını artırabileceğini belirtmiştir. Kılıç ve Topuz (2015) hastalarla olan iletişim düzeyinin bir birim artması ile hasta memnuniyetinde 0,43'lük bir artış sağlandığı saptanmıştır.

2.4.3. Hastanede Kalış Süresi

Hastanede kalış süresi; bireyin hastaneye başvurusundan itibaren başlayıp taburcu edilene kadar geçen süreyi kapsamaktadır (Akshaya, Sarala and Sharmıla 2016). Bu sürenin uzamasına bağlı olarak artan komplikasyonlar (nozokomiyal enfeksiyon, pulmoner komplikasyonlar gibi) (Saraçoğlu ve ark 2014), hizmet ve kaynakların verimsiz kullanımına ve sağlık bakım hizmeti imkânlarından daha az hastanın yararlanmasına yol açmaktadır (Akshaya et al 2016). Tüm bu konular son yıllarda

sıkça araştırılan konular arasında yerini almıştır (Saraçoğlu ve ark 2014, Akshaya et al 2016, Sierra Zúñiga et al 2016).

Cerrahi servislerde hastanede kalış süresi hastanın tanısının ciddiyetine (Sierra Zúñiga et al 2016), ameliyat için bekleme süresi ve ameliyat sonrası stabilleşmesine (Akshaya et al 2016) ve daha birçok faktöre bağlı olarak değişebilmektedir (Aarts et al 2012, Tayrose et al 2013, Guerra ML, Singh PJ, Taylor 2015, Forsmo et al 2016, Guay, Nishimori and Kopp 2016, Polat, Tengilimoğlu-Metin ve Kızıl 2016, Wong and Aly 2016). Akshaya ve ark. (2016) cerrahi onkoloji ve plastik cerrahi hastalarının ameliyat için bekledikleri süre ve hastanede kalış sürelerinin diğer bölümlere göre daha uzun olduğunu belirtmiştir Chong ve ark. (2016) laparoskopik kolesistektomi geçiren hastalarda daha uzun operasyon süresi, acil operasyon, hasta yaşı ve sigara kullanımının ameliyat sonrası hastane yatış süresini uzattığını göstermiştir.

Literatüre bakıldığında; ameliyat sonrası erken mobilizasyon (Tayrose et al 2013, Guerra et al 2015), açık cerrahi sonrası lokal anesteziklerle yapılan epidural analjezi (Guay et al 2016), immünonütrisyon olarak adlandırılan arjinin, glutamin, omega-3 yağ asitleri ve nükleotidlerle zenginleştirilen enteral diyet (Polat ve ark 2016, Wong and Aly 2016), "ERAS (Enhanced Recovery After Surgery; Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü)" protokolü ile multimodal tedavi yaklaşımı (Aarts et al 2012, Forsmo et al 2016) gibi kanıtlarda yerini almış uygulamaların hastanede kalış süresini kısalttığı görülmektedir (Aarts et al 2012, Tayrose et al 2013, Guerra et al 2015, Forsmo et al 2016, Polat ve ark 2016, Wong and Aly 2016).

Bakım kalitesinden ödün vermeden kurumların verimliliğini ve hasta memnuniyetini arttırmak için hastalar mümkün olan en kısa sürede taburcu edilmelidir (Akshaya et al 2016). Ancak hastaların taburculuğa hazır olması önemlidir ve bunun için fizyolojik parametrelerin stabil olması, hastanın ve ailesinin kendi kendine bakım yetkinliği (bilişsel ve psikomotor), kendi kendine bakımın yürütülmesinde algılanan öz-yeterlik durumu, sosyal desteğin bulunabilirliği ve sağlık hizmetlerine erişimin sağlanabilmesi gerekmektedir (Kaya ve ark 2018). Özet olarak hastanın taburcu

olabilmesi için belli kriterler vardır (Çilingir ve Bayraktar 2006, Fındık 2016).
Bunlar;

- Ameliyat sonrası yaşam bulguların stabilleşmesi,
- Mobilize olması,
- Bilincinin açık ve oryante olması,
- Oral beslenmeyi tolere edebilmesi,
- Ekstremitte dolaşım ve hissiyatının geri dönmesi,
- İdrarını spontan olarak yapması gerekir (30-50 ml/saat idrarının olması optimal hidrasyonu gösterir). Hastanın cerrahi öncesinde herhangi bir hastalığı ve buna bağlı idrar yapma problemi varsa cerrahi sonrasında devam edebilir,
- Hastanın ağrısının kontrol altına alınması,
- Bulantı-kusma ve baş dönmesinin en az düzeyde olması,
- Kanama kontrolünün sağlanması,
- Yara yerinden aşırı miktarda akıntı olmaması,
- Evde 24-48 saat bakım verebilecek yakınının olması gerekir.

Kaya ve ark. (2018) kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında taburculuğa hazır olmayan hastaların; 30 gün içerisinde plansız yeniden yatış, ölüm veya herhangi bir olumsuz sonuçla (acil başvurusu ve komplikasyon gibi) karşılaşma yüzdelerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Hastanede kalış süresinin en aza indirilmesi aşamasında hemşirelere büyük iş düşmektedir. D'Agostino ve ark. (2018) 2,190 hasta ile yaptıkları gözlemsel çalışmada hastalara hastane başvurusu sırasında konan hemşirelik tanı sayılarının hastanede kalış süresinin bağımsız belirleyicisi olduğunu göstermiştir. Yani tanı sayısı arttıkça hastanede kalış süresi uzamaktadır. Hastanede kalış süresinin azaltılmasına yönelik hemşirelere düşen görev; öncelikle hemşirelik tanılarının doğru konması en uygun olan hemşirelik girişimlerinin uygulanması ve ulaşılabilecek sonuçların belirlenmesini sağlamaktır (Kaya 2004, Erdemir ve Karaca 2016). Hemşireler, diğer tüm sorumlulukların yanında yasal hakkı olan ve tek başına uygulayabileceği TAT yöntemlerinin farkında olmalı, hastalara kanıtlanmış yöntemler hakkında danışmanlık yapmalı ve gerektiğinde uygulamalıdır (Hardman 2007 <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.html> Erişim Tarihi 12 Kasım 2018).

Bu çalışmanın amacı; ameliyat öncesi uygulanan imgeleme yönteminin ameliyata özgü kaygı, ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yönteminin ameliyat sonrası bulantı kusma, ağrı, anksiyete, hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi, uyku kalitesi ve hastanede kalış süresi üzerindeki etkisini araştırmak, bunun yanında ‘‘Postoperatif Bulantı Kusma Etki leği’’ (PONV Impact scale)’nin Türk toplumu için uygun olup olmadığını belirlemektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma iki aşamada gerçekleştirildi. *Birinci aşamada* ameliyat öncesi uygulanan imgeleme yönteminin ameliyata özgü kaygı, ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yönteminin ameliyat sonrası bulantı kusma, ağrı, anksiyete, hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi, uyku kalitesi ve hastanede kalış süresi üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla prospektif randomize kontrollü deneysel model, *ikinci aşamada* ise ameliyat sonrası bulantı kusma durumunu belirlemeye yönelik geliştirilmiş “Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği” ölçeğinin Türk toplumu için dil uygunluğunu belirlemek amacıyla metodolojik model kullanıldı.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez (H1): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası bulantı kusma şiddetini azaltmaktadır.

Hipotez (H2): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası ağrı düzeyini azaltmaktadır.

Hipotez (H3): Ameliyat öncesi uygulanan imgeleme yöntemi ameliyata ilişkin kaygı düzeyini azaltmaktadır.

Hipotez (H4): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası anksiyete düzeyini azaltmaktadır.

Hipotez (H5): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası memnuniyet düzeyini arttırmaktadır.

Hipotez (H6): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası uyku kalitesini arttırmaktadır.

Hipotez (H7): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası antiemetik ihtiyacını azaltmaktadır.

Hipotez (H8): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası analjezik ihtiyacını azaltmaktadır.

Hipotez (H9): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası hastanede kalış süresini azaltmaktadır.

Hipotez (H10): “Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği” (PONV impact scale) Türk toplumu için uygundur.

3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız değişken; ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi, Apfel risk skoru, cerrahi tipi, şekli, süresi, anestezi şekli ve adjuvan anestezi ilaçları, ağrı şiddeti, opioid alma durumu.

Bağımlı değişkenler; ameliyata ilişkin kaygı düzeyi, bulantı şiddeti ve kusma, hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi, uyku kalitesi, ağrı, analjezik ve antiemetik ihtiyacı, anksiyete düzeyi ve hastanede kalış süresidir.

3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Tunceli Devlet Hastanesi Cerrahi Servisi’nde Etik Kurul izni ve kurum izinleri alındıktan sonra Şubat 2017 – Temmuz 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİM KRİTERLERİ

3.5.1. Araştırmanın evreni

Etik kurul onayı alındıktan sonra, Şubat 2017-Temmuz 2017 tarihleri arasında Tunceli Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi’nde ameliyat olacak hastalar oluşturdu. Çalışmanın yürütüldüğü altı ay içinde genel cerrahide elektif ameliyat geçiren hasta sayısı “516” dır.

3.5.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın birinci aşamasındaki örneklem büyüklüğünün hesaplanması için; G Power 3.0.10 bilgisayar programı kullanıldı. Bu programda hesaplanan sonuca göre, %5 yanılma payı ile iki grup ve %80 güç için bir grupta 26 diğer grupta 26 olmak üzere toplamda 52 kişiye ulaşılması gerektiği görüldü (Şekil 2.) Bu çalışma için toplamda 73 hasta değerlendirildi. Dâhil edilme kriterlerine uymayan veya çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 11 hasta çalışmadan çıkarıldı. Araştırmanın örneklemi dâhil edilme kriterlerine uyan, çalışmaya katılmaya gönüllü olup yazılı onayları alınan 62 hasta meydana getirdi. **Randomization.com** tarafından oluşturulan bir bilgisayar randomizasyon şeması (<http://www.randomization.com>) kullanılarak hastalara numara verildi ve baştan hangi numaradaki hastaya girişim yapılacağı planlandı. Hastalar 31'er kişilik iki gruba ayrıldı. İzlemden çıkan iki hasta hariç her iki grupta 30'ar kişi olmak üzere toplamda 60 hastanın verileri analiz edildi. Araştırmanın örneklem akış şeması (Consort Akış Diyagramı) Şekil 3.'de verildi.

3.5.3. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

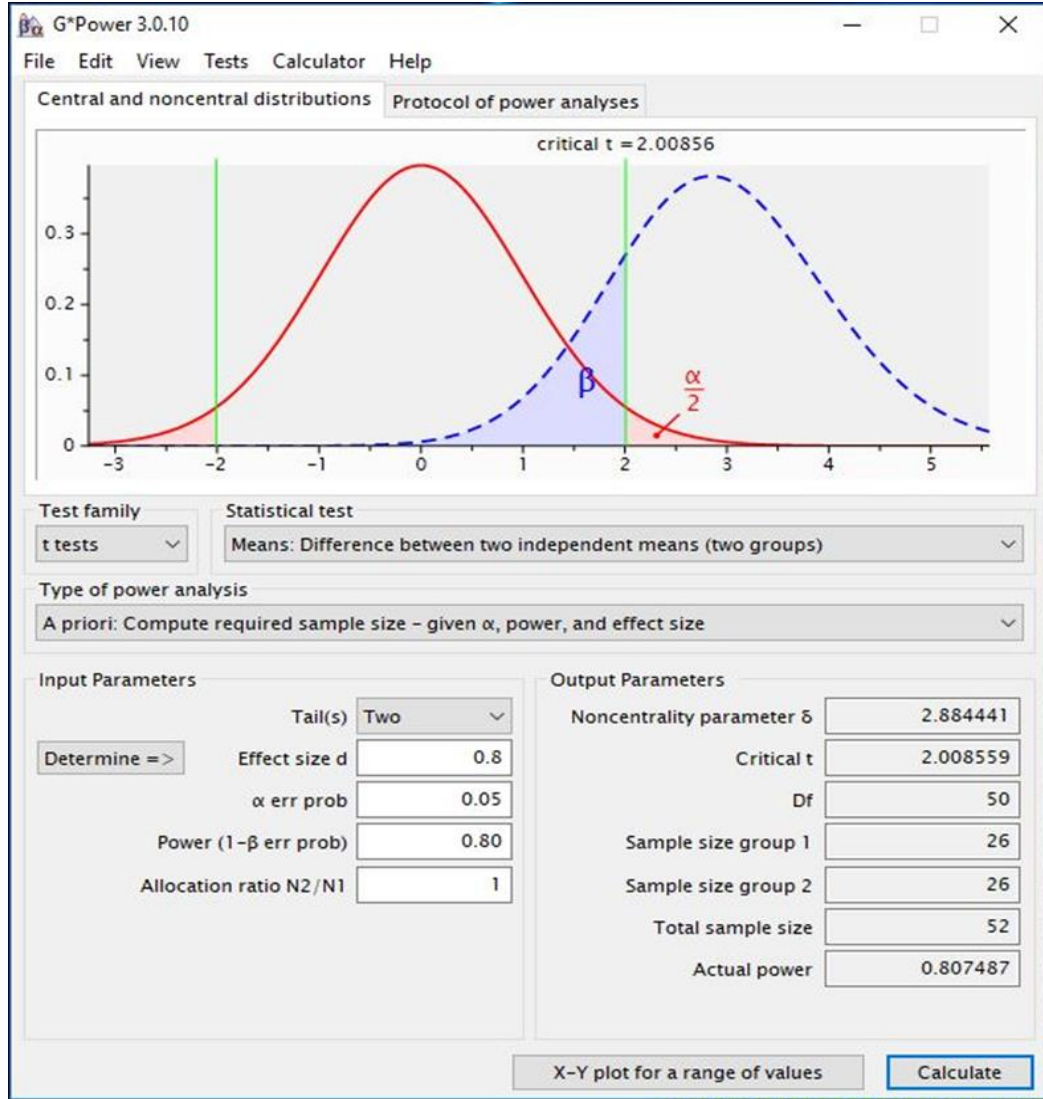
Dâhil edilme kriterleri;

- Elektif ameliyat geçirecek olanlar,
- ASA 1 ve 2 sınıflamasına girenler,
- Endotrakeal entübasyon altında sadece genel anestezi alacak olanlar,
- Ameliyat öncesi ulaşılabilen hastalar,
- Bilişsel bozukluğu olmayanlar,
- Türkçe veya İngilizce dillerinden en az birini bilenler,
- Duyma ve görme problemi olmayan hastalar çalışmaya dâhil edildi.

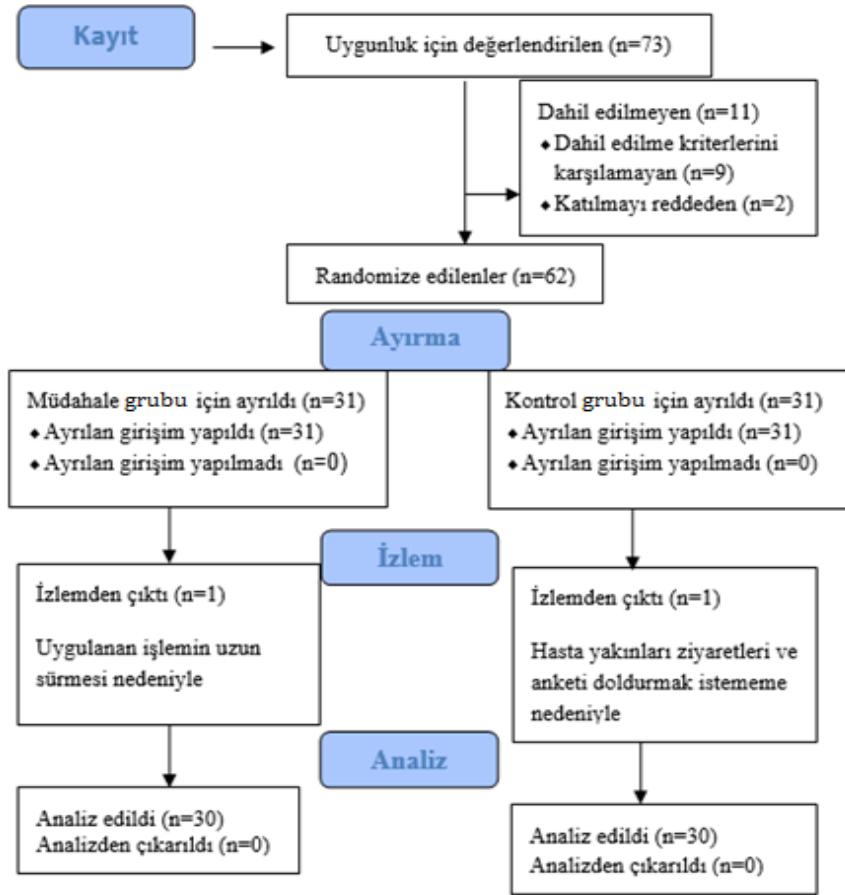
Dışlanma kriterleri;

- Seksen yaş üzeri veya 20 yaş altında olanlar,
- Beden kitle indeksi 30'un üstünde olan hastalar,
- ASA 3 ve üzeri sınıflamaya girenler,
- Kronik ağrısı, alkol, ilaç ve madde bağımlılığı olanlar,
- Onkolojik vakalar,
- Ameliyat esnası ve sonrası ciddi komplikasyon geçirenler,

- İŖitme, görme, konuŖma ve biliŖsel disfonksiyonu olanlar,
- Türkçe veya İngilizce dili bilmeyenler,
- Nazogastrik tp takılı olanlar ve
- İŖlemi kabul etmeyen hastalar alıŖma kapsamına alınmadı.



Ŗekil 2. AraŖtırmanın rneklem Byklgnn Belirlenmesi



Şekil 3. Örneklem Akış Şeması (Consort Akış Diyagramı)

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

İki aşamada gerçekleştirilen bu araştırmanın;

Birinci Aşamasındaki Verilerinin Toplanmasında Kullanılan Araçlar;

Hasta Bilgi Formu (Ek 5-6), ağrının düzeyini ölçmek için “Görsel Analog Skala (VAS; Visual Analog Scala)” (Ek 8) (<http://www.spinetr.com/uploads/files/skor/vizuelanalogskala.pdf> Erişim 4 Kasım 2018), hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini ölçmek için “Sayısal Memnuniyet Ölçeği” (Ek 9) (Bademci ve ark 2018), bulantı şiddetini ölçmek için VAS-bulantı (Ek 10) (Boogaerts, Vanacker, Seidel, Albert and Bardiau 2000, Aygin 2016), uyku kalitesini ölçmek için “Richards Campbell Uyku Ölçeği” (Ek 11) (Richards 1987, Özlü ve Özer 2015), anksiyeteyi ölçmek için “STAI (State-Trait Anxiety Inventory; Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği)” (Ek 12) (Öner ve Le

Compte 1983, Arlı 2017), ameliyat öncesi bulantı kusma riskini ölçmek için "Apfel risk skoru" (Ek 13) (Apfel et al 1999), ameliyat öncesi kaygı düzeyi için "Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği" (Ek 14) (Karancı ve Dirik 2003) kullanıldı.

İkinci Aşamasındaki Verilerinin Toplanmasında Kullanılan Araçlar;

Hasta Bilgi Formu (Ek 7), bulantı şiddetini ölçmek için VAS-bulantı (Ek 10), ameliyat öncesi bulantı kusma riskini ölçmek için "Apfel Risk Skoru" (Ek 13) (Apfel et al 1999), Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Etki Ölçeği [The Postoperative Nausea And Vomiting Impact Scale (PONV impact scale)] (Ek 16) kullanıldı.

3.6.1. Hasta Bilgi Formu (Ek 5-7)

Araştırmacı tarafından literatür bilgisi ışığında hazırlanan bu form hastaların yaş, cinsiyet, kronik hastalıkları, kullanılan ilaçlar gibi bilgiler içermektedir.

3.6.2. Görsel Analog Skala ile Ağrı Değerlendirmesi (Ek 8)

Görsel Analog Skala (Visüel Analog Scale: VAS) ile ağrı değerlendirme yapıldı. "0" hiç ağrı olmadığını, "100" ise dayanılmaz en şiddetli ağrıyı tanımlamaktadır (<http://www.spinetr.com/uploads/files/skor/vizuelanalogskala.pdf> Erişim Tarihi 4 Kasım 2018, Hawker et al 2011). "0-30" arası puan hafif ağrıyı, "31-60" arası puan orta ağrıyı, "61 ve üzeri" puan şiddetli ağrıyı göstermektedir (Uzunoğlu ve Çiçin 2011).

3.6.3. Sayısal Memnuniyet Ölçeği (SMÖ) (Ek 9)

Ameliyat sonrası 72. saatte hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini belirlemek için "0" ile "10" arası rakamlardan (0: hiç memnun değil 10: çok memnun) oluşan SMÖ kullanıldı (Bademci ve ark 2018).

3.6.4. Görsel Analog Skala ile Bulantı Değerlendirmesi (Ek 10)

Bulantı değerlendirme 100 mm'lik VAS kullanılarak yapıldı (Aygin 2016), "0" hiç bulantı yok, "100" olabilecek en şiddetli bulantı olarak hastaya anlatıldı (Boogaerts et al 2000). Kusma ise objektif bir şekilde ölçülebilen bir semptom olduğu için hastalara kusma durumu ve kusma sayısı sorularak kaydedildi.

3.6.5. Richards Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ) (Ek 11)

Richard-Campbell Uyku Ölçeği, Richards tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (Richards 1987). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Özlü ve Özer tarafından 2015 yılında yapılmış olup Cronbach's α iç tutarlılık katsayısı 0,91, madde toplam korelasyon puanları 0,48-0,96 arasında bulunmuştur (Özlü ve Özer 2015). RCUÖ, "gece uykusunun derinliğini, uykuya dalma süresini, uyanma sıklığını, uyandıığında uyanık kalma süresini, uykunun kalitesini ve ortamdaki gürültü düzeyini" değerlendiren altı maddeden oluşan bir ölçektir. Her bir madde görsel analog skala tekniği ile 0 ila 100 arasında yer alan çizelge üzerinde değerlendirilir. Ölçekten alınan "0-25" arası puan "çok kötü uyku"yu, "76-100" arası puan "çok iyi uyku"yu belirtmektedir. Ölçek toplam puanı beş madde üzerinden değerlendirilir, ortamdaki gürültü düzeyini değerlendiren 6. madde toplam puan değerlendirmesi dışında bırakılır. Ölçeğin puanı arttıkça hastaların uyku kalitelerinin de arttığı şeklinde yorumlanır (Richards 1987, Özlü ve Özer 2015).

3.6.6. STAI (State-Trait Anxiety Inventory = Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği) (Ek 12)

Speilberger ve Gorsuch tarafından 1964 yılında geliştirilmiş olan envanter ile normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır (Aydın ve Tiryaki 2017). Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması Öner ve Le Compte tarafından (1983) yapılmıştır (Öner ve Le Compte 1983, Arlı 2017). STAI, yirmişer maddeden oluşan iki ayrı ölçekten oluşur ve durumluluk-süreklilik kaygı düzeylerini ölçer. *Durumluluk Kaygı Ölçeği*, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. *Sürekli Kaygı Ölçeği*, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Durumluluk Kaygı Ölçeği'nin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre "hiç, biraz, çok, tamamıyla" şıklarından birinin seçilmesi, sürekli kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında ise; maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre, "hemen hiçbir zaman, bazen, çok zaman ve hemen her zaman" şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren (tersine çevrilmiş) ifadelerde dört değerlikli

yanıtlar “düşük”, bir değerlikli yanıtlar “yüksek kaygı”yı gösterir. Bu ifadeler puanlanırken bir ağırlık değerinde olanlar dörde, dört ağırlık değerinde olanlar ise bire dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren (doğrudan) ifadelerde ise “dört değerlikli” yanıtlar “en yüksek kaygı”yı gösterir. Durumluluk Kaygı Ölçeği’nde 10 tane (1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19. ve 20. maddeler), Süreklilik Kaygı Ölçeği’nde ise sekiz tane (21., 26., 27., 30., 33., 36. ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Doğrudan (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin herbiri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35’dir. En son elde edilen değer bireyin “kaygı” puanıdır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan 20 ile 80 arasında değişir. Fazla puan “yüksek kaygı” seviyesini, az puan ise “düşük kaygı” seviyesini gösterir (Sağır, Kaya, Eskiçirak, Kapusuz ve Kadioğulları 2012, Arlı 2017 <http://www.salihyildiz.net/wp-content/uploads/2013/03/DURUMLUK-VE-SÜREKLİ-KAYGI-ÖLÇEĞİ.pdf> Erişim Tarihi 04 Kasım 2018).

3.6.7. Apfel Risk Skoru (Ek 13)

Apfel ve ark. 1999 yılında ameliyat sonrası bulantı kusma için yüksek riskli hastaların belirlenmesi amacıyla bu aracı geliştirmiştir. Apfel skoru ameliyat sonrası bulantı kusmanın gelişiminin tahmini için “kadın cinsiyet, ameliyat sonrası bulantı kusma veya taşıt tutma hikâyesi, sigara içmeme, ameliyat sonrası opioid kullanımı” gibi risk faktörlerini içermektedir. Her risk faktörüne bir puan verilmekte ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 puan karşılığı beklenen ameliyat sonrası bulantı kusma riski sırasıyla %10, %21, %39, %61 ve %79 olarak belirlenmektedir (Apfel et al 1999).

3.6.8. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (Ek 14)

Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ); hastaların ameliyata ilişkin kaygı düzeylerini değerlendirmek amacı ile Karancı ve Dirik tarafından 2003 yılında geliştirilmiş likert tipli (1: Hiç katılmıyorum, 5: Tamamen katılıyorum), ameliyatla ilgili yaşayabilecekleri korkuları içeren 10 ifadeden oluşmaktadır ve tüm maddelere

verilen yanıtların toplanması sonucunda AÖKÖ puanı elde edilmektedir. Sadece 8. madde olan “*ameliyat sonrası tüm ağrı ve sorunlardan kurtulacağımı düşünüyorum*” ifadesine verilen cevap toplanmadan önce ters olarak puanlanmaktadır (5: Hiç katılmıyorum, 1: Tamamen katılıyorum). Ölçekten alınabilecek değer aralığı 10-50 olup, yüksek puanlar ağrı duymaktan, ameliyat esnasında ölmekten, ameliyat sonrası çıkacak komplikasyonlardan ve kısıtlamalardan duyulan kaygıları yansıtmaktadır (Karancı ve Dirik 2003).

3.6.9. Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Etki Ölçeği [The Postoperative Nausea And Vomiting Impact Scale (PONV impact scale)] (Ek 15)

Myles and Wengritzky tarafından 2012 yılında geliştirilen ve iki sorudan oluşan ölçekte her bir soru için 0, 1, 2, 3 puan alınabilecek dört seçenek vardır. İlk soru kusma ya da öğürme olup olmadığını varsa sıklığı sorgulanmakta, cevaplar ise “0” hayır, “1” bir kez, “2” iki kez, “3” üç kez ya da daha fazla şeklinde olup dört seçeneğlidir. İkinci soruda bulantı olup olmadığı (midede rahatsızlık hissi ve kusacak gibi olma), varsa bulantı hissinin yataktan kalkabilme, yatakta rahatça hareket edebilme, normal şekilde yürüyebilme ya da yeme ve içme gibi günlük yaşam aktivitelerinizi etkileyip etkilemediği sorgulanmakta olup; cevaplar “0” pek değil, “1” bazen, “2” sık sık ya da çoğu zaman, “3” her zaman şeklinde dört seçeneğlidir. Birinci ve ikinci soruya verilen cevapların sayı değeri toplanır ve sonuç bulunur. Ölçekten beş ve üzeri puan almak “klinik olarak önemli bulantı kusma”yı tanımlamaktadır (Myles and Wengritzky 2012).

3.7. POSTOPERATİF BULANTI KUSMA ETKİ ÖLÇEĞİ’NİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK-GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMALARI

Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Etki Ölçeği’nin Türkçe uygunluğuna yönelik çalışmaya başlamadan önce ölçeğin geliştiricilerinden Prof. Dr. Paul Myles ile iletişime geçilerek Türkçe dil uygunluğunun yapılması için mail yoluyla izin alındı (Ek 17).

Ölçek geçerlilik-güvenilirliğini belirlemek için ameliyat sonrası genel anestezi almış, bulantı kusma şikâyeti olan, dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olup yazılı onayları alınan 100 hastaya ulaşıldı.

3.7.1. Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği (PBKEÖ) Dil Eşdeğerliğine ve Geçerliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar

Tablo 3. PBKEÖ Dil Eşdeğerliği ve Geçerliği İçin Yapılan İşlemler

Dil Eşdeğerliği İçin	Yapılan İşlemler
	<ul style="list-style-type: none"> • PBKEÖ'nin orijinal İngilizce hali araştırmacı tarafından Türkçeye çevrildi. • Daha sonra İngilizceyi ve Türk toplumunun kültürel yapısını iyi bilen, ana dili Türkçe olan dört öğretim üyesi ve bir yabancı dil okutmanı tarafından (Ek 19) Türkçeye çevirisi yapılan indeksin ifadeleri orijinal metne uygunluğuna bakılarak düzeltildi. • Son hal verilen Türkçe indeks hakkında ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilen, indeksin orijinal halini görmeyen, ana dili Türkçe olup Türk toplumunun kültürel yapısını iyi bilen bir yabancı dil okutmanı tarafından yeniden İngilizceye çevrildi. • Bu çevirinin indeks ifadeleri ile orijinal indeks ifadeleri karşılaştırıldı. • Metin üzerinde gerekli görülen düzenlemeler yapıldı ve son hal verildikten sonra ölçek Prof. Paul Myles'a mail yoluyla gönderildi ve onayı alındı (Ek 18). • Alınan öneriler sonucunda indekse son şekli verildi. Ölçek Genel Cerrahi Servisi'nde ameliyat sonrası bulantı-kusma şikâyeti olan 100 hastaya uygulandı. • Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarıldı ve istatistik uzmanı tarafından analiz edildi. Sonuçlar bulgular bölümünde verildi.
Geçerlik Analizleri İçin	Yapılan İşlemler
Kapsam Geçerliği	<ul style="list-style-type: none"> • Bu çalışmada da Türkçeleştirilen form içerik geçerliliği açısından cerrahi alanında uzman 10 kişinin (Ek 20) görüşüne sunulup sonuçlar Davis Tekniği'ne göre değerlendirildi. • Uzmanların görüşlerini en iyi şekilde değerlendirebilmek için "<i>kapsam geçerlik indeksi</i>" kullanıldı. • Ayrıca uzmanların sorulara verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını belirlemek için Kendall's W teti uygulandı.
Ölçüte Bağlı Geçerlik (Eş Zamanlı Ölçek Geçerliği)	<ul style="list-style-type: none"> • PBKEÖ ile VAS-bulantı ile arasındaki korelasyona bakıldı. • Ayrıca PBKEÖ ile VAS-bulantı'ya ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi yapılarak kesme değeri (Cut Off değeri) hesaplandı.

Ölçeğin dil eşdeğerliği yapıldıktan sonra; bu ölçeğe uygun olan kapsam geçerliği, ölçüte bağlı geçerlik (eş zamanlı ölçek geçerliği) analizleri yapıldı.

3.8. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmanın imgelem çalışması yapılan birinci bölümünde;

1. Kontrol grubundaki hastalara; araştırmanın yapıldığı kliniğin rutin bakım protokolüne göre hemşirelik bakımı uygulandı.

2. Müdahale grubundaki hastalara; araştırmanın yapıldığı kliniğin rutin bakım protokolüne göre verilen hemşirelik bakımına ek olarak ameliyat öncesi bir kez, ameliyat sonrasında 1. gün bir kez, 2. ve 3. gün ikişer kez olmak üzere toplam altı kez, Türk Psikologlar Derneği (gerekli izin alındıktan sonra) (Ek 21) tarafından gevşeme için hazırlanmış olan “Gevşeme Egzersizleri” CD’si (CD; Compact Disc; içerisinde verilerin saklanabildiği sayısal veri ortamıdır (https://www.turkcebilgi.com/kompakt_disk Erişim Tarihi 7 Kasım 2018) ile “imgeleme yöntemi” uygulandı. İmgeleme yapılacak hastaların rahat edebilecekleri şekilde supine ya da semifowler pozisyonunda olmaları ve kulaklıkla CD’yi dinlemeleri sağlandı.

Bu CD toplam üç bölümden oluşmaktadır;

- CD'nin 10 dakikalık ilk bölümü; gevşemenin ne olduğu ve gevşeme tekniklerine,
- Otuz dakikalık ikinci bölümü; sesli olarak gevşeme yönergesine,
- Son 30 dakikasında ise akarsu veya deniz sesi eşliğinde yalnızca dinlendirici hafif bir fon müziğine yer verilmektedir.

İlk 30 dakika CD’de verilen telkinlerle hastanın gevşemesi, rahatlama, dikkatini nefesine odaklaması sağlandı. CD’nin son 30 dakikalık bölümünde ise dinlendirici müzik sırasında hastalara imgeleme uygulandı. İlk uygulamada ilk 10 dakikalık kısım dinletilirken daha sonraki uygulamalarda ise dinletilmedi.

Hastaların imgelemden yeterince fayda görmelerini sağlamak için öncelikle CD de verilen telkinlerle gevşemesi, rahatlaması, dikkatini nefesine odaklaması sağlandı. Daha sonra hastaların tercihine göre akarsu veya deniz sesi ile birlikte rahatlatıcı hafif fon müziği dinletildi. Bu sırada hastalar çeşitli imgeleri düşünmeleri için teşvik edildi. Örneğin;

- **Ameliyat öncesi dönemde CD'nin son 30 dakikalık bölümünde dinlendirici müzik sırasında;** *“Ameliyatın ve sonrası sürecin iyi geçtiği, çok daha sağlıklı olduğu, çok hızlı iyileştiği, en az skar ile sıkıntısız atlattığı, kısa zamanda eski hayatına geri döndüğü, ameliyattan sonra ilk ne yapmak istiyorsa kendisini onu yaparken düşlemesi, ona iyi hissettirecek bir nesne, kişi, olay, durum, yiyecek veya herhangi başka bir şey varsa onu hayal etmesi istendi.*
- **Ameliyat sonrası dönemde CD'nin son 30 dakikalık bölümünde dinlendirici müzik sırasında;** *“Her şeyin yoluna girdiği, kısa sürede iyileştiği ve taburcu olduğu, günlük aktivitelerine ve sosyal hayatına kısa sürede döndüğü, ameliyattan sonra ilk ne yapmak istiyorsa kendini onu yaparken düşlemesi, ona iyi hissettirecek bir nesne, kişi, olay, durum, yiyecek veya herhangi başka bir şey varsa onu hayal etmesi gibi pozitif düşünceleri hissetmeleri ve buna inanmaları” istendi.*

3.8.1. Araştırma Uygulama Aşamaları

Araştırmanın birinci bölümünde;

1. Örneklem kriterlerine uyan bireylerin, araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü bilgilendirilmesinin ardından izin formunu imzalamaları istendi. Bu görüşme hasta ile ameliyat öncesi dönemde cerrahi servisinde yapıldı.
2. Randomizasyonla seçilen 30 hastaya (müdahale grubu) araştırmanın yapıldığı kliniğin rutin bakım protokolü ve hemşirelik bakımı yanında; ameliyat öncesi bir kez ve ameliyat sonrasında birinci gün bir kez, ikinci ve üçüncü gün iki kez toplam altı kez uyumadığı dönemde imgeleme yöntemi uygulandı.

3. İmgeleme yapılacak hastaların rahat edebilecekleri şekilde supine ya da semifawler pozisyonunda olmaları sağlandı. Hastaların imgelemeden yeterince fayda görmelerini sağlamak için öncelikle CD de verilen telkinlerle gevşemesi, rahatlaması, dikkatini nefesine odaklaması sağlandı. Daha sonra hastalara özel ve genel imgeler ile imgeleme yöntemi uygulandı.
4. Kontrol grubundaki hastalara araştırmanın yapıldığı kliniğin rutin bakım protokolüne uygun olarak hemşirelik bakımı uygulandı.
5. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği preoperatif dönemde uygulandı.
6. Ağrı şiddeti VAS ile 2., 6., 24., 48. ve 72. saatlerde değerlendirildi.
7. Richards Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ) 24., 48. ve 72. saatlerde uygulandı.
8. Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyi'ne 72. saatte değerlendirildi.
9. Bulantı değerlendirmesi (VAS ile) ameliyat sonrası 0-2., 2-6., 6-24., 24-48. ve 48-72. saatlerde uygulandı.
10. Sürekli Kaygı Ölçeği ile postoperatif 24. saatte, Durumluk Kaygı Ölçeği ile 24., 48. ve 72. saatte değerlendirme yapıldı.

Araştırmanın ikinci bölümünde ise çalışmaya alınma ve dışlanma kriterlerine uyan ameliyat sonrası bulantı kusma şikâyeti olan 100 hasta ile ölçek geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapıldı.

3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

3.9.1. İmgelem Yöntemi Uygulanan ve Uygulanmayan Gruptaki Hastaların Veri Analiz Teknikleri

Çalışma 30 imgelem uygulanan ve 30 imgelem uygulanmayan grup olmak üzere 60 deneğe ait veriler üzerinden gerçekleştirilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktararak tamamlanmıştır. Sayısal değişkenler için merkezi eğilim ölçülerinden medyan, iqr, min ve max değerleri, kategorik değişkenler için frekans dağılımları (sayı, yüzde) verilmiştir. İki gruba sahip kategorik değişkenler arasındaki farkın incelenmesinde Mann whitney testi, zamana göre elde edilen verilerin karşılaştırılmasında friedman testi ve sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise spearman korelasyon katsayısından, iki kategorik değişken

arasındaki ilişkinin incelenmesinde ki kare analizinden yararlanılmış ve sonuçlar bulgular bölümünde tablolar ile sunulmuştur.

3.9.2. Postoperatif Bulantı-Kusma Etki Ölçeği (PBKEÖ) için Veri Analiz Teknikleri

Çalışma 100 hastaya ait veriler üzerinden gerçekleştirildi. Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak analiz edildi. Sayısal değişkenler için merkezi eğilim ölçülerinden ortanca değer (medyan), çeyrekler arası genişlik (iqr; interquartile range), en küçük değer (min; minimum) ve en büyük değer (max; maximum) değerleri, kategorik değişkenler için frekans dağılımları (sayı, yüzde) verilmiştir. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise spearman korelasyon katsayısından yararlanılmıştır.

Bu araştırmada, Türkçeleştirilen PBKEÖ içerik geçerliliği açısından cerrahi alanında uzman 10 kişinin görüşüne sunuldu. Sonuçlar Davis Tekniği'ne göre değerlendirildi ve "kapsam geçerlik indeksi" hesaplandı. Ayrıca uzmanların sorulara verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını belirlemek için Kendall's W teti uygulandı.

"Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği" ile VAS-bulantı düzeyi ve kusma sayısı arasındaki ilişkiyi belirlemek için spearman korelasyon katsayısından yararlanılmış olup, PBKEÖ ile VAS-bulantı arasında ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi yapılmış ve kesme değeri (Cut Off değeri) hesaplandı.

3.9.3. Araştırmanın Maddi Destek İhtiyacı

Herhangi maddi bir destek alınmadan çalışma yürütüldü.

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul (Etik Kurul Onay Numarası: 27907772/199-E.15559 11/11/2016) izni alındı (Ek 22). Çalışmanın yapılacağı kurumdan izin alındıktan sonra (Ek 23) çalışmaya başlandı.

Araştırmaya katılmada gönüllülük ilkesi esas alınmış olup, veri toplanmadan önce hastalara araştırmanın türü, amacı, uygulama süreci ve uygulama süreci içerisinde sahip olduğu hakları açıklanarak (Ek 1-2), katılımcı izin formunu (EK 3-4) imzalamaları istendi. Ayrıca hastalara, kendilerinden alınan bilgilerin yalnızca araştırmacı tarafından değerlendirileceği, bu bilgilerin bilimsel amaçla kullanılacağı ve istedikleri zaman çalışmadan ayrılabilirler belirtildi.

4. BULGULAR

Bulgular iki ana başlık, on iki alt başlıkta analiz edildi ve tablolar yorumlandı.

➤ *İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Hastaların (N:60) Verilerinin Analizi*

- ✓ Hastaların Tanımlayıcı Verilerinin Sunumu
- ✓ Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyat Sonrası Bulantı Düzeyi ve Kusma Sayısı Üzerine Etkisi
- ✓ Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyat Sonrası Ağrı Düzeyine Etkisi
- ✓ Ameliyat Öncesi Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyata İlişkin Kaygı Düzeyine Etkisi
- ✓ Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeyine Etkisi
- ✓ Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyine Etkisi
- ✓ Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyat Sonrası Uyku Kalitesine Etkisi
- ✓ Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyat Sonrası Analjezik ve Antiemetik İhtiyacına Etkisi
- ✓ Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyat Sonrası Hastanede Kalış Süresi Üzerine Etkisi
- *Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması Açısından Yapılan Analizlerin Sunumu (N:100)*
- ✓ Hastaların Tanımlayıcı Verilerinin Sunumu
- ✓ Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği Dil Eşdeğerliği ve Geçerliğine Yönelik Yapılan Analizlerin Sunumu
- ✓ Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği ile VAS-Bulantı Düzeyi ve Kusma Sayısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

4.1. İMGELEM UYGULANAN VE UYGULANMAYAN HASTALARIN VERİLERİNİN ANALİZİ (N:60)

4.1.1. Hastaların Tanımlayıcı Verilerinin Sunumu

Çalışma kapsamına alınan 60 hastanın %53,3'ü kadın, %73,3'ü evli, %38,3'ü lise, %25,0'i lisans mezunudur. Hastaların yaş aralığı 20-78 yıl (Medyan: 53,50 yıl) olup Beden Kitle İndeksi (BKİ) 20,0-29,5 kg/m² (Medyan: 26,0 kg/m²) arasında değişmektedir. %41,7'si memur, %23,3'ü emekli olan hastaların genellikle hemoroid ve laparoskopik kolesistektomi operasyonu geçirdiği, %60,6'sının kronik hastalığının olmadığı görüldü. Kronik hastalığı olanların (20 kişinin) %20'si astım, %20'si hipertansiyon, %15'i KOAH, %15'i diyabet, %15'i KOAH ve hipertansiyon, %10'u astım ve hipertansiyon, %5'i diyabet ve hipertansiyon idi. Hastaların çoğunun (%66,7) ASA skoru "1" iken geri kalan kısmın ASA skoru "2" dir. Hastaların %26,7'si açık cerrahi girişim geçirirken, büyük bölümü (%73,3) laparoskopik operasyon geçirdi (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular (N: 60)

		n	%
İmgelem	Uygulanmadı	30	50,0
	Uygulandı	30	50,0
Cinsiyet	Kadın	32	53,3
	Erkek	28	46,7
Medeni durum	Evli	44	73,3
	Bekar	16	26,7
BKİ (ort±ss)	Kadın	32	24,6 ±3,06 kg/m ²
	Erkek	28	25,7 ±2,28 kg/m ²
Yaş (ort±ss)	Kadın	32	48,9±17,5/yıl
	Erkek	28	50,7 ±16,4/yıl
Eğitim durumu	Okur yazar değil	4	6,7
	Okur yazar	5	8,3
	İlk öğretim	13	21,7
	Lise	23	38,3
	Lisans	15	25,0
Meslek	İşsiz	9	15,0
	Memur	25	41,7
	İşçi	4	6,7
	Serbest meslek	8	13,3
	Emekli	14	23,3
Uygulanan Cerrahi Girişim	Hemoroidektomi	11	18,3
	Laparoskopik kolesistektomi	11	18,3
	Femoral herni ameliyatı	7	11,7
	Umbilikal herni ameliyatı	7	11,7
	Apendektomi	6	10,0
	İnguinal herni ameliyatı	5	8,3
	Pilonidal sinüs ameliyatı	5	8,3
	Meme iyi huylu tümör ameliyatı	5	8,3
	İleus ameliyatı	3	5,0
	Kronik hastalık durumu	Yok	40
Var		20	33,3
Astım		4	* 20,0
Hipertansiyon		4	* 20,0
KOAH		3	* 15,0
Diyabet		3	* 15,0
KOAH ve Hipertansiyon		3	* 15,0
Astım ve Hipertansiyon		2	* 10,0
Diyabet ve Hipertansiyon		1	* 5,0
ASA skoru		1	40
	2	20	33,3
Cerrahi şekli	Açık	16	26,7
	Laparoskopik	44	73,3

BKİ: Beden Kitle İndeksi, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, ASA: American Society of Anesthesiologists=Amerikan Anestezi Derneği, *: Kronik hastalığı olanlar içindeki yüzdeler (20 kişi içinden)

Tablo 5. İmgelem Uygulanan Gruptaki Hastalarla İmgelem Uygulanmayan Gruptaki Hastaların Temel Özelliklerinin Karşılaştırılması (N: 60)

		İmgelem Uygulanan		İmgelem Uygulanmayan		Ki-Kare	p
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kadın	17 (56,7)	15 (50,0)	0,268	0,605		
	Erkek	13 (43,3)	15 (50,0)				
Medeni durumu	Evli	24 (80,0)	20 (66,7)	1,364	0,243		
	Bekar	6 (20,0)	10 (33,3)				
Eğitim durumu	İlköğretim	11 (36,7)	11 (36,7)	0,110	0,946		
	Lise	11 (36,7)	12 (40,0)				
	Lisans	8 (26,7)	7 (23,3)				
Kronik hastalık	Yok	20 (66,7)	20 (66,7)	0,000	1,000		
	Var	10 (33,3)	10 (33,3)				
ASA skoru	1	20 (66,7)	20 (66,7)	0,000	1,000		
	2	10 (33,3)	10 (33,3)				
		İmgelem Uygulanan		İmgelem Uygulanmayan		MW	p
		Medyan	IQR	Medyan	IQR		
Yaş		50,00	30,00	55,00	27,00	-1,257	0,209
BKİ		24,10	4,30	26,10	2,80	-1,628	0,104
APFEL Risk Skoru		2,00	1,00	2,00	2,00	-0,894	0,371

MW: Mann Whitney U, ASA: American Society of Anesthesiologists=Amerikan Anestezi Derneği, BKİ: Beden Kitle İndeksi, IQR: Interquartile range=Çeyrekler arası genişlik

İmgelem uygulanan ve uygulanmayan grupların genel özellikleri ki kare testi ile karşılaştırıldığında; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kronik hastalık, ASA skoru, yaş, BKİ, Apfel risk skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 5). Buna göre her iki grubun genel özelliklerinin benzer olduğu söylenebilir.

Tablo 6. Hastaların Ameliyata İlişkin Kaygı Düzeyi, Ameliyat Sonrası Bulantı Düzeyi, Kusma Sayısı, Ağrı Düzeyi, STAI Anksiyete Düzeyi, Memnuniyet Düzeyi, Uyku Kalitesi, Gürültü Seviyesi, Hastanede Kalış Sürelerine İlişkin Verilerin Sunumu (N: 60)

		Medyan	IQR	Min	Max
VAS-bulantı	2. saat	0,00	32,50	0,00	90,00
	6. saat	0,00	30,00	0,00	90,00
	24. saat	0,00	0,00	0,00	60,00
	48. saat	0,00	0,00	0,00	40,00
	72. saat	0,00	0,00	0,00	0,00
Kusma Sayısı	2. saat	0,00	0,00	0,00	2,00
	6. saat	0,00	0,00	0,00	2,00
	24. saat	0,00	0,00	0,00	1,00
	48. saat	0,00	0,00	0,00	1,00
	72. saat	0,00	0,00	0,00	0,00
VAS-ağrı	24. saat	55,00	15,00	25,00	85,00
	48. saat	45,00	20,00	20,00	75,00
	72. saat	30,00	20,00	0,00	50,00
Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği (AÖKÖ)		26,00	16,00	12,00	50,00
STAI Durumluluk Kaygı Skoru	24. saat	44,00	10,00	30,00	60,00
	48. saat	40,00	9,50	28,00	58,00
	72. saat	40,00	6,00	28,00	56,00
STAI Sürekli Kaygı Skoru	24. saat	43,00	10,00	30,00	65,00
Sayısal Memnuniyet Ölçeği (SMÖ)		7,00	2,00	4,00	9,00
RCUÖ skoru	24. saat	45,00	30,00	15,00	90,00
	48. saat	50,00	30,00	20,00	85,00
	72. saat	55,00	25,00	20,00	90,00
Gürültü Skoru	24. saat	70,00	25,00	40,00	100,00
	48. saat	80,00	20,00	40,00	100,00
	72. saat	85,00	20,00	55,00	95,00
Hastanede Kalış Süresi/Saat		46,00	4,00	40,00	55,00

AÖKÖ; Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği, VAS; Visüel Analog Skala, STAI (State-Trait Anxiety Inventory= Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği), SMÖ; Sayısal Memnuniyet Ölçeği, RCUÖ; Richards Campbell Uyku Ölçeği, Min: En küçük değer, Max: En büyük değer

4.1.2. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Bulantı Düzeyi ve Kusma Sayısı Üzerine Etkisi

Çalışmada, VAS-bulantı (0-100 mm) ile değerlendirildiğinde; 75 ve üzeri “şiddetli bulantı” olarak ele alındı ve ameliyat sonrası 2. saat sonunda hastaların %5’inin, 6. saat sonunda %1,7’sinin şiddetli bulantı deneyimlediği görüldü. Ameliyat sonrası 24. saatte ve sonrasında ise şiddetli bulantı tarifleyen hasta olmadı. Bulantı düzeylerine

bakıldığında; hastaların (N:60) ameliyat sonrası 2. saat sonunda %28,3'ünün (17 kişi), 6. saat sonunda %31,7'sinin (19 kişi), 24. saat sonunda %58,3'ünün (35 kişi), 48. saat sonunda %86,7'sinin (52 kişi), 72. saat sonunda %100'ünün (60 kişi) hiç bulantısı olmadığı görüldü. Yani bulantı insidansına göre; ameliyat sonrası 2. saatte hastaların %71,7'si (43 kişi), 6. saatte 68,3'ü (41 kişi), 24. saatte 41,7'si (25 kişi), 48. saatte 13,3'ünün (8 kişi) bulantısı oldu, 72. saatte ise hastalar bulantı deneyimlemediklerini belirtti.

Tablo 7. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasındaki Bulantı Düzeyi ve Kusma Sayılarının Karşılaştırılması (N: 60)

İmgelem	Uygulanmadı (n: 30)		Uygulandı (n: 30)		MW	p
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
VAS-bulantı						
2. saat	0,00	40,00	0,00	30,00	-0,554	0,580
6. saat	0,00	40,00	0,00	30,00	-0,479	0,632
24. saat	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,410	0,682
48. saat	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,974	0,330
72. saat	0,00	0,00	0,00	0,00	0,000	1,000
Kusma sayısı						
2. saat	0,00	0,00	0,00	0,00	-2,315	0,021*
6. saat	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,419	0,156
24. saat	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,762	0,078
48. saat	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,000	0,317
72. saat	0,00	0,00	0,00	0,00	0,000	1,000

*: $p < 0,05$, IQR: Interquartile range=Çeyrekler arası genişlik, MW: Mann Whitney U, VAS: Visüel Analog Skala

Ameliyat sonrası 60 hastanın kusma sayıları incelendiğinde;

- İlk iki saatte (0-2 saat); hastaların %75'inde kusma görülmedi, %10'u (altı kişi) bir kez, 13,3'ü (8 kişi) iki kez, 1,7'si (bir kişi) üç kez kustu.
- 2.-6. saatler arasında; hastaların %78,3'ünde kusma olmadı, %11,7'si (yedi kişi) bir kez, 8,3'ü (beş kişi) iki kez, 1,7'si (bir kişi) üç kez kustu.
- 6.-24. saatler arasında; hastaların %91,7'i kusmadı, %8,3'ü (beş kişi) bir kez kustu.
- 24.-48. saatler arasında; hastaların %95'inde kusma olmadı. %5'i (üç kişi) bir kez kustu.
- 48.-72. saatler arasında ise hastalar kusma deneyimlemedi.

Müdahale ve kontrol grupları arasındaki bulantı düzeyi ve kusma sayıları açısından fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile analiz edildi. Buna göre, müdahale ve kontrol grupları arasında ameliyat sonrası 2., 24., 48. ve 72. saatlerdeki VAS-bulantı düzeyi ve 6., 24., 48. ve 72. saatteki kusma sayıları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 7). Gruplar arasında ameliyat sonrası 2. saatteki kusma sayısında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptandı ($p<0,05$). Yani imgelem uygulanan grupta ameliyat sonrası kusma sayısı kontrol grubuna göre daha düşüktü (Tablo 7).

Ameliyat öncesi dönemde bulantı kusma risk tahmini yapmaya yarayan Apfel risk skoru ile ameliyat sonrası 2. ve 24. saatteki VAS-bulantı skoru ve 6. saatteki kusma sayısı arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 8). Yine Tablo 8’de görüldüğü gibi Apfel risk skoru ile 6. saat VAS-bulantı düzeyi, 2. ve 24. saat kusma sayısı arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 8. Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma ve Apfel Risk Skoru İlişkisinin İncelenmesi

Ameliyat Sonrası		Apfel Risk Skoru	
		r	p
VAS- bulantı	2. saat	0,268	0,038*
	6. saat	0,353	0,006*
	24. saat	0,277	0,032*
	48. saat	0,247	0,057
Kusma Sayısı	2. saat	0,387	0,002*
	6. saat	0,272	0,035*
	24. saat	0,344	0,007*
	48. saat	0,195	0,134

*: $p<0,05$, IQR: Interquartile range=Çeyrekler arası genişlik, MW: Mann Whitney

4.1.3. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Ağrı Düzeyine Etkisi

Tablo 9. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasındaki Ağrı Düzeylerinin Karşılaştırılması (N: 60)

	İmgelem Uygulanmadı		İmgelem Uygulandı		MW	p
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
VAS-ağrı						
24. saat	65,00	10,00	50,00	10,00	-5,129	0,000*
48. saat	60,00	15,00	40,00	10,00	-5,074	0,000*
72. saat	40,00	20,00	27,50	15,00	-3,429	0,001*

*: $p < 0,001$, IQR: Interquartile range=Çeyrekler arası genişlik, MW: Mann Whitney U, VAS: Visüel Analog Skala

Ağrı değerlendirilmesi 60 hasta için ameliyat sonrası 24., 48., ve 72. saatlerde yapılmış olup VAS-ağrı puanlarının medyanları;

- 24. saatte 55,00 (Min:25,00, Max:85,00, IQR: 15,00),
- 48. saatte 45,00 (Min:20,00, Max:75,00, IQR: 20,00),
- 72. saatte 30,00 (Min:0, Max:50,00, IQR:20,00) olarak bulundu (Tablo 6).

İmgelem uygulanan grupta (n=30) ameliyat sonrası VAS-ağrı puanlarının medyanları;

- 24. saatte 50,00 (IQR: 10,00),
- 48. saatte 40,00 (IQR: 10,00),
- 72. saatte 27,50 (IQR: 15,00) olarak belirlendi (Tablo 9).

İmgelem uygulanmayan grupta (n=30) ameliyat sonrası VAS-ağrı puanlarının medyanları;

- 24. saatte 65,00 (IQR: 10,00),
- 48. saatte 60,00 (IQR: 15,00),
- 72. saatte 40,00 (IQR: 20,00) olarak bulundu (Tablo 9).

Her iki gruptaki hastaların (N:60), VAS-ağrı düzeyleri “0” ağrı yok, “0 -30” hafif ağrı, “31-60” orta ağrı, “61 ve üzeri” şiddetli ağrı olarak kategorikleştirildiğinde ameliyat sonrası;

- 24. saatte %5'i (üç kişi) hafif, %58,3'ü (35 kişi) orta, %36,7'si (22 kişi) şiddetli ağrı deneyimlediğini,
- 48. saatte %13,3'ü (sekiz kişi) hafif, %70,0'i (42 kişi) orta, %16,7'si (10 kişi) şiddetli ağrı deneyimlediğini,
- 72. saatte %13,3'i (sekiz kişi) ağrısının olmadığını, %40,0'ı (24 kişi) hafif, %46,7'si (28 kişi) orta ağrı deneyimlediğini ifade etti.

İmgelem uygulanmayan ve uygulanan gruptaki VAS-ağrı düzeylerine bakıldığında; Mann Whitney U testine göre; müdahale ve kontrol grupları arasında ameliyat sonrası 24., 48. ve 72. saatlerdeki VAS-ağrı düzeyi bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0,05$). Buna göre, imgelem uygulanmayan gruptaki hastaların 24., 48., 72. saatteki VAS-ağrı değeri, imgelem uygulananlara göre anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo 9).

4.1.4. Ameliyat Öncesi Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyata İlişkin Kaygı Düzeyine Etkisi

İmgelem uygulanmayan gruptaki hastaların AÖKÖ puan medyanının 32,5 (IQR:12,00), imgelem uygulanan gruptaki hastaların AÖKÖ puan medyanının ise 22,00 (IQR:13,00) olduğu görüldü (Tablo 10).

Tablo 10. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasındaki Ameliyata Özgü Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması (N: 60)

	İmgelem Uygulanmadı (n:30)		İmgelem Uygulandı (n:30)		MW	p
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
AÖKÖ skoru	32,50	12,00	22,00	13,00	-2,606	0,009*

*: $p<0,01$, AÖKÖ: Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği, IQR: Interquartile range=Çeyrekler arası genişlik, MW: Mann Whitney U

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, müdahale ve kontrol grupları arasında AÖKÖ skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$).

Buna göre; imgelem uygulanmayanların AÖKÖ skoru imgelem uygulananlara göre anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo 10).

4.1.5. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeyine Etkisi

Ameliyat sonrası STAI durumluk skoruna 24., 48. ve 72. saatlerde, STAI sürekli skoruna ise 24. saatte bakıldı. Hastaların STAI Durumluk ve Sürekli Anksiyete skorları minimum, maksimum değerleri, çeyrekler arası genişlik ve medyanları Tablo 6’da verildi.

Tablo 11. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasındaki Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması (N: 60)

	İmgelem Uygulanmadı		İmgelem Uygulandı		MW	p
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
STAI durumluluk skoru						
24.saat	47,00	6,00	38,00	11,00	-3,580	0,000**
48. saat	42,00	10,00	38,00	11,00	-2,720	0,007*
72. saat	38,00	6,00	40,00	6,00	-1,617	0,106
STAI süreklilik skoru						
24. saat	40,00	8,00	44,00	10,00	-0,230	0,818

*: $p < 0,01$, **: $p < 0,001$, IQR: Interquartile range=Çeyrekler arası genişlik, MW: Mann Whitney U, STAI: State-Trait Anxiety Inventory= Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği

Anksiyete ölçeğinden (STAI durumluk ve sürekli) alınabilecek puan “20” ile “80” arasında değişmektedir. Bu çalışmada 60 hastanın ameliyat sonrası 24. saatteki STAI sürekli skoru minimum “30”, maximum “65”, Medyanı “43” (IQR: 10) olarak belirlendi.

Ameliyat sonrası STAI durumluk skoru (N=60);

- 24. saatte “30” ile “60” arasında değişmekte olup Medyan “44” (IQR: 10)
- 48. saatte “28” ile “58” arasında değişmekte olup Medyan “40” (IQR: 9,50),
- 72. saatte “28” ile “56” arasında değişmekte olup Medyan “40” (IQR: altı) olarak hesaplandı. Bu sonuçlara bakıldığında hastaların anksiyetesinin orta derecede olduğu görüldü.

İmgelem uygulanan ve uygulanmayan gruplara ameliyat sonrasındaki STAI durumluk skoru medyanları;

- 24. saatte imgelem uygulanan grupta ortanca değer “38” (IQR: 11) iken imgelem uygulanmayan grupta “47” (IQR: 6),
- 48. saatte imgelem uygulanan grupta ortanca değer “38” (IQR: 11) iken imgelem uygulanmayan grupta “42” (IQR: 10),
- 72. saatte imgelem uygulanan grupraki STAI durumluk skoru ortanca değer “40” (IQR: 6) iken imgelem uygulanmayan grupta “38” (IQR: 6) olarak ölçüldü.

Ameliyat sonrasındaki STAI sürekli skoruna bakıldığında;

- 24. saatte imgelem uygulanan grupraki ortanca değer “44” (IQR: 10) iken imgelem uygulanmayan grupta “40” (IQR: 8) olduğu görüldü.

Müdahale ve kontrol grupları arasındaki ameliyat sonrası anksiyete düzeyleri arasındaki farklılığın belirlenmesi amacıyla Mann Whitney U testi uygulandı ve buna göre; ameliyat sonrası 24. ve 48. saatteki STAI durumluk anksiyete puan medyanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu gözlemlendi ($p<0,05$). Farkın müdahale grubundaki hastalardan kaynaklandığı, ameliyat sonrası 24. ve 48. saatteki STAI durumluk kaygı düzeylerinin imgelem uygulanmayan gruba göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu bulundu (Tablo 11).

Ameliyat sonrası 72. saatteki STAI durumluk anksiyete puan medyanları ise iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermedi ($p>0,05$). Hastaların sürekli anksiyete düzeyine sadece ameliyat sonrası 24. saatte bakıldı ve STAI sürekli anksiyete skoru açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

4.1.6. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyine Etkisi

Tablo 12. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasındaki Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması (N: 60)

	İmgelem Uygulanmadı		İmgelem Uygulandı		MW	p
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
SMÖ	6,00	2,00	8,00	1,00	-5,503	0,000*

*: $p < 0,001$, IQR: Interquartile range=Çeyrekler arası genişlik, MW: Mann Whitney U, SMÖ: Sayısal Memnuniyet Ölçeği

Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini ölçmek için kullanılan Sayısal Memnuniyet Ölçeğinden en az “sıfır” (hiç memnun değilim) en çok “10” puan (çok memnunum) alınabilecek olup; 60 hastanın minimum “dört”, maximum “dokuz” puan aldığı, medyanın “yedi” (IQR: 2) olduğu görüldü (Tablo 6).

İmgelem uygulanan gruptaki hastaların memnuniyet düzeyine bakıldığında;

- %20’sinin (altı kişi) “yedi”,
- %50’sinin (15 kişi) “sekiz”,
- %30’unun (dokuz kişi) “dokuz” düzeyinde memnuniyet bildirdiği görüldü.

İmgelem uygulanmayan gruptaki memnuniyet düzeyine bakıldığında hastaların;

- %6,7’sinin (iki kişi) “dört”,
- %36,7’sinin (11 kişi) “beş”,
- %20,0’sinin (altı kişi) “altı”
- %23,3’ünün (yedi kişi) ”yedi”,
- %10,0’unun (üç kişi) “sekiz”,
- %3,3’ünün (bir kişi) “dokuz” düzeyinde memnuniyet bildirdiği görüldü.

Yani İmgelem uygulanan tüm hastaların “yedi” ve üzeri memnuniyet bildirdiği görülürken, imgelem uygulanmayan hastaların memnuniyet düzeyinin “dört” den

başladığı, imgelem uygulanmayan hastaların %63,3'ünün (19 kişi) “yedi” nin altında, %36,7'sinin (11 kişi) “yedi” ve üzerinde memnuniyet bildirdiği bulundu.

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda 72. saatte sorgulanan hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi bakımından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta olup ($p<0,05$), müdahale grubunun memnuniyet düzeyinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 12).

4.1.7. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Uyku Kalitesine Etkisi

Tablo 13. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasındaki Uyku Kalitesi ve Gürültü Düzeylerinin Karşılaştırılması (N: 60)

	İmgelem Uygulanmadı		İmgelem Uygulandı		MW	p
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
RCUÖ						
24. saat	35,00	15,00	55,00	30,00	-2,982	0,003*
48. saat	37,50	25,00	57,50	20,00	-3,997	0,000**
72. saat	55,00	20,00	50,00	25,00	-0,661	0,509
Gürültü						
24. saat	65,00	15,00	87,50	20,00	-3,114	0,002*
48. Saat	82,50	25,00	80,00	20,00	-0,060	0,952
72. saat	90,00	20,00	85,00	15,00	-0,505	0,614

*: $p<0,01$, **: $p<0,001$ IQR: Interquartile range=Çeyrekler arası genişlik, MW: Mann Whitney U, RCUÖ: Richards Campbell Uyku Ölçeği

Hastaların uyku kalitesi ve gürültü seviyesi ameliyat sonrası 24., 48. ve 72. saatte RCUÖ uyku kalitesi ölçeği ile sorgulanmış olup, bu ölçekten 0-25 arası puan almak çok kötü uykuyu, 75-100 arası puan çok iyi uykuyu tanımlamaktadır. Bu çalışmada hastaların ameliyat sonrası 24., 48. ve 72. saatteki RCUÖ uyku skoru Tablo 5’de verildi. Ameliyat sonrası ilk üç gün içindeki uyku skoruna bakıldığında hastalar minimum 15,00 puan, maximum 90,00 puan alırken medyanın 45,00 ile 55,00 arasında değiştiği görüldü.

İmgelem uygulanmayan gruptaki hastaların ameliyat sonrası uyku skorları;

- 24. saatte %20'sinin "25" ve altında puan aldığı, "75" ve üzeri puan alan hasta olmadığı,
- 48. saatte %33,3'ünün "25" ve altı puan aldığı, %3,3'ünün "75" ve üzeri puan aldığı,
- 72. saatte %10'unun "25" ve altı puan aldığı, %13,3'ünün "75" ve üzeri puan aldığı görüldü.

İmgelem uygulanan gruptaki hastaların ameliyat sonrası uyku skorları;

- 24. saatte %13,3'ünün "25" ve altında puan aldığı, %23,3'ünün "75" ve üzeri puan aldığı,
- 48. saatte "25" ve altında puan alan hasta olmadığı, %16,7'sinin "75" ve üzeri puan aldığı,
- 72. saatte %10'unun "25" ve altı puan aldığı, %16,7'sinin "75" ve üzeri puan aldığı görüldü.

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda gruplar arasında ameliyat sonrası 72. saatteki uyku kalitesi, 48 ve 72. saatteki gürültü seviyesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakta iken ($p>0,05$), ameliyat sonrası 24. ve 48. saatteki uyku kalitesi, 24. saatteki gürültü seviyesi bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre ameliyat sonrası 24. ve 48. saatteki uyku kalitesi imgelem uygulanan grupta daha yüksek çıkmış olup, 24. saatte bildirilen gürültü skoru yüksek yani gürültü seviyesi düşük (RCUÖ Ölçeğinde sorgulanan gürültü skoru arttıkça gürültü seviyesi azalmaktadır, Ek 10) bulundu (Tablo 13).

4.1.8. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Analjezik ve Antiemetik İhtiyacına Etkisi

Hastanenin bulantı-kusma için standart antiemetik tedavi politikası; serviste hastalara bulantı kusma için kontraendikasyon yoksa ilk olarak bir doz 10 mg IV Metoklopramid yapılmaktadır. Daha sonra hastanın bulantı ve kusma durumuna göre doz tekrarı yapılmakta veya IV 8 mg Ondansetron uygulanmaktadır. Eğer bulantı geçmiyorsa ve kusma varsa Ondansetron doz tekrarı yapılmaktadır.

Hastanenin ağrı için standart analjezik tedavi politikası; serviste hastalara ameliyat sonrası ilk gün kontraendikasyon yoksa standart olarak NSAİ ilaç olan Deksketoprofen IV 50 mg günde iki doz şeklinde uygulanmaktadır. Eğer hastanın ağrısı geçmiyorsa Parasetamol grubundan Parol 100 mg IV infüzyon olarak uygulanmakta, ağrı hala devam ediyorsa opioid grubundan olan Tramadol 100 mg IV infüzyon olarak verilmektedir. Yani her hasta ameliyat sonrası standart olarak iki doz NSAİ ilaç almakta, ağrı durumuna göre diğer gruptan ilaçlara geçilmektedir.

Tablo 14. Hastaların Ameliyat Sonrası İhtiyaç Duydukları Antiemetik ve Analjezik İlaç Durumu (N: 60)

Ameliyat Sonrası	Antiemetik ilaç	n	%
1.gün	Metoklopramid	41	68,3
	Metoklopramid ve Ondansetron	19	31,7
2.gün	Yok	29	48,3
	Metoklopramid	31	51,7
3.gün	Yok	55	91,7
	Metoklopramid	5	8,3
Ameliyat Sonrası	Analjezik ilaç	n	%
1.gün	NSAİ	10	16,7
	NSAİ ve parasetamol	37	61,7
	NSAİ, parasetamol ve opiyat	13	21,7
2.gün	NSAİ	32	53,3
	NSAİ ve parasetamol	24	40,0
	NSAİ, parasetamol ve opiyat	4	6,7
3.gün	NSAİ	37	61,7
	NSAİ ve parasetamol	9	15,0
	NSAİ, parasetamol ve opiyat	1	1,7
	Sadece Parasetamol	13	21,7

NSAİ: Non Steroid Anti İnflamatuvar İlaç

Tablo 14’te görüldüğü gibi 60 hastanın antiemetik ihtiyacına bakıldığında;

- **Ameliyat sonrası 1. gün;** çoğunluğun (%68,3’i 41 kişi) bulantı-kusma için metoklopramid kullandığı, geri kalan kısmının (%31,7 19 kişi) ise Metoklopramid ile birlikte Ondansetrona ihtiyaç duyduğu,

- **Ameliyat sonrası 2. gün;** % 48,3'ünün (29 kişi) ikinci gün bulantı-kusma için ilaca ihtiyaç duymadığı, %51,7'sinin (31 kişi) sadece Metoklopramid kullandığı,
- **Ameliyat sonrası 3. gün;** %91,7'sinin (55 kişi) bulantı-kusma için ilaç kullanmazken %8,3'ünün (beş kişi) sadece Metoklopramid kullandığı tespit edildi.

Ameliyat sonrası 60 hastanın analjezik ihtiyacı Tablo 14'te görüldüğü gibi;

- **Ameliyat sonrası 1. gün;** %61,7'sinin (37 kişi) NSAİ ve parasetamol, %16,7'sinin (10 kişi) sadece NSAİ, %21,7'sinin (13 kişi) ise NSAİ, parasetamol ve opiyat ilaç ile tedavi edildiği,
- **Ameliyat sonrası 2. gün;** %53,3'ünün (32 kişi) NSAİ kullandığı, %40,0'nın (24 kişi) NSAİ'in yanında parasetamol tedavisi aldığı, %6,7'sinin (4 kişi) NSAİ, parasetamol ve opiyat ilaç ile tedavi edildiği,
- **Ameliyat sonrası 3. gün;** %61,7'sinin (37 kişi) analjezik olarak NSAİ, %21,7'sinin (13 kişi) sadece parasetamol, %15,0'inin (9 kişi) NSAİ'in yanında parasetamol, %1,7'sinin (bir kişi) NSAİ, parasetamol ve opiyat ilaç tedavisi uygulandığı kayıt edildi (Tablo 14).

Tablo 15. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasındaki Antiemetik ve Analjezik Kullanım Düzeylerinin Karşılaştırılması (N: 60)

Ameliyat Sonrası	1.gün	İmgelem		Toplam n (%)	Ki-kare	p
		Uygulanmadı n (%)	Uygulandı n (%)			
Antiemetik Kullanımı	1-2 doz	17 (56,7)	25 (83,3)	42 (70,0)	5,079	*0,024
	3-4 doz	13 (43,3)	5 (16,7)	18 (30,0)		
Analjezik Kullanımı	2 doz	0 (0,0)	10 (33,3)	10 (16,7)	12,017	**0,002
	3 doz	22 (73,3)	15 (50,0)	37 (61,7)		
	4 doz	8 (26,7)	5 (16,7)	13 (21,7)		
Toplam		30 (100)	30 (100)	60 (100)		

*:p<0,05, **:p<0,01

Ameliyat sonrası 1. günde kullanılan antiemetik ve analjezik dozları ile imgelem uygulanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki bulunmaktadır (p<0,05; Tablo 15).

İmgelem uygulanan grubun 1-2 doz antiemetik ilaç kullanma durumunun imgelem uygulanmayanlara göre, imgelem uygulanmayanların da 3-4 doz antiemetik kullanma oranı imgelem uygulananlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu ve imgelem uygulanan gruptaki hastaların ameliyat sonrası 1. gün daha az dozda antiemetik ilaca ihtiyaç duyduğu belirlendi (p<0,05; Tablo 15).

Tablo 15 incelendiğinde ameliyat sonrası 1. gün 30 kişilik imgelem uygulanan gruptan 10 kişinin (%33,3) sadece standart tedavi (NSAİ günlük iki doz) dışında analjezik talep etmediği, imgelem uygulanmayan gruptaki tüm hastaların ise (30 kişi; %100) standart ağrı tedavisi dışında da analjezik talep ettiği, yani iki doz analjeziğin yeterli olmadığı, en az 3-4 doz analjezik uygulandığı görüldü. İmgelem uygulananlarda sadece iki doz NSAİ analjezik (standart ağrı tedavisi) kullanma oranı imgelem uygulanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (p<0,05; Tablo 15).

4.1.9. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Hastanede Kalış Süresi Üzerine Etkisi

Tablo 16. İmgelem Uygulanan ve Uygulanmayan Grupların Hastanede Kalış Sürelerinin Karşılaştırılması (N: 60)

	İmgelem Uygulanmadı		İmgelem Uygulandı		MW	p
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
Hastanede Kalış Süresi	47,00	4,00	45,00	3,00	-1,587	0,112

*: $p>0,05$, IQR: Interquartile range=Çeyrekler arası genişlik, MW: Mann Whitney U

Hastanede kalış süresi açısından iki grup karşılaştırıldığında; Mann Whitney U testi sonucu, imgelem uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını gösterdi ($p>0,05$; Tablo 16).

4.2. POSTOPERATİF BULANTI KUSMA ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇEYE UYGUNLUĞU AÇISINDAN YAPILAN ANALİZLERİN SUNUMU (N:100)

4.2.1. Hastaların Tanımlayıcı Verilerinin Sunumu

Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği'nin (PBKEÖ) Türkçeye uygunluğu açısından yapılan analizlerin ele alındığı bu bölümde 100 hastanın verileri istatistiksel olarak analiz edildi.

Hastaların tanımlayıcı özellikleri Tablo 17'de verildi. Buna göre; hastaların yaşı 20-78 yaş (Medyan: 47 yıl), Beden Kitle İndeksi (BKİ) ise 20,0-29,5 kg/m² (Medyan: 26,0 kg/m²) arasındadır. %56,0'sı kadın, %74,0'ü evli, %51,0'i lise mezunu olan hastaların, %39,0'u memur idi. Genellikle pilonidal sinus (%19,0), kolelitiyazis (%18,0) ve femoral herni (%13,0) ve hemoroid (%11,0) tanısı nedeniyle ameliyat edildikleri belirlendi. Hastaların %66,0'sının ASA skorunun bir olduğu ve kronik hastalığının olmadığı belirlendi. Çoğunluğu (%83,0) laparoskopik cerrahi girişim geçirdi (Tablo 17).

Tablo 17. Hastaların Tanımlayıcı Verilerinin Sunumu (N:100)

		n	%	
Cinsiyet	Kadın	56	56,0	
	Erkek	44	44,0	
Medeni durum	Evli	74	74,0	
	Bekar	26	26,0	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	5	5,0	
	Okur yazar	4	4,0	
	İlköğretim	24	24,0	
	Lise	51	51,0	
Meslek	Lisans	16	16,0	
	İşsiz	10	10,0	
	Memur	39	39,0	
	İşçi	12	12,0	
	Serbest meslek	15	15,0	
Uygulanan Cerrahi Girişim	Emekli	24	24,0	
	Pilonidal sinüs ameliyatı	19	19,0	
	Laparoskopik kolesistektomi	18	18,0	
	Femoral herni ameliyatı	13	13,0	
	Hemoroidektomi	11	11,0	
	Apendektomi	9	9,0	
	İnguinal herni ameliyatı	8	8,0	
	Umbilikal herni ameliyatı	8	8,0	
	İleus ameliyatı	7	7,0	
	Memenin iyi huylu tümörü ameliyatı	7	7,0	
	ASA skoru	1	66	66,0
		2	34	34,0
	Kronik hastalık durumu	Yok	66	66,0
		Var	34	34,0
Diyabet		2	*5,9	
Hipertansiyon		2	*5,9	
KOAH		7	*20,6	
Astım		10	*29,4	
Diyabet, hipertansiyon		3	*8,8	
Astım ve hipertansiyon		4	*11,8	
KOAH ve hipertansiyon		6	*17,6	
Cerrahi şekli	Açık	17	17,0	
	Laparoskopik	83	83,0	

Kronik hastalığı olanlar içindeki yüzdeler (n:34 kişi), KOAH: Kronik obsrütüktif Akciğer Hastalığı

Tablo 18’de çalışmaya kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası antiemetik kullanma durumları görülmektedir. Ameliyat sonrası 1. gün hastaların %58,0’i sadece Metoklopramid kullanırken, %42,0’si Metoklopramide ilave olarak Ondansetrona ihtiyaç duydu. Ameliyat sonrası 2. gün ise, hastaların %70,0’i Metoklopramid kullanırken, %30,0’u hiç antiemetik ilaca ihtiyaç duymadı. Ameliyat sonrası 3. gün sadece hastaların %42,0’si Metoklopramid kullandı, geri kalan kısmı ise hiç bir ilaca gereksinim duymadı (Tablo 18).

Tablo 18. Hastaların Ameliyat Sonrası Antiemetik İlaç Kullanma Durumları (N:100)

Ameliyat Sonrası Antiemetik İlaç Kullanma Durumu		n	%
1.gün Antiemetik	Yok	0	0,0
	Metoklopramid	58	58,0
	Metoklopramid ve ondansetron	42	42,0
2.gün Antiemetik	Yok	30	30,0
	Metoklopramid	70	70,0
3.gün Antiemetik	Yok	58	58,0
	Metoklopramid	42	42,0

Tablo 19. Hastaların Bulantı- Kusma ile İlgili Verilerinin Sunumu

	Medyan	IQR	Min	Max	
Apfel Risk Skoru	2,00	1,00	0,00	3,00	
2. saat	0,00	1,00	0,00	3,00	
6. saat	0,00	1,00	0,00	3,00	
Ameliyat sonrası kusma sayısı	24. saat	0,00	0,00	0,00	1,00
	48. saat	0,00	0,00	0,00	1,00
	72. saat	0,00	0,00	0,00	0,00
PBKEÖ	2. saat	2,00	2,00	1,00	6,00
	6. saat	2,00	2,00	0,00	6,00
	24. saat	1,00	1,00	0,00	3,00
	48. saat	0,00	0,00	0,00	3,00
	72. saat	0,00	0,00	0,00	0,00
Ameliyat sonrası VAS-bulantı skoru	2. saat	50,00	30,00	20,00	100,00
	6. saat	40,00	40,00	0,00	100,00
	24. saat	12,50	25,00	0,00	55,00
	48. saat	0,00	0,00	0,00	40,00
	72. saat	0,00	0,00	0,00	0,00

IQR: Interquartile range=Çeyrekler arası genişlik, Min: En küçük değer, Max: En büyük değer, VAS: Visüel Analog Skala

4.2.2. Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği Dil Eşdeğerliği ve Geçerliliğine Yönelik Yapılan Analizlerin Sunumu

Bu araştırmada da Türkçeleştirilen form içerik geçerliliği açısından cerrahi alanında uzman 10 kişinin görüşüne sunulup sonuçlar Davis Tekniği'ne göre değerlendirildi. Uzmanların görüşlerini en iyi şekilde değerlendirebilmek için “kapsam geçerlik indeksi” kullanılmıştır. Ayrıca uzmanların sorulara verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını belirlemek için Kendall's W teti uygulandı.

Tablo 20. Uzmanlar Arası Farklılık İncelemesi

	Medyan	Min	Max	Kendall's W	p
Uzman1	3	3	3	0,704	*0,178
Uzman2	3,5	3	4		
Uzman3	4	4	4		
Uzman4	3,5	3	4		
Uzman5	4	4	4		
Uzman6	3	3	3		
Uzman7	4	4	4		
Uzman8	3	3	3		
Uzman9	4	4	4		
Uzman10	3,5	3	4		

*: $p > 0,05$, Min: En küçük değer, Max: En büyük değer

Kendall's W testine göre, uzmanların sorulara verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 20).

Tablo 21. Ölçek Maddelerine Ait Kapsam Geçerliliği İndeksi

Maddeler	Uzman görüşlerine göre toplam sayılar (a) "Uygun" (b) "Madde hafifçe gözden geçirilmeli"	Toplam Uzman Sayısı	KGİ
Madde 1	10	10	1
Madde 2	10	10	1

KGİ: Kapsam geçerlik indeksi

Tablo 21 incelendiğinde; tüm maddelere ait kapsam geçerlilik oranı 0,80'den büyük olduğu için tüm maddeler kapsam geçerliliğini sağlamaktadır ve ölçekte kalması gerekmektedir.

4.2.3. Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Etki Ölçeği ile VAS-Bulantı Düzeyi ve Kusma Sayısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

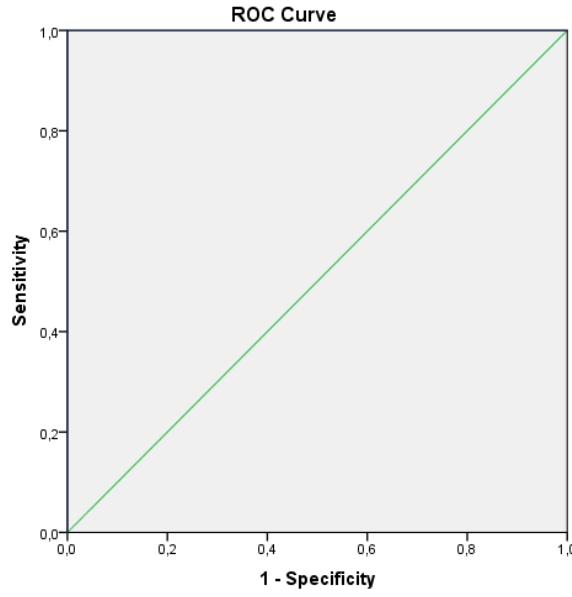
Ameliyat sonrası Bulantı Kusma Etki Ölçeği 2., 6., 48. saat skoru ile VAS-bulantı 2., 6., 48. saat düzeyi ve 2., 6., 48. Saatteki kusma sayısı arasında pozitif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 22). PBKEÖ 24. saat ile VAS 24. saat bulantı düzeyi arasında pozitif yönde yüksek

düzyeyde ve 24. Saat kusma sayısı arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22. PBKEÖ ile Bulantı Düzeyi- Kusma Sayısı Değişkenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

PBKEÖ		2.saat	6. saat	24. saat	48. saat
VAS-bulantı	r	0,926			
ameliyat sonrası 2. saat	p	0,000*			
VAS-bulantı	r		0,911		
ameliyat sonrası 6. saat	p		0,000*		
VAS-bulantı	r			0,962	
ameliyat sonrası 24. saat	p			0,000*	
VAS-bulantı	r				0,993
ameliyat sonrası 48. saat	p				0,000*
Kusma sayısı	r	0,836			
ameliyat sonrası 2. saat	p	0,000*			
Kusma sayısı	r		0,814		
ameliyat sonrası 6. saat	p		0,000*		
Kusma sayısı	r			0,494	
ameliyat sonrası 24. saat	p			0,000*	
Kusma sayısı	r				0,763
ameliyat sonrası 48. saat	p				0,000*

*: $p<0,001$, PBKEÖ: Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği, VAS: Visüel Analog Skala

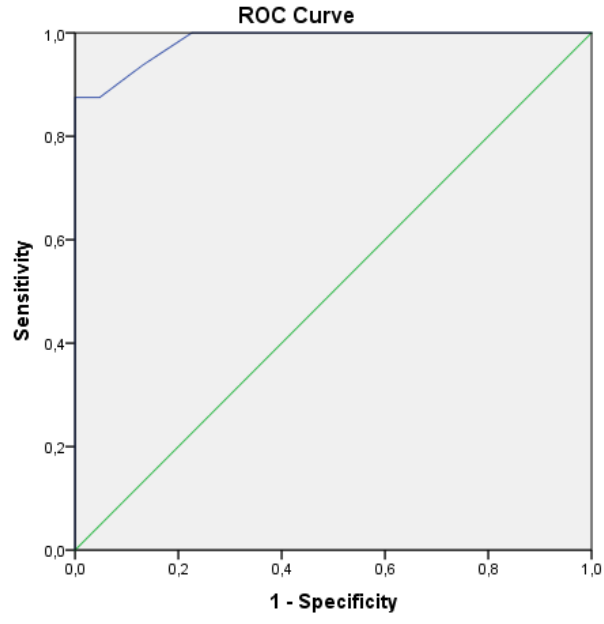


Şekil 4. Ameliyat Sonrası 2. Saat İçin VAS-Bulantı Değeri Cut Off Grafiği

Tablo 23. Cut Off Değelerinin Belirlenmesi

Ameliyat Sonrası 2. saat için				
Area	p	Cut off point	Sensitivity	Specificity
1,000	0,000	67,500	1,000	1,000
Ameliyat Sonrası 6. saat için				
Area	p	Cut off point	Sensitivity	Specificity
0,983	0,000	67,500	0,875	1,000

Çalışmada PBKEÖ sınır değeri “5” olarak alındığında, 1,000 seçicilik ve 1,000 duyarlılık düzeyi ile ameliyat sonrası 2. saat VAS-bulantı değişkeninin kritik değeri 67,50 olarak hesaplandı. Ayrıca PBKEÖ sınır değeri “5” olarak alındığında, 0,875 seçicilik ve 1,000 duyarlılık düzeyi ile ameliyat sonrası 6. saat VAS-bulantı değişkeninin kritik değeri 67,50 olarak hesaplanmıştır (Tablo 23).



Şekil 5. Ameliyat Sonrası 6. Saat İçin VAS-Bulantı Değeri Cut Off Grafiği

5. TARTIŞMA

Bu çalışma iki aşamada gerçekleştirilmiş olup çalışmanın birinci aşaması; 30 müdahale ve 30 kontrol grubunda olmak üzere toplam 60 hasta ile gerçekleştirildi. Kontrol grubundaki hastalara ameliyatın yapıldığı kliniğin rutin hemşirelik bakımı verilirken, müdahale grubundaki hastalara standart hemşirelik bakımının yanında ameliyat öncesi dönemde bir kez, ameliyat sonrası birinci gün bir kez, ikinci ve üçüncü gün ikişer kez olmak üzere; CD yardımıyla rahatlaması ve nefesine odaklanması sağlanan hastalara deniz veya akarsu sesi ile birlikte rahatlatıcı fon müziği eşliğinde imgeleme uygulandı. Çalışmanın birinci aşaması, imgeleme yönteminin ameliyata özgü kaygı, ameliyat sonrası bulantı kusma, ağrı, anksiyete, hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi, uyku kalitesi, ameliyat sonrası analjezik ve antiemetik ihtiyacı ve hastanede kalış süresi üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla gerçekleştirildi. Çalışmanın ikinci aşaması ise ameliyat sonrası bulantı-kusma şikâyeti olan 100 hasta ile gerçekleştirildi. Ayrıca ameliyat sonrası bulantı kusma durumunu belirlemeye yönelik geliştirilmiş “Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği” nin Türk toplumu için dil uygunluğunu belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Tartışma bölümü iki ana başlıkta ele alındı. Birinci kısımda; ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yönteminin ameliyat sonrası bulantı-kusma ve diğer semptomlar üzerindeki etkisi sekiz alt başlıkta tartışıldı. Bunlar;

- İmgeleme yöntemi uygulanan ve uygulanmayan grupların benzerlik düzeyi,
- Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yönteminin ameliyat sonrası bulantı düzeyi ve kusma sayısı üzerine etkisi,
- Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yönteminin ameliyat sonrası ağrı düzeyine etkisi,
- İmgeleme yönteminin ameliyata ilişkin kaygı düzeyi ve postoperatif anksiyete üzerine etkisi,

- Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yönteminin ameliyat sonrası hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyine etkisi,
- Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yönteminin ameliyat sonrası uyku kalitesine etkisi,
- Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgelem yönteminin ameliyat sonrası analjezik ve antiemetik ihtiyacına etkisi,
- Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgelem yönteminin ameliyat sonrası hastanede kalış süresi üzerine etkisi olmak üzere sıralandı.

İkinci kısımda ise “Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği (PBKEÖ)” (PONV; Postoperative Nausea and Vomiting Impact Scale) geçerlilik ve güvenilirlik düzeyi tartışılmış olup bu kısmın da iki alt başlığı bulunmaktadır.

- Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği’nin “dil eşdeğerliği” ve
- Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği’nin geçerliğine yönelik yapılan çalışmalar [kapsam geçerliliği ve ölçüte bağlı geçerlik (eş zamanlı ölçek geçerliği)] tartışıldı.

5.1. AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI UYGULANAN İMGELEME YÖNTEMİNİN AMELİYAT SONRASI BULANTI-KUSMA VE DİĞER SEMPTOMLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

İmgeleme yönteminin vücudumuzda otonom sinir sistemi, endokrin sistem ve bağışıklık sistemi gibi birçok alanda etkili olarak iyileşme sürecini hızlandırdığı düşünülmektedir (Prabu and Subhash 2015). Bu yöntem son zamanlarda iyileşmeye katkılarından dolayı daha yaygın olarak kullanılmaktadır (Nelson et al 2013, Glickman-Simon and Tessier 2014, Hadjibalassi et al 2018). İmgelem gibi zihin ile beden arasındaki etkileşime yoğunlaşmış terapilerin pozitif psikolojik ve fizyolojik etkilerinden dolayı, cerrahi semptomlar için kullanışlı olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Nelson et al 2013, Glickman-Simon and Tessier 2014). Bu çalışmada, imgeleme yöntemi uygulamanın ameliyat öncesi dönemde ameliyata bağlı olarak gelişen kaygı düzeyini azalttığı, ameliyat sonrası hasta memnuniyetini

artırdığı, ağrı ve anksiyete düzeyini azalttığı bulunurken, bulantı düzeyi, kusma (postoperatif 2. saat hariç) ve hastanede kalış süresini etkilemediği görüldü.

5.1.1. İmgeleme Yöntemi Uygulanan ve Uygulanmayan Grupların Benzerlik Düzeyi

Birinci düzey kanıt temellerini oluşturarak tek başına ikinci düzey kanıt sayılan randomize kontrollü çalışmalarda asıl amaç çalışmada uygulanan yöntemin etkinliğini ortaya koymaktır. Herhangi bir yöntemin etkili olup olmadığını söyleyebilmek için öncelikle o yöntemin uygulanacağı grupların belirli şartlara uygun olarak rastgele seçilmesi gerekmektedir (Akın ve Koçoğlu 2017).

Bir yöntemin etkisini belirlenirken müdahale ve kontrol grubunun uygulanan yöntem dışındaki genel özellikleri (karıştırıcılar) yönünden benzer olması istenmektedir. Grupların temel özellikler bakımından benzer olmayışı biasa neden olacak, çalışmanın kalitesini ve sonucunu etkileyecektir (Akın ve Koçoğlu 2017). Müdahale grubunda ortaya çıkan sonucun uygulanan yöntem sonucu olduğunu ve başka faktöre bağlı gerçekleşmediğini ancak grupların benzer olmasıyla sağlayabiliriz (Kanık, Taşdelen ve Erdoğan 2011). Bu çalışmada, randomizasyonla seçilen 30'ar kişilik iki grubun genel özelliklerine bakıldığında yaş, BKİ, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kronik hastalık, ASA skoru ve Apfel risk skoru açısından benzer olduğu bulundu.

5.1.2. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyat Sonrası Bulantı Düzeyi ve Kusma Sayısı Üzerine Etkisi

Hipotez (H1): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası bulantı kusma şiddetini azaltmaktadır.

Roffe ve ark (2005) yaptıkları sistematik derlemede imgeleme ile ilgili çalışmaların daha çok psikolojik iyilik hali üzerinde yoğunlaşmış olduğunu, bulantı kusma gibi fiziksel semptomları pozitif yönde etkilediğine dair yeterince çalışma bulunmadığını belirtmiştir. İmgelemenin bulantı kusma üzerindeki etkisine daha çok kanser hastalarında bakılmış olup (Yoo et al 2005, Karagozolu ve ark 2013, Hosseini ve

ark 2016), cerrahi hastalarında bulantı kusma semptomunun yönetilmesi için yapılan çalışma sayısının çok sınırlı olduğu görülmektedir (Roffe et al 2005). Karagozoglu ve ark. (2013) ve Hosseini ve ark. (2016) da yaptıkları çalışmalarda meme kanserli hastalarda uygulanan imgelemin kemoterapiye bağlı gelişen bulantı kusmayı azalttığını göstermiştir. Benzer şekilde Yoo ve ark (2005) meme kanseri tanısı konmuş hastalara altı seans her kemoterapi öncesi progressif kas gevşeme ile birlikte uygulanan imgelemin bulantı kusmayı azalttığını ortaya koymuştur.

Bu çalışmada müdahale ve kontrol grubundaki postoperatif VAS bulantı düzeyi ve kusma sayısı (postoperatif 2. saat hariç) anlamlı farklılık göstermedi. Bu durumu ameliyat ve anestezi riskinin daha az olduğu ASA 1 ve ASA 2 sınıftaki hastalarla çalışılmasına bağlı olarak düşük komplikasyon oranlarına ve taburculuk süresinin kısa olmasına bağlayabiliriz. Bu çalışmanın ileride yapılacak çalışmalara ışık tutacağı kanaatindeyiz. İmgelem uygulamasının semptomların yönetiminde ne kadar etkili olduğunun değerlendirebilmesi için yeterli örnekleme sahip, ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riski daha yüksek ameliyatları geçirecek/geçiren hasta gruplarında iyi kurgulanmış prospektif randomize kontrollü çalışmalar yapılması gerekmektedir. Bu çalışma sonucuna göre; Hipotez 1 reddedildi.

Bu çalışmadaki hastaların Apfel risk skoru ile bulantı kusma ilişkisine baktığımızda; Apfel skoru arttıkça bulantı düzeyi ve kusma sayısının da arttığı ve ameliyat sonrası bulantı-kusma riskinin tespiti için kullanışlı olacağı sonucuna varıldı. Bu sonucu destekleyen çok sayıda çalışmadan ikisini örnek olarak verebiliriz. Pierre, Benais ve Pouymayou (2002) profilaktik antiemetik almayan ve ameliyat sonrası yüksek bulantı-kusma riskli 428 hasta ile prospektif olarak yaptığı çalışmada hastaların %49,5'inin postoperatif bulantı-kusma deneyimlediğini ve Apfel risk skorunun ameliyat sonrası bulantı kusma riskini belirlemek için kullanışlı olduğunu göstermiştir. Weilbach ve ark (2006) ameliyat sonrası bulantı kusma riski yüksek olan hastalarda Apfel risk skorunun bulantı-kusma riskini göstermede kullanışlı ve basit bir araç olduğu sonucuna varmıştır.

5.1.3. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyat Sonrası Ağrı Düzeyine Etkisi

Hipotez (H2): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası ağrı düzeyini azaltmaktadır.

Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalar genellikle imgelem uygulamanın cerrahi ağrının azaltılmasında etkili olduğunu belirtirken (Gonzales et al 2010, Singh and Dalmar 2014, Charette et al 2015), bir kısım çalışma da imgeleme yöntemlerinin ağrı üzerinde etkili olmadığını göstermektedir (Alam et al 2016, Pijl et al 2016). Örnek verecek olursak; Charette ve ark. (2015) ortopedik cerrahi sonrası haftada en az üç kez evde DVD ile imgeleme uygulanan hastaların postoperatif ilk iki hafta ve 1 aylık süredeki ağrı düzeyinin standart tedavi uygulanan kontrol grubuna göre düşük olduğunu bulurken, Pijl ve ark. (2016) laparoskopik kolesistektomi öncesinde imgeleme yöntemi uygulamanın, Alam ve ark. (2016) da lokal anesteziyle yapılan küçük cerrahiler sırasında uygulanan imgeleme yönteminin postoperatif ağrıyı etkilemediğini belirtmişlerdir. Diaz and Larsen (2005) kalça replasmanı, total diz replasmanı, histerektomi veya kolektomi ameliyatı olan 230 hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmada her grupta 115 hasta olacak şekilde hastalar müdahale ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmış, müdahale grubundaki hastalara bir ses CD si (rehberli görüntüler, beyanlar ve gevşeme müziği içeren) ve ameliyattan 3-7 gün önce ve sonra günde iki kez CD'yi dinlemesini öneren bir broşür verilmiş; müdahale grubundaki hastaların ağrı düzeyinin düşme eğiliminde olduğunu belirtirken, müdahale ve kontrol grubunun ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmediğini ifade etmişlerdir. Ayrıca hastaların %48'i uygulamanın ağrıyı azaltmaya yardımcı olduğunu hissettiğini ifade etmişlerdir. Felix ve ark (2017) yaptıkları sistematik derlemede; postoperatif ağrı tedavisi için imgelem tekniğinin ilaç tedavisinin yanında tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılabileceğini, fakat hala bu konudaki kanıtların sınırlı ve yetersiz olduğunu vurgulamışlardır.

Ameliyat sonrası ağrı kontrolünde imgeleme yönteminin etkili olduğunu gösteren çalışmalar; Charette ve ark. (2015) ortopedik cerrahi sonrası ilk iki hafta ve bir aylık sürede imgelem uygulanan gruptaki hastaların ağrı düzeyinin kontrol grubuna göre

daha düşük olduğunu saptamıştır. Benzer şekilde Singh ve Dalmar (2014) meta analiz çalışmalarında, imgelem uygulamanın cerrahi ağrının azaltılmasında etkili olduğunu, Gonzales ve ark (2010)'da imgeleme uygulanan hastaların postoperatif ağrı düzeyinin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Lim, Yobas ve Chen (2014) çalışmasında total diz replasmanı cerrahisi sonrası imgelem uygulanan hastaların daha düşük ağrı, stres ve kaygı bildirmişlerdir. Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak imgelem uygulanan hasta grubunda ameliyat sonrası ağrı düzeyinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulundu ve ağrının azaltılmasında imgelemin etkili olduğu sonucuna varıldı. Bu sonuca göre Hipotez 2 kabul edildi.

5.1.4. İmgeleme Yönteminin Ameliyata İlişkin Kaygı Düzeyi ve Postoperatif Anksiyete Üzerine Etkisi

Hipotez (H3): Ameliyat öncesi uygulanan imgeleme yöntemi ameliyata ilişkin kaygı düzeyini azaltmaktadır.

Hipotez (H4): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası anksiyete düzeyini azaltmaktadır.

Hastaların ameliyat sonrası anksiyete düzeyleri çalışmalara göre farklılık göstermektedir (Turhan, Avcı ve Özcengiz 2012, Taşdemir, Erakgün, Deniz ve Çertuğ 2013, Nigussie, Belachew and Wolancho 2014, Akinsulore et al 2015, Arlı 2017, Ertürk ve Ünlü 2018). Çalışmalarda özellikle ameliyat öncesi dönemde hastaların %51,0-%70,3'ünün anksiyöz yapıda olduğu tespit edilmiştir (Nigussie et al 2014, Akinsulore et al 2015). Akinsulore ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada, hastaların %51'inin anlamlı ameliyat öncesi ve %15,7'sinin önemli ameliyat sonrası anksiyete bildirdiğini, Arlı (2017) hastaların ameliyat öncesinde orta derecenin üzerinde anksiyete yaşadığını belirtmiştir. Aslan, Taylan ve Deniz (2007) nöroşirürji kliniğinde yatan 100 hastanın ameliyat öncesi STAI durumluk puan ortalamasını 41.65 ± 5.70 (32-55), sürekli anksiyete puan ortalamasını 53.20 ± 6.72 (42-67) olarak tespit etmişlerdir. Ameliyat öncesi anksiyete düzeyine STAI ölçeği ile bakan Arlı (2017) genel cerrahi, kulak burun boğaz, üroloji ve ortopedi kliniklerinde yatan 189 hasta ile yaptığı çalışmada; ameliyat öncesi STAI durumluk skorunun 42.4 ± 10.4

olduğunu ve hastaların orta düzeyin üstünde anksiyete bildirdiğini belirtmiştir. Akinsulore ve ark. (2015), elektif cerrahi planlanan 50 erişkin hastanın %51.0'nin ameliyat öncesi belirgin düzeyde anksiyete bildirdiğini ve STAI anksiyete skoru ortalamasının $42,72 \pm 9,84$ olduğunu bildirmiştir.

Ameliyata özgü kaygı ölçeği ile yapılmış çalışma sonuçlarına bakıldığında; Çevik Acar ve Fındık (2015) abdominal cerrahi sonrası hastaların AÖKÖ puan ortalamalarını $28,5 \pm 7,06$; Yılmaz, Sezer, Gürler ve Bekar (2011) 500 hasta ile gerçekleştirdiği prospektif çalışmada, preoperatif AÖKÖ puan ortalamasını $31,91 \pm 6,30$; Karancı ve Dirik (2003) acil cerrahi kliniğinde abdominal cerrahi girişim geçiren hastaların AÖKÖ puan ortalamasını $27,54 \pm 8,95$; Fındık ve Yıldızeli Topçu (2012) da ameliyat öncesi AÖKÖ puan ortalamasını planlı cerrahide $23,76 \pm 7,12$ olarak hesaplamışlardır. Bu çalışmada tüm hastaların (N:60) AÖKÖ puan ortalamasının "26,00" (IQR:16,00) olduğu ve orta düzeyde anksiyete yaşadıkları belirlendi. Bunun yanında imgelem uygulanmayan gruptaki hastaların ameliyata ilişkin kaygı düzeyinin (Medyan: 32,5, IQR:12), imgelem uygulanan gruptaki hastalardan (Medyan: 22,00, IQR:13) daha yüksek olduğu görüldü. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuçların literatürle uyumlu olduğu, imgelem uygulanan grubun AÖKÖ puan ortalamasının literatürde belirtilen değerlerden daha düşük olduğu belirlendi ve imgelem uygulamanın hastanın anksiyete seviyesini düşürdüğü şeklinde yorumlandı.

Cerrahiye bağlı gelişen anksiyetenin azaltılmasında imgelem uygulamanın etkili olduğunu belirten çalışmaların (Gonzales et al 2010, Singh and Dalmar 2014, Charette et al 2015) yanı sıra bazı çalışmalarda imgelem uygulamanın anksiyete düzeyi üzerinde etkili olmadığı gösterilmektedir (Alam et al 2016, Pijl et al 2016).

İmgelem yönteminin anksiyete düzeyinin azaltılmasında etkili olmadığını gösteren iki çalışma örneği verecek olursak; Pijl ve ark (2016) imgelem yöntemini uygulamanın preoperatif anksiyeteyi etkilemediğini belirtmiştir. Benzer şekilde Alam ve ark. (2016) da lokal anesteziyle yapılan küçük cerrahiler sırasında uygulanan imgelemin hasta anksiyetesi üzerinde olumlu bir etkisinin olmadığı

sonucuna ulaşmışlardır. Buna karşın yapılan bir meta analiz sonucuna göre, imgelem uygulamanın cerrahi anksiyetenin azaltılmasında etkili olduğu ortaya konulmuştur (Singh and Dalmar 2014). Anksiyetenin azaltılmasında imgelemin etkili olduğunu gösteren benzer bir başka çalışmada da imgeleme uygulanan hastalarda ameliyat öncesi kaygı düzeyinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Gonzales et al 2010). Afshar, Mohsenzadeh, Gilasi ve Sadeghi-Gandomani (2018) de imgeleme yönteminin hemodiyaliz hastalarında kaygıyı önemli ölçüde azalttığını ifade etmiştir. Kanser hastalarıyla yapılan çalışmaların analiz edildiği bir sistematik derlemede; altı çalışmadan üçünün imgelem uygulanan gruptaki hastaların kemoterapiye karşı kaygı, rahatlık veya duygusal tepki ölçümlerinde pozitif yönde anlamlı farklılıklar olduğu bildirilmiştir (Roffe et al 2005). Fernandez, Luciano ve Valdivia-Salas (2012) laparoskopik kolesistektomi öncesi (bilişsel ayrışma, metafor ve ameliyatın bireysel anlamını ele alan) kısa bir psikolojik hemşirelik müdahalesi uygulanan hastaların uygulanmayan kontrol grubuna göre daha düşük postoperatif anksiyete bildirdiğini bulmuştur. Benzer şekilde Lim, ve ark (2014) total diz replasmanı cerrahisi sonrası imgelem uygulanan hastaların, uygulanmayanlara göre daha düşük stres ve kaygı bildirdiğini belirtirken, Diaz ve Larsen (2005) kalça replasmanı, total diz replasmanı, histerektomi veya kolektomi ameliyatı olan 230 hasta ile gerçekleştirdiği çalışmada, 115 hastaya CD (rehberli görüntüler, beyanlar ve gevşeme müziği içeren) yardımı ile preoperatif ve postoperatif dönemde zihin beden terapisi uygulamış, 115 hasta da standart bakım ve tedavi almış; müdahale grubundaki hastaların ameliyat öncesi ve gecesi daha az kaygı yaşadığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca hastaların %80,5'i CD'yi dinlemenin kaygılarını azaltmaya yardımcı olduğunu ifade etmişler ve olumlu duygularından bahsetmişlerdir.

Çalışmamızda, hastaların 24. saatte bakılan sürekli anksiyete skorları arasında anlamlı fark bulunmadı ve bu durum hastaların genel yaşamlarındaki anksiyete durumlarını göstermekte olup grupların benzerliği açısından önemlidir. Ayrıca imgelemin olumlu etkilerini bildiren literatürle uyumlu olarak, imgelem uygulanan hasta grubunda ameliyat öncesi ameliyata özgü kaygı düzeyi ve ameliyat sonrası 24., 48. saatlerdeki durumluk anksiyete düzeyinin kontrol grubuna göre düşük olduğu görüldü. Fakat imgelem uygulanan grup ile kontrol grubunun ameliyat sonrası 72.

saatteki durumluk anksiyete düzeyinin benzer olduğu bulundu. Bu çalışmada hastaların hastanede kalış süresinin 40 saat-55 saat olduğu (Medyan: 46 saat) dikkate alındığında 72. saat sonundaki anksiyete puanında anlamlı farklılık olmaması, hastaların taburculuk sonrası dönemdeki imgelem seanslarını etkin şekilde uygulayıp uygulamadıklarının kesin olarak bilinmemesine, ev ortamında yaşanan ve araştırmacı tarafından kontrol edilemeyen sorunları ile ilişkili olabileceğine bağlandı.

Bu sonuçlara göre Hipotez 3 ve 4 kabul edildi ve imgelem uygulamanın ameliyata bağlı gelişen kaygı düzeyini ve ameliyat sonrası anksiyeteyi azalttığı bu nedenle cerrahi hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası dönemde uygulanabileceği sonucuna varıldı.

5.1.5. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyine Etkisi

Hipotez (H5): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası memnuniyet düzeyini artırmaktadır.

Günümüzde sağlık alanında rekabetin artması hasta memnuniyetinin önemini artırmış, hastalara sunulan hizmetin kalitesi ve sürekliliğini daha da önemli hale getirmiştir. Hasta memnuniyeti, hastanın geçmiş deneyimleri, sosyokültürel seviyesi, yaşı, cinsiyeti gibi birçok faktörden etkilenirken (Zaim ve Tarım 2010), hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyin ise hasta hemşire arasındaki iletişim, ulaşılabilirlik, empati, sempati ve tedavi ile ilgili birçok durumdan etkilenmektedir (Cerit 2016). Pijl ve ark. (2016) imgelem yönteminin hasta memnuniyetini artırmadığını göstermiştir.

Yukarıdaki sonuçların tersine; Nooner ve ark. (2016) kanser tedavisi gören hastalarda, Tusek ve ark. (1997) kolorektal cerrahi geçiren hastalarda, Halpin, Speir, CapoBianco ve Barnett (2002) kalp cerrahisi uygulanan hastalarda yaptıkları çalışmalar imgelem uygulamanın hasta memnuniyetini arttırdığını gösteren çalışmalara örnek olarak verilebilir. Bu çalışmada, imgelem uygulanan hasta grubunun hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi, imgelem uygulanmayanlara

göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Buna göre Hipotez 5 kabul edildi. Memnuniyet düzeyinin imgelem uygulananlarda yüksek çıkmasını ise, bu yöntemin hemşire-hasta arasındaki iletişimi geliştirmesiyle, ameliyata özgü kaygı düzeyini ve postoperatif ağrı seviyesini azaltmasıyla ilişkilendirebiliriz.

5.1.6. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Yönteminin Ameliyat Sonrası Uyku Kalitesine Etkisi

Hipotez (H6): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası uyku kalitesini artırmaktadır.

Ameliyat sonrasında uyku kalitesinin bozulduğu, iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilediği ve yaşam kalitesini bozduğu bilinmektedir. Uyku bozukluğu anksiyete, ağrı ve genel anestezi gibi birçok faktöre bağlı olarak gelişebilmektedir (Nerbass, Feltrim, Souza, Ykeda and Lorenzi-Filho 2010, Gong, Wang and Fan 2015). Ameliyat sonrası uyku bozukluğunun önlenmesinde imgelem yönteminin kullanıldığını gösteren çalışma sayısı azdır (Diaz and Larsen 2005, Casida et al 2013). Bu çalışmalardan birinin özetine dahi hiç ulaşamazken (Casida et al 2013), Diaz ve Larsen (2005) kalça replasmanı, total diz replasmanı, histerektomi veya kolektomi ameliyatı olan 230 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada; müdahale grubundaki 115 hastaya bir ses CD'si (rehberli görüntüler, beyanlar ve gevşeme müziği içeren) ve ameliyattan 3-7 gün önce ve sonra günde iki kez CD'yi dinlemesini öneren bir broşür, kontrol grubundaki hastalara ise standart bakım vermiş, müdahale grubundaki hastalarla kontrol grubundaki hastaların uyku kalitesinin anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koymuştur. Ancak hastaların %60'ı CD'yi dinlemenin uyku kalitelerinin iyileşmesinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir (Diaz and Larsen 2005).

Cerrahi dışında imgelem yöntemini farklı alanlarda kullanan çalışmalara bakıldığında; Nooner, Dwyer, DeShea and Yeo (2016) hastanede kanser tedavisi sırasında uygulanan gevşeme teknikleri ve imgelemin uyku kalitesini artırdığını belirtmiş, benzer şekilde Afshar ve ark (2018) da imgeleme yönteminin hemodiyaliz hastalarında uyku kalitesini artırdığına vurgu yapmışlardır.

Bu çalışmada, müdahale grubundaki hastaların uyku kalitesinin 24. ve 48. saatlerde arttığı, 72. saatte ise değişmediği tespit edildi. Hastaların çoğunun hastanede 72 saati tamamlanmadan önce taburcu edilmesi ve bu hastaların evde imgelem yöntemini doğru bir şekilde uygulayıp uygulamadıklarının belirsiz olmasının yanı sıra taburculukla artan ziyaretçi sayısı da göz önünde bulundurulduğunda uyku düzeninin etkilenmiş olması muhtemeldir. Dolayısıyla ilk iki gün uyku kalitesinin olumlu yönde iyileşmesi esas alınırsa Hipotez 6'nın kabul edildiğini söyleyebiliriz.

5.1.7. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Analjezik ve Antiemetik İhtiyacına Etkisi

Hipotez (H7): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası antiemetik ihtiyacını azaltmaktadır.

Hipotez (H8): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası analjezik ihtiyacını azaltmaktadır.

İlaçlar gerektiği zaman uygun dozda bilinçli şekilde kullanıldığında sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi için vazgeçilmezken, uygun kullanılmadığında hasta maliyetinde artışa, yüksek morbidite ve mortalitelere sebep olabilmektedir (Faydalı 2010). İlaçların kullanım dozunu düşürerek yan etkisini azaltmak, istenilen etkisini artırmak için; hemşireler gevşeme, dikkati başka yöne çekme, masaj gibi farmakolojik olmayan yöntemlerden yararlanmalıdır (Ay ve Alpar 2010). Son yıllarda uygulanan farmakolojik tedavinin yanında uygulanan farmakolojik olmayan tekniklerin hastaların semptomlarını yönetmek için gereken ilaç miktarını etkileyip etkilemediği ile ilgili çalışmalara daha sıklıkla rastlanmaktadır (Khorsand, Tadayonfar, Badiee, Aghaee, Azizi ve Baghani 2015, Attias et al 2018).

Halpin ve ark (2002) imgelem uygulanan kalp cerrahisi hastalarının ortalama eczacılık ve ağrı kesici ilaç maliyetlerinde bir düşüş sağlandığını göstermiştir. Benzer şekilde Fernández ve ark (2012) laparoskopik kolesistektomi geçirecek hastalarla yaptıkları küçük ölçekli çalışmada preoperatif dönemde hastalara uygulanan (bilişsel ayrışma, metafor ve ameliyatın bireysel anlamını ele alan) kısa bir psikolojik

hemşirelik müdahalesi sonrasında hastaların postoperatif daha az analjezik talep ettiğini ortaya koymuştur. Bunun tersine Pijl ve ark. (2016) laparoskopik kolesistektomi öncesi bir hafta boyunca günde bir kez imgeleme uygulanan hastalarla uygulanmayanlar arasında postoperatif morfin kullanımını açısından anlamlı farklılık olmadığını göstermiştir.

Bu çalışmada ameliyat sonrası birinci gün imgelem uygulanan gruptaki hastaların çoğunda standart ağrı tedavisinin (iki doz NSAİ ilaç) yeterli olduğu, fakat imgelem uygulanmayan hastaların hepsinin standart ağrı tedavisi dışında analjezik talep ettiği görüldü. Ayrıca imgelem uygulanan gruptaki hastaların ameliyat sonrası 1. gün daha az dozda antiemetik ilaca ihtiyaç duyduğu ortaya çıktığı için ameliyat sonrası birinci gün için Hipotez 7 ve 8 kabul edildi. Ameliyat sonrası ikinci ve üçüncü gün belirlenen gruplarda analjezik ve antiemetik kullanan hasta sayılarının yetersiz olması nedeniyle istatistik analiz yapılamadığı için hipotezin kabul veya red edildiğine dair bir yorum yapılamadı. Bu nedenle de uzun vadede hastaların ilaç ihtiyacını etkileyip etkilemediğini belirlemek amacıyla daha komplike ve yeterli örneklem büyüklüğüne sahip hasta gruplarıyla yapılması önerilmektedir.

5.1.8. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgelem Yönteminin Ameliyat Sonrası Hastanede Kalış Süresi Üzerine Etkisi

Hipotez (H9): Ameliyat öncesi ve sonrası uygulanan imgeleme yöntemi ameliyat sonrası hastanede kalış süresini azaltmaktadır.

Hastanede kalış süresi aslında hastanın tanısının ciddiyeti, yapılan kanıt temelli uygulamalar, verilen bakımın kalitesi ve semptomların yönetilmesi gibi birçok faktörün göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Aarts et al 2012, Tayrose et al 2013, Guerra et al 2015, Forsmo et al 2016, Guay et al 2016, Polat ve ark 2016, Wong and Aly 2016). Kurumların verimliliğini ve hasta memnuniyetini arttırmak için hastaların bakım kalitesinden ödün vermeden, mümkün olan en kısa sürede hastalar taburcu edilmelidir (Akshaya et al 2016).

İmgelemin sedasyon düzeyleri, sedatif ve analjezik tüketimi ile mekanik ventilasyondan ayrılan hastaların fizyolojik tepkileri üzerindeki etkilerini değerlendirmek için 21'er kişilik iki grup yoğun bakım hastasıyla gerçekleştirilen çalışmada, kontrol grubuna standart bakım verilirken, müdahale grubundaki hastalara peş peşe iki gün, ikişer kez 60 dakikalık imgelem uygulanmış ve bu grubun hastanede kalış süresinin kontrol grubuna göre 1,4 gün daha az olduğu belirtilmiştir (Spiva et al 2015). Halpin ve ark (2002) imgeleme uyguladıkları kalp cerrahisi geçiren hastalarının ortalama hastanede kalış sürelerinin daha kısa olduğunu belirtmiştir.

Bu çalışmadaki hastaların hastanede kalış süresinin 40-55 saat arasında olduğu görüldü ve iki gruptaki hastaların hastanede kalış süreleri arasında anlamlı farklılık bulunmadığı için Hipotez 9 reddedildi. Bu durumu hastaların hepsinin ASA 1-2 sınıfında olup yüksek riskli hasta grubu olmamasına, hastaların çoğunun hemoroid, pilonidal sinüs, herni gibi basit operasyonlar geçirmesine ve hastaların büyük bölümünün kronik hastalığının olmamasına bağladık. İmgelemin hastanede kalış süresini etkileyip etkilemediğini görmek için majör operasyonları da içine alan metodolojisi iyi kurgulanmış, çok merkezli çalışmalar yapılmasına ve bu verilerin analiz edilmesine gereksinim olduğu kanaatindeyiz.

Sonuç olarak; imgelem yöntemi yıllardır çok farklı şekillerde farklı hasta gruplarına uygulanmasına rağmen, bu tedavinin kullanımıyla ilgili güçlü kanıtlar bulunmamaktadır ve yukarıda belirtildiği gibi iyi kurgulanmış yeni klinik çalışmalar yapılması gerekmektedir (Roffe et al 2005). Hastalar üzerinde uygulanan herhangi bir alternatif tıp girişiminin yan etkisinin olmaması o girişimi daha değerli hale getirir (Niggemann and Grüber 2003). Yapılan bir sistematik derlemede, imgelem uygulanan hastalarda bugüne kadar herhangi bir yan etki gelişmediğini göstermiş olup (Hadjibalassi et al 2018), bu çalışmada da benzer şekilde imgelem yönteminin kullanılması sonucu herhangi bir beklenmeyen yan etkiye rastlanmadı.

5.2. POSTOPERATİF BULANTI KUSMA ETKİ ÖLÇEĞİ GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMALARI

Hipotez (H10): “Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Etki Ölçeği” (PONV impact scale) Türk toplumu için uygundur.

Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği; basit, kolay ve herkes tarafından rahatça uygulanabilir olması, fazla zaman almadan sonuç vermesi gibi avantajları nedeniyle ülkemizde de kullanılmasının sağlık profesyonellerine katkı sağlayacağı düşünüldü ve geçerlik-güvenirlilik çalışmasının yapılmasına karar verildi. Ölçek uyarlama çalışmalarında ilk basamak ölçeğin sahibinden izin alınması (Karakoç ve Dönmez 2014) olduğu için ölçeğin geliştiricilerinden “Professor Paul Myles” ile iletişime geçilerek, Türkçe dil uygunluğunun yapılması için mail yoluyla izin alındı (Ek 14). Ölçeğin dil eşdeğerliliği yapıldıktan sonra; bu ölçeğe uygun olan kapsam geçerliği, ölçüte bağlı geçerlik (Eş zamanlı ölçek geçerliği) analizleri yapıldı.

5.2.1. İndeksinin Dil Eşdeğerliği

Dil çevirisi yapılırken çeviri yapacak kişilerin her iki dili ve her iki kültürü iyi biliyor olması ve konuyla ilgili yeterli bilgiye sahip olması beklenmektedir (Deniz 2007, Karakoç ve Dönmez 2014). Çeviri sonrası her iki dildeki terimlerin birbirinin anlamını tamamen karşılıyor olması gerekmektedir (Karakoç ve Dönmez 2014). Bu çalışmada dil eşdeğerliği için öncelikle PBKEÖ'nin orijinal İngilizce hali araştırmacı tarafından Türkçeye çevrildi. Daha sonra İngilizceyi ve Türk toplumunun kültürel yapısını iyi bilen, ana dili Türkçe olan dört öğretim üyesi ve bir yabancı dil öğretmeni tarafından Türkçeye çevirisi yapılan indeks ifadeleri, orijinal metne uygunluğuna bakılarak düzeltildi ve son hal verildi. Son hal verilen Türkçe indeks hakkında ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilen, indeksin orijinal halini görmeyen, ana dili Türkçe olup Türk toplumunun kültürel yapısını iyi bilen bir yabancı dil öğretmeni tarafından yeniden İngilizceye çevrildi. İngilizce çeviri ve indeks ifadeleri karşılaştırılarak, metin üzerinde gerekli görülen düzenlemeler yapıldı ve son hal verildikten sonra ölçek Prof. Paul Myles'a mail yoluyla gönderildi ve uygunluk onayı alındı (Ek 17). Sonuç

olarak Türkçe çevirinin son halinin dil eşdeğerliği açısından uygun olduğu kanaatine varıldı.

Herhangi bir ölçeğin geliştirildiği toplumdan dil ve kültürel olarak farklı bir topluma uyarlanması süreci ölçeğin çeşitli aşamalardan geçirilmesi ile gerçekleşmektedir. Farklı bir kültürde geliştirilen ölçeği kullanabilmek için ölçeğin sadece direkt kullanılacak dile çevirisinin yapılması yeterli değildir. Aynı zamanda geçerlilik güvenilirlik çalışmalarının da yapılması gerekmektedir (Karakoç ve Dönmez 2014).

5.2.2. İndeksin Geçerliliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar

Geçerlik, bir ölçme aracı neyi ölçmeyi hedefliyorsa, hedefini diğer faktörlerle karıştırmadan doğru ölçebilme gücüdür (Çakmur 2012, Karakoç ve Dönmez 2014, Kelecioğlu ve Şahin 2014). Bir ölçümün geçerli oluşu, ölçme aracının ölçmeyi planladığı özellikleri gerçekten ölçüyor olması anlamına gelir (Çakmur 2012). Geçerlik ölçülen değer o değişkenin gerçek değeri olup olmadığına ya da gerçek değere ne kadar yakın olduğuna bağlı olarak değişmektedir (Çakmur 2012, Kelecioğlu ve Şahin 2014). Geçerlilik için ölçek tekrarlanan her ölçümde aynı sonucu vermelidir (Çakmur 2012). Ölçüm aracında geçerliliği test etmek için geliştirilen birçok yöntem bulunmakla birlikte, bu yöntemler genellikle kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüte dayalı geçerlik olmak üzere üç ana gruptan oluşmaktadır (Karakoç ve Dönmez 2014, Kelecioğlu ve Şahin 2014).

5.2.2.1. Kapsam Geçerliliği

Ölçek geçerliliği çalışılırken ölçek ile ölçülecek olan özellik arasında tutarlı bir bağlantı olması gerekmektedir. Kapsam geçerliliğinde her maddenin ne derece ölçmek istediğimiz konuya uygun olduğu belirlenirken, konuyla ilgisi olmayan ifadeler çıkarılıp yerine amaca hizmet eden güçlü ifadeler yerleştirilir. Bu amaçla ölçek maddesinin ölçmesi planlanan amacı kapsama gücünü belirlemek için o konuda tecrübeli kişilerden “uzman görüşleri” alınmalıdır (Yurdugül 2005, Yeşilyurt ve Çapraz 2018). Uzman sayısının yeterli olması ölçeğin geçerliliğini yükseltecektir (Yeşilyurt ve Çapraz 2018).

Uzmanların görüşlerini en iyi şekilde değerlendirebilmek için Davis tekniği kullanılarak, kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) hesaplandı. Davis tekniğinde, uzmanlar, maddelere yönelik görüşlerini “(a) uygun”, “(b) oldukça uygun madde hafifçe gözden geçirilmeli”, “(c) biraz uygun-madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve “(d) uygun değil” şeklinde dördü derecelenmeyle değerlendirmektedir. İlk iki şıkkı (a, b) seçen uzman kişi sayısı toplam uzman kişi sayısına bölünür ve o maddeye ilişkin KGİ hesaplanır (Davis 1992).

Her madde için hesaplanan KGİ istenen değerlerde ise o maddenin kabul edilebilir bir düzeyde olduğu ifade edilir (Sönmez, Bacaksız ve Yıldırım 2017, Akduman ve Cantürk 2010). Bu araştırmada da Türkçeleştirilen form içerik geçerliliği açısından cerrahi alanında uzman 10 kişinin görüşüne sunuldu ve sonuçlar Davis Tekniği’ne göre değerlendirildi. Uzmanların görüşlerini en iyi şekilde değerlendirebilmek için kapsam geçerlik indeksi kullanıldı. Maddenin kabul edilebilmesi için KGİ’nin 0,80’den büyük olması gerekmektedir (Davis 1992). Ölçekteki her iki sorunun da KGİ “1” çıkmış olup 0,80’den büyük olduğu için her maddenin kapsam geçerliğini sağladığı sonucuna varıldı. Bunun yanında uygulanan Kendall’s W teti sonucunda, uzmanların sorulara verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı ortaya çıktı.

5.2.2.2. Ölçüte Bağlı Geçerlik (Eş Zamanlı Ölçek Geçerliği)

Geçerliliği sorgulanan ölçeğin ölçüm sonuçlarının daha önceden geçerlilik güvenilirlik analizleri yapılmış standart bir ölçek veya birden fazla ölçüt ile karşılaştırılmasıdır (Çakmur 2012). Postoperatif bulantı kusma yoğunluğunu ölçmek 0-100 mm skorlamasını içeren Görsel (Visüel) Analog Skala (VAS) kullanılabilmektedir (Dalila et al 2013). Bu çalışmada ölçüte bağlı geçerlik için VAS skoru kullanılmış olup; PBKEÖ sonuçları VAS skoru ile karşılaştırılmıştır. Bu sonuca göre; postoperatif 2., 6., 48. saatteki PBKEÖ skoru ile 2., 6., 48. saatteki VAS-bulantı düzeyi ve 2., 6., 48. saatteki kusma sayısı arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Postoperatif 24. saatte ise PBKEÖ skoru ile VAS-bulantı düzeyi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki bulunurken, kusma sayısı ile orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$). Bu

sonuca göre PBKEÖ ile VAS-bulantı düzeyi ve kusma sayıları arasındaki korelasyon yüksek düzeydedir. Ölçüte bağlı geçerlilikte kıyaslanan her iki ölçeğin sonuçları arasındaki korelasyon yüksek ise, uyarlama yapılan ölçüm aracın geçerli ölçüm yaptığı kanıtlanmış olmaktadır (Erefe 2002, Diriöz, Alkın, Yemez, Onur ve Eminağaoğlu 2012, Karakoç ve Dönmez 2014). Bu sonuçlara göre Türkçe uyarlama yapılan PBKEÖ'nin ölçüte bağlı geçerliği sağladığı sonucuna varılmaktadır. Ölçek dil uygunluğu ve geçerliğine ilişkin sonuçlar ile bu çalışmanın "Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği" (PONV impact scale) Türk toplumu için uygundur" hipotezi (Hipotez 10) doğrulanmış oldu.

Yukarıda ele alınan çalışmalara ek olarak PBKEÖ'nde beş ve üzeri puan alınması klinik olarak anlamlı bulantı kusmayı gösterdiği için; beş ve üzeri puan alan hastaların VAS-bulantı düzeyi değerine bakıldı. Buna göre, PBKEÖ sınır değeri beş olarak ele alındığında; postoperatif 2. saatte 1,000 seçicilik ve 1,000 duyarlılık düzeyi ile postoperatif 6. saatte 0,875 seçicilik ve 1,000 duyarlılık düzeyi ile VAS-bulantı değişkeninin kritik değeri, kesme noktası 67,50 olarak hesaplanmıştır. Buradan PBKEÖ'den beş ve üzerinde puan almanın VAS'dan 67,50 ve üzeri puan almaya karşılık geldiği sonucuna varıldı. Yani; VAS-bulantıdan 67,50 ve üzeri puan almak klinik olarak önemli şiddette bulantıyı göstermektedir.

5.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmanın yürütüldüğü kurumda olanaklar dâhilinde majör ameliyatlar yapılamamaktadır. Bu nedenle belli tanılar alan genel cerrahi hastalarında imgeleme yöntemi kullanıldı. İmgeleme yönteminin farklı yaş gruplarında, daha büyük ameliyatlarda da etkili olup olmadığının araştırılması amacıyla yeterli örnekleme sahip randomize kontrollü çalışmalar planlanması gerektiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, hastalara uygulanan imgeleme yöntemi uygulanan hastaların;

- Ameliyat öncesi dönemde ameliyata bağlı olarak gelişen kaygı düzeyi daha düşük,
- Ameliyat sonrası ağrı ve anksiyete düzeyi daha düşük,
- Memnuniyet ve uyku kalitesi daha yüksek bulunurken,
- Birinci gün analjezik ve antiemetik ihtiyacının daha düşük olduğu görüldü.

Buna karşın;

- Ameliyat sonrası bulantı düzeyi, kusma (postoperatif 2. Saat hariç) sayısı ve
- Hastanede kalış süresininin imgelem uygulanmayan gruptaki hastalarla benzer olduğu bulundu.
- Ayrıca “Postoperatif Bulantı Kusma Etki Ölçeği” (PONV impact scale)’nin Türk toplumu dil uygunluğu yapılmış olup kültürümüzde uygulanabileceği sonucuna varıldı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ameliyat öncesinde bir kez, ameliyat sonrası birinci gün bir kez, ikinci ve üçüncü gün ikişer kez olmak üzere toplamda altı seans uygulanan imgelemenin ameliyata bağlı kaygıyı azaltmak, anksiyete ve ağrı düzeylerini düşürmek, uyku kalitesi ve memnuniyeti artırmak için kullanılabilirliği düşünüldü.
- İmgelem kullanımı kolay ve etkili bir uygulama olabileceği ve klinikte sağlık profesyoneli tarafından bağımsız olarak kullanımının mümkün olabileceği düşünülmektedir.
- Benzer çalışmaların ameliyat sonrası bulantı kusma riskinin daha fazla olduğu komplike vakalarda tekrarlanması gerektiği düşüncesindeyiz.

- Ayrıca İmgelem yönteminin çeşitliliği, seans uzunluğu ve sıklığı açısından uygulamalarda çeşitlilik olması, bu yöntemin standardize edilmesini zorlaştırmaktadır. Bu bağlamda, imgelem yöntemi çok merkezli, farklı tanısı olan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarla artırılmalı ve literatür zenginleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

- Aarts MA, Okrainec A, Glicksman A, Pearsall E, Victor JC, McLeod RS. (2012). Adoption of enhanced recovery after surgery (ERAS) strategies for colorectal surgery at academic teaching hospitals and impact on total length of hospital stay. *Surg Endosc.*, 26(2):442-50.
- Acar K, Acar H, Demir F, Aslan FE (2016a). "Cerrahi Sonrası Ağrı İnsidansı ve Analjezik Kullanım Miktarının Belirlenmesi," *Acu Sağlık Bil Derg.*, 2, 85-91.
- Acar K, Acar H, Demir F, Aslan FE (2016b) Hastaların cerrahi sonrası uygulanan ağrı tedavisinden memnuniyet düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19:2 86-92.
- Acar K. (2013). KOU Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde Yatan Hastaların Cerrahi Ağrı İnsidansı ve Analjezik Kullanım Miktarının Belirlenmesi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, (Danışmanlar; Aslan FE, Demir F.).
- Afshar M, Mohsenzadeh A, Gilasi H, Sadeghi-Gandomani H. The effects of guided imagery on state and trait anxiety and sleep quality among patients receiving hemodialysis: A randomized controlled trial. *Complement Ther Med.* 2018 Oct;40:37-41.
- Aghababaei S, Yazdannik AR, Keshvari M. (2017). The impact of guided mental imagery on the sleep quality of the elderly after having heart attack. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(5): 1328-1332.
- Akçay D, Yıldırımlar A. (2017). Çocuklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı ve Ebeveyn Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi*, 17(4):174-181.

- Akduman GG, Cantürk G. (2010). The Way of Behaving Scala Against The Children Who Were Sexual Abuse: Acceptability and Reliability Study (University Student Sampling). *Turkish Journal of Forensic Medicine*, 24(2):22-29.
- Akın B, Koçoğlu D. (2017). Randomize Kontrollü Deneyleler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(1):73-92.
- Akinsulore A, Owojuyigbe AM, Faponle AF, Fatoye FO. (2015). Assessment of preoperative and postoperative anxiety among elective major surgery patients in a tertiary hospital in Nigeria. *Middle East J Anaesthesiol.*, Jun;23(2):235-40.
- Akkaya EG, Bulut M, Akkaya C. (2012). Acil servise başvuran hastaların memnuniyetini etkileyen faktörler. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 12(2):62-68.
- Akshaya D, Sarala KS, Sharmila R. (2016). A study of select determinants for hospital stay among surgical patients in a tertiary care hospital. *International Journal of Management and Applied Science*, 2(10);37-43.
- Aktaş B. (2017). Attitudes of Nursing Students Toward Holistic Complementary and Alternative Medicine. *JAREN*, 3(2):55-59.
- Alam M, Roongpisuthipong W, Kim NA, Goyal A, Swary JH, Brindise RT, Iyengar S, Pace N, West DP, Polavarapu M, Yoo S. (2016). Utility of recorded guided imagery and relaxing music in reducing patient pain and anxiety, and surgeon anxiety, during cutaneous surgical, procedures: A single-blinded randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol.*, Sep;75(3):585-589.
- Alattas SA, Smith T, Bhatti M, Wilson-Nunn D, Donell S. (2017). Greater pre-operative anxiety, pain and poorer function predict a worse outcome of a total knee arthroplasty. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.*, Nov;25(11):3403-10.
- Algier LA, Hanoglu Z, Ozden G, Kara F. The use of complementary and alternative (non-conventional) medicine in cancer patients in Turkey. *Eur J Oncol Nurs.*, 2005 Jun;9(2):138-46.

- Alraek T, Lee MS, Choi TY, Cao H, Liu J. (2011). Complementary and alternative medicine for patients with chronic fatigue syndrome: a systematic review. *BMC Complement Altern Med.*, Oct 7;11:87.
- American Society of Anesthesiologists (ASA) (2012) Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology*, Feb;116(2):248-73.
- American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPAN) (2006) PONV/PDND Strategic Work Team. ASPAN'S evidence-based clinical practice guideline for the prevention and/or management of PONV/PDND. *J Perianesth Nurs.*, Aug;21(4):230-50.
- Apfel CC, Laroche E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. (1999). A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting. *Anesthesiology*, 91: 693–700.
- Araz A, Harlak H, Meşe G. (2007). Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2);112-122.
- Arlı ŞK. (2017). Ameliyat öncesi anksiyetenin APAIS ve STAI-I ölçekleri ile değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(3):38-47.
- Aslan S, Taylan S, Deniz S. (2007). Nöroşirürji hastalarının ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1):17-21.
- Aşçı H, Özer MK. (2011). Bulantı ve Kusma İçin Tedavi Önerileri. *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(3):160-165.
- Attias S, Sivan K, Avneri O, Sagee A, Ben-Arye E, Grinberg O, Sroka G, Matter I, Schiff E. (2018). Analgesic Effects of Reflexology in Patients Undergoing Surgical Procedures: A Randomized Controlled Trial. *J Altern Complement Med.* Aug;24(8):809-815. doi: 10.1089/acm.2017.0167.

- Aveni E, Bauer B, Ramelet AS, Decosterd I, Ballabeni P, Bonvin E, Rodondi PY. (2017). Healthcare professionals' sources of knowledge of complementary medicine in an academic center. *PLoS One*, Sep 29;12(9):e0184979.
- Ay F, Alpar ŞE. (2010). Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *AĞRI*, 22(1):21-29.
- Ayçeman N. (2017). Antiaging için manipulatif ve beden temelli uygulamalar. *Turkiye Klinikleri J Med Sci.*, 28(6 Suppl 1):S 230-3.
- Aydemir Ö, Köroğlu E. (2000). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hacettepe ta kitabevi, 153-163.
- Aydın A, Tiryaki S. (2017). Üniversite öğrencilerinin kaygı düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik bir çalışma (KTÜ örneği). *Kastamonu Univ., Orman Fakültesi Dergisi*, 17 (4): 715-22.
- Aygin D. (2016). Bulantı ve Kusma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1):44-56.
- Bademci MŞ, Kocaaslan C, Aldağ M, Öztekin A, Yalvaç EŞD, Aydın E. (2018). İzole büyük safen ven yetmezliğinin n-Butyl siyanoakrilat ile ablasyon tedavisinde erken dönem hasta memnuniyetinin vizüel analog skala ile değerlendirilmesi. *Medeniyet Medical Journal*, 33(3)212-7.
- Bader P, Echte D, Fonteyne V, Livadas K, De Meerleer G, Paez Borda A, Papaioannou EG, Vranken JH. (2010). Guidelines on pain management. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology, 61-82.
- Bailey L. (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN J.*, Oct;92(4):445-57.
- Bao Y, Kong X, Yang L, Liu R, Shi Z, Li W, Hua B, Hou W. (2014). Complementary and alternative medicine for cancer pain: an overview of systematic reviews. *Evid Based Complement Alternat Med.*, 170396.
- Barrows KA, Jacobs BP. (2002). Mind-body medicine. An introduction and review of the literature. *Med Clin North Am.*, Jan;86(1):11-31.

- Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. (2017). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health*, Mar;137(2):89-101.
- Bayındır SK, Çürük GN. (2015). Türkiye’de ağrıya yönelik tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları konusundaki hemşirelik tezlerinin incelenmesi. *HEAD*, 12 (3): 162-169.
- Bello N, Winit-Watjana W, Baqir W, McGarry K. (2012). Disclosure and adverse effects of complementary and alternative medicine used by hospitalized patients in the North East of England. *Pharm Pract (Granada)*, Jul;10(3):125-35. Epub 2012 Sep 30.
- Bishop FL, Lewith GT. (2010). Who Uses CAM? A Narrative Review of Demographic Characteristics and Health Factors Associated with CAM Use. *Evid Based Complement Alternat Med.*, Mar;7(1):11-28.
- Boehm LB, Tse AM. (2013). Application of guided imagery to facilitate the transition of new graduate registered nurses. *J Contin Educ Nurs.*, Mar;44(3):113-9.
- Boogaerts JG, Vanacker E, Seidel L, Albert A, Bardiau FM. (2000). Assessment of postoperative nausea using a visual analogue scale. *Acta Anaesthesiol Scand.*, Apr;44(4):470-4.
- Brower V. (2006). Mind–body research moves towards the mainstream. *EMBO Rep.*, 7(4): 358–361.
- Bulduklu Y. (2015). Hedef kitle bağlamında tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları. *Türkiyat Araştırmaları Dergisi*, (37):607-27.
- Carpenter JJ, Hines SH, Lan VM. (2017). Guided Imagery for Pain Management in Postoperative Orthopedic Patients: *An Integrative Literature Review. J Holist Nurs.*, Dec;35(4):342-351.

- Casida JM, Yaremchuk KL, Shpakoff L, Marrocco A, Babicz G, Yarandi H. (2013). The effects of guided imagery on sleep and inflammatory response in cardiac surgery: a pilot randomized controlled trial. *J Cardiovasc Surg (Torino)*, 54(2):269-79.
- Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Adamatti LC, Bandeira D, Ferreira MB. (2001). Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia*, Aug;56(8):720-8.
- Cerit B. (2016). Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27–36.
- Chang HY, Chang HL. (2015). A review of nurses' knowledge, attitudes, and ability to communicate the risks and benefits of complementary and alternative medicine. *J Clin Nurs.*, Jun;24(11-12):1466-78.
- Charette S, Fiola JL, Charest MC, Villeneuve E, Thérooux J, Joncas J, Parent S, Le May S. (2015). Guided Imagery for Adolescent Post-spinal Fusion Pain Management: A Pilot Study. *Pain Manag Nurs.*, Jun;16(3):211-20.
- Chen SF, Wang HH, Yang HY, Chung UL. (2015). Effect of Relaxation With Guided Imagery on The Physical and Psychological Symptoms of Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Iran Red Crescent Med J.*, Nov 28;17(11):e31277.
- Chong JU, Lee JH, Yoon YC, Kwon KH, Cho JY, Kim SJ, Kim JK, Kim SH, Choi SB, Kim KS. (2016). Influencing factors on postoperative hospital stay after laparoscopic cholecystectomy. *Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg.*, 20(1):12-6.
- Chou R, Walco GA, Warner L, Weisman SJ, Wu CL. (2016). Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee, on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain.*, Feb;17(2):131-57.

- Chouchou F, Khoury S, Chauny JM, Denis R, Lavigne GJ. (2014). Postoperative sleep disruptions: a potential catalyst of acute pain? *Sleep Med Rev.*, Jun;18(3):273-82.
- Cimilli C. (2001). Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, 4:182-186.
- Coats EJ, Feldman RS. (2011). (Classic and Contemporary Readings in Social Psychology, Prentice Hall: New Jersey, "Can your mind heal your body"(1993, February) Consumer Reports, 108-115. Çeviren: Nuran Erdoğan Korkmaz). Zihniniz Bedeninizi İyileştirebilir mi?, *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 52:(2)353-67.
- Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. (2015). State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *Am J Hypertens.*, Nov;28(11):1295-302..
- Cronin AJ, Keifer JC, Davies MF, King TS, Bixler EO. (2001). Postoperative sleep disturbance: influences of opioids and pain in humans. *Sleep*, Feb 1;24(1):39-44.
- Çakmur H. (2012). Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3): 339-344.
- Çevik Acar E, Yıldız ÜY. (2015). Ameliyathanede hastaların hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4):268-273.
- Çilingir D, Bayraktar N. (2006). Gününbirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(1):69-81.
- D'Agostino F, Vellone E, Cocchieri A, Welton J, Maurici M, Polistena B, Spandonaro F, Zega M, Alvaro R, Sanson G. (2018). Nursing Diagnoses as Predictors of Hospital Length of Stay: A Prospective Observational Study. *J Nurs Scholarsh.* Nov 9.

- Dalila V, Pereira H, Moreno C, Martinho C, Santos C, José Abelha F. (2013). Postoperative Nausea and Vomiting: Validation of the Portuguese Version of the Postoperative Nausea and Vomiting Intensity Score. *Rev Bras Anesthesiol.*, 63(4):340-346.
- Davis EL, Oh B, Butow PN, Mullan BA, Clarke S. (2012). Cancer patient disclosure and patient-doctor communication of complementary and alternative medicine use: a systematic review. *Oncologist*, 17(11):1475-81.
- Davis LL. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5, 194-197.
- Dayılar H, Oyur G, Kamer E, Sarıççek A, Cengiz F, Hacıyanlı M. (2017). Kolon ameliyatı öncesi hastaların anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. *Türk J Colorectal Dis.*, 27:6-10
- Deniz Z. (2007). Psikometrik Ölçüm Aracı Uyarlama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 40(1):1-16.
- Diaz M, Larsen B. (2005). Preparing for successful surgery: an implementation study. *Perm J.*, 9(3):23-7.
- Diriöz M, Alkın T, Yemez B, Onur E, Eminağaoğlu N. (2012). Ayrılma anksiyetesi belirti envanteri ile yetişkin ayrılma anksiyetesi anketinin türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(2):108-16.
- Dolan R, Huh J, Tiwari N, Sproat T, Camilleri-Brennan J. (2016). A prospective analysis of sleep deprivation and disturbance in surgical patients. *Ann Med Surg (Lond).*, Jan 6;6:1-5.
- Eardley S, Bishop FL, Prescott P, Cardini F, Brinkhaus B, Santos-Rey K, Vas J, von Ammon K, Hegyi G, Dragan S, Uehleke B, Fønnebø V, Lewith G. (2012). A systematic literature review of complementary and alternative medicine prevalence in EU. *Forsch Komplementmed.*, 19 Suppl 2:18-28.

- Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, Akan B, Aksoy E, Göğüş N. (2011). The effects of anesthesia procedures in preoperative and postoperative anxiety and pain levels in perianal surgery patients. *Med J Bakirkoy*, 7(1): 11-16
- Erdem R, Rahman S, Avcı L, Demirel B, Köseoğlu S, Fırat G, Kesici T, Kırmızıül Ş, Üzel S, Kubat C. (2008). Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31: 95-110.
- Erdemir F, Karaca T. (2016). Hemşirelik Tanıları Uygulamaları ve Türkiye'deki Durum. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*, 2(1):9-14.
- Erdoğan Z, Akıncı AÇ, Yavuz DE, Tosun ZK, Atik D. (2017). Use of Complementary and Alternative Medicine Methods Among Elderly People Living in Nursing Homes. *Kafkas J Med Sci.*, 7(1):60–66.
- Erefe İ. (2002) Veri Toplama Araçlarının Niteliği. Erefe İ (Ed), Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği İstanbul:169-188.
- Ertürk EB, Ünlü H. (2018). Effects of pre-operative individualized education on anxiety and pain severity in patients following open-heart surgery. *Int J Health Sci (Qassim)*., Jul-Aug;12(4):26-34.
- Felix MMDS, Ferreira MBG, da Cruz LF, Barbosa MH. (2017). Relaxation Therapy with Guided Imagery for Postoperative Pain Management: An Integrative Review. *Pain Manag Nurs.*, Dec 14. pii: S1524-9042(17)30344-2.
- Faydalı S. (2010). Cerrahi hastalarında analjeziklerin kaliteli kullanımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 83-91
- Fernández MD, Luciano C, Valdivia-Salas S. (2012). Impact of acceptance-based nursing intervention on postsurgical recovery: preliminary findings. *Span J Psychol.*, Nov;15(3):1361-70.
- Fındık ÜY. (2016). Cerrahi Süreç: Ameliyat Sonrası Bakım ve Komplikasyonların Önlenmesi. Aslan FE. (Ed), Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte. Akademisyen Kitabevi, Ankara: 431.

- Fındık ÜY, Yıldızeli Topçu S. (2012). Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 22- 3.
- Forsmo HM, Pfeffer F, Rasdal A, Østgaard G, Mohn AC, Körner H, Erichsen C. (2016). Compliance with enhanced recovery after surgery criteria and preoperative and postoperative counselling reduces length of hospital stay in colorectal surgery: results of a randomized controlled trial. *Colorectal Dis.*, Jun;18(6):603-11.
- Gan TJ, Habib AS, Miller TE, White W, Apfelbaum JL. (2014). Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *Curr Med Res Opin.* Jan;30(1):149-60.
- Gan TJ. (2017). Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *J Pain Res.*, 10: 2287–2298. Published online Sep 25.
- Glaysheer MA, Cresswell AB. (2014). Management of common surgical complications. *Surgery*, 32(3):121-125.
- Glickman-Simon R, Tessier J. (2014). Guided imagery for postoperative pain, energy healing for quality of life, probiotics for acute diarrhea in children, acupuncture for postoperative nausea and vomiting, and animal-assisted therapy for mental disorders. *Explore (NY)*, Sep-Oct;10(5):326-9.
- Gogenur I, Wildschiotz G, Rosenberg J. (2008). Circadian distribution of sleep phases after major abdominal surgery. *Br J Anaesth.*, Jan;100(1):45-9.
- Goldstein DS, Kopin IJ. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress*, Jun;10(2):109-20.
- Gong L, Wang Z, Fan D. (2015). Sleep Quality Effects Recovery After Total Knee Arthroplasty (TKA)--A Randomized, Double-Blind, Controlled Study. *J Arthroplasty*, 30(11):1897-90.

- Gonzales EA, Ledesma RJ, McAllister DJ, Perry SM, Dyer CA, Maye JP. (2010). Effects of guided imagery on postoperative outcomes in patients undergoing same-day surgical procedures: a randomized, single-blind study. *AANA J.*, Jun;78(3):181-8.
- Graeff FG. (2007). Anxiety, panic and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Rev Bras Psiquiatr.*, May;29 Suppl 1:S3-6..
- Guay J, Nishimori M, Kopp SL. (2016). Epidural Local Anesthetics Versus Opioid-Based Analgesic Regimens for Postoperative Gastrointestinal Paralysis, Vomiting, and Pain After Abdominal Surgery: A Cochrane Review. *Anesth Analg.*, Dec;123(6):1591-1602.
- Guerra ML, Singh PJ, Taylor NF. (2015). Early mobilization of patients who have had a hip or knee joint replacement reduces length of stay in hospital: a systematic review. *Clin Rehabil.*, Sep;29(9):844-54.
- Guo P, East L, Arthur A. (2012). A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.*, Feb;49(2):129-37.
- Hadjibalassi M, Lambrinou E, Papastavrou E, Papathanassoglou E. (2018). The effect of guided imagery on physiological and psychological outcomes of adult ICU patients: A systematic literature review and methodological implications. *Aust Crit Care*, Mar;31(2):73-86.
- Halpin LS, Speir AM, CapoBianco P, Barnett SD. (2002). Guided imagery in cardiac surgery. *Outcomes Manag.*, Jul-Sep;6(3):132-7.
- Hambridge K. (2013). Assessing the risk of post-operative nausea and vomiting. *Nurs Stand.*, Jan 2-8;27(18):35-43.
- Hansen MM. (2013). Impact of complementary therapies via mobile technologies on Icelandic same day surgical patients' reports of anxiety, pain and self-efficacy in healing: a randomized controlled trial in process. *Stud Health Technol Inform.*, 192:1165.

- Hansen MV, Halladin NL, Rosenberg J, Gögenur I, Møller AM. (2015). Melatonin for pre- and postoperative anxiety in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*, Apr 9;(4):CD009861.
- Hardman EA. (2007). Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp ile Hemşirelik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 4 (2): 2-3.
- Harris PE, Cooper KL, Relton C, Thomas KJ. (2012). Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *Int J Clin Pract.*, Oct;66(10):924-39.
- Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale, (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken)*, Nov;63 Suppl 11:S240-52.
- Hewitt V, Watts R. (2009). The effectiveness of non-invasive complementary therapies in reducing postoperative nausea and vomiting following abdominal laparoscopic surgery in women: a systematic review. *JBI Libr Syst Rev.*, 7(19):850-907.
- Hillman DR. (2017). Postoperative Sleep Disturbances: Understanding and Emerging Therapies. *Adv Anesth.*, 35(1):1-24.
- Hosseini M, Tirgari B, Forouzi MA, Jahani Y. (2016). Guided imagery effects on chemotherapy induced nausea and vomiting in Iranian breast cancer patients. *Complement Ther Clin Pract.*, 25:8-12.
- Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences (Riyadh)*, Apr;12(2):145-8.
- Jones D, Owens M, Kumar M, Cook R, Weiss SM. (2014). The effect of relaxation interventions on cortisol levels in HIV-seropositive women. *J Int Assoc Provid AIDS Care*, Jul-Aug;13(4):318-23.

- Joseph HK, Whitcomb J, Taylor W. (2015). Effect of Anxiety on Individuals and Caregivers After Coronary Artery Bypass Grafting Surgery: A Review of the Literature. *Dimens Crit Care Nurs.*, Sep-Oct;34(5):285-8.
- Joyce P, Wardle J, Zaslowski C. (2016). Medical student attitudes towards complementary and alternative medicine (CAM) in medical education: a critical review. *J Complement Integr Med.*, Dec 1;13(4):333-345.
- Kanık EA, Taşdelen B, Erdoğan S. (2011). Klinik Denemelerde Randomizasyon. *Marmara Medical Journal*, 24:149-55.
- Karagozoglu S, Tekyasar F, Yilmaz FA. (2013). Effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy-induced anxiety and nausea-vomiting. *J Clin Nurs.*, Jan;22(1-2):39-50.
- Karakoç FY, Dönmez L. (2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 40:39-49.
- Karanci AN, Dirik G. (2003). Predictors of pre and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *J Psychosom Res.*, 55: 363-9.
- Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü YA, Yilmazer TT, Öngel K. (2011). Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*, 1; 22-26.
- Kasap E, Yüceyar H. (2009). Bulantı - Kusma ve Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, 13(3): 148-152.
- Kaya N. (2004). NANDA hemşirelik tanıları, hemşirelik bakımının sonuçları (NOC) ve hemşirelik girişimleri (NIC) sınıflama sistemlerinin ilişkilendirilmesi. *Istanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*, 13(52);122-32.
- Kaya S, Güven GS, Teleş M, Aydan S, Korku C, Kar A. (2018). Taburculuğa hazır olmanın boyutları: Belirleyicileri, hasta sonuçları ve hastane harcamaları ile ilişkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(2):305-334.
- Kelecioğlu H, Şahin SG. (2014). Geçmişten günümüze geçerlik. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme Ve Değerlendirme Dergisi*, 5(2); 1-11.

- Kennedy ED, Fairfield CJ, Fergusson SJ. (2015). A neglected priority? The importance of surgery in tackling global health inequalities. *J Glob Health*, Jun; 5(1): 010304. Published online 2015 Apr 18.
- Khorsand A, Tadayonfar MA, Badiie S, Aghaee MA, Azizi H, Baghani S. (2015). Evaluation of the Effect of Reflexology on Pain Control and Analgesic Consumption After Appendectomy. *J Altern Complement Med*. Dec;21(12):774-80. doi: 10.1089/acm.2014.0270. Epub 2015 Sep 24.
- Khorshid L, Yapucu Ü. (2005). Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2): 124-30.
- Kıdak LB, Aksaraylı M. (2008). Yatan hasta hemnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(3); 87-122.
- Klemann N, Hansen MV, Gögenur I. (2015). Factors affecting post-operative sleep in patients undergoing colorectal surgery – a systematic review. *Dan Med J*, Apr;62(4):A5053.
- Kolkman E. (2009). CAM-education in the medical curriculum: Vision of medical students. *European Journal of Integrative Medicine*, 1(4):195.
- Kramlich D. (2014). Introduction to complementary, alternative, and traditional therapies. *Crit Care Nurse*, Dec;34(6):50-6.
- Krenk L, Jennum P, Kehlet H. (2014). Postoperative sleep disturbances after zolpidem treatment in fast-track hip and knee replacement. *J Clin Sleep Med*, Mar 15;10(3):321-6.
- Krenk L, Jennum P, Kehlet H. (2012). Sleep disturbances after fast-track hip and knee arthroplasty. *Br J Anaesth*, Nov;109(5):769-75.
- Kurt S, Enç N. (2013). Yoğun Bakım Hastalarında Uyku Sorunları ve Hemşirelik Bakımı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5):1-8.

- Kwekkeboom KL, Bratzke LC. (2016). A Systematic Review of Relaxation, Meditation, and Guided Imagery Strategies for Symptom Management in Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs.*, Sep-Oct;31(5):457-68.
- Kwekkeboom KL, Cherwin CH, Lee JW, Wanta B. (2010). Mind-body treatments for the pain-fatigue-sleep disturbance symptom cluster in persons with cancer. *J Pain Symptom Manage*, Jan;39(1):126-38.
- Lance Lichtor J, Peter SA, Glass MB. (2008). We're Tired of Waiting. *Anesth Analg.*, (2):353-5.
- Laurion S, Fetzer SJ. (2003). The effect of two nursing interventions on the postoperative outcomes of gynecologic laparoscopic patients. *J Perianesth Nurs.*, Aug;18(4):254-61.
- Lee YS, Ryu Y, Jung WM, Kim J, Lee T, Chae Y. (2017). Understanding Mind-Body Interaction from the Perspective of East Asian Medicine. *Evid Based Complement Alternat Med.*, 2017:7618419.
- Leung JM, Sands LP, Newman S, Meckler G, Xie Y, Gay C, Lee K. (2015). Preoperative Sleep Disruption and Postoperative Delirium. *J Clin Sleep Med.*, Aug 15;11(8):907-13.
- Lewandowski W, Jacobson A, Palmieri PA, Alexander T, Zeller R. (2011). Biological mechanisms related to the effectiveness of guided imagery for chronic pain. *Biol Res Nurs.*, Oct;13(4):364-75.
- Liao WC, Huang CY, Huang TY, Hwang SL. (2011). A systematic review of sleep patterns and factors that disturb sleep after heart surgery. *J Nurs Res.*, 19(4):275-88.
- Lim YC, Yobas P, Chen HC. (2014). Efficacy of relaxation intervention on pain, self-efficacy, and stress-related variables in patients following total knee replacement surgery. *Pain Management Nursing*, 15, 888–896.
- Lunenfeld B, Stratton P. (2013). The clinical consequences of an ageing world and preventive strategies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*, Oct;27(5):643-59.

- Luo J, Min S. (2017). Postoperative pain management in the postanesthesia care unit: an update. *J Pain Res.*, 10: 2687–2698. Published online Nov 16.
- Manworren RCB, Gordon DB, Montgomery R. (2018). CE: Managing Postoperative Pain. *Am J Nurs.*, Jan;118(1):36-43.
- Mayden KD. (2012). Mind-body therapies: evidence and implications in advanced oncology practice. *J Adv Pract Oncol.*, Nov;3(6):357-73..
- McCracken G, Houston P, Lefebvre G. (2008). Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Guideline for the management of postoperative nausea and vomiting. *J Obstet Gynaecol Can.*, Jul;30(7):600-7, 608-16.
- McKinney CH, Honig TJ. (2017). Health Outcomes of a Series of Bonny Method of Guided Imagery and Music Sessions: A Systematic Review. *J Music Ther.*, Mar 1;54(1):1-34.
- Meara JG, Hagander L, Leather AJM. (2014). surgery and global health: a Lancet Commission. *Lancet*, Jan 4;383(9911):12-13.
- Menniti-Ippolito F, Mazzanti G, Santuccio C, Moro PA, Calapai G, Firenzuoli F, Valeri A, Raschetti R. (2008). Surveillance of suspected adverse reactions to natural health products in Italy. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*, Jun;17(6):626-35.
- Menzies V, Gill Taylor A. (2004). The idea of imagination: an analysis of "imagery". *Adv Mind Body Med.*, Summer;20(2):4-10.
- Montazeri A, Sajadian A, Ebrahimi M, Haghigat S, Harirchi I. (2007). Factors predicting the use of complementary and alternative therapies among cancer patients in Iran. *Eur J Cancer Care (Engl)*, Mar;16(2):144-9.
- Muchatuta NA, Paech MJ. (2009). Management of postoperative nausea and vomiting: focus on palonosetron. *Ther Clin Risk Manag.*, 5: 21–34. Published online Mar 26.

- Myles PS, Wengritzky R. (2012). Simplified postoperative nausea and vomiting impact scale for audit and post-discharge review. *Br J Anaesth.*, Mar;108(3):423-9.
- Negarandeh R, Hooshmand Bahabadi A, Aliheydari Mamaghani J. (2014). Impact of regular nursing rounds on patient satisfaction with nursing care. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).*, Dec;8(4):282-5.
- Nelson EA, Dowsey MM, Knowles SR, Castle DJ, Salzberg MR, Monshat K, Dunin AJ, Choong PF. (2013). Systematic review of the efficacy of pre-surgical mind-body based therapies on post-operative outcome measures. *Complement Ther Med.*, Dec;21(6):697-711.
- Nerbass FB, Feltrim MI, Souza SA, Ykeda DS, Lorenzi-Filho G. (2010). Effects of massage therapy on sleep quality after coronary artery bypass graft surgery. *Clinics (Sao Paulo)*, 65(11):1105-10.
- Niggemann B, Grüber C. (2003). Side-effects of complementary and alternative medicine. *Allergy*, Aug;58(8):707-16.
- Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surg.*, 14: 67.
- Nooner AK, Dwyer K, DeShea L, Yeo TP. (2016). Using Relaxation and Guided Imagery to Address Pain, Fatigue, and Sleep Disturbances: A Pilot Study. *Clin J Oncol Nurs.*, Oct 1;20(5):547-52.
- Omling E, Jarnheimer A, Rose J, Björk J, Meara JG, Hagander L. (2018). Population-based incidence rate of inpatient and outpatient surgical procedures in a high-income country. *Br J Surg.*, Jan;105(1):86-95.
- Onuoha RC, Quintana DS, Lyvers M, Guastella AJ. (2016). A Meta-analysis of Theory of Mind in Alcohol Use Disorders. *Alcohol Alcohol*, Jul;51(4):410-5.

- Orbach-Zinger S, Fireman S, Ben-Haroush A, Karoush T, Klein Z, Mazarib N, Artyukh A, Chen R, Ioscovich A, Eidelman LA, Landau R. (2017). Preoperative sleep quality predicts postoperative pain after planned caesarean delivery. *Eur J Pain*, May;21(5):787-794.
- Öner N, Le Compte A. (1983). Süreksiz durumluk /sürekli kaygı envanteri el kitabı. 1. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayını, 1-26.
- Özlü ZK, Özer N. (2015). Richard-Campbell Uyku Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Uyku Tıbbi Dergisi*, 2:29-32.
- Özveren H. (2011). Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 83-92.
- Park S, Kang CH, Hwang Y, Seong YW, Lee HJ, Park IK, Kim YT. (2016). Risk factors for postoperative anxiety and depression after surgical treatment for lung cancer. *Eur J Cardiothorac Surg.*, Jan;49(1):e16-21.
- Paynter D, Mamaril ME. (2004). Perianesthesia challenges in geriatric pain management. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19(6):385-391.
- Pijl AJ, Gast HM, Jong M, Hoen MB, Kluyver EB, Vegt MH, Kanhai SRR, Jong MC. (2016). Guided Imagery Intervention does not Affect Surgical Outcome of Patients Undergoing laparoscopic Cholecystectomy: A Multi-Centre, Randomised Controlled Study. *J Pat Care.*, 2(3): 119.
- Pierre S, Benais H, Pouymayou J. (2002). Apfel's simplified score may favourably predict the risk of postoperative nausea and vomiting. *Can J Anaesth.*, Mar;49(3):237-42.
- Polat P, Tengilimoğlu-Metin MM, Kızıl T. (2016). Cerrahi kanserli hastalarda immünonütrisyonun etkinliği. *H.Ü. Sağlık Bilimleri*, 3(3);1-16.
- Porcelli B, Pozza A, Bizzaro N, Fagiolini A, Costantini MC, Terzuoli L, Ferretti F. (2016). Association between stressful life events and autoimmune diseases: A systematic review and meta-analysis of retrospective case-control studies. *Autoimmun Rev.*, Apr;15(4):325-34.

- Posadzki P, Lewandowski W, Terry R, Ernst E, Stearns A. (2012). Guided imagery for non-musculoskeletal pain: a systematic review of randomized clinical trials. *J Pain Symptom Manage.* Jul;44(1):95-104.
- Prabu PK, Subhash J. (2015). Guided Imagery Therapy. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 4(5):56-58.
- Pritchard MJ. (2009). Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. *Nurs Stand.*, Aug 26;23(51):35-40.
- Rantala M, Kankkunen P, Kvist T, Hartikainen S. (2012). Post-operative pain management practices in patients with dementia - the current situation in Finland. *Open Nurs J.*, 6:71-81.
- Richards K. (1987). Techniques for measurement of sleep in critical care. *Focus Crit Care*, 14:34-40.
- Robinson A, McGrail MR. (2004). Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complement Ther Med.*, Jun-Sep;12(2-3):90-8.
- Roffe L, Schmidt K, Ernst E. (2005). A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psychooncology*, Aug;14(8):607-17.
- Rose J, Weiser TG, Hider P, Wilson L, Gruen RL, Bickler SW. (2015). Estimated need for surgery worldwide based on prevalence of diseases: a modelling strategy for the WHO Global Health Estimate. *Lancet Glob Health*, Apr 27;3 Suppl 2:S13-20.
- Rushton M, Howarth M, Grant MJ, Astin F. (2017). Person-centred discharge education following coronary artery bypass graft: A critical review. *J Clin Nurs.*, Dec;26(23-24):5206-5215.
- Sağır G, Kaya M, Eskiçırak HE, Kapusuz Ö, Kadioğulları AN. (2012). Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. *Turk J Anesth Reanim.*, 40(5): 274-8.

- Sanvicente-Vieira B, Romani-Sponchiado A, Kluwe-Schiavon B, Brietzke E, Araujo RB, Grassi-Oliveira R. (2017). Theory of Mind in Substance Users: A Systematic Minireview. *Subst Use Misuse*, Jan 2;52(1):127-133.
- Saraçoğlu A, Yavru A, Küçükgöncü S, Tüzüner F, Karadeniz M, Başaran B, Şentürk NM. (2014). Predictive Factors Involved in Development of Postoperative Pulmonary Complications. *Turk J Anaesth Reanim.*, 42: 313-9.
- Shaikh SI, Nagarekha D, Hegade G, Marutheesh M. (2016). Postoperative nausea and vomiting: A simple yet complex problem. *Anesth Essays Res.*, Sep-Dec;10(3):388-396.
- Sherif L, Hegde R, Mariswami M, Ollapally A. (2015). Validation of the Apfel Scoring System for Identification of High risk Patients for PONV. *Karnataka Anaesthesia Journal*, 1(3): 115-117.
- Shirley ED, Sanders JO. (2016). Measuring Quality of Care with Patient Satisfaction Scores. *J Bone Joint Surg Am.*, Oct 5;98(19):e83.
- Shoar S, Naderan M, Aghajani M, Sahimi-Izadian E, Hosseini-Araghi N, Khorgami Z. (2016). Prevalence and Determinants of Depression and Anxiety Symptoms in Surgical Patients. *Oman Medical Journal*, 31(3): 176–181.
- Sierra Zúñiga MF, Castro Delgado OE, Merchán-Galvis AM, Caicedo JCC, Calvache JA, Delgado-Noguera M. (2016). Factors associated with length of hospital stay in minor and moderate burns at Popayan, Colombia. Analysis of a cohort study. *Burns*, Feb;42(1):190-5.
- Singh M, Dalmar A. (2014). Use of guided imagery for reduction of pain and Anxiety and improved quality of sleep in patients undergoing surgery: a review and meta-analysis. *J Patient Centered Res Rev.*, 1:146.
- Sönmez B, Bacaksız FE, Yıldırım A. (2017). Yenilik iklimi ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2):75-82.

- Spiva L, Hart PL, Gallagher E, McVay F, Garcia M, Malley K, Kadner M, Segars A, Brakovich B, Horton SY, Smith N. The Effects of Guided Imagery on Patients Being Weaned from Mechanical Ventilation. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015;2015:802865.
- Stoicea N, Gan TJ, Joseph N, Uribe A, Pandya J, Dalal R, Bergese SD. (2015). Alternative Therapies for the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting. *Front Med (Lausanne)*, 2: 87. Published online December 16.
- Strada, EA. (2018). Portenoy R.K. Psychological, rehabilitative, and integrative therapies for cancer pain In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on September,18,2018).
- Su X, Wang DX. (2018). Improve postoperative sleep: what can we do? *Curr Opin Anaesthesiol*, Feb;31(1):83-88.
- Szabo S, Yoshida M, Filakovszky J, Juhasz G. (2017). "Stress" is 80 Years Old: From Hans Selye Original Paper in 1936 to Recent Advances in GI Ulceration. *Curr Pharm Des.*, 23(27):4029-4041.
- Şenyüz KY, Koçaşlı S. (2017). Cerrahi sonrası ağrıda multimodal analjezi ve hemşirelik yaklaşım. *Sağ Aka Derg.*, (4) 2:90-95..
- Taşcı S. (2015). Kültürlerarası Hemşirelik ve Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 1(3):34-40.
- Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. (2013). Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. *Türk J Anaesth Reanim.*, 41: 44-9.
- Tayrose G, Newman D, Slover J, Jaffe F, Hunter T, Bosco J. (2013). Rapid mobilization decreases length-of-stay in joint replacement patients. *Bull Hosp Jt Dis.*, 71(3):222-6..
- Tennant F. (2013). The Physiologic Effects of Pain on the Endocrine System. *Pain Ther.*, 2:75–86.

- Turhan Y, Avcı R, Özcengiz D. (2012). Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi*, 20(1):27-33.
- Tusek DL, Church JM, Strong SA, Grass JA, Fazio VW. (1997). Guided imagery: a significant advance in the care of patients undergoing elective colorectal surgery. *Dis Colon Rectum*, Feb;40(2):172-8.
- Ulusoy H, Güçer TK, Aksu M, Arslan Ş, Habiboğlu A, Akgöl G, Bilgici A, Kuru Ö, Çetin İ, Kamanlı A, Özgöçmen S. (2012). The Use of Complementary and Alternative Medicine in Turkish. *Turk J Rheumatol.*, 27(1):31-37.
- Uysal H. (2016). Kardiyovasküler Hastalıklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Konusunda Güncel Yaklaşımlar. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(Sup 2):69-83.
- Uzbay T. (2002). Anksiyetenin Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, Ek 1: 5-13.
- Uzunoğlu S, Çiçin İ. (2011). Kanser hastalarında ağrıya yaklaşım. *Klinik Gelişim Dergisi*, 24(3):14-20.
- Velikova S, Sjaheim H, Nordtug B. (2017). Can the Psycho-Emotional State be Optimized by Regular Use of Positive Imagery?, Psychological and Electroencephalographic Study of Self-Guided Training. *Front Hum Neurosci.*, Jan 12;10:664.
- Weilbach C, Rahe-meyer N, Raymondos K, Weissig A, Scheinichen D, Piepenbrock S. (2006). Postoperative nausea and vomiting (PONV) : usefulness of the Apfel-score for identification of high risk patients for PONV. *Acta Anaesthesiol Belg.*, 57(4):361-3.
- Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Fu R, Azad T, Chao TE, Berry WR, Gawande AA. (2016). Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *Bull World Health Organ*, Mar 1;94(3):201-209F.

- Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. (2008). An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*, Jul 12;372(9633):139–44.
- Wells RE, Baute V, Wahbeh H. (2017). Complementary and Integrative Medicine for Neurologic Conditions. *Med Clin North Am.*, Sep;101(5):881-893.
- Wengritzky R, Mettho T, Myles PS, Burke J, Kakos A. Development and validation of a postoperative nausea and vomiting intensity scale. *Br J Anaesth.* 2010 Feb;104(2):158-66.
- Weydert JA, Shapiro DE, Acra SA, Monheim CJ, Chambers AS, Ball TM. (2006). Evaluation of guided imagery as treatment for recurrent abdominal pain in children: a randomized controlled trial. *BMC Pediatr.*, Nov 8;6:29.
- Wolf DM, Lehman L, Quinlin R, Zullo T, Hoffman L. (2008). Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. *J Nurs Care Qual.*, Oct-Dec;23(4):316-21.
- Wong CS, Aly EH. (2016). The effects of enteral immunonutrition in upper gastrointestinal surgery: A systematic review and meta-analysis. *Int J Surg.*, May;29:137-50.
- Xesfingi S, Vozikis A. (2016). Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC Health Serv Res.*, Mar 15;16:94.
- Yeşilyurt S, Çapraz C. (2018). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kullanılan Kapsam Geçerliği İçin Bir Yol Haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1);251-264.
- Yılmaz E, Kutlu AK, Çeçen D. (2008). Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Uyku Durumlarını Etkileyen Faktörler. *Yeni Tıp Dergisi*, 25: 149-56.
- Yılmaz M. (2001). Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2);69-74.

- Yilmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M. (2012). Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *J Clin Nurs*. 2012 Apr;21(7-8):956-64.
- Yildirim Y, Parlar S, Eyigor S, Sertoş OO, Eyigor C, Fadilolu C, Uyar M. (2010). An analysis of nursing and medical students' attitudes towards and knowledge of complementary and alternative medicine (CAM). *J Clin Nurs*. Apr;19(7-8):1157-66.
- Yoo HJ, Ahn SH, Kim SB, Kim WK, Han OS. (2005). Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. *Support Care Cancer*, Oct;13.
- Yurdugöl H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması, XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 28–30 Eylül Denizli,, <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/PamukkaleBildiri.pdf>
Erişim Tarihi 21.10.2018 .
- Zaim H, Tarım M. (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları*, 2(59):1–24.

EKLER

Ek 1. Katılımcı Bilgilendirme Formu (Kontrol grubu için)

Sayın Katılımcı;

Bu araştırmanın amacı ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi kaygı durumu, ameliyat sonrası bulantı kusma, ağrı, uyku kalitesi, memnuniyet düzeyi, hastanede kalış süresi, anksiyete düzeyi, analjezik, antiemetik ilaç kullanım durumunu belirlemektir. Vereceğiniz yanıtlar bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve sizin izniniz olmadan kimse ile paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır. Ayrıca çalışmadan istediğiniz zaman çekilme hakkına sahipsiniz ve bu durumdan hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Saygılarımızla

Doç. Dr. Dilek Aygin

Uzman Hemşire, Hemşirelik Doktora Programı Öğrencisi Kadriye Acar

Ek 2. Katılımcı Bilgilendirme Formu (Müdahale grubu için)

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma cerrahi uygulanacak hastalara ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası uygulanan rahatlama tekniğinin ameliyat öncesi kaygı durumu, ameliyat sonrası bulantı kusma, ağrı, uyku kalitesi, memnuniyet düzeyi, hastanede kalış süresi, anksiyete düzeyi, analjezik, antiemetik ilaç kullanım üzerine etkisini belirlemek için yapılmaktadır. Sizden size uygulanacak yönteme yoğunlaşmanız, tüm dikkatinizi vermeniz, ses kayıttındaki komutlara uymanız ve belirli zamanlarda uygulanacak ölçekler için o anda hissettiğiniz gibi cevap vermeniz beklenmektedir. Daha sonra bulantı kusma durumu, ağrı düzeyi, uyku kalitesi, memnuniyet düzeyi, hastanede kalış süresi, anksiyete düzeyi, analjezik, antiemetik ihtiyacı sorgulanacaktır. Vereceğiniz yanıtlar bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve sizin izniniz olmadan kimse ile paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır. Ayrıca çalışmadan istediğiniz zaman çekilme hakkına sahipsiniz ve bu durumdan hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Saygılarımızla

Doç. Dr. Dilek Aygün

Uzman Hemşire, Hemşirelik Doktora Programı Öğrencisi Kadriye Acar

Ek 3. Katılımcı İzin Formu (Kontrol grubu için)

Bu çalışma Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı adına Doç. Dr. Dilek Aygün ve Uzman Hemşire/Hemşirelik Doktora Programı Öğrencisi Kadriye Acar tarafından ameliyat öncesi kaygı düzeyi, ameliyat sonrası bulantı kusma, ağrı düzeyi, memnuniyet, uyku durumu, anksiyete düzeyi ve buna benzeyen, sorular sorulacaktır. Araştırmacı ile görüşmeniz dâhil tüm bu uygulamalar her görüşme için maksimum 10 dakikalık bir süre olacaktır. Çalışma ile ilgili her türlü soru için araştırmayı uygulayan Kadriye Acar'a aşağıdaki telefon numarasından ulaşabilirsiniz.

Kadriye Acar: kadriyeacar@outlook.com

Bu formu okudum, anladım ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Katılımcı imzası

Tarih

Bu çalışma ile ilgili bilgileri katılımcıya açıkladım ve yazılı iznini aldım.

Araştırmacının imzası

Tarih

Ek 4. Katılımcı İzin Formu (Müdahale grubu için)

Bu çalışma Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı adına Doç. Dr. Dilek Aygin ve Uzman Hemşire/Hemşirelik Doktora Programı Öğrencisi Kadriye Acar tarafından yürütülmektedir. Sizden size uygulanacak yonteme yoğunlaşmanız, tüm dikkatinizi vermeniz, ses kayıttındaki komutlara uymanız ve belirli zamanlarda uygulanacak ölçekler için o anda hissettiğiniz gibi cevap vermeniz beklenmektedir. Araştırmacı ile görüşmeniz dâhil tüm bu uygulamalar her görüşme için maksimum 10 dakikalık bir süre (CD dinleme hariç) alacaktır. Daha sonra bulantı kusma durumu, ağrı düzeyi, uyku kalitesi, memnuniyet düzeyi, hastanede kalış süresi, anksiyete düzeyi, analjezik, antiemetik ihtiyacı sorgulanacaktır. Araştırma sırasında sizden istenen araştırmacının sorduğu sorulara samimi olarak yanıt vermenizdir. Çalışma ile ilgili her türlü soru için araştırmayı uygulayan Kadriye Acar'a aşağıdaki telefon numarasından ulaşabilirsiniz.

Kadriye Acar: kadriyeacar@outlook.com

Bu formu okudum, anladım ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Katılımcı imzası

Tarih

Bu çalışma ile ilgili bilgileri katılımcıya açıkladım ve yazılı iznini aldım.

Araştırmacının imzası

Tarih

Ek 5. Hasta Bilgi Formu (Kontrol grubu için)

Yaş: Cinsiyet: K () E () Medeni Durum: Evli () Bekar ()

Eğitim Durumu: Okur Yazar Değil () Okur Yazar () İlköğretim () Lise ()
Üniversite ()

Meslek:

Boy:..... Kilo:..... Tanı:

ASA Skoru: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Kronik Hastalıklar:.....

Kullanılan ilaçlar:.....

Cerrahi şekli:.....

- Hastanede kalış süresi (saat):
- *Analjezik ve Antiemetik Tedavisi*

<i>Analjezik Uygulaması</i>	<i>Postop 1.gün</i>	<i>Postop 2. gün</i>
<i>Analjezik ve Antiemetik tedavisi adı/dozu/sıklığı/uygulama yolu</i>		
<i>Ek analjezik veya antiemetik ihtiyacı olduysa adı/dozu/sıklığı/uygulama yolu</i>		

- Kaç kez bulantı oldu?...6h.....24h.....72h.....

Sürekli () Aralıklı ()

- Kaç kez kusma oldu?...6h.....24h.....72h.....

- Apfel Skoru

0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()

- Ölçek sonuçları

	<i>AÖK Ö Preop</i>	<i>VAS- ağrı 2., 6., 24., 48. 72. saat</i>	<i>SMÖ 72h</i>	<i>RCUÖ Topla m puanı 24., 48., 72. saat</i>	<i>STAI Durumluluk 24.,48.,72. saat STAI Durumluluk/Sür eklilik Kaygı 72.</i>	<i>VAS-bulantı ameliyat sonrası 0-2., 2-6., 6-24., 24- 48., 48-72. saat</i>
Preop						
2h						
6h						
24h						
48h						
72h						

Ek 6. Hasta Bilgi Formu (Müdahale grubu için)

Yaş:..... **Cinsiyet:** K () E () **Medeni Durum:** Evli () Bekar ()

Eğitim Durumu: Okur Yazar Değil () Okur Yazar () İlköğretim () Lise ()
Üniversite ()

Meslek:

Boy:..... **Kilo:**..... **Tanı:**

ASA Skoru: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Kronik Hastalıklar:.....

Kullanılan ilaçlar:.....

Cerrahi şekli:.....

- **Hastanede kalış süresi (saat):**
- **Analjezik ve Antiemetik Tedavisi**

<i>Analjezik Uygulaması</i>	<i>Postop 1.gün</i>	<i>Postop 2.gün</i>
<i>Analjezik ve Antiemetik tedavisi</i>		
<i>adı/dozu/sıklığı/uygulama yolu</i>		
<i>Ek analjezik veya antiemetik ihtiyacı olduysa</i>		
<i>adı/dozu/sıklığı/uygulama yolu</i>		

- **Kaç kez bulantı oldu?...**6h.....24h.....72h.....

Sürekli () Aralıklı ()

- **Kaç kez kusma oldu?...**6h.....24h.....72h.....
- **Apfel Skoru**

0 () 1 () 2 () 3 ()+ 4 ()

- **İmgeleme yöntemi uygulaması (Tik atınız)**

Ameliyat Öncesi()

Ameliyat sonrası ...() birinci günde bir kez, ikinci ve üçüncü günde iki kez uygulanacak

- 1. Gün ()
- 2. Gün () ()
- 3. Gün () ()
- Ölçek sonuçları

	<i>AÖKÖ</i> <i>Preop</i>	<i>VAS</i> - <i>Ağrı</i> 2., 6., 24., 48. 72. <i>saat</i>	<i>SMÖ</i> <i>72h</i>	<i>Richards</i> <i>Campbell</i> <i>Uyku Ölçeği</i> <i>(RCUÖ)</i> <i>Toplam</i> <i>puanı 24.,</i> <i>48., 72. Saat</i>	<i>STAI</i> <i>Durumluluk-</i> 24., 48., 72. <i>saat...</i> <i>STAI Süreklili</i> 24. saat	<i>VAS-Bulantı</i> 0-2., 2-6., 6-24., 24-48., 48-72. <i>saat</i>
Ameliyat öncesi						
2h						
6h						
24h						
48h						
72h						

Ek 7. Hasta Bilgi Formu (PBKEÖ geçerlik güvenilirlik için)

Yaş: **Cinsiyet:** K () E () **Medeni Durum:** Evli () Bekar ()

Eğitim Durumu: Okur Yazar Değil () Okur Yazar () İlköğretim () Lise () Üniversite ()

Meslek:

Boy: **Kilo:**..... **Tanı:**

ASA Skoru: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Kronik Hastalıklar:.....

Kullanılan ilaçlar:.....

Cerrahi şekli:.....

- **Hastanede kalış süresi (saat):**
- **Ameliyat sonrası derlenme ünitesinde kalış süresi**.....
- **Analjezik ve Antiemetik Tedavisi**

<i>Analjezik Uygulaması</i>	<i>Postop 1.gün</i>	<i>Postop 2. gün</i>
<i>Analjezik ve Antiemetik tedavisi</i>		
<i>adı/dozu/sıklığı/uygulama yolu</i>		
<i>Ek analjezik veya antiemetik ihtiyacı olduysa</i>		
<i>adı/dozu/sıklığı/uygulama yolu</i>		

- **Kaç kez bulantı oldu?...**6h.....24h.....72h.....

Sürekli () Aralıklı ()

- **Kaç kez kusma oldu?....**6h.....24h.....72h.....

- **Apfel Skoru**

0 ()

1 ()

2 ()

3 ()

4 ()

• Ölçek sonuçları

	VAS-bulantı ameliyat sonrası 0-2., 2-6., 6-24., 24-48., 48-72. saat
2h	
6h	
24h	
48h	
72h	

Ek 8. Visüel Analog Skala (VAS) ile Ağrı Değerlendirmesi

Lütfen aşağıda ağrınızı en çok ifade eden yeri işaretleyiniz.



Ek 9. Sayısal Memnuniyet Ölçeği ile Memnuniyet Değerlendirmesi

Lütfen aşağıda ağrı tedavisinden memnuniyet durumunuzu en çok ifade eden sayıyı işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

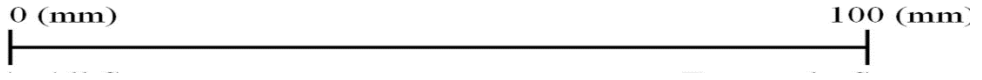
↑
Hiç memnun değilim

↑
Çok memnunum

Ek 10. Visüel Analog Skala (VAS) ile Bulantı Değerlendirmesi

0 hiç bulantı yok

100 olabilecek en şiddetli bulantı



Ek 11. Richards Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ)

Aşağıda her bir uyku ifadesi için 0-100 arasında puanlanan bir çizelge verilmiştir. Bu çizelgede “0” her bir ifade için en kötü duruma, “100” en iyi duruma karşılık gelmektedir. Lütfen her bir ifade için dün geceki uyku algınızı verilen çizelge üzerinde derecelendiriniz.

1-Dün gece uykum

Hafifti

Derindi

0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90---95—100

2-Dün gece uykuya dalma

Uykuya çok zor daldım

Neredeyse yatar yatmaz uyudum

0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90---95—100

3- Dün gece uyanma sıklığı

Bütün gece döndüm durdum

Çok uyanmadım

0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90---95—100

4- Dün gece uyanık kalma süresi

Ne zaman uyansam ya da

Hemen uyudum Uyandırılısam uyuyamadım

0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90---95—100

5- Dün gece uykunun kalitesi

Kötü bir geceydi neredeyse hiç uyumadım

Güzel bir geceydi hiç uyanmadım

0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90---95—100

6- Dün gece gürültü seviyesi

Gece gürültü çok fazlaydı

Gece gürültü çok azdı

0—5—10—15—20—25—30—35—40—45—50—55—60—65—70—75—80—85—90---95—100

RCUÖ Toplam Puanı:

Ek 12. STAI (State-Trait Anxiety Inventory= Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği):

STAI form TX – I (Durumluk Kaygı Ölçeği)

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	BİRAZ	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	Sınırlarımın 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 (Sürekli Kaygı Ölçeği)

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 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 hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(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 kırıklıklarını 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 13. Apfel Bulantı Kusma Risk Skoru

Kadın cinsiyet	1
Sigara içmemek	1
Postoperatif öyküsü veya hareket hastalığı	1
Ameliyat sonrası opioid kullanımı	1
Toplam Puan

Ek 14. Ameliyata Özgü Kaygı Ölçeği

Aşağıda, ameliyat olan kişilerin yaşadıkları bazı duygu ve düşünceler ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyun. Her bir ifadeye ne kadar katıldığınızı aşağıdaki 5’li derecelendirmeyi kullanarak belirtin.

1 = Hiç katılmıyorum, 2 = Katılmıyorum, 3 = Kararsızım, 4 = Katılıyorum, 5 = Kesinlikle katılıyorum

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Ölüm düşünceleri sık sık aklıma geliyor.	1	2	3	4	5
2. Bana bir şey olursa ailemin ve çocuklarımla ortada kalacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
3. Ameliyat için bayıldıktan sonra uyanamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
4. Ameliyat sırasında kanama ya da başka bir sorun yüzünden öleceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
5. Ameliyat sonrası yara yerimin iltihap kapması ya da başka bir sorun çıkarak tamamen iyileşemeyeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5
6. Ameliyat sonrasında yürüyememekten ya da eskisi gibi tüm ihtiyaçlarımı karşılayamamaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
7. Ameliyat sonrası çok ağrı çekeceğimi düşünüyorum	1	2	3	4	5
8. Ameliyat sonrası tüm ağrı ve sorunlardan kurtulacağımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
9. Sakat kalmaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
10. Ameliyat esnasında ağrı çekeceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5

Ek 15. PONV Impact Skala

Q1. Have you vomited or had dry-retching*?

0. No
1. Once
2. Twice
3. Three or more times

Q2. Have you experienced a feeling of nausea (*"an unsettled feeling in the stomach and slight urge to vomit"*)? If yes, has your feeling of nausea interfered with activities of daily living, such as being able to get out of bed, being able to move about freely in bed, being able to walk normally, or eating and drinking?

0. Not at all
1. Sometimes
2. Often or most of the time
3. All of the time.

To calculate the PONV Impact Scale score, add the numerical responses to questions 1 and 2. A PONV Impact Scale score of ≥ 5 defines clinically important PONV.

**count distinct episodes: several vomits or retching events occurring over a short time frame, say 5 min, should be counted as one vomiting/dry-retching episode; multiple episodes require distinct time periods without vomiting/dry-retching.*

The PONV impact scale.

Ek 16. PONV İmpact Skala'nın Türkçe Versiyonu

Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusma Etki Ölçeği

Soru 1. Kusma ya da öğürmeniz oldu mu?

0. Hayır
 1. Bir kez
 2. İki kez
 3. Üç ya da daha fazla
-

Soru 2. Bulantınız oldu mu (Midede rahatsızlık hissi ve kusacak gibi olma)? Evet, ise, bulantı hissiniz yataktan kalkabilme, yatakta rahatça hareket edebilme, normal şekilde yürüyebilme ya da yeme ve içme gibi günlük yaşam aktivitelerinizi etkiledi mi?

0. Pek değil
 1. Bazen
 2. Sık sık ya da çoğu zaman
 3. Her zaman
-

Ameliyat sonrası bulantı ve kusma etki ölçeği skorunu hesaplamak için, 1. ve 2. sorulara verilen cevapların sayısal değerlerini toplayın. Ameliyat sonrası bulantı ve kusma etki ölçeği skorunun 5 veya üzerinde olduğu durumlar klinik olarak anlamlı ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı tanımlar.

* Belirgin atakları sayın: Kısa bir süre zarfında (örneğin 5 dk.) gerçekleşen birkaç kusma ya da öğürme, tek bir kusma/öğürme atağı olarak değerlendirilmelidir. Çoklu ataklar için arada kusma ve öğürmenin olmadığı farklı zaman periyotları olması gerekir.

Ek 17. Ölçek İzin Belgesi

Dear Professor Paul Myles,



Kadriye ACAR 13.06.2016

Kime: l.dsouza@alfred.org.au, p.myles@alfred.org.au

Dear, [Professor Paul Myles](#),

I am a PhD Student in Sakarya University Institute of Health Science. I desire to use your scale called 'The Postoperative Nausea and Vomiting (PONV) Intensity Scale' for my doctoral thesis (academic study). Could you be good enough to let me use the scale to make the Turkish validity and reliability study of the scale.

With all my best regards.

Kadriye Acar

mail: speshime@hotmail.com

kadriyeacar@outlook.com

Re: Dear Professor Paul Myles,



p.myles@alfred.org.au p.myles@alfred.org.au 14.06.2016

Kime: Kadriye ACAR

Dear Kadriye

Yes, you are free to use and translate the PONV scale. I wish you well with your research.

Paul Myles. Sent from my phone

On 14 Jun 2016, at 3:28 AM, Kadriye ACAR <speshime@hotmail.com> wrote:

Dear, [Professor Paul Myles](#),

I am a PhD Student in Sakarya University Institute of Health Science. I desire to use your scale called 'The Postoperative Nausea and Vomiting (PONV) Intensity Scale' for my doctoral thesis (academic study). Could you be good enough to let me use the scale to make the Turkish validity and reliability study of the scale.

With all my best regards.

Ek 18. Türkçeden İngilizceye Çevrilen PONV Impact Skala'nın Son Halinin Yazar Paul Myles'e Gönderilerek Onayının Alınması

PONV impact scale

Dear prof. Paul Myles
I hope you are fine
I had previously obtained your permission to translate the PONV scale into Turkish.
After the translation of the scale into Turkish by five different language experts, the last version of the scale was prepared in Turkish.
Finally, the scale was translated again from Turkish to English in order to evaluate whether the translation was meaningful or not.
I am sending you the latest English version of the PONV scale for your confirmation.

With best regards
Kadriye ACAR

RE: PONV impact scale



Myles, Paul <P.Myles@alfred.org.au>

Per 8.11.2018, 05:05

Siz ∨

Dear Kadriye – yes, this is good.

Regards, Paul

Professor Paul Myles

Director, Dept of Anaesthesia and Perioperative Medicine

Alfred Hospital and Monash University, Melbourne

NHMRC Practitioner Fellow, Australia

Ek 19. Dil Geçerliliği İçin Görüşleri Alınan Uzmanlar

- *İngilizceden Türkçeye Çevirisi*

Ünvanı/Adı-Soyadı/mail adresi/Çalıştığı kurum

1.Doç. Dr. Dilek Aygin daygin@sakarya.edu.tr

(Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)

2.Yard. Doç. Dr. Havva Sert hsert@sakarya.edu.tr

(Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)

3.Yard. Doç. Dr. Bahire Ulus Bahire.Ulus@acibadem.edu.tr

(Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)

4.Yard. Doç. Dr. Gülgün Durat gdurat@sakarya.edu.tr

(Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)

5.Yard. Doç. Dr. Adem Soruç ademsoruc@sakarya.edu.tr

(Sakarya Üniversitesi, İngiliz Dili Eğitimi Anabilim Dalı)

- *Türkçeden İngilizceye Çevirisi*

Ünvanı/Adı-Soyadı/mail adresi/Çalıştığı kurum

Okutman Mehmet Ali Polater

(Ege Üniversitesi)

EK 20. Görüşlerine Başvurulan Uzmanların Listesi

Adı-Soyadı/Mail adresi/ Çalıştığı Kurum Ve Bölüm

- 1. Doç. Dr. Nuray Akyüz/ nakyuz1@hotmail.com**
(İstanbul Üniversitesi)
- 2. Uzman Dr. Enes Özbek / drenesozbek@yahoo.com.tr**
(Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi)
- 3. Doç. Dr. Dilek Aygin /daygin@sakarya.edu.tr**
(Sakarya Üniversitesi)
- 4. Doç. Dr. Ükke Karabacak/ ukke.karabacak@acibadem.edu.tr**
(Acıbadem Üniversitesi)
- 5. Yard. Doç. Dr. Havva Sert /hsert@sakarya.edu.tr**
(Sakarya Üniversitesi)
- 6. Yard. Doç. Dr. Bahire Ulus /Bahire.Ulus@acibadem.edu.tr**
(Acıbadem Üniversitesi)
- 7.Uzman Dr. Hüseyin Acar/ dracar@hotmail.com.tr**
(Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi)
- 8. Doç. Dr. İkbâl Çavdar/ ikbalistanbul.edu.tr**
(İstanbul Üniversitesi)
- 9. Doç. Dr. Hicran Yıldız/ hicran_yildiz@yahoo.com**
(Uludağ Üniversitesi)
- 10. Prof. Dr. Tayfun Yücel /tayfuny@hotmail.com**
(Üsküdar Anadolu Hastanesi Genel Cerrahi AD)

Ek 21. Türk Psikologlar Derneği Gevşeme Egzersizleri CD'si İzin Yazısı

 **TÜRK PSİKOLOGLAR DERNEĞİ**

Meşrutiyet Cad. 22/12 Kızılay
06640 Çankaya/Ankara

T. +90 (312) 425 67 65
F. +90 (312) 417 40 59

www.psikolog.org.tr
bilgi@psikolog.org.tr

Sayı:2016/147 01.11.2016

Konu: Gevşeme Egzersizleri CD'si kullanımı hk.

Sayın Kadriye Acar

Türk psikologlar derneği tarafından gevşemenin ne olduğu ve gevşeme teknikleri, sesli olarak gevşeme yönergesi ve müzikten oluşan, gevşeme için hazırlanmış "Gevşeme Egzersizleri CD" sini yapacak olduğunuz "imgeleme yöntemi" konusunu içeren hemşirelik doktora teziniz için kullanmanızda sakınca yoktur.



Prof. Dr. Gonca SOYGÜT PEKAK
Türk Psikologlar Derneği
Genel Başkanı

Ek 22. Etik kurul izni

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/01/2017-52424

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/01/2017-180279



T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı :97132852/050.01.04/
Konu :Doç. Dr. Dilek AYGİN (Dok. Öğr. Kadriye ACAR)

BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULUNA

İlgi :11/11/2016 tarihli, 27907772/199-E.15559 sayılı ve "Etik Kurul İzni" konulu yazı

Sakarya Üniversitesi Rektörlüğü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Dilek AYGİN yönetiminde Dok. Öğr. Kadriye ACAR'a ait "Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Tekniğinin Bulantı Kusma ve Diğer Septomlar Üzerine Etkisi: Prospektif Randomize Kontrollü Çalışma" konulu çalışma ile ilgili Etik Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgileriniz ile gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Prof.Dr. Mustafa KAPLAN
Kurul Başkanı

Not : Araştırmacıların TÜBİTAK'a yapılacak başvurular için, tüm üyelerin ıslak imzalarının bulunduğu etik kurul kararını talep etmeleri gerekmektedir.

EK :
Etik Kurul Kararı 1(bir) sayfa

Firat Üniversitesi Rektörlüğü 23119 ELAZIĞ/TÜRKİYE
Tel: 0 (424) 237 00 00 Faks: 0 424 2122717
E-Posta : ha@kaliskiler@firat.edu.tr Elektronik e@http://www.firat.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için İrtibat : Teslime ÖZKILIÇ

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÇALIŞMACININ ADI SOYADI
05.01.2017	01	04	Doç. Dr. Dilek AYGIN

KARAR

"Ameliyat Öncesi ve Sonrası Uygulanan İmgeleme Tekniğinin Bulantı Kusma ve Diğer Septomlar Üzerine Etkisi: Prospektif Randomize Kontrollü Çalışma" konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mustafa KAPLAN (Başkan)			
Prof. Dr. Demet ÇİÇEK (Üye)	İmza	Prof. Dr. Figen DEVECİ (Üye)	İmza
Prof. Dr. Erdal TAŞKIN (Üye)	İmza	Prof. Dr. Nuri GÖMLEKSİZ (Üye)	İmza
Doç. Dr. Funda GÜLCÜ BULMUŞ (Üye)	İmza	Doç. Dr. Süleyman İLHAN (Üye)	İmza
Doç. Dr. İrfan EMRE (Üye)	İmza	Doç. Dr. Sebahattin DEVECİOĞLU (Üye)	İmza
Doç. Dr. Özge HANAY (Üye)	Bulunmadı	Yrd. Doç. Dr. Nurhan HALİSDEMİR (Üye)	Bulunmadı
Yrd. Doç. Dr. Taner YILDIRIM (Üye)	Bulunmadı	Yrd. Doç. Dr. Mehmet TUZCU (Üye)	İmza

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 23. Kurum İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Tunceli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tunceli Devlet Hastanesi Baştabipliği

Şube : 31425239-900-

Konu : Tez Çalışması

TUNCELI DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİLİĞİ
HASTANE YÖNETİCİLİĞİ - TUNCELI DEVLET
HASTANESİ BAŞHEKİMLİLİĞİ/HASTANE
YÖNETİCİLİĞİ
15/08/2013 14:59:31 31425239-903 02 09 3990
000014293

İLGİLİ MAKAMA

Baştabipliğimiz emrinde görevli Hemşire Kadriye ACAR' ın Hastanemiz Cerrahi Kliniğinde yürütmeyi planladığı “ **Ameliyat Öncesi ve sonrası Uygulanan imgeleme tekniğinin bulantı kusma ve diğer semptomlar üzerine etkisi: Prospektif Randomize kontrollü çalışma**” konulu tezini Hastanemizde yapması Baştabipliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Nevzat AKDOĞAN
Baştabip V.

T.D.H. Özlük BİRİMİ
Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat :E.SİLER
Atatürk Mah. Elazığ Yolu/TUNCELI

E-Posta :Tuncelidhs1@saglik.gov.tr
Tel : 0428 213 10 39 Dahili :3172

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Kadriye ACAR
Doğum yeri ve tarihi : SAMSUN 01.03.1987
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Evli
İletişim adresi ve telefonu : Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ameliyathane /kadriyeacar@outlook.com
Yabancı dil : İngilizce

II. Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Yüksek Lisans	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Acıbadem Üniversitesi	2013
Lisans	Hemşirelik	Ondukuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2008

III. Meslekî Deneyimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Amelitayhane Hemşiresi	Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2018-
Genel Cerrahi Servis Hemşiresi	Tunceli Devlet Hastanesi	2015-2018
Acil Servis-Yenidoğan Yoğunbakım Hemşiresi	İzmit Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	2011-2015
Anestezi Yoğunbakım Hemşiresi	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2010-2011
Koroner Yoğunbakım Hemşiresi	Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2009-2010
Çocuk Cerrahisi Hemşiresi	Ondukuz Mayıs Üniversitesi	2008-2009
Acil Servis-Genel Cerrahi Hemşiresi	Anadolu Hastanesi (Samsun)	2008-2008

IV. Bilimsel İlgi Alanları (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

- Usta E, Acar K, Aygin D. (2015). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin obeziteye ilişkin tutumları. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 4. UMYOS Özel Sayısı: 46-53.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler:

- Acar K, Usta E, Aygin D, Şen S. (2015). Yaşlı Bakım Programı Öğrencilerinin Empati Düzeyleri ve Yaşlı Bakımı İle İlgili Görüşleri. Sözel Bildiri, No: 323. *4th International Vocational Schools Symposium, Yalova, 21-23 Mayıs, 248-257.*
- Acar K., Aygin D., Sen S. DNR (Do Not Resuscitate) and legal issues in Emergency service, (Poster Presentation), 2ndInternational Paramedic Congress and Ambulance Rally, Bodrum/Turkey, 6-9 November 2014
- Acar K., Aygin D., Sen S. Status and organization of emergency services (Poster Presentation),2ndInternational Paramedic Congress and Ambulance Rally, Bodrum/Turkey, 6-9 November 2014
- Sen S, Akgün A, Acar K, Aygin D. Usage of Nitrous Oxide in the Management of Pre-Hospital Pain (Oral Presentation), 2ndInternational Paramedic Congress and Ambulance Rally, Bodrum/Turkey, 6-9 November 2014
- Şen S, Usta E, Acar K, Aygin D. (2015). Yaşlı Bakım Programı Öğrencilerinin Yaşlılığa ve Yaşlı Bakım Teknikerliği Mesleğine İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi; Metafor Analizi Çalışması. Sözel Bildiri, No: 324. *4th International Vocational Schools Symposium, Yalova, 21-23 Mayıs, 1518-22.*
- Usta E, Acar K, Aygin D. (2015). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Obeziteye İlişkin Tutumları. Sözel Bildiri, No: 304. *4th International Vocational Schools Symposium, Yalova, 21-23 Mayıs, 283-93.*

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan:

Orjinal araştırma makalesi;

- Acar K., Acar H., Demir F., Aslan FE. Cerrahi Sonrası Ağrı İnsidansı ve Analjezik Kullanım Miktarının Belirlenmesi. ACU Sağlık Bil Derg 2016(2):85-91. (yüksek lisans tezi)
- Acar K., Acar H., Demir F., Aslan FE. Hastaların Cerrahi Sonrası Uygulanan Ağrı Tedavisinden Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;19:2 (yüksek lisans tezi)

Sistemik Derleme;

- Aygin D., Acar K. Bariatrik Cerrahi Cinselliği Etkiler Mi? Sistemik Derleme. J Contemp Med 2017; 7(3): 284-297

Derleme;

- Acar K., Aygin D. Yaşlı bireylerde yara bakımı ve hemşirelik yaklaşımları. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2015;19(2):54-9
- Acar K., Aygin D. Transseksüel bireylerde cinsiyet değiştirme cerrahisi ve hemşirelik yaklaşımları (Derleme) Cilt: 17 Sayı: 62 (2015) Sayfalar 241 – 245
- Acar K., Aygin D. Laparoskopik Cerrahi Sonrası Ağrı ve Hemşirelik Bakımı. OTSBD Cilt 1, Sayı 2, 17-22, (2016)

Makale Özeti;

- Acar K., Aygin D. Terminal dönem hastalıkta cinsellik ve cinsel ilişki deneyimleri: Olgusal çalışma. Androloji Bülteni 2016; 18(64): 56 (MAKALE ÖZETİ)

Olgu Sunumu;

- Acar K., Aygin D. Orak Hücre Hastalığına Bağlı Akut Göğüs Sendromu'nun Konfor Kuramına Göre Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı: Olgu sunumu. OTSBD Cilt 1, Sayı 1, 36-43, (2016)