



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN ÖZ DUYARLILIKLARI VE
BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF BAKIM ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ECE UZUN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
PROF. DR. ŞULE ECEVİT ALPAR
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL- 2024



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN ÖZ DUYARLILIKLARI VE
BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF BAKIM ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ECE UZUN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
PROF. DR. ŞULE ECEVİT ALPAR
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL- 2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Ece Uzun

İmzası

TEŞEKKÜR

Öncelikle araştırmamı tamamlayıp sonlandırabildiğim bu yolculukta bana hoşgörüsü, sabrı ve tüm deneyimleriyle rehberlik eden saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar'a,

Araştırma sürecine gönüllü olarak katılım sağlayan tüm hemşire meslektaşlarıma,

Sadece bu çalışma süresinde değil, tanıştığımız günden beri, her koşulda benim yanımda olduğunu hissettiğim değerli dostum Uğur Demirezen'e,

Düştüğümde kaldıran, pes ettiğimde yüreklendiren, tüm zorluklara sayelerinde göğüs gerebildiğim, hayat denen bu yolu yürünebilir kılan, beraber ağladığım, çokça güldüğüm, her seferinde daha sıkı tutduğum ve iyi ki hayatımda olan değişilmez can yoldaşlarım Damla Karadeniz ve Dr. Tuğba Yeni'ye

Teşekkür ve minnetlerin en büyüğünü hak eden, beni var eden, bugün olduğum yerde en büyük paya sahip olan, bana hayatlarını adayan, kendimi bir evlat olarak çok değerli hissettiren canım annem Cihan Uzun ve canım babam Enver Uzun'a tüm emeklerinden dolayı teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR LİSTESİ	viii
TABLO LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ	xi
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Ameliyathaneye Genel Bakış	5
4.2. Ameliyathane Hemşireliği Tanımı ve Sorumlulukları	6
4.3. Ameliyathanede Hemşirelik Bakımı- Perioperatif Bakım Süreci	9
4.3.1. Ameliyat Öncesi (Preoperatif) Hemşirelik Bakımı	10
4.3.2. Ameliyat Sırası (İntraoperatif) Hemşirelik Bakımı	11
4.3.3. Ameliyat Sonrası (Postoperatif) Hemşirelik Bakımı	13
4.4. Birey Merkezli Yaklaşım.....	14
4.5. Bakımın Sürdürülmesinde Hemşireler İçin Önemli Bir Kavram: Öz Duyarlılık	16
4.5.1. Öz Duyarlılığın Üç Bileşeni.....	19
4.5.2. Öz Duyarlılık Alt Boyutları	20
4.5.3. Öz Duyarlılıkla İlgili Sağlık Alanında Gerçekleştirilmiş Çalışmalar.....	21
5. GEREÇ VE YÖNTEM	24
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	24
5.2. Araştırmanın Soruları ve Değişkenleri.....	24
5.3. Evren ve Örneklem.....	24
5.4. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	25
5.5. Veri Toplama Araçları.....	25
5.5.1. Bireysel Özellikler Veri Formu	25
5.5.2. Öz duyarlılık Ölçeği	25
5.5.3. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği.....	26
5.6. Veri Toplama Süreci.....	27
5.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	27
5.8. Verilerin Analizi.....	27
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri.....	28

6. BULGULAR.....	29
6.1. Bireysel Özellikler ve Mesleki Özelliklere İlişkin Bulgular.....	29
6.2. Hemşirelerin Öz Duyarlılık ve Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Puanları ve Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular.....	30
6.3. Bireysel Özelliklere Göre Öz Duyarlılık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	32
6.4. Bireysel Özellikler ve Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	40
7. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	49
7.1. Tartışma.....	49
7.1.1 Hemşirelerin Özduyarlılık Seviyelerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	49
7.1.2. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	52
7.2. Sonuçlar ve Öneriler	53
8. KAYNAKLAR.....	55
9. EKLER	64

KISALTMALAR LİSTESİ

BMPHÖ	BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK ÖLÇEĞİ
DSÖ	DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
ERAS	ENHANCED RECOVERY ENHANCED SURGERY (CERRAHİ SONRASI HIZLANDIRILMIŞ İYİLEŞME PROTOKOLÜ)
SB	SAĞLIK BAKANLIĞI

TABLO LİSTESİ

Sayfa Numarası

Tablo 1. Ameliyathanelerde ortak olarak bulunması gereken cihazlar.....	6
Tablo 2. Araştırmanın geçerlik ve güvenilirliği.....	28
Tablo 3. Araştırmanın normallik analizi.....	28
Tablo 4. Bireysel özellikler ve mesleki özelliklere ilişkin bulgular	29
Tablo 5. Hemşirelerin öz duyarlılık ve birey merkezli perioperatif hemşirelik puan ortalamaları	31
Tablo 6. Öz duyarlılık ile birey merkezli perioperatif hemşirelik ölçekleri arasındaki ilişki.....	32
Tablo 7. Hemşirelerin cinsiyetlerine yönelik öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması.....	32
Tablo 8. Hemşirelerin yaşlarına yönelik öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması.....	34
Tablo 9. Hemşirelerin eğitim durumuna yönelik öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması.....	35
Tablo 10. Hemşirelerin meslekte çalışma süresine yönelik öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması.....	36
Tablo 11. Hemşirelerin ameliyathanede çalışma süresine yönelik öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması.....	37
Tablo 12. Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması.....	38
Tablo 13. Hemşirelerin birey merkezli perioperatif eğitim alma durumuna göre öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması.....	39
Tablo 14. Hemşirelerin iletişim eğitimi alma durumuna göre öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması.....	39
Tablo 15. Hemşirelerin psikolojik destek alma durumuna göre öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması.....	40
Tablo 16. Hemşirelerin cinsiyetlerine yönelik birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması.....	41
Tablo 17. Hemşirelerin yaşlarına yönelik birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması.....	42

Tablo 18. Hemşirelerin eğitim durumuna yönelik birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması.....	43
Tablo 19. Hemşirelerin meslekte çalışma süresine yönelik birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması.....	44
Tablo 20. Hemşirelerin ameliyathanede çalışma süresine yönelik birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması.....	45
Tablo 21. Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması.....	46
Tablo 22. Hemşirelerin birey merkezli perioperatif eğitim alma durumuna göre birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması	47
Tablo 23. Hemşirelerin iletişim eğitimi alma durumuna göre birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması.....	47
Tablo 24. Hemşirelerin psikolojik destek alma durumuna göre birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması.....	48

ŒEKİL LİSTESİ

Sayfa Numarası

Œekil 1. Öz duyarlılık bileŒenleri (Neff, 2011)..... 18

1. ÖZET

Tezin başlığı: Ameliyathane Hemşirelerinin Öz Duyarlılıkları ve Birey Merkezli Perioperatif Bakım Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Öğrencinin Adı Soyadı: Ece Uzun

Danışmanın Adı Soyadı: Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar

Programın Adı: Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Amaç: Bu araştırma ameliyathane hemşirelerinin öz duyarlılıkları ile birey merkezli perioperatif bakım verme düzeylerinin belirlenerek aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki araştırmanın örneklemini üç farklı hastanede çalışmakta olan 349 ameliyathane hemşiresi oluşturdu. Veriler, 01/09/2023-01/12/2023 tarihlerinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle ortalama 15 dakika içerisinde elde edildi. Verilerin toplanmasında Bireysel Özellikler Veri Formu, Öz Duyarlılık Ölçeği ve Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği kullanıldı. Ameliyathanede 3 aydan kısa süre çalışan hemşireler araştırmadan dışlandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, güvenilirlik analizi, parametrik testler, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi ve Pearson Korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Hemşirelerin öz duyarlılıkları $3,46 \pm 0,59$, birey merkezli perioperatif hemşirelik puanı ise $80,4 \pm 11,2$ olarak tespit edildi. Öz duyarlılığın alt boyutlarından öz sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma, öz yargılama ile birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeyi arasında ve öz duyarlılık düzeyi ile birey merkezli perioperatif hemşirelik alt boyutlarından bilgi paylaşımı arasında anlamlı ilişki saptandı ($p < 0,05$). Her iki ölçeğin alt boyutları arasında pozitif korelasyon ilişkileri saptandı ($p < 0,05$). Cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi, ameliyathanede çalışma süresi ve iletişim eğitimi almış olmak hem öz duyarlılığın hem birey merkezli perioperatif hemşireliğin farklı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahipti ($p < 0,05$).

Sonuç: Öz duyarlılık seviyesi ve birey merkezli perioperatif bakım arasında pozitif bir ilişki olduğu, bireysel özellikler ve mesleki hayata ilişkin özelliklerin bu kavramlar üzerine etkisinin olduğu tespit edildi. Öz duyarlılık düzeyini yükseltecek girişimler ameliyathane hemşirelerinin bakım davranışlarını olumlu yönde etkileyebilir.

Anahtar Kelimeler: Perioperatif bakım, öz duyarlılık, birey merkezli bakım

2. SUMMARY

Title of Thesis: Evaluation of the Relationship Between Operating Room Nurses' Self-Sensitivity and Person-Centered Perioperative Care

Student Name, Surname: Ece Uzun

Supervisor Name: Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar

Program Name: Nursing Master's Program with Thesis

Objective: This study was conducted to evaluate the relationship between operating room nurses' self-compassion and their level of person-centered perioperative care giving.

Materials and Methods: The sample of the descriptive and correlational study consisted of 349 operating room nurses working in three different hospitals. The data were obtained by the researcher through face-to-face interviews on 01/09/2023-01/12/2023 within an average of 15 minutes. Sociodemographic Data Form, Self-Compassion Scale and Person-Centered Perioperative Nursing Scale were used to collect the data. Nurses working in the operating room for less than 3 months were excluded from the study. Descriptive statistical methods, reliability analysis, parametric tests, t test in independent groups, one-way analysis of variance and Pearson Correlation analysis were used in the analysis of the data.

Results: The nurses' self-compassion and person-centered perioperative nursing scores were $3,46\pm 0,59$ and $80,4\pm 11,2$, respectively. A significant correlation was found between self-compassion, awareness of sharing, and self-judgment, which are sub-dimensions of self-sensitivity, and person-centered perioperative nursing level, and between self-compassion level and information sharing, which is a sub-dimension of person-centered perioperative nursing ($p<0,05$). Positive correlations were found between the sub-dimensions of both scales ($p<0,05$). Gender, age, educational level, and length of employment had statistically significant effects on different sub-dimensions of both self-compassion and person-centered perioperative nursing ($p<0,05$).

Conclusion: It was determined that there was a positive relationship between the level of self-compassion and person-centered perioperative care, and that sociodemographic characteristics and characteristics related to professional life had an effect on these concepts. Interventions to increase the level of self-compassion may positively affect the care behaviors of operating room nurses.

Keywords: Perioperative care, self-compassion, person-centered care

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık kavramı, bireylerin yaşam boyu içli dışlı olmak zorunda oldukları bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı: “*yalnızca hastalığın veya zayıflığın yokluğu değil, bedensel, zihinsel ve sosyal refahın tam anlamıyla var olduğu bir durumdur*” olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 1948). Sağlıklı yaşam şekli ise bireyin hayatı boyunca, sağlığı üzerindeki tüm davranışlarını kontrol edip düzenlediği yaşam şeklidir. Sağlıklı yaşam formunu benimseyen kişiler iyi olma hallerine devam ettikleri gibi sağlık durumları daha iyi bir hale gelmektedir (Yılmaz vd., 2006).

DSÖ, sağlık kuruluşları, devletler ve toplum, sağlığın korunması ve hastalık sürecindeki bakım faaliyetlerinin yürütülmesi için gerekli olan insan gücünün hemşireler olduğunu ve bu konudaki hizmetlerin tümünün hemşirelerce sağlanması gerektiğini düşünmektedir. Hemşirelerin görev alanları ve fonksiyonları düşünüldüğünde bu düşünce desteklenmektedir. Günümüzde hemşirelik, özel bir eğitim gerektiren, ortak bir ekiple çalışan ve ekip içerisinde görev ve sorumlulukları olan meslektir (Güner vd., 2006).

Hemşireler, çalıştıkları kurumların felsefesini benimseyerek kendilerini görevlendirildikleri pozisyon ve kuruma ait hissetmeleri gerekmektedir. Böylece hemşireler, işten tatmin olur, işe karşı bağlılık geliştirir, çalışmaya karşı motivasyonlu hale gelirler. Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization-ILO) hemşirelerin çalışma koşulları üzerinde yaptıkları çalışmada; hemşirelerin yöneticilerle yaşadığı sorunlar başta olmak üzere, yaşanan rol belirsizliği, iş yükü fazlalığı, hastaların bulunduğu ortamdan kaynaklı duygusal stres yaşama, çalışma ve nöbet saatleri gibi birçok konuda sorun yaşadıklarını belirtmiştir (Arcak vd., 2006).

Çalışma hayatının her meslekte olduğu gibi hemşirelik mesleğinde de bir takım fizyolojik ve psikolojik zorlukları bulunmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi, sağlık hizmeti almak için gelen bireyin sağlık durumunun iyi yönde değişmesi için, hemşirelik mesleği çok önemli bir noktadadır. Ameliyathane hemşireliği ise hemşirelik mesleğinin önemli branşlarından biri olmakla beraber özellikli alanlardan biri olarak kabul edilmektedir. Cerrahi işlem öncesindeki, sırasındaki ve sonrasındaki tüm faaliyetlerde ameliyathane hemşirelerine büyük görev düşmektedir. Ancak bu özellikli alanın karmaşık ve zorlu yapısı, taşıdığı riskler ve pek çok alana kıyasla çok daha fazla katı kural ve disipline sahip olunması gibi durumlar burada çalışan bireylerin psikolojik iyilik hallerinin olumsuz etkilenmelerine neden olabilmektedir. Psikolojik iyilik hali ile ilişkilendirilen önemli kavramlardan biri olan öz duyarlılık ise hemşireler ve diğer

sağlık profesyonellerinin iş doyumu, mesleki memnuniyetleri gibi kavramlarla ilişkilendirilerek incelenmektedir. Öz duyarlılık, bireyin kendisine ve çevresine özenli ve sevecen bir tutumla yaklaşması, olaylar karşısında çok yönlü düşünebilme becerisini kullanması ile örtüşen özellikleriyle hemşirelerin bakım davranışlarını önemli ölçüde etkileyen faktörlerden biridir (Özden & Parlar Kılıç, 2024). Bu kavram literatürde son yıllarda incelenen önemli alanlardan biri olsa da ameliyathane hemşirelerini içeren çalışmalar sınırlılık göstermektedir.

Öte yandan son yıllarda bakım sistemlerine dahil edilmesi istenilen ve kurumsal politikalara eklenmesi talep edilen birey merkezli bakım anlayışının önemi vurgulanmaktadır. Birey merkezli bakım, hastanın tüm ihtiyaçlarının karşılanması ve kendi bakım sürecinde karar verici mekanizmalardan biri olmasını savunan bakım yaklaşımıdır (McCormack & McCance, 2006). Bu sebeple bu çalışma literatürde sınırlı olan bu iki kavrama odaklanmak üzere planlandı. Bu araştırma; ameliyathane hemşirelerinin öz duyarlılık düzeyleri ve birey merkezli perioperatif hemşirelik uygulamaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütüldü.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Ameliyathaneye Genel Bakış

Sağlık hizmetleri, düzenli ve güvenilir olarak hastanelerde verilmektedir. Birçok özelliği kompleks olarak içinde barındıran hastanelerde, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin de yürütülerek hem birey hem de toplum sağlığının daha iyiye getirilmesi amaçlanmaktadır. Hastaneler genel anlamda ayakta tedavi hizmeti, yataklı tedavi hizmeti, ameliyathane ve ameliyat hizmeti ve rehabilitasyon hizmeti vermektedir. Ameliyathane hizmetleri hastaların önceden belirlenmiş sorunlarına yönelik olarak gerçekleştirilen cerrahi müdahale ile bireyin sağlığına kavuşmasının amaçlandığı birimlerdir (Başkan, 2003).

Ameliyathaneler, teknolojik ekipmanların kullanıldığı, çeşitli teknik ve yöntemlerin uygulandığı, ekip çalışmasının önemli olduğu, kararların hızlı alınması gerektiği ortamlardır. Hastalıkların tanısının ve tedavisinin cerrahi işlemlerle yapıldığı yer olarak bilinen ameliyathaneler; Latince kökenli “opus operis (iş) ve theatrum (toplanma yeri)” kelimelerinin bir araya gelmesi ile oluşmuştur. 1600 yılında Aquapen Denteri Heironymus Fabricus’ un Padua’ da inşa etmiş olduğu bina tarihte ilk ameliyathane olarak bilinmektedir. Kabaca bir ameliyathaneyi oluşturan bölümler (Başkan, 2003):

- Dinlenme ve soyunma odası
- Anestezi odası
- Sterilizasyon ünitesi
- Derlenme ünitesi
- Ameliyat odasından oluşmaktadır.

Hastanelerin en önemli alanlarından olan ameliyathanelerin koşulları ve malzemelerin durumu ameliyat sürecini doğrudan etkilemektedir. Sağlık Bakanlığı (SB), kamu hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite eğitim araştırma hastaneleri dahil olmak üzere tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının ameliyathanelerinin taşınması gereken özellikleri detaylı bir şekilde belirlemiştir. Bunun yanı sıra ameliyathanelerin türüne bakılmaksızın bazı cihazların ameliyat salonlarında ortak bulundurulmaları gerekmektedir (SB, 2009). Aşağıdaki tabloda ameliyathanelerde ortak olarak bulunması gereken cihazlar verilmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Ameliyathanelerde ortak olarak bulunması gereken cihazlar

TÜRÜ	MİKTARI
Ameliyat masası (salon başına)	1 adet
Ameliyat tavan lambası	1 adet
Anestezi cihazları	1 adet
Negatoskop	1 adet
Seyyar ameliyat lambası (akülü)	1 adet
Otoklav	1 adet
Cerrahi aspiratör	1 adet
Elektro koter (yakıcı ve kesici)	1 adet
Işıldak (şarjlı /akülü)	1 adet
Tansiyon aleti / stetoskop	1 adet

Kaynak: T.C Millî Eğitim Bakanlığı Biyomedikal Cihaz Teknolojileri Ameliyathane ve Yoğun Bakım Ankara, 2012, (04.06.2024)

Belirtilen tüm bu özellikleriyle ameliyathaneler oldukça karmaşık bir yapıya sahip, multidisipliner ekip yönetimine ihtiyaç duyulan özel alanlardır ve ameliyathane hemşireleri bu özellikli birimdeki tüm süreçlerin yönetilmesinde önemli rol oynamaktadır.

4.2. Ameliyathane Hemşireliği Tanımı ve Sorumlulukları

Hemşireler, sağlıklı halin devamı ve sağlık kalitesinin yükselmesinde, sağlık durumu kötü durumda olan bireylerin tedaviye erişmesinde ve rahatının sağlanmasında önemli rol oynamaktadır. Ameliyathane hemşireliği ise ameliyat veya cerrahi işlemlerin uygulandığı bir hastanın ameliyatının öncesinde, sırasında ve sonrasında hastanın bakım ihtiyaçlarını üstlenen özel bir hemşirelik dalıdır. Ameliyathane hemşireleri pek çok farklı hemşirelik rollerini üstlenmektedirler (Kaymakçı, 2015).

Ameliyathanelerde cerrahi müdahaleler gerçekleştirilirken zaman oldukça önemlidir. Bu bağlamda hemşireler ekip çalışması içerisinde, görev ve sorumluluklarının bilincinde olarak çalışmalıdır. Ameliyathanelerde hastalara, kaliteli ve standardı yükseltilmiş hizmetler sunulmalıdır. Hem hastanın hem de çalışanların güvenliği için, birtakım kalite standartları benimsenmelidir. Aralıklarla eğitimler verilerek bilgi güncelliği korunmalıdır (Bektaş, 2017). Ameliyatın gerçekleşmesinden önce, gerçekleştiği sırada ve sonrasında, uyulması gereken kurallara ameliyathane personeline eksiksiz olarak uyulmalıdır. Ameliyathane hemşireleri, ameliyat sürecinin düzenli ve kontrol altında tamamlanmasında görevlidirler. Ameliyathane

hemşirelerinin steril ve dolaşan hemşire olmak üzere tüm görevleri resmî gazete yayınlandığı hali ile aşağıdaki gibidir (Resmî Gazete, 2011):

“Steril” (scrub) hemşirelerin görev ve sorumlulukları

- Ameliyat boyunca steril olan alanda çalışmaktadır.
- Ameliyathanelerin steril kalması için çalışmaktadır. Hastadan herhangi bir hastalık bulaşmaması için çalışmaktadır.
- Ameliyathane içerisinde hastanın güvenliğinin korunmasını sağlamaktadır.
- Ameliyat öncesi, ameliyat süreci ve işlem çeşidine göre kullanılacak alet ve malzemeleri hazırlamaktadır.
- Ameliyat süresince cerrahi ekiple ortaklaşa çalışmaktadır.
- Ameliyat sırasında görev alan personelin el antisepsisini uygulamaktadır. Görevli personelin eldiven, maske ve önlük gibi ekipmanlarını giymesinde yardımcı olmaktadır.
- Ameliyat esnasında kullanılan malzemelerin sterilizasyonunu sağlamaktadır.
- Hastanın steril kalmasını ve ameliyat süresince mikropla temas etmemesini sağlamaktadır.
- Ameliyathanedeki cerrah tarafından kullanılacak malzemelerin düzenlenmesinde ve cerrahın ihtiyaç sırasına göre kullanacağı malzemeleri vermektedir.
- Cerrahi işlem sırasında ihtiyaç duyulacak olan iğne, iplik gibi sarf malzemelerin kullanım miktarına göre hazırlık yaparak, kullanılacak duruma getirmektedir.
- Ameliyat işlemi bittikten sonra, tüm alet edevatları, dolaşıcı hemşireyle beraber toplayarak sayımını yapmaktadır.
- Ameliyat esnasında doku örneği alındıysa, örnekleri dolaşıcı hemşireye güvenli bir şekilde ulaştırmaktadır.
- Ameliyat sonrası malzemelerin temizlenmesini, sayılmasını, listeye uygun şekilde hazırlanmasını, steril edilmesini ve kullanıma hazır bulundurulmasını sağlar.

Dolaşan (Sirküle) hemşirelerin yetki ve sorumlulukları

- Ameliyathaneye getirilmiş olan hastanın, bakımından sorumludur.
- Ameliyat gerçekleşmeden önce, gerçekleştikten sonra ve ameliyat sırasında kullanılacak malzemeleri, cerrahi ekibe sağlamaktadır.
- Hastanın varsa ameliyat korkusunu ya da endişesini azaltma adına psikolojik destek sağlamaktadır.

- Hasta için güvenli ve konforlu çevre sağlamada ekibi gözleyerek yardımcı olmaktadır.
- Hasta güvenliğini ve hasta bakımı için gerekli olan tüm uygulamaları gerçekleştirmektedir.
- Dolaşan hemşire, ameliyat işlemi sonrasında, hastanın, ünite hemşirelerine; cerrahın önerilerini yazılı ve sözlü olarak teslim etmektedir.
- Hastanın kimliğini kontrol ederek, hasta bilgilerini gözden geçirmektedir.
- Hastanın ameliyat masasına yatırılması, hastaya uygun pozisyonun verilmesi ve hastanın özel hayatının sınırlarının korunmasını sağlamaktadır.
- Cerrahi doku örneklerini (spesmen) uygun şekilde hazırlar, etiketler, kaydeder ya da kaydedilmesi için sekreterliğe teslim eder ve laboratuvara gönderilmesini sağlamaktadır.

Ayrıca ameliyat sonrası süreçleri yönetmekle görevli olan derlenme hemşireleri ise ameliyat bittikten sonra anestezinin etkisinin geçmesini ve hastanın bilinçli hale gelmesini takip etmektedir. Derlenme odasına getirilen hasta, derleme odası hemşirelerince monitöre bağlanarak yaşamsal fonksiyonları kayıt altına alınmaktadır. Yaşanılacak problemlerde, cerrahi ekip ve anestezi uzmanlarınca uygun görülen ilaçları hastaya vermektedir. Hastanın tedavi sürecine bağlı olarak servise gönderilmesini ve servis hemşirelerinin bilgilendirilmesini organize etmektedir (Günerli, 2000).

Ameliyathane hemşireleri kendilerine verilen görev ve sorumlulukları kompleks olmayan, değişken ve müdahale durumuna göre bir fiziksel donanımla gerçekleştirmektedir. Ameliyat öncesinde hastalar, psikolojik ve fiziksel olarak değerlendirilir, işlem şekline göre uygun pozisyon belirlenir ve kullanılacak malzemeler eksiksiz hazırlanır. Ameliyat süresince hijyen ve sterilizasyon, hastanın pozisyon değişikliği, hastanın durumunun kontrolü ve ameliyathanenin düzen ve kontrolü ameliyathane hemşirelerinin sorumluluk alanı içerisindedir (Kanan, 2011).

Ameliyathanelerde görev yapan hemşire, üstüne düşen görev ve sorumlulukları, aciliyetine uygun şekilde, fiziksel donanım içerisinde gerçekleştirmektedir. Ameliyathane hemşiresi, cerrahi işlem öncesinde, üzerine düşen rol gereği, hastayı emosyonel ve spiritüel olarak değerlendirmektedir. Hastanın gerek fiziksel gerek psikolojik özellikleri tespit edilerek hastanın bilgilendirilmesi sağlanmaktadır (Kanan, 2011).

Gerek ameliyathanelerin fiziksel yapısı gerek hemşirelerin rol ve sorumlulukları ameliyathanede kapsamlı ve sistematik bir bakım anlayışının olmasını gerektirmektedir.

4.3. Ameliyathanede Hemşirelik Bakımı- Perioperatif Bakım Süreci

Ameliyathane hemşireliği, 1985 yılında, ameliyat sürecinin, öncesini, sonrasını ve ameliyat anını ifade edecek şekilde; perioperatif hemşirelik olarak isimlendirilmeye başlamıştır. Bu tanım ameliyathane hemşirelerinin, görev ve yetki alanları başta olmak üzere, ameliyat işleminin her anını kapsadığından dikkat çekici bir tanımdır (Gümüşkaya, 2010).

Perioperatif hemşirelik kavramı, cerrahi müdahale için hastaneye yatırılmış olan hastanın yatış işlemi yapıldıktan sonra başlayıp ameliyat sürecini, ameliyat sonrası ayılma sürecini, hastanın ilgili servise ya da yoğun bakım servisine nakline kadarki süreçteki hemşirelik bakım hizmetlerini ifade etmek için kullanılmaktadır. Perioperatif süreç içerisindeki başarı ve kalite, cerrahi ekibin bilgi ve becerisinin yanında, ameliyat işleminden önceki hazırlıklar ve ameliyattan sonraki bakım sürecinde perioperatif hemşirelerin bakım ve hizmet kalitesine göre belirlenmektedir (Özbaş, 2011). Ameliyattan önce başlayarak cerrahi müdahale süresince devam eden ve hastanın ilgili servise nakliyle tamamlanan perioperatif hemşirelik süreci ameliyat sonrası başarıya önemli katkılar sunmaktadır.

Dünyanın farklı ülkelerinde (Avusturalya, Kanada, İskoçya ve İsveç) yapılmış olan bir araştırmada, Algılanan Perioperatif Yeterlilik Ölçeğiyle perioperatif hemşirelerinin yeterlik algılarını belirleyerek karşılaştırmak ve aynı zamanda, uzmanlık eğitiminin ve ameliyathane deneyimi süresinin yeterlik algıları üzerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmanın sonucunda, ülke fark etmeksizin uzmanlık eğitimi almış olan perioperatif hemşirelerin, uzmanlık eğitimi almayanlara kıyasla daha fazla yeterlilik durumu saptanmıştır. Ülkeler arası farklılıkların ameliyathane deneyim süresinden kaynaklandığı; 6-10 yıl deneyimli İsveçli hemşirelerin Avustralyalı hemşirelere nazaran daha düşük perioperatif yeterlik algıladıkları, 10 yıl üstü deneyime sahip İsveçli hemşirelerin de diğer üç ülkenin hemşirelerine göre perioperatif yeterlik algılarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Gillespie vd., 2018)

Perioperatif hemşirelik süreci, preoperatif, intraoperatif ve postoperatif olmak üzere üç alt sürece sahiptir (Kapritsou & Plastiras, 2022). Ameliyat işlemi, planlı ve hazırlıklı olabileceği gibi aniden gelişen ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan durumlarda da gerçekleştirilebilir. Her duruma karşılık perioperatif süreç içerisinde gerçekleştirilecek prosedürler ve bakım

hizmetleri, perioperatif dönemi güvenli ve etkili hale getirecek, potansiyel olarak komplikasyonları önleyecek ve hastanın genel fiziksel, zihinsel ve sosyal refahını iyileştirecektir (Gündoğdu, 2018).

4.3.1. Ameliyat Öncesi (Preoperatif) Hemşirelik Bakımı

Preoperatif süreç olarak tanımlanan süreçte hastanın servise yatırılması ve ameliyata hazırlanması sağlanmaktadır. Cerrahi müdahale için hastaneye yatırılan hastalarda korku ve endişeye bağlı olarak travmalar çok sık görülmektedir. Bu durumun altında yatan sebepler ise hastanın cerrahi müdahale sürecinde hayatını tehdit edebilecek bir durumun oluşması, ameliyat sonrası hayat standartlarında değişikliklerin yaşanması gibi risk faktörlerinin bulunması şeklindedir. Hastadaki endişe ve korkuya bağlı anksiyetenin oluşmasında en önemli durum ise cerrahi sürecin hastalara net bir şekilde anlatılmamasından meydana gelmektedir. Preoperatif (ameliyat öncesi) hemşirelik bakım süreci, hastanın kabul edilmesi, hasta hakkındaki değerlendirilmelerin yapılması, hastanın ameliyat öncesi ve sonrası davranışlarının eğitiminin verilmesi ve ameliyat sonrasındaki süreçteki iyileşme ve taburcu olma sürecinin planlandığı süreçtir. Ameliyat öncesi hemşirelik hizmeti, cerrahi müdahale ile iyi sonuçların alınmasını sağlayacaktır (Espinoza vd., 2016; Mellinger & McCanless, 2010; Yaban vd., 2007).

Preoperatif süreçte hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları şu şekilde sıralanmaktadır:

- Hastanın geçmiş ruhsal ve fiziksel hastalık geçmişi, cerrahi operasyon geçmişi, alerjik reaksiyon durumu, anesteziye karşı verecek olduğu tepki, ameliyat öncesi ya da sonrası kullanacak olduğu ilaçlar ve ilaç kullanma alışkanlıklarının bilinmesi gerekmektedir. Bu veriler elde edilirken, hasta risklere karşı uyarılmalı ve süreç içerisinde hastaya destek verilmelidir. (Kanıt Düzeyi Yüksek) (Fındık & Topçu, 2015).
- Hastanın zararlı alışkanlıkları ve bağımlılıklarının olup olmadığı öğrenilmeli, cerrahi işlemin en az 8-10 hafta öncesinde zararlı alışkanlıklarını (alkol, sigara, uyuşturucu) bıraktığı izlenmelidir (Kanıt Düzeyi: Yüksek) (Kaka vd., 2017).
- Hasta ameliyata girmeden önce derin nefes alma ve ekstremiteler egzersizleri uygulatılmalıdır (Kanıt Düzeyi: Orta) (Katsura vd., 2015)

- Ameliyat işlem türüne göre hastanın açlık durumu kontrol edilmelidir. Uzun süre aç kalan hastanın insülin düzeyi düşeceği ve kendini mutsuz hissedeceği göz önünde bulundurulmalıdır (Kanıt Düzeyi: Yüksek) (Çelebi & Yılmaz, 2019).
- Hemşireler özellikle hiperglisemi teşhisi almış olan hastalarda, hipoglisemi oluşmasını engellemek adına kandaki glikoz oranını düzenli aralıklarla ölçmeli ve gerektiğinde tedavi uygulamalıdır. (Kanıt Düzeyi: Orta) (Çelebi & Yılmaz, 2019).
- Cerrahi müdahale sırasındaki enfeksiyon riskini azaltma adına en az bir saat öncesinde hastanın durumuna göre antimikrobiyal profilaksinin yapılması gerekmektedir (Kanıt Düzeyi: Yüksek) (Marul & Aygin, 2016).
- Hastanın termoregülasyonunun bozulması koagülasyon durumunu bozabileceği için kanama artabilmektedir. Bu nedenle hastanın vücut ısısı sürekli ölçülmeli ve vücut sıcaklığı istenilen seviyede tutulmaya odaklanılmalıdır (Kanıt Düzeyi: Yüksek) (Bölükbaş & Birlikbaş, 2019)
- Postoperatif süreçte cerrahi müdahale yapılan yaranın bakımına engel olmayacaksa, vücutta bulunan kıl ve tüyler temizlenmemelidir (Kanıt Düzeyi: Yüksek) (Balkan & Çelebi, 2020).
- Hastaya yapılacak cerrahi müdahale eğer önceden belli ise, hasta ameliyattan bir gün önce antiseptik ile duş alması sağlanmalıdır (Kanıt Düzeyi: Yüksek) (Marul & Aygin, 2016).

4.3.2. Ameliyat Sırası (İntraoperatif) Hemşirelik Bakımı

İntraoperatif (ameliyat sırası) süreç, hastanın cerrahi müdahale için ameliyathaneye alınması ile başlayarak hastanın anestezinin etkisinden çıkıp bakım ünitesine, ilgili servise veya doğrudan iyileşme sürecine gireceği ve ameliyathane dışındaki alana nakledilmesi ile sona ermektedir. Bu süreç içerisinde ameliyathane hemşirelerinden intraoperatif hemşirelik bakımı ile görevlendirilmiş olan hemşireler, hastanın hemşirelik bakım hizmetlerini vermektedir (Spry, 2016).

İntraoperatif hemşire; ameliyat işlemi öncesi, ameliyathaneye alınmış olan hastanın bilgilerini doğrular ve evrak kontrollerini gerçekleştirir. İşlem yapılacak bölgeyi onaylar. Hastanın verdiği tepkileri ölçer. Hastaya uygulanacak cerrahi işleme göre hastanın pozisyon almasını sağlar.

İntraoperatif süreçte hemşireler, cerrahi işleme alınacak olan hastaları monitörize etmektedirler. Hasta güvenliği, duygusal destek, işlemin kolaylaştırılması, enfeksiyonun önlenmesi ve hastanın anestezi ve cerrahi müdahaleye tatmin edici fizyolojik tepkisine odaklanmaktadır. Ameliyathane hemşiresi; cerrahi müdahale sırasında hastanın güvenliğinin ve konforunun sağlanması, fonksiyonların sürdürülmesinden, izlenmesinden ve yapılan bakımın kayıt altına alınmasından sorumludur. Bu süreçte hemşire hastanın vücut ısısını izler ve ağrısını kontrol etmektedir. Hasta için uygun pozisyon vererek olası basınç yaralanmalarını engellemektedir.

İntraoperatif süreç içerisinde hemşirelik bakım hizmetleri, hastanın güvenliği, cerrahi işlemin hızlı ve kolay gerçekleşmesi, oluşabilecek enfeksiyonların önlenmesi gibi konularda hizmet vermektedir (Arslan, 2021).

Hastaya bilgi ve psikolojik destek sağlanması, hastanın fizyolojik ve psikolojik olarak optimal düzeye daha hızlı ulaşmasını sağlamaktadır (Eyi vd., 2016).

Ameliyat sırasında hemşireler; hastanın mahremiyetinin korunması, konforunun sağlanması, anestezi etkisindeki hastanın yaşam fonksiyonlarının takip edilmesi, yapılan işlemlerin kaydedilmesi, hastanın ağrı sızı gibi fiziksel tepkilerinin kontrol edilmesi ve vücut ısısının ölçülmesini yapmaktadır. Ameliyathaneye alınan hastaya; psikolojik ve fizyolojik destek sunarak, hastayı bu bağlamda bilgilendirip, hastanın cerrahi süreç içerisinde en uygun seviyeye gelmesini hızlandırmaktadır (Eyi vd., 2016).

Kanıt dayalı hemşirelik uygulamaları kapsamında hemşirelerin intraoperatif süreç içerisindeki uygulamaları şu şekilde sıralanmaktadır:

- Hastanın hipotermi riski göz önünde bulundurularak, ameliyat süresince ısıtılmış intravenöz infüzyonlar ve eksternal ısıtıcılar aracılığı ile hasta vücut sıcaklığı normal düzeyde tutulmalıdır (Kanıt Düzeyi: Orta) (Bölükbaş & Birlikbaş, 2019).
- Cerrahi alan içerisinde enfeksiyon riski bulunduğundan iyodoform içeriği olmayan kesik örtülerin cerrahi süreçte kullanılmaması sağlanmalıdır (Kanıt Düzeyi: Yüksek) (Marul & Aygin, 2016).
- Anestezi sebebi ile hasta, ameliyat sonrası bulantı ve kusma yaşayacağından dolayı kusmayı uyaracak kombine antiemetiklerin kullanılmasından uzak durulmalıdır (Kanıt Düzeyi: Yüksek) (Stenberg & ark., 2022).

- Ameliyat sırasında hastanın sıvı dengesinin korunması için uygulamalar yapılmalıdır (Kanıt Düzeyi: Orta) (Engelman vd., 2019).
- Anestezi işlemi uygulanırken hastanın yaşamsal fonksiyonları izlenmeli ve hastanın bilinç düzeyi kontrol edilmelidir (Kanıt Düzeyi: Yüksek) (Stenberg & ark., 2022).

4.3.3. Ameliyat Sonrası (Postoperatif) Hemşirelik Bakımı

Postoperatif süreç, ameliyat edilmiş olan hastanın, ameliyathaneden ayrıldığı zaman diliminden sağlıklı olarak görülüp taburcu edildiği zaman dilimine kadarki süreci kapsamaktadır. Bu süreç içerisinde bakım faaliyetleri, hastanın beden ısısı, su-tuz dengesi, asit-baz dengesi, kan şekeri düzeyi ve benzerinin yeniden oluşması, hayati eylemlerin devamlılığının sağlanması, hastanın cerrahi işlem sonrası gündelik hayata dönmesinin kolaylaştırılması konularında hastaya destek olmak amaçlanmaktadır (Goodman vd., 2014). Bu süreç içerisinde hemşirelerden uygulanması beklenen kanıta dayalı uygulamalar şu şekildedir:

- Hasta ameliyattan çıktığı gün en az 2 saat, hastanede kaldığı süre boyunca, ameliyat sonrası diğer günler en az 6 saat yatak dışında kalması sağlanmalıdır (Kanıt Düzeyi: Orta) (Ersoy & Gündoğdu, 2007).
- Cerrah görüşü ve bilgisi dahilinde hastanın oral beslenmesi ve sıvı tüketilmesi teşvik edilmelidir (Kanıt Düzeyi: Orta) (Nelson & ark., 2019).
- Hastanın ağrı ya da sancı çekme durumu varsa multimodal ağrı yönetimi yöntemleri uygulanarak nonfarmakolojik girişimlere öncelik tanınmalıdır (Kanıt Düzeyi: Yüksek) (Temple & ark., 2017).
- Hastaya eğer sonda, dren vb. medikal uygulamalar yapıldıysa, en kısa sürede çıkarılmalı ve enfeksiyon değerleri kontrol edilmelidir (Kanıt Düzeyi: Yüksek) (Aksoy & Yılmaz, 2018).
- Ameliyattan sonraki süreçte hastanın kan şekeri ve kan basıncı değişeceği için, insülin ve tansiyon ölçümleri düzenli olarak yapılmalıdır (Kanıt Düzeyi: Orta) (Engelman vd., 2019).
- Taburcu edilmeye hazır olan hastalar, gerekli kontroller sağlandıktan sonra taburcu edilmelidir (Kanıt Düzeyi: Yüksek) (Engelman vd., 2019).

- Hastaneden taburcu edilmiş olan hastalar, 2-4 gün içerisinde telefon vasıtası ile ulaşılarak sağlık durumları kontrol edilmeli ve bir aylık süre sonunda son görüşme yapılmalıdır (Kanıt Düzeyi: Yüksek) (Engelman vd., 2019).

Postoperatif süreç, hastanın ameliyathaneden çıkması ile başladığı için; anestezi sonrası bakım uygulamaları ve klinikte bakım uygulamaları şeklinde iki gruba ayrılmaktadır (Skinner, 2013).

Ayılma ünitesindeki süreçte hasta için hedeflenen temel durum, sadece hastanın anestezi etkisinden çıkmasını değil, eğitiminin sağlanması, psikolojik ve fiziksel desteğin sunulması, hayati fonksiyonlarının düzenli hale gelmesinin sağlanması, cerrahi müdahale yapılan bölgede kanama ya da açılmanın olmasının engellenmesi gibi işlemler yapılmaktadır (Tohumat ve Kanan, 2017).

Ayılma ünitesindeki işlemleri tamamlanan hastanın ilgili kliniğe nakli gerçekleşmektedir. Kliniğe alınmış olan hastanın genel durumu kontrol edilerek bilinç durumuna bakılmalı, hayati fonksiyonları kontrol edilmeli, vücut ısısı gibi izlemleri yapılmalıdır. Postoperatif sürecin klinikte bakım hizmetlerinin verildiği zaman diliminde, hastanın iyileşme durumu incelenerek tepkileri kaydedilir ve evdeki bakımına yönelik bilgilendirmeler yapılır (Fındık, 2016).

4.4. Birey Merkezli Yaklaşım

Birey merkezli yaklaşım kavramı, sağlık hizmetleri içerisinde, hasta olarak değerlendirilen bireyleri, kendine has bir birey olarak kabul etmek, hastaya birey olduğu için saygı göstermek, hastanın güvenini kazanmak ve terapötik iletişim kurma gibi yaklaşımları içeren uygulamaların genel adıdır (McCormack vd., 2016). Hemşirelik mesleğinde birey merkezli olmaya yönelik kuramsal çalışmalar gerçekleştirilmektedir. Bu çalışmalar, yaşlı bireylerin bakımından, ameliyat hastalarının bakımına ve diğer pek çok hemşirelik bakım alanlarına dair, birey merkezli uygulamaların saptanmasına yöneliktir (McCormack & McCance, 2006: Nolan vd., 2006).

Birey merkezli hemşirelik uygulamaları konusunda çalışmalar yapan McCance ve McCormack (2006), çalışmaları kapsamında psikoloji alanında kendini ispatlamış Carl Rogers'in, psikoloji ve toplum sağlığı üzerine yapmış olduğu çalışmaları referans göstererek, birey merkezli hemşirelik kuramsal çerçeve çalışmasını dört ana başlık altında toplamışlardır:

- ⇒ **Öncül Şartlar:** Bakım hizmetini gerçekleştirecek olan hemşirelerin, donanım ve ilgi düzeylerine odaklanmaktadır. Hemşireler, almış olduğu eğitimi, insan ilişkilerindeki başarısını, ekip çalışmasına ve mesleğe aidiyet duygusunu, kendi inanç ve değerlerini benimseyerek kendini tanımalıdır.
- ⇒ **Bakım Ortamı:** Bakım sürecinin gerçekleşeceği ortamın şartlarına ve işleyiş düzenine odaklanmaktadır. Bu bağlamda, bakım hizmeti verecek olan hemşirelerin koordine çalışma durumlarına, ekip çalışmasındaki başarılarına, gücü paylaşabilme ve gerekli riskleri alarak liderlik edebilme potansiyellerine odaklanmaktadır.
- ⇒ **Birey Merkezli Süreçler:** Bakım süreci içerisinde, bireyin inanç ve değerleri, hastanın sürece fiziken ve ruhen katılımı, hastayla empati yapılmayı, hastanın fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmasını içermektedir.
- ⇒ **Beklenen Sonuçlar:** Birey merkezli hemşirelik hizmetinin sonuçlarına odaklanmaktadır. Birey merkezli hemşirelik bakımının beklenen sonuçları, bireylerin bakım hizmetlerinden memnun kalması, iyileşme sürecinin hızlanması ve terapötik iletişim kültürünün oluşturulması gibidir (McCormack vd., 2010).

McCormack ve ark., (2010)'nin yapmış olduğu bu kuramsal araştırma, hemşirelik uygulamaları açısından, birey merkezli hemşirelik bakımının işleminde oldukça kabul görmektedir. Birey merkezli hemşirelik hizmeti sunma hususunda, hemşirelerin profesyonel yetkinlik düzeyleri ve kendilerini tanıyıp ifade etme becerileri oldukça önemlidir. Buna ek olarak bakım ortamlarının birey merkezli hemşirelik hizmeti verilmesinde kritik önemi vardır (McCormack & McCance, 2006).

Birey merkezli bakımın tüm kavramları ile cerrahi girişimlere ilişkin tüm bakım süreçlerine hemşireler tarafından dahil edilmesi, hastaların yaşadığı korku, endişe, anksiyete gibi bireye özgü kabul edilen duyguların yönetilmesine ve bireysel fizyolojik ihtiyaçların belirlenmesine fayda sağlayarak iyilik haline ulaşmayı hızlandırabilir (Terzi ve Kaya, 2017). Ancak literatür, perioperatif süreçte "birey merkezli bakım" kavramının uygulandığı çalışmalar açısından sınırlılık göstermektedir. Yayınlanan bir analiz çalışmasında dahil edilen 12 araştırmanın sonuçları incelendiğinde, birey merkezli bakım sürecinde sıklıkla karar alma ve bilgi sağlama yolu ile hastanın cerrahi süreçlere dahil edildiği belirtilmiş ve literatürün bu konuda kısıtlı olduğu vurgulanmıştır (Leonardsen vd., 2024).

4.5. Bakımın Sürdürülmesinde Hemşireler İçin Önemli Bir Kavram: Öz Duyarlılık

Neff (2003)'e göre, öz duyarlılık kavramı, Budizm dininin öğretilerinden yola çıkılarak literatüre kazandırılmış bir kavramdır ve öz duyarlılık birbirleri ile karşıtlık oluşturan ve iç içe geçen alt boyutlardan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; öz sevecenliğe karşı öz yargılama, paylaşımların bilincinde olmaya karşı izolasyon (yabancılaşma) ve farkındalığa (bilincinde olma) karşı aşırı özdeşleşme olarak yapılandırılmıştır. Günümüze daha yakın tarihli araştırmalar (Zeng vd., 2016; Lopez vd., 2018); öz duyarlılık kavramının, Budizm öğretisi ile aralarında anlamlı bir ilişkinin olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda Neff (2003) tanımının literatürdeki geçerliliği ve en yaygın kullanılan tanım olduğu belirtilmektedir.

Öz sevecenlik kavramı bireyin taşımakta olduğu tüm özellikleri, samimiyet ve hassasiyetle kabullenmesi ve kendisine bu bağlamda yaklaşması olarak aktarılmaktadır. Öz sevecenliği yüksek olan bireylerin olası hatalarını bile kabul ederek, kendisine karşı acımasız davranmadığı ve her halükârda sevgiyi hak ettiği belirtilmiştir (Barnard & Curry, 2011). Öz yargılamanın ise bireyin kendisini hedef alarak kişisel özelliklerine karşı düşmanca yaklaşması ve kendini eleştirmede çok acımasız davrandığı ifade edilmektedir. Öz yargılaması, öz sevecenliğini geçen bireylerin, kendilerini ifade etmede ve fikirlerini özgürce aktarmada kendilerini yetersiz gördükleri aktarılmaktadır (Brown, 1998).

Paylaşımların bilincinde olma alt boyutunda ise bireyin daha çok ana odaklanarak, şimdinin farkında olması olarak ifade edilmektedir (Shapiro vd., 2005). Bu farkındalık durumu, salt biliş dünyasına ait bir farkındalığın ötesinde; anın içerisinde yaşanan olay ve olgulara karşı ilgi duymayı ve olaylara dahil olmayı içerdiği belirtilmektedir (Kabat-Zinn, 2003; Erdal, 2022). Farkındalığın oluşması ve bireyin bu farkındalığın içerisinde yerini bulabilmesini engelleyen durumlar ise, “fazlaca tanımlama” ve “kaçınma” şeklinde iki ayrı durum bulunmaktadır (Barnard & Curry, 2011).

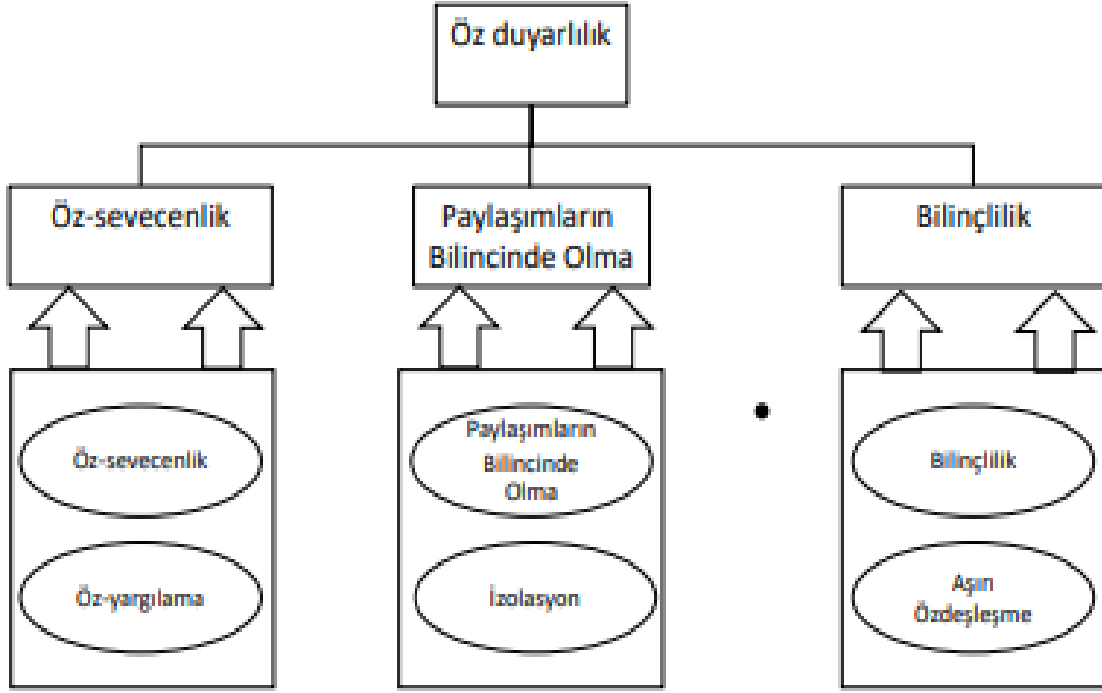
Farkındalığın karşıtı olarak fazla tanımlama, bireylerin, kendisinde bulunan ya da bulunmayan özellikleri çok fazla düşünmesi ve bunun sonucunda anı kaçırmaları olarak ifade edilmektedir. Kaçınma davranışında ise bireyler; negatif duygu, düşünce ve deneyimlerinden yola çıkarak, andan uzaklaşması ve olaylara dahil olmamasını ifade etmektedir (Gilbert & Procter, 2006).

Bireylerin öz duyarlılıkları sayesinde kendi gelişimlerini daha iyi inceleyebilecekleri ve daha hızlı gelişebilecekleri duygusal olarak güven içerisinde oldukları bir ortamda bulunmalarının

önemine vurgu yapılmaktadır. Bu bağlamda, bireyin kendisini geliştirebilmesinin kendini eleştirmekten ziyade, kendisini daha sağlıklı ve daha iyi hale getirme istencinin olması gerektiği ifade edilmektedir (Neff, 2004). Birey öz duyarlılığı sayesinde, kendisini daha iyi geliştirebilmekte ve daha sağlıklı, daha kaliteli bir yaşam sürmektedir.

Öz duyarlılık kavramı çok sık öz saygı kavramı ile karıştırılmakta ve kullanımda hatalar oluşturmaktadır. Rosenberg (1965), öz saygısı yüksek olan bireyi: “*kendisine saygılı olan, kendini yeterli gören, kendini diğerlerinden kesinlikle daha iyi olarak görmese bile kendini daha kötü olarak da görmeyen*” birey şeklinde tanımlamaktadır. Öz saygı tanımının içerisindeki bazı kavramlar birçok araştırmacı tarafından eleştirilmektedir. Öz duyarlılık ile öz saygı arasındaki farkları tespit etmek isteyen Kirkpatrick ve Rude (2007), laboratuvar ortamında gerçekleştirdikleri çalışmalarda, öz duyarlılık kavramının kaygı ve strese karşı koruyucu bir rol üstelenebileceği fakat öz saygının bu bağlamda herhangi bir etkisinin olmadığı sonucuna varmışlardır.

Günümüzde öz duyarlılık alanında yapılmakta olan çalışmaların birçoğunda Neff (2011)’in “öz duyarlılık ölçeği” kullanılmaktadır. Öz duyarlılığın alan yazında, iyi olma hali, başkalarına karşı duyarlılık, kendisini ya da başkalarını affetme gibi olguların yanında uyku ve yaşam kalitesine etkileri gibi fiziksel etkilerinin de olduğu tespit edilmiştir. Neff (2011)’in öz duyarlılık ölçeği şeklindeki gibidir (Şekil 1):



Şekil 1. Öz duyarlılık bileşenleri (Neff, 2011)

Yapılan bir araştırmada öz duyarlılığı gelişmiş olan bireylerin hayata daha olumlu baktıkları ve depresyon semptomlarının görülme sıklığının daha az olduğu görülmektedir. Başkalarına karşı duyarlı olmanın ise psikolojik iyi oluş ile aralarında bir bağlantı olmadığı ifade edilmiştir (Lopez vd., 2018; Stapleton vd., 2018)

Öz duyarlılık üzerine yapılan çalışmaların birçoğu, öz duyarlılığı gelişmiş olan bireylerin, olumsuz ya da kötü olaylar karşısında tepkilerini daha kontrollü gösterdiklerini ve zorluklarla mücadele etme konusunda daha sağlıklı hareket ettiklerini, olumsuz ve kötü olaylara soğukkanlı tepkiler verdiklerini ispatlamaktadır (Neff vd., 2007; Germer vd., 2013)). Öz duyarlılığı yüksek olan bireylerin, daha hoşgörülü, daha anlayışlı ve sorumluluk almaktan kaçınmayan bireyler olduğu gibi bunun tam tersi olarak, başarısız olunan olaylarda; sorumlulukları kabul etme ve durumun başarılı hale gelmesi için, sorumluluk alarak hareket etme oranlarının, öz duyarlılığı zayıf olan bireylere nazaran daha fazla olduğu belirtilmektedir (Leary vd., 2007).

Öz duyarlılık seviyesi yüksek biri olmanın, kişiyi etkisiz hale getireceği yönünde ortaya atılmış olan görüşler de bulunmaktadır. Öz duyarlılığı yüksek olan kişiler, başarısızlıkla karşılaştıklarında ya da kötü olaylar yaşadıklarında kendilerini yargılamadıkları ve yaşadıkları başarısızlıklara karşı kayıtsız kaldıkları anlamına gelmemektedir. Tam tersine öz duyarlılığı gelişmiş olan bireylerin başarısızlıklarının farkında olarak, kendi yetersizliklerini ya da hatalarını daha iyi görebilecekleri ve ilerleyen süreçte buna göre hareket etmeleri adına güç bulabilecekleri bir durum oluşturmaktadır (Neff, 2003).

4.5.1. Öz Duyarlılığın Üç Bileşeni

Kavram olarak birbirinden farklı olarak görülen öz duyarlılık alt boyutlarından, öz sevecenlik, paylaşımcı olma ve farkındalık gelişimi aralarında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. Bu öğeler, öz-duyarlık üzerine geliştirilen bir ölçeğin alt boyutları olarak da anılan öz sevecenliğe karşı öz-yargılama, paylaşımların bilincinde olmaya karşı izolasyon ve bilinçliliğe karşı aşırı özdeşleşmedir (Neff vd., 2007).

Öz duyarlılık (self-compensation), Türkçe’de aynı zamanda öz anlayış, öz farkındalık, öz şefkat kavramları ile de ifade edilmektedir (Yağbasanlar, 2017). Öz duyarlılık en geniş anlamda; bireyin kendi istek ve ihtiyaçları çerçevesinde hareket etmesi, hissettiği ve içerisinde bulunduğu duyguların farkında olması, kendisine karşı destekleyici bir tutum sergileyerek, kendini sevmesi ve olayları kabullenmesi olarak tanımlanmaktadır (Neff, 2011; Zhang & Chen, 2016). Öz duyarlılık kavramı, üç temel özellik ve bu üç temel özelliğin karşılıkları ile açıklanmaktadır. Öz duyarlılığın üç temel bileşeni şu şekilde sıralanmaktadır (Neff, 2003):

- Kendine karşı nazik olmak
- Ortak insanlık ve paylaşımcı olmak
- Olay ve durumlara karşı farkında olmaktır. Öz duyarlılığı yüksek olan bireyler, zor durumlardan geçerken, kendilerine karşı eleştiri yaparlarken daha nazik olma eğilimdedirler (Allen & Leary, 2012).

Öz duyarlılığın ilk bileşeni olarak görülen kendine karşı nazik olma, bireylerin olumsuzluklar karşısında kendilerini eleştirirken acımasız davranmamaları gerektiği üzerinde durmaktadır. Öz duyarlılık sahibi birey, karşısına çıkan zor ya da acı verici durumlarda, kendisini yargılamadan olaylara yaklaşmalıdır (Gilbert vd., 2006).

Öz duyarlılığın ikinci bileşeni olan ortak insanlık ve paylaşımcı olma durumu ise, bireyin karşısına çıkan zorlukların boyutu fark etmeksizin başka insanların da bu ve benzeri durumlarla karşılaştığını bilmesidir. Genelde öz duyarlılığı düşük olan bireyler, karşılaştıkları zorlukların ve yaşadıkları acıların sadece kendi başlarına geldiğini ve diğer insanların bu ve benzeri sorunlar yaşamadığını düşünmektedirler (Allen & Leary, 2012).

Üçüncü ve son bileşen olan olay ve durumlara karşı farkında olma; kişinin acı verici ya da sorun olarak nitelendirdiği olaylar karşısında, sağlıklı bir bakış açısı geliştirerek, olayların sadece olumsuz taraflarını değil her yönüyle değerlendirmesi gerektiğini ifade etmektedir. Farkındalık hali bireyin, farklı bakış açılarından bakarak, olumsuzluk duygusundan çıkmasını sağlamaktadır. Öz duyarlılığı düşük olan bireyler olayların olumsuz yönlerine odaklanırken, öz duyarlılığı yüksek bireyler, olaylar karşısında farklı bakış açıları geliştirerek, olumsuzlukları daha sağlıklı aşmaktadır. (Gilbert vd., 2006).

4.5.2. Öz Duyarlılık Alt Boyutları

Öz duyarlılık üç temel bileşen etrafında şekillenen bir kavramdır. Bu temel bileşenlerin yanında öz duyarlılık kavramını oluşturan başka alt boyutlar da bulunmaktadır. En genel tanımlamada öz duyarlılık, bireyin kendini, duygu ve düşüncelerini tanımlayarak bunların farkında olması, kişisel alanını ve sınırlarını belirlemesi şeklinde aktarılmaktadır. Yapılan literatür taraması sonucunda öz duyarlılığın alt boyutları şu şekilde maddelenmektedir:

- Kendine dikkat: Bireyin içerisinde bulunduğu anın farkında olması ve kendi iç dünyasına odaklanarak, başına gelebilecek olumsuz durumlara karşı önlem almaktadır (Brown & Ryan, 2003).
- Duyguları Tanıma: Bireyin kendi içerisinde bulunduğu duyguların farkında olması ve bu çerçevede olaylara yaklaşmasını içermektedir. Bu bağlamda birey yaşamakta olduğu olumlu ve olumsuz duyguları tanımlayarak, olaylar karşısında vereceği tepkileri belirlemekte ve en az zararı görmeyi amaçlamaktadır (Kashdan & Rottenberg, 2010).
- Kendini Kabul Etme: Birey yaşadığı düzlemde, tüm olumsuzluklara, yapmış olduğu hatalara ve yanlışlarına rağmen kendisini kabul etmesidir. Birey kendini kabul etme ile kendisiyle barışık olmayı ve olayların üstesinden daha mantıklı kararlar vererek gelmeyi başarmaktadır (Sirois & Kitner, 2015).

- Kişisel Sınırların Farkında Olma: Bireyin gündelik hayatında, yaşadığı olaylar çerçevesinde kabul edeceği ya da kabul etmeyeceği durumları bilmesidir (Baldwin & Sinclair, 1996).
- Kendini Yönetme: Bireyin kendini Kabul edip, kendi sınırlarını belirleyip, ulaşmak istediği amaç doğrultusunda kendisini yönetmesidir (Baumeister vd., 2007).
- Stresle Başa çıkmak: Bireyin yaşadığı olumsuz durumlar karşısında, strese girmeyerek, olayın üstesinden gelmesini amaçlamaktadır (Brown & Ryan, 2003).
- Öz Disiplin ve Motivasyon Sağlama: Bireyin hedefleri doğrultusunda, kendine zarar vermeden, kendisini motive ederek disiplinli bir şekilde çalışmasını ifade etmektedir (Baumeister vd., 2007).
- Kendine Özen Gösterme: Bireyin kendisine zarar verecek eylemlerden uzak durması, sağlıklı ve kaliteli bir yaşam tarzı benimsemesini ifade etmektedir. Bireyler zararlı alışkanlıklardan uzak durmalıdır, sağlıklarına özen göstererek kendilerine iyi bakmak zorundadırlar (Tylka & Barcalow, 2015)

Tüm bu alt boyutlar ve kavramların yüksek düzeyde olması bireye özellikle zor durumları yönetme becerisi kazandırmaktadır. Sağlık profesyonelleri eğitimleri boyunca kriz yönetimi ve kritik düşünme gibi beceriler elde etmek üzere yetiştirilse de tedavi ve bakım sistemlerinin sahip olduğu stresli durumlar, içsel ve dışsal risk faktörleri, çevresel faktörler ve çalışma şartları nedeniyle gelişen fizyolojik ve psikolojik sağlık sorunları bu becerinin olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Bu sebeple sağlık profesyonellerinin öz duyarlılık seviyeleri tedavi ve bakım sürecinde önemli rol oynamaktadır.

4.5.3. Öz Duyarlılıkla İlgili Sağlık Alanında Gerçekleştirilmiş Çalışmalar

Öz duyarlılık kavramı üzerine ilgili alan yazın incelendiğinde, yurt içinde ve yurt dışında öz duyarlılık, öz duyarlılığın gelişimi, öz duyarlılığın psikoloji üzerindeki etkileri gibi birçok konu üzerine öz duyarlılık kapsamında çalışmalar yapılmıştır.

Sağlık çalışanları, çalışma şekilleri nedeni ile uyku sorunları yaşayabilmektedir. Öz duyarlılık ve uyku kalitesi arasında da anlamlı ilişkilerin olduğu ortaya konulmuştur. Butz ve Stahlberg'in yapmış oldukları çalışmaya göre iki farklı grup oluşturulmuş ve gruplardan birine gece uyku öncesi, öz duyarlılık egzersizleri yaptırılmış, diğer gruba ise bu bağlamda herhangi bir egzersiz yaptırılmamıştır (Butz & Stahlberg, 2018). Öz duyarlılık egzersizi yapan bireylerin diğer bireylere göre daha kaliteli bir uyku deneyimi yaşadıkları ortaya koyulmuştur. Bir diğer

çalışmaya göre, öz duyarlılığın gelişmesinde kısmen de olsa, depresyon semptomlarının ve uyku kalitesinin etkili olduğu ifade edilmiştir (O'Leary vd., 2017). Bireylerde bulunan öz duyarlılığın düşük olması, uykunun kalitesini düşürdüğü gibi, uyku kalitesinin düşük olması da öz duyarlılığın gelişmesini olumsuz etkilemektedir (Brown vd., 2020).

Yine sağlık bakım sistemlerinde algılanan stres, tükenmişlik ve depresif semptomlar gösteren duygusal bozukluklar öz duyarlılık üzerine olumsuz etkiler yaratabilir. Ameliyathaneler; karmaşanın olduğu, ekibin uyum içerisinde çalışmasını gerektiren, stresin ve gerilimin yüksek olduğu çalışma ortamlarıdır. İşlem sırasında, ameliyathane personeli, hızlı kararlar verebilmeli ve bunu ivedilikle uygulamalıdır. Ayrıca cerrahi müdahale sırasında hata yapmama çabası, cerrahi işlem sırasında hastanın kaybı gibi durumlar stres ve baskının artmasına sebep olmaktadır (Maddineshat vd., 2017). 2024 yılında yayınlanan bir çalışmada, ölüm ile karşılaşan hemşirelerin öz duyarlılık, yaşam doyumu, stresli durumlarla başa çıkma durumları incelenmiştir. Bu çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin yaşam memnuniyet seviyeleri düşük ve orta düzeyde bulunmuştur (Kowalenko vd., 2024).

2020 yılında yayınlanan bir başka çalışmada, 20 yaş ve üzeri olan 400 klinik hemşiresinin şefkat yorgunluğu ve travmatik stres tükenmişliği yaşadığı belirtilmiş ve öz şefkati arttıran uygulamaların önemi vurgulanmıştır (Kishimoto & Asano, 2024).

Ameliyathaneler, farklı cinsiyet, yaş grubu ve mesleki ünvandan bireylerin beraber çalıştığı klinik alanlardır. Yapılan bir çalışmada, çalıştıkları şehre başka yerden göç edenlerin, deneyimli olanların öz duyarlılıklarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Lathren vd., 2024).

2024 yılında yayınlanan Fransa'da gerçekleştirilmiş bir çalışmada 253 radyografi çalışanının orta düzeyde öz şefkatleri olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet, yaş ve deneyimin öz şefkat üzerine önemli etkilerinin olduğu, özellikle kadın cinsiyet, genç yaş ve az deneyime sahip bireylerin desteklenmesi gerektiği bildirilmiştir (Jacquet vd., 2024). Öz şefkat eğitimi klinik profesyoneller açısından önemli bir girişim olabilir (Hollis & Colosimo, 2011). Ayrıca bireysel özellikler de göz önünde bulundurulmalıdır (Lueke & Skeel, 2017).

Bluth ve arkadaşlarının 8 haftalık öz duyarlılık eğitiminin etkilerini değerlendirdiği çalışmaya dahil edilen hemşirelerin öz duyarlılık düzeylerinin arttığı belirtilmiştir (Bluth vd., 2021). 158 hemşirenin dahil edildiği bir başka çalışmada ise öz duyarlılık ve mesleki doyum arasında pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir (Vaillancourt & Wasylkiw, 2020). 2021 yılında yayınlanan

bir kapsam analizi çalışmasında ise ebe ve hemşirelerin tükenmişlik, stres, şefkat yorgunluğu gibi mesleki temelli risk faktörlerini azaltmak için öz şefkatin yüksek olması gerektiği vurgulanmıştır (Javanmard vd., 2021).

Literatürdeki tüm bulgular ışığında, öz duyarlılığın kapsamlı bir şekilde tüm boyutlarının güçlendirilmesinin sağlık profesyonellerinin profesyonel iş hayatlarını etkileyebileceği söylenebilir. Hemşireler açısından yüksek öz duyarlılık seviyelerinin bakım davranışlarına etkisinin farklı klinik alanlarda incelenmesi ve bu konuya ilişkin girişimlerin belirlenmesi gerekmektedir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın modeline, evren ve örnekleme, veri toplama araçlarına ve verilerin analizine dair bilgilere yer verilmiştir.

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırmanın amacı ameliyathane hemşirelerinin öz duyarlılık düzeyleri ile birey merkezli perioperatif bakım verme düzeylerinin ve arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Bu doğrultuda araştırma tanımlayıcı ilişki arayıcı tasarımda planlandı.

5.2. Araştırmanın Soruları ve Değişkenleri

Bu araştırmanın soruları aşağıdaki gibidir:

- Ameliyathane hemşirelerinin öz duyarlılık düzeyleri nasıldır?
- Ameliyathane hemşirelerinin birey merkezli bakım düzeyleri nasıldır?
- Ameliyathane hemşirelerinin öz duyarlılık düzeyleri ve birey merkezli bakım düzeyleri arasında ilişki var mıdır ve nasıldır?
- Ameliyathane hemşirelerinin öz duyarlılıkları ve birey merkezli bakım düzeyleri bireysel özelliklerine göre değişkenlik gösterir mi?

Araştırmanın **bağımsız değişkenleri** katılımcıların bireysel özellikleridir.

Araştırmanın **bağımlı değişkenleri** ise katılımcıların öz duyarlılık düzeyleri ve birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımı düzeyleridir.

5.3. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini 01/09/2023- 01/12/2023 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan 1 eğitim araştırma hastanesi ve 2 şehir hastanesinin ameliyathanesinde çalışan ameliyathane hemşireleri oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Örneklem hesaplaması evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak yapılmıştır.

Araştırmanın yapılacağı kurumlardaki ameliyathanelerde çalışan hemşire sayısı 360 olup, örneklemin %95 güven düzeyi ve %1 hata payı ile hesaplanarak en az 347 olması gerektiği belirlenmiştir. Ulaşılan hemşireler doğrultusunda örneklem 349 ameliyathane hemşiresinden oluşmuştur.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{360 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,01)^2 \cdot 359 + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \approx 347$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenecek olayın görülme sıklığı

q: İncelenecek olayın görülme sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer(1,96)

d: olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen + sapma olarak simgelenmiştir.

5.4. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- Ameliyathanede çalışıyor olmak
- Araştırmaya gönüllü katılmak

Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

- Ameliyathanede çalışma süresi 3 aydan kısa olmak

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Bireysel özellikler Veri Formu, Öz duyarlılık Ölçeği ve Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği ile toplanmıştır.

5.5.1. Bireysel Özellikler Veri Formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslekteki çalışma yılı gibi bilgilerinin elde edilmesini sağlayan ve 12 sorudan oluşan anket formudur.

5.5.2. Öz Duyarlılık Ölçeği

Neff (2003) tarafından geliştirilen Öz-Duyarlılık Ölçeğinin Türkçe 'ye uyarlaması Akın ve ark. (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçek öz duyarlılığın alt boyutlarıyla ilişkili özellikleri değerlendiren ve bireyin kendisi hakkında bilgi vermesine dayanan bir ölçme aracıdır. 26 maddeden oluşan ölçek, öz duyarlılık yapısını oluşturan 6 farklı alt boyuta sahiptir. Ölçekte Öz

Sevecenlik alt boyutu 2, 6, 13, 17 ve 21. maddeyi; Paylaşımların Bilincinde Olma alt boyutu 1, 8, 12 ve 22. maddeyi; Bilinçlilik alt boyutu 9, 14, 18 ve 23. maddeyi; Öz Yargılama alt boyutu 4, 7, 15, 20 ve 26. maddeyi; İzolasyon alt boyutu 5, 11, 19 ve 25. maddeyi ve Aşırı Özdeşleşme alt boyutu 3, 10, 16 ve 24. maddeyi kapsamaktadır ve ölçek (1) hiçbir zaman (2) nadiren (3) sık sık (4) genellikle ve (5) her zaman şeklinde 5’li likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Ölçeğin toplam puanı için negatif alt ölçekler olan Öz Yargılama, İzolasyon ve Aşırı Özdeşleşme maddeleri ters kodlanır ve 6 alt boyutun ortalamaları toplanır. Toplam öz duyarlık ortalamaları elde edilir. 1-2,5 arası puanlar düşük, 2,5-3,5 puanlar arası orta ve 3,5-5 arası puanlar yüksek düzeyde öz duyarlığı göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları 0,72 ile 0,80, test-tekrar test güvenilirlik katsayıları ise 0,56 ile 0,69 arasında bulunmuştur. (Akın vd., 2007).

5.5.3. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği

2019 yılında Shin ve Kang tarafından geliştirilen “Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği” (Person-Centered Perioperative Nursing Scale) 20 maddeden oluşmaktadır (Shin & Kang, 2019). Perioperatif dönemde birey merkezli hemşirelik bakımını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeğin merhametli etkileşim (1, 2, 3, 4, 5 ve 6. madde), saygı (7, 8, 9, 10 ve 11. madde), rahatlık sağlama (12, 13 ve 14. madde), bilgi paylaşımı (15, 16 ve 17. madde) ve hemşirelik uzmanlığı (18, 19 ve 20. madde) olmak üzere toplam 5 alt boyutu mevcuttur. Ölçek likert tipte olup, her bir madde “1=hiçbir zaman”, “2=nadiren”, “3=ara sıra”, “4=sıklıkla”, “5=her zaman” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük 20, en yüksek 100 puan alınmaktadır. Alınan puan yükseldikçe birey merkezli perioperatif hemşirelik bakım düzeyinin de yükseldiği kabul edilmektedir. Ölçek geliştirildiğinde Cronbach Alpha değeri 0,90, her bir faktörünün Cronbach Alpha ile temsil edilen iç tutarlılığı ise 0,76-0,88’dir (Shin & Kang, 2019). Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Esenboğa ve Yurt tarafından gerçekleştirilmiştir. Geçerlilik analizinde kapsam, yüzey ve yapı geçerliliği; güvenilirlik analizinde madde analizi, iki yarıya bölme, Cronbach alpha ve Omega katsayıları kullanılmıştır. Ölçeğin çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılarak dil uyarlaması sağlanmıştır. Kapsam Geçerlilik İndeksi 0,97 bulunmuştur. Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0,85; Bartlett’s değeri $\chi^2=2062,99$, $p=0,00$ hesaplanmıştır. Spearman Brown katsayısı 0,92; Cronbach Alpha 0,86 ve Omega katsayısı 0,88 bulunmuştur (Esenboğa & Yurt, 2023).

5.6. Veri Toplama Süreci

Veri toplama araçları gönüllü katılımcılara araştırmacı tarafından çalıştıkları kurumda ulaştırılmış olup, katılımcılar; araştırmanın tüm aşamalarında bilgilerinin gizli tutulacağı ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları konusunda bilgilendirilmişlerdir. Bilgilendirme sonrası anket formu ve ölçekleri yönlendirme yapılmaksızın doldurmaları sağlanmıştır. Veri toplama araçları katılımcılar tarafından ortalama beş dakika içinde doldurulmuştur.

5.7. Araştırmanın Etik Yönü

- Araştırmanın etik kurul izni Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21.06.2023 tarihli toplantısında 68 numaralı protokol olarak onaylanmıştır (EK-4).
- İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurularak kurum izinleri alınmıştır (EK-5).
- Araştırmaya dahil edilmesi planlanan hemşirelere bilgilendirilmiş onam sağlanmış ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerden imza alınmıştır (EK-6).
- Araştırmada kullanılan ölçekler için ilgili yazarlardan izin alınmıştır (EK-7 ve EK-8).

5.8. Verilerin Analizi

Araştırma sürecinde elde edilen verilerin analizinde ‘‘SPSS 27.0’’ programına aktarılarak analiz edildi. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlarının yanı sıra, ‘‘güvenilirlik analizi’’ ve demografik verilerle anket yargı ifadelerinin ilişkilerini ölçen parametrik testler yapıldı. Analizlerde test tekniklerinden bağımsız gruplar t testi, tek yönlü varyans testi ve Pearson Korelasyon analizi kullanıldı.

Araştırmada yer alan katılımcıların demografik bilgilerine yönelik elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik yöntemi kullanıldı ve bu analiz sonucunda ortalama ve frekans değerleri hesaplandı. zduyarlılık ve Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik puanları ile katılımcıların bireysel özelliklerinin alt grupları arasındaki farkları belirlemek amacıyla grupların varyansları homojenliği denetlenerek sonuca göre uygun post-hoc analizler yapıldı. Varyansların homojen olduğu durumlarda Scheffe testi, homojen olmadığı durumlarda Tamhane's testi uygulandı.

Kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek için Cronbach alfa katsayısı hesaplandı (Tablo 2). Cronbach alfa katsayısına göre bir ölçeğin güvenilir olarak kabul edilmesi için Cronbach alfa değerinin 0.70 ve üstü değerlerde olması gerekmektedir (Tavşancıl, 2002). Elde edilen kat sayı değerinin 0.70'ten büyük olması bu araştırmada kullanılan ölçeklerin yüksek güvenilirlikte bir ölçekler olduğunu göstermektedir.

Tablo 2. Araştırmanın geçerlik ve güvenilirliği

Ölçek	Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları
Öz Duyarlılık Ölçeği	0,906
Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği	0,899

Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmenin temel prosedürü normallik analiziyle tespit edilen çarpıklık ve basıklık istatistiklerinin hesaplanmasını içerir. Normal dağılımın yeterliliği çoğunlukla +3 ile -3 aralığında olması beklenen ölçek puanlarından elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin değerlendirilmesiyle belirlenir (Groeneveld & Meeden, 1984; Hopkins & Weeks, 1990). Araştırmada kullanılan ölçek puanlarının normal dağılıma sahip olduğu kabul edildi (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırmanın normallik analizi

Ölçek	Ortalama	SS	Çarpıklık	Basıklık
Öz Duyarlılık Ölçeği	3,46	0,59	-0,335	0,135
Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği	4,02	0,56	-0,282	-0,300

5.9 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Bu araştırma yalnızca İstanbul'da bulunan 1 eğitim araştırma ve 2 şehir hastanesinin ameliyathanelerinde çalışan hemşirelerin katılımı ile yürütülmüştür. Bu nedenle sonuçlar tüm ameliyathane hemşirelerine genellenemez. Fakat öz duyarlılık ve birey merkezli perioperatif bakım arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sınırlı olması nedeniyle, bu konulara değinecek çalışmalara öncülük etmesi açısından önemlidir.

6. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırmadan elde edilen bulgulara ve bu bulguların değerlendirilmelerine yer verilmiştir.

6.1. Bireysel Özellikler ve Mesleki Özelliklere İlişkin Bulgular

Katılımcıların kişisel bilgilerinin dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %72,8'inin kadın, %57,9'unun 26-30 yaş aralığında ve yaş ortalamasının $28,24 \pm 5,02$, %86'sının lisans mezunu, %77,4'ünün hemşirelik deneyiminin 1-5 yıl aralığında olduğu tespit edildi. Aynı zamanda katılımcıların %81,9'u 1-5 yıl süre ile ameliyathanede çalışmaktadır. Hemşirelerin %91,7'sinin gün içerisinde 1-5 hastaya perioperatif bakım vermekte olduğu belirlenmiş ve %87,4'ü çalıştıkları salona günde 1-5 hasta kabul ettiklerini bildirdi. Katılımcıların %24,9'u eğitim araştırma hastanesinde (A hastanesi), %16,3 ve %58,7'si sırasıyla iki farklı şehir hastanesinde (B hastanesi ve C hastanesi) çalışmaktadır. Ameliyathane hemşirelerinin %61,9'u perioperatif bakımla ilişkili eğitim almadığını, %74,2'si iletişim eğitimi aldığını ve %96,8'i psikolojik destek almadığını ifade etti (Tablo 4).

Tablo 4. Bireysel özellikler ve mesleki özelliklere ilişkin bulgular (N=349)

	Ort±SS	Min-Max	
Yaş	28,24±5,02	22-50	
		n	%
Cinsiyet	Kadın	254	72,8
	Erkek	95	27,2
Yaş	20-25 yaş	97	27,8
	26-30 yaş	202	57,9
	31-35 yaş	19	5,4
	36 yaş ve üstü	31	8,9
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	8	2,3
	Ön Lisans Programı	23	6,6
	Lisans Programı	300	86,0
	Yüksek Lisans Programı	18	5,1
Meslekte Çalışma Süresi	1-5 yıl	270	77,4
	6-10 yıl	51	14,6
	11-15 yıl	11	3,2
	16-20 yıl	4	1,1
	21 yıl ve üzeri	13	3,7
Ameliyathanede Çalışma Süresi	1-5 yıl	286	82,0
	6-10 yıl	36	10,3
	11-15 yıl	12	3,4
	16-20 yıl	8	2,3
	21 yıl ve üzeri	7	2,0

Gün İçerisinde İlgilenilmesi Gereken Perioperatif Hasta Sayısı	1-5 kişi	320	91,7
	6-10 kişi	21	6,0
	11-15 kişi	6	1,7
	16-20 kişi	2	0,6
Gün İçerisinde Ameliyathane Salonunda Ameliyat Olan Hasta Sayısı	1-5 kişi	305	87,4
	6-10 kişi	33	9,4
	11-15 kişi	3	0,9
	16-20 kişi	6	1,7
	21 kişi ve üzeri	2	0,6
Çalışma Yeri	A Hastanesi	87	24,9
	B Hastanesi	57	16,3
	C Hastanesi	205	58,8
Birey Merkezli Perioperatif Bakım ile İlgili Eğitim Alma	Evet	133	38,1
	Hayır	216	61,9
İletişim ile İlgili Eğitim Alma	Evet	259	74,2
	Hayır	90	25,8
Psikolojik Destek Alma	Evet	11	3,2
	Hayır	338	96,8
Boş Zamanlarda Yapılan Etkinlikler*	Yürüyüş	218	62,5
	Spor yapmak	151	43,3
	Kitap okumak	183	52,4
	Yoga yapmak	27	7,7
	Film izlemek	278	79,7
	Meditasyon yapmak	33	9,5
	Diğer	48	13,8

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

6.2. Hemşirelerin Öz Duyarlılık ve Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Puanları ve Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin (n=349) öz duyarlılık ve birey merkezli perioperatif hemşirelik puanları tablo 5'te verildi.

Öz duyarlılık ölçeğinin tüm alt boyutlarından alınan ortalama puan $3,46 \pm 0,59$ olarak tespit edildi, ölçekten alınan puan orta düzeydeydi (2,5-3,5). Öz duyarlılık ölçeğinin alt boyutlarında en yüksek puan $3,66 \pm 0,89$ ile öz yargılama alt boyutunda tespit edilirken, en düşük puan ise $3,27 \pm 0,73$ puan ile paylaşımlarının bilincinde olma alt boyutunda tespit edildi (Tablo 5).

Birey merkezli perioperatif hemşirelik puanları incelendiğinde katılımcıların ortalama puanı $4,02 \pm 0,56$ olarak tespit edildi. 5'li likert tipteki Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği'nin puanlaması en az 20 en fazla 100 puan olacak şekilde 100'lük sistemde değerlendirildiği için hemşirelerin ortalama puanı $80,4 \pm 11,2$ olarak tespit edildi. Ölçeğin alt boyutlarından hemşirelik uzmanlığı en düşük puana ($3,29 \pm 1,02$), saygı alt boyutu ise en yüksek puana ($4,35 \pm 0,59$) sahipti (Tablo 5).

Tablo 5. Hemşirelerin öz duyarlılık ve birey merkezli perioperatif hemşirelik puan ortalamaları (N=349)

Özduyarlılık ölçeği puanları	Ort±SS	Minimum-Maksimum
Öz sevecenlik	3,42±0,78	1-5
Öz yargılama	3,66±0,89	1-5
Paylaşımlarının bilincinde olma	3,27±0,73	1-5
İzolasyon	3,54±0,87	1-5
Bilinçlilik	3,46±0,72	1-5
Aşırı özdeşleşme	3,42±0,89	1-5
Öz duyarlılık ölçeği alt boyutlarının ortalama puanı	3,46±0,59	1-5
Birey merkezli perioperatif hemşirelik ölçeği puanları		
Merhametli etkileşim	4,22±0,64	2-5
Saygı	4,35±0,59	2-5
Rahatlık sağlama	4,21±0,70	2-5
Bilgi paylaşımı	4,03±0,82	2-5
Hemşirelik uzmanlığı	3,29±1,02	1-5
BMPH ölçeği alt boyutlarının ortalaması	4,02±0,56	1-5
BMPH ölçeği alt boyutlarının ortalaması (100'lük puanlama sistemi)	80,4±11,2	*

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Öz duyarlılık ile birey merkezli perioperatif bakım ölçekleri arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik olarak yapılan korelasyon testinde öz duyarlılık ve birey merkezli perioperatif hemşirelik ölçeklerinden alınan puanlar arasında pozitif yönde ve çok zayıf korelasyon ilişkisi saptandı ($p<0,05$). Ölçeklerin alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler tespit edildi. Buna göre:

- öz sevecenlik alt boyutu ile merhametli etkileşim ve saygı alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde, rahatlık sağlama, bilgi paylaşımı alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde,
- paylaşımların bilincinde olma alt boyutu ile merhametli etkileşim, saygı, bilgi paylaşımı alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde,
- bilinçlilik alt boyutu ile merhametli etkileşim, saygı, rahatlık sağlama, bilgi paylaşımı alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde,
- öz yargılama alt boyutu ile merhametli etkileşim, saygı, rahatlık sağlama alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde,
- aşırı özdeşleşme alt boyutu ile hemşirelik uzmanlığı alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde korelasyon tespit edildi ($p<0,05$).

Buna karşın, izolasyon alt boyutu ile birey merkezli perioperatif hemşirelik ölçeğinin alt boyutları arasında ilişki saptanmadı.(Tablo 6).

Tablo 6. Öz duyarlılık ile birey merkezli perioperatif hemşirelik ölçekleri arasındaki ilişki (N=349)

		BMPHÖ	Merhametli etkileşim alt boyutu	Saygı alt boyutu	Rahatlık sağlama alt boyutu	Bilgi paylaşımı alt boyutu	Hemşirelik uzmanlığı alt boyutu
ÖZ DUYARLILIK ÖLÇEĞİ	r	0,195**	0,205**	0,228**	0,153	0,187**	0,079
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,004	<0,001	0,139
Öz sevecenlik alt boyutu	r	0,232**	0,287**	0,273**	0,118*	0,159**	0,084
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,027	0,003	0,118
Paylaşımların bilincinde olma alt boyutu	r	0,141**	0,152**	0,128*	0,070	0,223**	-0,014
	p	0,009	0,005	0,017	0,192	<0,001	0,794
Bilinçlilik alt boyutu	r	0,228**	0,208**	0,249**	0,141**	0,206**	0,082
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,008	<0,001	0,126
Öz yargılama alt boyutu	r	0,145**	0,123*	0,215**	0,206**	0,027	-0,073
	p	0,007	0,021	<0,001	<0,001	0,609	0,174
İzolasyon alt boyutu	r	0,030	0,044	0,067	0,076	-0,036	-0,007
	p	0,573	0,413	0,213	0,156	0,504	0,891
Aşırı özdeşleşme alt boyutu	r	0,094	0,101	0,078	0,052	-0,009	0,121*
	p	0,078	0,059	0,143	0,336	0,860	0,024

**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (2-kuyruklu). *Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır (2-kuyruklu).

p<0,05 istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

BMPHÖ: Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği

6.3. Bireysel Özelliklere Göre Öz Duyarlılık Düzeylerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan paylaşımların bilincinde olma alt boyutunda kadınların puan ortalamaları erkeklere kıyasla daha yüksektir (p<0.05) (Tablo 7).

Tablo 7. Hemşirelerin cinsiyetlerine yönelik öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Cinsiyet	N	Ort±SS	t	p
Öz duyarlılık (toplam ölçek puanı)	Kadın	254	3,47±0,61	0,371	0,711
	Erkek	95	3,44±0,53		
Öz sevecenlik	Kadın	254	3,40±0,77	-0,664	0,507
	Erkek	95	3,46±0,80		
Paylaşımların bilincinde olma	Kadın	254	3,33±0,68	2,548	0,011
	Erkek	95	3,11±0,68		
Bilinçlilik	Kadın	254	3,44±0,68	-0,722	0,471
	Erkek	95	3,50±0,81		
Öz yargılama	Kadın	254	3,68±0,87	0,699	0,485
	Erkek	95	3,60±0,96		
İzolasyon	Kadın	254	3,56±0,88	0,665	0,507
	Erkek	95	3,49±0,83		

Aşırı özdeşleşme	Kadın	254	3,40±0,88	-0,803	0,422
	Erkek	95	3,48±0,90		

t: t testi. Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Katılımcıların yaşlarına göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan tek yönlü varyans testinde yaş gruplarına göre özduyarlılık, öz sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma, bilinçlilik, öz yargılama ve izolasyon alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Buna göre 26-30 yaş arasında olan hemşirelerin öz duyarlılık, paylaşımların bilincinde olma, izolasyon ortalaması; 20-25 yaş arasındaki katılımcıların öz sevecenlik, öz yargılama ortalaması; 36 yaş ve üstü katılımcıların bilinçlilik ortalaması diğer katılımcılara göre daha yüksektir (Tablo 8).

Özduyarlılık ve alt boyutları puanlarının yaş değişkenine göre gruplar arasındaki farkları belirlemek üzere varyansların homojenliğine göre yapılan post-hoc Tamhane's testi ve Scheffe testi sonucu, 31-35 yaş arasındaki hemşirelerin özduyarlılık düzeyi, özsevecenlik, paylaşımların bilincinde olma, bilinçlilik alt boyut puanları ile diğer yaş grupları arasında 31-35 yaş aleyhine istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0,05$). 31-35 yaş arasındaki hemşirelerin diğer yaş guruplarındaki hemşirelerden daha düşük özduyarlılık düzeyi, özsevecenlik, paylaşımların bilincinde olma, bilinçlilik alt boyutlarından daha düşük puan aldığı tespit edilmiştir. Yapılan post-hoc analizde 31-35 yaş arasındaki hemşirelerin izolasyon alt boyut puanı 26-30 yaş arasındaki hemşirelerin puanından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Özyargılama alt boyut puanı ile yaş grupları arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Hemşirelerin yaşlarına yönelik öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Yaş	N	Ort±SS	F	p	Post-hoc	p
Öz duyarlılık	20-25 yaş ₁	97	3,49±0,69	10,436	<0,001	1-3*	<0,05
	26-30 yaş ₂	202	3,52±0,48			2-3*	
	31-35 yaş ₃	19	2,76±0,80			3-4*	
	36 yaş üstü ₄	31	3,45±0,46				
Öz Sevecenlik	20-25 yaş ₁	97	3,50±0,83	11,345	<0,001	1-3**	<0,05
	26-30 yaş ₂	202	3,47±0,71			2-3**	
	31-35 yaş ₃	19	2,45±0,65			3-4**	
	36 yaş üstü ₄	31	3,47±0,71				
Paylaşımların Bilincinde Olma	20-25 yaş ₁	97	3,30±0,72	5,783	<0,001	1-3**	<0,05
	26-30 yaş ₂	202	3,32±0,73			2-3**	
	31-35 yaş ₃	19	2,60±0,80			3-4**	
	36 yaş üstü ₄	31	3,30±0,53				
Bilinçlilik	20-25 yaş ₁	97	3,51±0,78	7,238	<0,001	1-3**	<0,05
	26-30 yaş ₂	202	3,48±0,67			2-3**	
	31-35 yaş ₃	19	2,73±0,68			3-4**	
	36 yaş üstü ₄	31	3,58±0,65				
Öz Yargılama	20-25 yaş ₁	97	3,77±0,84	3,951	0,009	-	>0,05
	26-30 yaş ₂	202	3,68±0,89				
	31-35 yaş ₃	19	3,02±1,17				
	36 yaş üstü ₄	31	3,57±0,76				
İzolasyon	20-25 yaş ₁	97	3,45±0,87	6,823	<0,001	2-3*	<0,05
	26-30 yaş ₂	202	3,67±0,82				
	31-35 yaş ₃	19	2,84±1,16				
	36 yaş üstü ₄	31	3,36±0,76				
Aşırı Özdeşleşme	20-25 yaş ₁	97	3,39±0,96	2,506	0,059	-	-
	26-30 yaş ₂	202	3,48±0,79				
	31-35 yaş ₃	19	2,90±1,42				
	36 yaş üstü ₄	31	3,41±0,77				

F: One-way ANOVA testi. *Tamhane's testi **Scheffe testi p<0,05 istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre yapılan tek yönlü varyans testinde öz duyarlılığın tüm alt boyutlarında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi (p<0,05) (Tablo 9). Buna göre, önlisans programı mezunu hemşirelerin öz sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma alt boyutları ortalaması; lise mezunu hemşirelerin bilinçlilik, öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt boyutları ortalaması diğer katılımcılara göre daha yüksek bulundu(p<0,05).

Özduyarlılık alt boyutları puanlarının eğitim durumu değişkenine göre gruplar arasındaki farkları belirlemek üzere varyansların homojenliğine göre yapılan post-hoc Tamhane's testi ve Scheffe testi sonucu, öz sevecenlik alt boyutunda önlisans mezunlarının, lisans ve yüksek lisans mezunlarından, lisans mezunlarının yüksek lisans mezunlarından, paylaşımların bilincinde olma alt boyutunda önlisans mezunlarının yüksek lisans mezunlarından, bilinçlilik alt boyutunda önlisans mezunlarının, lisans ve yüksek lisans mezunlarından, izolasyon alt boyutunda yüksek lisans mezunlarının lisans mezunlarından daha yüksek puan aldığı tespit

edilmiştir ($p<0,05$). Aşırı özdeşleşme alt boyutunda anlamlı farklılık tespit edilmemiş olup ($p>0,05$), öz yargılama alt boyutunda ise önlisans mezunlarının lise ve lisans mezunlarından daha düşük puana sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Hemşirelerin eğitim durumuna yönelik öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Eğitim Durumu	N	Ort±SS	F	p	Post-hoc	p
Öz duyarlılık	Sağlık meslek lisesi ₁	8	3,85±0,61	1,458	0,226	-	-
	Ön lisans programı ₂	23	3,44±0,40				
	Lisans programı ₃	300	3,46±0,60				
	Yüksek lisans programı ₄	18	3,33±0,51				
Öz Sevecenlik	Sağlık meslek lisesi ₁	8	3,62±0,51	7,073	<0,001	2-3**	<0,05
	Ön lisans programı ₂	23	3,93±0,66				
	Lisans programı ₃	300	3,41±0,78				
	Yüksek lisans programı ₄	18	2,85±0,52				
Paylaşımların Bilincinde Olma	Sağlık meslek lisesi ₁	8	3,37±0,32	5,973	<0,001	2-4*	<0,05
	Ön lisans programı ₂	23	3,78±0,95				
	Lisans programı ₃	300	3,26±0,71				
	Yüksek lisans programı ₄	18	2,84±0,69				
Bilinçlilik	Sağlık meslek lisesi ₁	8	3,93±1,13	4,977	0,002	2-3*	<0,05
	Ön lisans programı ₂	23	3,84±0,52				
	Lisans programı ₃	300	3,44±0,72				
	Yüksek lisans programı ₄	18	3,11±0,50				
Öz Yargılama	Sağlık meslek lisesi ₁	8	4,22±0,58	6,688	<0,001	1-2*	<0,05
	Ön lisans programı ₂	23	2,93±1,12				
	Lisans programı ₃	300	3,69±0,85				
	Yüksek lisans programı ₄	18	3,77±0,96				
İzolasyon	Sağlık meslek lisesi ₁	8	3,93±0,93	3,066	0,028	3-4*	<0,05
	Ön lisans programı ₂	23	3,16±1,19				
	Lisans programı ₃	300	3,54±0,85				
	Yüksek lisans programı ₄	18	3,90±0,47				
Aşırı Özdeşleşme	Sağlık meslek lisesi ₁	8	4,03±0,86	3,116	0,026	-	>0,05
	Ön lisans programı ₂	23	3,00±1,12				
	Lisans programı ₃	300	3,43±0,85				
	Yüksek lisans programı ₄	18	3,52±0,87				

F: One-way ANOVA testi. *Tamhane's testi **Scheffe testi $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Katılımcıların meslekte çalışma süresine göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan tek yönlü varyans testinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Buna göre 1-5 yıl aralığında çalışan hemşirelerin öz yargılama alt boyutundan aldığı puan, 6-10 yıl aralığında çalışan hemşirelerin aşırı özdeşleşme ve özyargılama alt boyutlarından aldığı puan, 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin özduyarlılık ölçeğinden ve öz sevecenlik, bilinçlilik ve izolasyon alt boyutlarından aldığı puan diğer gruplara göre daha yüksektir (Tablo 10).

Özduyarlılık düzeyi ve alt boyutları puanlarının meslekte çalışma yılına göre gruplar arasındaki farkları belirlemek üzere varyansların homojenliğine göre yapılan post-hoc Tamhane's testi ve Scheffe testi sonucu, 16-20 yıl çalışan hemşirelerin özduyarlılık puanının 1-5 yıl ve 21 yıl üzeri

çalışan hemşirelerin puanlarından; öz yargılama alt boyutunda 11-15 yıl çalışan hemşirelerin 1-5 yıl çalışan hemşirelerin puanlarından; izolasyon alt boyutunda 11-15 yıl çalışan hemşirelerin puanlarının 1-5 yıl, 6-10 yıl, 21 yıl üstü çalışan hemşirelerin puanlarından düşük olduğu tespit edilmiştir. Aşırı özdeşleşme alt boyut puanları arasında farklılık tespit edilmemiştir. Öz sevecenlik alt boyutunda 1-5 yıl çalışan hemşirelerin, 6-10 yıl ve 11-15 yıl çalışan hemşirelerin puanlarından, 21 yıl üstü çalışan hemşirelerin 11-15 yıl çalışan hemşirelerin puanlarından yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bilinçlilik alt boyutunda 21 yıl üstü çalışan hemşirelerin puanlarının 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışan hemşirelerin puanlarından yüksek olduğu; 1-5 yıl çalışan hemşirelerin puanlarının da 6-10 yıl çalışan hemşirelerin puanlarından yüksek olduğu tespit edilmiştir(Tablo 10).

Tablo 10. Hemşirelerin meslekte çalışma süresine yönelik öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Meslekte Çalışma Süresi	N	Ort±SS	F	P	Post-hoc	P
Öz Duyarlılık	1-5 yıl ₁	270	3,50±0,57	5,974	<0,001	1-4* 4-5*	<0,05
	6-10 yıl ₂	51	3,40±0,54				
	11-15 yıl ₃	11	2,68±0,91				
	16-20 yıl ₄	4	3,20±0,00				
	21 yıl ve üzeris	13	3,63±0,33				
Öz Sevecenlik	1-5 yıl ₁	270	3,51±0,75	9,234	<0,001	1-2** 1-3** 3-5**	<0,05
	6-10 yıl ₂	51	3,08±0,68				
	11-15 yıl ₃	11	2,41±0,87				
	16-20 yıl ₄	4	3,50±0,80				
	21 yıl ve üzeris	13	3,73±0,62				
Paylaşımların Bilincinde Olma	1-5 yıl ₁	270	3,29±0,76	1,124	0,345	-	-
	6-10 yıl ₂	51	3,11±0,59				
	11-15 yıl ₃	11	3,20±0,76				
	16-20 yıl ₄	4	3,25±0,57				
	21 yıl ve üzeris	13	3,53±0,54				
Bilinçlilik	1-5 yıl ₁	270	3,52±0,68	7,398	<0,001	1-2* 1-5* 2-5*	<0,05
	6-10 yıl ₂	51	3,11±0,71				
	11-15 yıl ₃	11	3,02±1,10				
	16-20 yıl ₄	4	2,87±0,43				
	21 yıl ve üzeris	13	4,00±0,45				
Öz Yargılama	1-5 yıl ₁	270	3,69±0,89	2,798	0,026	1-3**	<0,05
	6-10 yıl ₂	51	3,69±0,81				
	11-15 yıl ₃	11	2,80±1,16				
	16-20 yıl ₄	4	3,60±0,69				
	21 yıl ve üzeris	13	3,52±0,71				
İzolasyon	1-5 yıl ₁	270	3,56±0,88	8,548	<0,001	1-3* 2-3* 5-3*	<0,05
	6-10 yıl ₂	51	3,72±0,51				
	11-15 yıl ₃	11	2,18±1,11				
	16-20 yıl ₄	4	3,00±0,57				
	21 yıl ve üzeris	13	3,76±0,46				

Aşırı Özdeşleşme	1-5 yılı	270	3,42±0,87	4,605	<0,001	-	>0,05
	6-10 yılı ₂	51	3,68±0,71				
	11-15 yılı ₃	11	2,50±1,35				
	16-20 yılı ₄	4	3,00±0,57				
	21 yıl ve üzeris	13	3,21±0,94				

F: One-way ANOVA testi. *Tamhane's testi ** Scheffe testi p<0,05 istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Ameliyathanede çalışma süresine göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan tek yönlü varyans testinde öz duyarlılık düzeyi ve alt boyutlardan öz sevecenlik, bilinçlilik, öz yargılama, izolasyon ve aşırı özdeşleşme alt boyutlarında istatistiksel anlamlı farklılıklar elde edildi (p<0.05). Buna göre 1-5 yıl aralığında çalışan hemşirelerin öz yargılama alt boyutundan aldıkları puan, 6-10 yıl aralığında çalışan hemşirelerin aşırı özdeşleşme alt boyutundan aldıkları puan, 21 yıl ve üzeri çalışanların ise öz duyarlılık düzeyi ve öz sevecenlik, bilinçlilik ve izolasyon alt boyutlarından aldıkları puan diğerlerine kıyasla daha yüksek bulundu (p<0,05) (Tablo 11).

Özduyarlılık alt boyutları puanlarının ameliyathanede çalışma yılına göre gruplar arasındaki farkları belirlemek üzere varyansların homojenliğine göre yapılan post-hoc Tamhane's testi ve Scheffe testi sonucu, özsevecenlik alt boyutunda 1-5 yıl çalışan hemşirelerin puanlarının, 6-10 yıl ve 11-15 yıl çalışan hemşirelerin puanlarından; öz yargılama alt boyutunda 1-5 yıl çalışan hemşirelerin 11-15 yıl çalışan hemşirelerin puanlarından; bilinçlilik alt boyutunda 21 yıl üstü çalışan hemşirelerin 6-10 yıl çalışan hemşirelerin puanlarından yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Öz duyarlılık düzeyi puanının gruplar arası farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p>0,05). İzolasyon alt boyutunda 11-15 yıl çalışan hemşirelerin puanlarının tüm alt grup puanlarından, aşırı özdeşleşme alt boyutunda 11-15 yıl çalışan hemşirelerin puanlarının 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışan hemşirelerin puanlarından düşük olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 11).

Tablo 11. Hemşirelerin ameliyathanede çalışma süresine yönelik öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Ameliyathanede Çalışma Süresi	N	Ort±SS	F	P	Post-hoc	P
Öz Duyarlılık	1-5 yılı	286	3,50±0,56	6,168	<0,001	-	>0,05
	6-10 yılı ₂	36	3,33±0,59				
	11-15 yılı ₃	12	2,71±0,87				
	16-20 yılı ₄	8	3,51±0,34				
	21 yıl ve üzeris	7	3,64±0,34				
Öz Sevecenlik	1-5 yılı	286	3,49±0,75	5,785	<0,001	1-2** 1-3**	<0,05
	6-10 yılı ₂	36	3,01±0,73				
	11-15 yılı ₃	12	2,75±1,06				
	16-20 yılı ₄	8	3,60±0,60				
	21 yıl ve üzeris	7	3,62±0,77				
Paylaşımların Bilincinde Olma	1-5 yılı	286	3,29±0,75				
	6-10 yılı ₂	36	3,06±0,65				

	11-15 yıl ₃	12	3,33±0,74	1,006	0,405	-	-
	16-20 yıl ₄	8	3,37±0,66				
	21 yıl ve üzeris	7	3,50±0,50				
Bilinçlilik	1-5 yılı	286	3,49±0,69	3,634	0,006	2-5*	<0,05
	6-10 yıl ₂	36	3,18±0,74				
	11-15 yıl ₃	12	3,04±1,05				
	16-20 yıl ₄	8	3,62±0,85				
	21 yıl ve üzeris	7	4,00±0,35				
Öz Yargılama	1-5 yılı	286	3,72±0,88	3,816	0,005	1-3**	<0,05
	6-10 yıl ₂	36	3,50±0,85				
	11-15 yıl ₃	12	2,75±1,07				
	16-20 yıl ₄	8	3,60±0,65				
	21 yıl ve üzeris	7	3,62±0,80				
İzolasyon	1-5 yılı	286	3,57±0,86	9,839	<0,001	1-5*	<0,05
	6-10 yıl ₂	36	3,69±0,59				
	11-15 yıl ₃	12	2,08±0,91				
	16-20 yıl ₄	8	3,68±0,39				
	21 yıl ve üzeris	7	3,78±0,50				
Aşırı Özdeşleşme	1-5 yılı	286	3,46±0,87	5,160	<0,001	1-3**	<0,05
	6-10 yıl ₂	36	3,52±0,72				
	11-15 yıl ₃	12	2,33±1,12				
	16-20 yıl ₄	8	3,18±0,81				
	21 yıl ve üzeris	7	3,32±1,01				

F: One-way ANOVA testi. *Tamhane's testi ** Scheffe testi p<0,05 istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Katılımcıların çalıştıkları kuruma göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan tek yönlü varyans testinde aşırı özdeşleşme alt boyutunda çalıştıkları kuruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Buna göre C Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin aşırı özdeşleşme ortalaması diğer hastanelerde çalışanlara kıyasla daha yüksektir. Aşırı özdeşleşme alt boyutunun çalışılan kuruma göre gruplar arası farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Scheffe testinde gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05) (Tablo 12).

Tablo 12. Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Kurum	N	Ort±SS	F	p	Post hoc	p
Öz duyarlılık	A Hastanesi ₁	87	3,40±0,62	1,424	0,242	-	-
	B Hastanesi ₂	57	3,39±0,68				
	C Hastanesi ₃	205	3,50±0,54				
Öz Sevecenlik	A Hastanesi ₁	87	3,35±0,84	1,240	0,291	-	-
	B Hastanesi ₂	57	3,33±0,89				
	C Hastanesi ₃	205	3,47±0,71				
Paylaşımların Bilincinde Olma	A Hastanesi ₁	87	3,33±0,76	0,463	0,630	-	-
	B Hastanesi ₂	57	3,21±0,73				
	C Hastanesi ₃	205	3,27±0,72				
Bilinçlilik	A Hastanesi ₁	87	3,39±0,76	1,255	0,286	-	-
	B Hastanesi ₂	57	3,38±0,85				
	C Hastanesi ₃	205	3,51±0,66				
Öz Yargılama	A Hastanesi ₁	87	3,57±0,87	0,567	0,568	-	-
	B Hastanesi ₂	57	3,68±0,89				

	C Hastanesi ₃	205	3,69±0,90				
İzolasyon	A Hastanesi ₁	87	3,50±0,90	0,470	0,625	-	-
	B Hastanesi ₂	57	3,46±1,09				
	C Hastanesi ₃	205	3,57±0,79				
Aşırı Özdeşleşme	A Hastanesi ₁	87	3,28±0,93	3,101	0,046	-	>0,05
	B Hastanesi ₂	57	3,28±1,00				
	C Hastanesi ₃	205	3,52±0,83				

F: One-way ANOVA testi. *Tamhane's testi ** Scheffe testi $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Katılımcıların birey merkezli perioperatif eğitim alma durumuna göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan bağımsız gruplar t testinde birey merkezli perioperatif eğitim alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Buna göre eğitim alan ve almayanların ortalamaları benzerdir (Tablo 13).

Tablo 13. Hemşirelerin birey merkezli perioperatif eğitim alma durumuna göre öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Birey Merkezli Perioperatif Eğitim Alma	N	Ort±SS	t	p
Öz duyarlılık	Evet	133	3,45±0,56	-0,253	0,801
	Hayır	216	3,47±0,60		
Öz Sevecenlik	Evet	133	3,43±0,77	0,254	0,800
	Hayır	216	3,41±0,78		
Paylaşımların Bilincinde Olma	Evet	133	3,32±0,75	0,892	0,373
	Hayır	216	3,24±0,72		
Bilinçlilik	Evet	133	3,43±0,68	-0,562	0,574
	Hayır	216	3,47±0,75		
Öz Yargılama	Evet	133	3,60±0,92	-0,903	0,367
	Hayır	216	3,69±0,88		
İzolasyon	Evet	133	3,45±0,89	-1,512	0,131
	Hayır	216	3,59±0,85		
Aşırı Özdeşleşme	Evet	133	3,47±0,88	0,877	0,381
	Hayır	216	3,39±0,89		

t: t testi. Ort: Ortalama. SS: Standart sapma. $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Katılımcıların iletişim eğitimi alma durumuna göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan bağımsız gruplar t testinde öz sevecenlik alt boyutunda iletişim eğitimi alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Buna göre iletişim eğitimi alan hemşirelerin öz sevecenlik ortalamaları iletişim eğitimi almayanlara kıyasla daha yüksektir (Tablo 14).

Tablo 14. Hemşirelerin iletişim eğitimi alma durumuna göre öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	İletişim Eğitimi Alma	N	Ort±SS	t	p
Öz duyarlılık	Evet	259	3,49±0,58	1,400	0,162
	Hayır	90	3,39±0,61		
Öz Sevecenlik	Evet	259	3,48±0,74	2,684	0,008
	Hayır	90	3,23±0,84		

Paylaşımların Bilincinde Olma	Evet	259	3,30±0,69	1,434	0,153
	Hayır	90	3,18±0,84		
Bilinçlilik	Evet	259	3,49±0,74	1,281	0,201
	Hayır	90	3,37±0,66		
Öz Yargılama	Evet	259	3,68±0,84	0,997	0,319
	Hayır	90	3,58±1,02		
İzolasyon	Evet	259	3,51±0,84	-1,034	0,302
	Hayır	90	3,62±0,94		
Aşırı Özdeşleşme	Evet	259	3,45±0,91	1,017	0,310
	Hayır	90	3,34±0,82		

t: t testi. Ort: Ortalama. SS: Standart sapma. $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Katılımcıların psikolojik destek alma durumuna göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan bağımsız gruplar t testinde psikolojik destek alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Hemşirelerin psikolojik destek alma durumuna göre öz duyarlılık düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Psikolojik Destek Alma	N	Ort±SS	t	p
Öz duyarlılık	Evet	11	3,34±0,29	-0,703	0,482
	Hayır	338	3,46±0,59		
Öz Sevecenlik	Evet	11	3,45±0,99	0,131	0,895
	Hayır	338	3,42±0,77		
Paylaşımların Bilincinde Olma	Evet	11	3,34±0,34	0,294	0,769
	Hayır	338	3,27±0,74		
Bilinçlilik	Evet	11	3,29±0,52	-0,774	0,439
	Hayır	338	3,46±0,73		
Öz Yargılama	Evet	11	3,52±0,69	-0,503	0,616
	Hayır	338	3,66±0,90		
İzolasyon	Evet	11	3,15±0,61	-1,483	0,139
	Hayır	338	3,55±0,87		
Aşırı Özdeşleşme	Evet	11	3,27±0,17	-0,571	0,568
	Hayır	338	3,42±0,90		

t: t testi. Ort: Ortalama. SS: Standart sapma. $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

6.4. Bireysel Özellikler ve Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Düzeylerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan bağımsız gruplar t testinde hemşire uzmanlığı alt boyutunda cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Buna göre erkeklerin hemşirelik uzmanlığı ortalamaları kadınlara kıyasla daha yüksektir (Tablo 16).

Tablo 16. Hemşirelerin cinsiyetlerine yönelik birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Cinsiyet	N	Ort±SS	t	p
Birey Merkezli Perioperatif Bakım	Kadın	254	4,01±0,53	-0,521	0,602
	Erkek	95	4,04±0,61		
Merhametli Etkileşim	Kadın	254	4,21±0,63	-0,665	0,506
	Erkek	95	4,26±0,68		
Saygı	Kadın	254	4,35±0,61	0,105	0,916
	Erkek	95	4,34±0,52		
Rahatlık Sağlama	Kadın	254	4,19±0,71	-1,044	0,297
	Erkek	95	4,28±0,70		
Bilgi Paylaşımı	Kadın	254	4,08±0,78	-1,045	0,297
	Erkek	95	3,88±0,93		
Hemşirelik Uzmanlığı	Kadın	254	3,22±1,02	-2,081	0,038
	Erkek	95	3,47±1,00		

t: t testi. Ort: Ortalama. SS: Standart sapma. p<0,05 istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Katılımcıların yaşlarına göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan tek yönlü varyans testinde birey merkezli perioperatif hemşirelik puanı toplamı ile saygı, rahatlık sağlama ve bilgi paylaşımı alt boyutlarında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Buna göre 36 yaş ve üstü katılımcıların birey merkezli perioperatif hemşirelik, rahatlık sağlama ve bilgi paylaşımı alt boyutları ortalaması, 31-35 yaş aralığındaki katılımcıların saygı alt boyutu ortalaması diğer yaş gruplarındaki katılımcılara kıyasla daha yüksektir (Tablo 17).

Birey merkezli perioperatif hemşirelik ölçeği puanları ve alt boyutları puanlarının yaş değişkenine göre gruplar arasındaki farkları belirlemek üzere varyansların homojenliğine göre post-hoc Tamhane's testi yapılmıştır. Buna göre; birey merkezli perioperatif hemşirelik ölçeği puanı, rahatlık sağlama ve bilgi paylaşımı alt boyut puanları 36 yaş üstü hemşirelerin, 20-25 yaş ve 26-30 yaş hemşirelerin puanlarından, aynı zamanda yine bilgi paylaşımı alt boyut puanlarının 31-35 yaş hemşirelerin puanlarının 26-30 yaş hemşirelerin puanlarından yüksek olduğu tespit edilmiştir. Saygı alt boyutu puanlarının ise 31-35 yaş hemşirelerin 20-25 yaş ve 26-30 yaş hemşirelerin puanlarından, 36 yaş üstü hemşirelerin de 20-25 yaş hemşirelerin puanlarından yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.05) (Tablo 17).

Tablo 17. Hemşirelerin yaşlarına yönelik birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Yaş	N	Ort±SS	F	p	Post hoc	p
Birey Merkezli Perioperatif Bakım	20-25 yaş ₁	97	4,00±0,49	3,434	0,017	1-4 2-4	<0,05
	26-30 yaş ₂	202	3,96±0,60				
	31-35 yaş ₃	19	4,18±0,49				
	36 yaş ve üstü ₄	31	4,31±0,33				
Merhametli Etkileşim	20-25 yaş ₁	97	4,10±0,74	1,827	0,142	-	-
	26-30 yaş ₂	202	4,25±0,63				
	31-35 yaş ₃	19	4,37±0,52				
	36 yaş ve üstü ₄	31	4,32±0,50				
Saygı	20-25 yaş ₁	97	4,22±0,66	3,982	0,008	1-3 1-4 2-3	<0,05
	26-30 yaş ₂	202	4,35±0,58				
	31-35 yaş ₃	19	4,62±0,28				
	36 yaş ve üstü ₄	31	4,54±0,36				
Rahatlık Sağlama	20-25 yaş ₁	97	4,14±0,62	7,075	<0,001	1-4 2-4	<0,05
	26-30 yaş ₂	202	4,15±0,74				
	31-35 yaş ₃	19	4,43±0,65				
	36 yaş ve üstü ₄	31	4,72±0,48				
Bilgi Paylaşımı	20-25 yaş ₁	97	4,08±0,68	9,579	<0,001	1-4 2-4 2-3	<0,05
	26-30 yaş ₂	202	3,87±0,90				
	31-35 yaş ₃	19	4,33±0,47				
	36 yaş ve üstü ₄	31	4,64±0,45				
Hemşirelik Uzmanlığı	20-25 yaş ₁	97	3,47±0,82	1,591	0,191	-	-
	26-30 yaş ₂	202	3,20±1,12				
	31-35 yaş ₃	19	3,15±1,07				
	36 yaş ve üstü ₄	31	3,35±0,86				

One-way ANOVA testi./post-hoc Tamhane's testi p<0,05 istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Katılımcıların eğitim durumlarına yönelik olarak yapılan tek yönlü varyans testinde merhametli etkileşim ve bilgi paylaşımı alt boyutlarında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Buna göre sağlık meslek lisesi mezunu olanların merhametli etkileşim ve bilgi paylaşımı puanları diğer eğitim durumundaki hemşirelere kıyasla daha yüksektir (Tablo 18).

Birey merkezli perioperatif hemşirelik ölçeği alt boyutları puanlarının eğitim durumu değişkenine göre gruplar arasındaki farkları belirlemek üzere varyansların homojenliğine göre post-hoc Tamhane's testi yapılmıştır. Buna göre; merhametli etkileşim ve bilgi paylaşımı alt boyut puanlarında lisans eğitimi ve yüksek lisans eğitimi alan hemşirelerin puanlarının lise ve önlisans eğitimi alan hemşirelerin puanlarından daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Hemşirelerin eğitim durumuna yönelik birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Eğitim Durumu	N	Ort±SS	F	p	Post-hoc	p
Birey Merkezli Perioperatif Bakım	Sağlık meslek lisesi ₁	8	4,27±0,34	2,316	0,076	-	-
	Ön lisans programı ₂	23	4,27±0,35				
	Lisans programı ₃	300	4,00±0,57				
	Yüksek lisans programı ₄	18	3,94±0,59				
Merhametli Etkileşim	Sağlık meslek lisesi ₁	8	4,70±0,17	5,457	0,001	1-3	<0,05
	Ön lisans programı ₂	23	4,64±0,17				
	Lisans programı ₃	300	4,18±0,66				
	Yüksek lisans programı ₄	18	4,10±0,60				
Saygı	Sağlık meslek lisesi ₁	8	4,77±0,24	2,631	0,050	-	-
	Ön lisans programı ₂	23	4,56±0,38				
	Lisans programı ₃	300	4,32±0,61				
	Yüksek lisans programı ₄	18	4,35±0,51				
Rahatlık Sağlama	Sağlık meslek lisesi ₁	8	4,12±0,71	1,416	0,238	-	-
	Ön lisans programı ₂	23	4,50±0,68				
	Lisans programı ₃	300	4,19±0,71				
	Yüksek lisans programı ₄	18	4,20±0,52				
Bilgi Paylaşımı	Sağlık meslek lisesi ₁	8	4,75±0,46	8,261	<0,001	1-3	<0,05
	Ön lisans programı ₂	23	4,63±0,48				
	Lisans programı ₃	300	3,98±0,80				
	Yüksek lisans programı ₄	18	3,62±1,15				
Hemşirelik Uzmanlığı	Sağlık meslek lisesi ₁	8	3,00±1,23	0,984	0,401	-	-
	Ön lisans programı ₂	23	3,00±1,01				
	Lisans programı ₃	300	3,31±1,01				
	Yüksek lisans programı ₄	18	3,42±1,14				

One-way ANOVA testi./post-hoc Tamhane's testi p<0,05 istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Katılımcıların meslekte çalışma sürelerine göre yapılan analizlerde, birey merkezli perioperatif hemşirelik toplam puanı ve rahatlık sağlama, bilgi paylaşımı, hemşirelik uzmanlığı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Buna göre 21 yıl ve üzeri çalışma süresi bulunan hemşirelerin perioperatif bakım düzeyleri ve hemşirelik uzmanlığı ortalaması, 16-20 yıl çalışma süresi bulunan hemşirelerin bilgi paylaşımı ortalaması, 11-15 yıl çalışma süresi bulunan hemşirelerin rahatlık sağlama ortalaması diğer katılımcılardan yüksektir (Tablo 19).

Birey merkezli perioperatif hemşirelik ölçeği ve alt boyutları puanlarının meslekte çalışma yılı değişkenine göre gruplar arasındaki farkları belirlemek üzere varyansların homojenliğine göre post-hoc Tamhane's testi yapılmıştır. Buna göre; 11-15 yıl çalışan hemşirelerin birey merkezli hemşirelik ölçeği puanlarının 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışan hemşirelerin puanlarından, 21 yıl üstü çalışan hemşirelerin puanlarının 6-10 yıl çalışan hemşirelerin puanlarından yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Rahatlık sağlama alt boyutu puanlarında, 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışan hemşirelerin diğer grupların puanlarından düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bilgi paylaşımı alt boyutunda, 11-15 yıl çalışan hemşirelerin puanlarının 6-10 yıl çalışan hemşirelerin puanlarından, 16-20 yıl çalışan hemşirelerin puanlarının 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15

yıl çalışan hemşirelerin puanlarından, 21 yıl üstü çalışan hemşirelerin puanlarının 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışan hemşirelerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hemşirelik uzmanlığı alt boyutunda ise 11-15 yıl çalışan hemşirelerin puanlarının diğer tüm grup puanlarından düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Hemşirelerin meslekte çalışma süresine yönelik birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Meslekte Çalışma Süresi	N	Ort±SS	F	p	Post-hoc	p
Birey Merkezli Perioperatif Bakım	1-5 yıl ₁	270	4,01±0,56	2,408	0,049	1-3 2-3 2-5	<0,05
	6-10 yıl ₂	51	3,89±0,60				
	11-15 yıl ₃	11	4,19±0,16				
	16-20 yıl ₄	4	4,28±0,18				
	21 yıl ve üzeris ₅	13	4,46±0,42				
Merhametli Etkileşim	1-5 yıl ₁	270	4,20±0,66	1,001	0,407	-	-
	6-10 yıl ₂	51	4,21±0,65				
	11-15 yıl ₃	11	4,53±0,28				
	16-20 yıl ₄	4	4,00±0,96				
	21 yıl ve üzeris ₅	13	4,39±0,41				
Saygı	1-5 yıl ₁	270	4,30±0,60	2,119	0,078	-	-
	6-10 yıl ₂	51	4,44±0,59				
	11-15 yıl ₃	11	4,72±0,10				
	16-20 yıl ₄	4	4,60±0,23				
	21 yıl ve üzeris ₅	13	4,47±0,43				
Rahatlık Sağlama	1-5 yıl ₁	270	4,19±0,66	6,461	<0,001	1-3 1-4 1-5 2-3 2-4 2-5	<0,05
	6-10 yıl ₂	51	4,01±0,88				
	11-15 yıl ₃	11	4,87±0,22				
	16-20 yıl ₄	4	4,66±0,00				
	21 yıl ve üzeris ₅	13	4,79±0,50				
Bilgi Paylaşımı	1-5 yıl ₁	270	4,02±0,77	7,485	<0,001	1-4 1-5 2-3 2-4 2-5 3-4	<0,05
	6-10 yıl ₂	51	3,69±1,03				
	11-15 yıl ₃	11	4,45±0,45				
	16-20 yıl ₄	4	5,00±0,00				
	21 yıl ve üzeris ₅	13	4,79±0,37				
Hemşirelik Uzmanlığı	1-5 yıl ₁	270	3,33±1,04	3,694	0,006	1-3 2-3 3-4 3-5	<0,05
	6-10 yıl ₂	51	3,13±0,96				
	11-15 yıl ₃	11	2,39±0,51				
	16-20 yıl ₄	4	3,16±0,19				
	21 yıl ve üzeris ₅	13	3,87±0,94				

One-way ANOVA testi./post-hoc Tamhane's testi p<0,05istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi

Katılımcıların ameliyathanede çalışma sürelerine göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan tek yönlü varyans testinde birey merkezli perioperatif hemşirelik toplam puanı ile merhametli etkileşim, rahatlık sağlama, bilgi paylaşımı ve hemşirelik uzmanlığı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Buna göre 21 yıl ve üzeri ameliyathane çalışma süresi bulunan hemşirelerin birey merkezli perioperatif hemşirelik, rahatlık sağlama, bilgi paylaşımı ve hemşirelik uzmanlığı

ortalaması, 11-15 yıl çalışma süresi bulunan hemşirelerin merhametli etkileşim düzeyleri diğer katılımcılardan anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 20).

Birey merkezli perioperatif hemşirelik ölçeği ve alt boyutları puanlarının meslekte çalışma yılı değişkenine göre gruplar arasındaki farkları belirlemek üzere varyansların homojenliğine göre post-hoc Tamhane's testi yapılmıştır. Buna göre; birey merkezli perioperatif bakım ölçek puanı ve merhametli etkileşim, rahatlık sağlama alt boyutlarında 11-15 yıl ve 21 yıl üstü çalışan hemşirelerin puanlarının 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışan hemşirelerin puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Bilgi paylaşımı alt boyunda da 1-5 yıl, 6-10 yıl çalışan hemşirelerin puanlarının 11-15 yıl, 16-20 yıl ve 21 yıl üstü çalışan hemşirelerin puanlarından düşük olduğu, aynı zamanda 21 yıl üstü çalışan hemşirelerin puanlarının 11-15 yıl çalışan hemşirelerin puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelik uzmanlığı alt boyutunda ise 11-15 yıl çalışan hemşirelerin puanlarının, 1-5 yıl ve 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerin puanlarından düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Hemşirelerin ameliyathanede çalışma süresine yönelik birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Ameliyathane Çalışma Süresi	N	Ort±SS	F	p	Post- hoc	p
Birey Merkezli Perioperatif Bakım	1-5 yılı	286	4,01±0,55	2,854	0,024	1-3	<0,05
	6-10 yıl ₂	36	3,85±0,63			1-5	
	11-15 yıl ₃	12	4,21±0,16			2-3	
	16-20 yıl ₄	8	4,27±0,49			2-5	
	21 yıl ve üzeris	7	4,58±0,21				
Merhametli Etkileşim	1-5 yılı	286	4,23±0,65	2,551	0,039	1-3	<0,05
	6-10 yıl ₂	36	4,00±0,65			2-3	
	11-15 yıl ₃	12	4,61±0,26			2-5	
	16-20 yıl ₄	8	4,04±0,73				
	21 yıl ve üzeris	7	4,45±0,20				
Saygı	1-5 yılı	286	4,32±0,60	1,373	0,243	-	-
	6-10 yıl ₂	36	4,39±0,64				
	11-15 yıl ₃	12	4,66±0,15				
	16-20 yıl ₄	8	4,50±0,57				
	21 yıl ve üzeris	7	4,54±0,15				
Rahatlık Sağlama	1-5 yılı	286	4,18±0,70	5,993	<0,001	1-3	<0,05
	6-10 yıl ₂	36	4,03±0,76			1-5	
	11-15 yıl ₃	12	4,83±0,22			2-3	
	16-20 yıl ₄	8	4,58±0,58			2-5	
	21 yıl ve üzeris	7	5,00±0,00				
Bilgi Paylaşımı	1-5 yılı	286	4,01±0,78	6,425	<0,001	1-3	<0,05
	6-10 yıl ₂	36	3,69±1,12			1-4	
	11-15 yıl ₃	12	4,50±0,46			1-5	
	16-20 yıl ₄	8	4,66±0,43			2-3	
	21 yıl ve üzeris	7	5,00±0,00			2-4	
						2-5	
						3-5	

Hemşirelik Uzmanlığı	1-5 yılı	286	3,32±1,02	3,282	0,012	1-3 2-3	<0,05
	6-10 yıl ₂	36	3,13±1,05				
	11-15 yıl ₃	12	2,44±0,49				
	16-20 yıl ₄	8	3,58±0,88				
	21 yıl ve üzeris	7	3,95±1,00				

One-way ANOVA testi./post-hoc Tamhane's testi p<0,05 istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Katılımcıların çalıştıkları kuruma göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan tek yönlü varyans testinde birey merkezli perioperatif hemşirelik toplam puan ortalaması ve merhametli etkileşim, saygı, rahatlık sağlama ve bilgi paylaşımı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Buna göre B Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin birey merkezli perioperatif hemşirelik, merhametli etkileşim, saygı, rahatlık sağlama ve bilgi paylaşımı ortalamaları diğer hastanelerde çalışanlara kıyasla daha yüksektir (Tablo 21).

Birey merkezli perioperatif hemşirelik ölçeği ve alt boyutları çalışılan kurum değişkenine göre gruplar arasındaki farkları belirlemek üzere varyansların homojenliğine göre yapılan post-hoc Tamhane's testi ve Scheffe testi sonucu, birey merkezli hemşirelik ve merhametli etkileşim, saygı, rahatlık sağlama, bilgi paylaşımı alt boyutlarında, C hastanesinde çalışan hemşirelerin puanlarının, B hastanesinde çalışan hemşirelerin puanlarından düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca saygı alt boyutunda C hastanesinde çalışan hemşirelerin puanlarının A hastanesinde çalışan hemşirelerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Kurum	N	Ort±SS	F	p	Post-hoc	p
Birey Merkezli Perioperatif Bakım	A Hastanesi ₁	87	4,07±0,50	6,509	0,002	2-3**	<0,05
	B Hastanesi ₂	57	4,22±0,49				
	C Hastanesi ₃	205	3,94±0,58				
Merhametli Etkileşim	A Hastanesi ₁	87	4,33±0,58	4,849	0,008	2-3**	<0,05
	B Hastanesi ₂	57	4,37±0,59				
	C Hastanesi ₃	205	4,13±0,67				
Saygı	A Hastanesi ₁	87	4,43±0,53	6,179	0,002	1-3* 2-3*	<0,05
	B Hastanesi ₂	57	4,53±0,51				
	C Hastanesi ₃	205	4,26±0,61				
Rahatlık Sağlama	A Hastanesi ₁	87	4,24±0,76	6,502	0,002	2-3*	<0,05
	B Hastanesi ₂	57	4,49±0,59				
	C Hastanesi ₃	205	4,12±0,69				
Bilgi Paylaşımı	A Hastanesi ₁	87	4,15±0,76	7,362	<0,001	2-3**	<0,05
	B Hastanesi ₂	57	4,32±0,68				
	C Hastanesi ₃	205	3,89±0,86				
Hemşirelik Uzmanlığı	A Hastanesi ₁	87	3,22±0,95	0,503	0,605	-	-
	B Hastanesi ₂	57	3,39±1,12				
	C Hastanesi ₃	205	3,29±1,02				

*F: One-way ANOVA testi. *Tamhane's testi ** Scheffe testi p<0,05 istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.*

Katılımcıların birey merkezli perioperatif eğitim alma durumuna göre ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına yönelik olarak yapılan bağımsız gruplar t testinde birey merkezli perioperatif hemşirelik puanı ve merhametli etkileşim, saygı, rahatlık sağlama ve hemşirelik uzmanlığı alt boyutlarında anlamlı istatistiksel farklılıklar olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Buna göre eğitim alanların birey merkezli perioperatif bakım, merhametli etkileşim, saygı, rahatlık sağlama ve hemşirelik uzmanlığı ortalaması eğitim almayanlara kıyasla daha yüksekti (Tablo 22).

Tablo 22. Hemşirelerin birey merkezli perioperatif eğitim alma durumuna göre birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Birey Merkezli Perioperatif Eğitim Alma	N	Ort±SS	t	p
Birey Merkezli Perioperatif Bakım	Evet	133	4,15±0,51	3,647	<0,001
	Hayır	216	3,93±0,57		
Merhametli Etkileşim	Evet	133	4,32±0,51	2,171	0,031
	Hayır	216	4,16±0,71		
Saygı	Evet	133	4,48±0,46	3,389	0,001
	Hayır	216	4,26±0,64		
Rahatlık Sağlama	Evet	133	4,31±0,66	2,074	0,039
	Hayır	216	4,15±0,72		
Bilgi Paylaşımı	Evet	133	3,98±0,87	-0,806	0,421
	Hayır	216	4,05±0,79		
Hemşirelik Uzmanlığı	Evet	133	3,69±0,87	6,007	<0,001
	Hayır	216	3,04±1,03		

t: t testi. Ort: Ortalama. SS: Standart sapma. $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Katılımcıların iletişim eğitimi alma durumuna yönelik olarak yapılan analizlerde birey merkezli perioperatif hemşirelik bakım düzeyi ve tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Buna göre iletişim eğitimi alan hemşirelerin birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeyi ve merhametli etkileşim, saygı, rahatlık sağlama, bilgi paylaşımı ve hemşirelik uzmanlığı ortalamaları iletişim eğitimi almayanlara kıyasla daha yüksekti (Tablo 23).

Tablo 23 Hemşirelerin iletişim eğitimi alma durumuna göre birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	İletişim Alma	Eğitimi	N	Ort±SS	t	p
Birey Merkezli Perioperatif Bakım	Evet	259	4,13±0,49	6,727	<0,001	
	Hayır	90	3,70±0,61			
Merhametli Etkileşim	Evet	259	4,31±0,54	4,316	<0,001	
	Hayır	90	3,97±0,83			
Saygı	Evet	259	4,46±0,44	6,255	<0,001	
	Hayır	90	4,03±0,80			
Rahatlık Sağlama	Evet	259	4,33±0,63	5,589	<0,001	
	Hayır	90	3,87±0,80			
Bilgi Paylaşımı	Evet	259	4,09±0,82	2,289	0,023	
	Hayır	90	3,85±0,83			

Hemşirelik Uzmanlığı	Evet	259	3,47±0,93	5,949	<0,001
	Hayır	90	2,76±1,08		

t: t testi. Ort: Ortalama. SS: Standart sapma. p<0,05 istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Katılımcıların psikolojik destek alma durumuna göre ölçek ve alt boyutlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan bağımsız gruplar t testinde birey merkezli perioperatif hemşirelik toplam puanı ve saygı, bilgi paylaşımı ve hemşirelik uzmanlığı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Buna göre psikolojik destek alan hemşirelerin birey merkezli perioperatif bakım, saygı, bilgi paylaşımı ve hemşirelik uzmanlığı ortalaması psikolojik destek almayanlara kıyasla daha yüksektir (Tablo 24).

Tablo 24. Hemşirelerin psikolojik destek alma durumuna göre birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeylerinin karşılaştırılması (N=349)

	Psikoloji Destek Alma Durumu	N	Ort±SS	t	p
Birey Merkezli Perioperatif Bakım	Evet	11	4,46±0,61	2,693	0,007
	Hayır	338	4,00±0,55		
Merhametli Etkileşim	Evet	11	4,36±0,73	0,719	0,473
	Hayır	338	4,22±0,64		
Saygı	Evet	11	4,72±0,46	2,152	0,032
	Hayır	338	4,33±0,59		
Rahatlık Sağlama	Evet	11	4,51±0,60	1,423	0,156
	Hayır	338	4,20±0,71		
Bilgi Paylaşımı	Evet	11	4,60±0,46	2,354	0,019
	Hayır	338	4,01±0,83		
Hemşirelik Uzmanlığı	Evet	11	4,12±1,29	2,754	0,006
	Hayır	338	3,26±1,00		

t: t testi. Ort: Ortalama. SS: Standart sapma. p<0,05 istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

7.1. Tartışma

Literatürde ameliyathane hemşirelerinin öz duyarlılık seviyeleri ve birey merkezli perioperatif hemşirelik bakımını inceleyen çalışmalar sınırlılık göstermektedir. Bu sebeple bu iki kavram ayrı ayrı ve benzer özellikteki çalışmalar göz önünde bulundurularak tartışıldı.

7.1.1. Hemşirelerin Özduyarlılık Seviyelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

2022 yılında yapılan bir çalışmada 272 ebenin özduyarlılık seviyesi ve iş doyumları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ebelerin özduyarlılık puanları $68,17 \pm 13,05$ (yaklaşık 3,4 puan-orta düzey) olarak tespit edilmiş ve gelir düzeyi, mesleki deneyim, çalıştıkları pozisyon, çalışma şekli gibi meslekli özelliklerin özduyarlılık seviyesini etkilediği tespit edilmiştir (Jones, 2022). Yürütülen yüksek lisans çalışmasında hemşirelerin özduyarlılık puanları benzer bulundu ve cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslekte ve ameliyathanede çalışma süresinin özduyarlılık seviyelerini ve öz duyarlılık alt boyutlarını etkilediği tespit edildi. 31-35 yaş aralığındaki hemşirelerin diğer yaş grubundaki hemşirelerden daha düşük özduyarlılık düzeyine ve öz sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma, bilinçlilik alt boyutlarında da diğer yaş gruplarına göre daha düşük puana sahip olduğu saptanmıştır. Meslekte çalışma yılı 11-15 yıl olan hemşirelerin özduyarlılık puanları diğer çalışma yılı gruplarına göre daha düşük bulunmuş, ($p < 0,05$) (Tablo 7-8-10).

Özparlak ve arkadaşlarının 2024 yılında yayınladıkları çalışmada hemşirelerin öz duyarlılıkları ve bakım davranışları arasındaki ilişki incelenmiş ve aralarında pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir. 331 hemşireyle yürütülen çalışmada hemşirelerin öz duyarlılık seviyesi orta düzeyde bulunmuştur. Yüksek düzeydeki bilinçli farkındalık alt boyutu ile bakım davranışları arasında olumlu ilişki tespit edilmiştir. Mesleğini isteyerek yapma ve yoğun bakımda çalışmanın özduyarlılık üzerine olumlu etkileri bildirilmiştir (Özparlak vd., 2024). Bu çalışmada bilinçlilik düzeyi ile perioperatif bakım ölçeğinin merhametli etkileşim, saygı, rahatlık sağlama, bilgi paylaşımı alt boyutları arasında anlamlı ilişki tespit edildi ($p < 0,05$) (Tablo 6).

1467 hemşirenin, öz duyarlılık ve tükenmişlik düzeyinin incelendiği bir diğer çalışmada ise öz duyarlılığın alt boyutlarında bilinçlilik (farkındalık) düzeyi ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiş olup; cinsiyet, yaş, mesleki unvan ve iş deneyim yılının öz duyarlılık

üzerine etkisinin olmadığı belirtilmiştir (Liu vd., 2024). Ancak mevcut çalışmada, özduyarlılık alt boyutlarından paylaşımlarının bilincinde olma puanı kadın hemşirelerde erkek hemşirelere oranla daha yüksek, 26-30 yaş arasındaki katılımcıların öz duyarlılık seviyesi daha yüksek, meslekte çalışma yılı 11-15 yıl arasında olanların öz duyarlılıkları ve ameliyathanede 11-15 yıl arasında çalışanların öz duyarlılıkları daha düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 7,10,11). Elde edilen bulgulardan paylaşımların bilincinde olmanın kadınlarda daha yüksek olması kadınların yaşamın mutlu ya da sıkıntılı deneyimlerinin yalnızca kendisine özgü olmadığı, her insanın benzer deneyimler yaşayabileceğinin daha farkında oldukları, erkeklerin ise genelde kendi yaşadıklarına ilişkin ketum olduklarından diğer insanlarla benzer deneyimler yaşanabileceğinin çok farkında olmadıklarını düşündürdü. Bunun yanında örnekleme kadın sayısının erkeklerden daha çok olmasının da sonucu etkileyebileceği düşünüldü. Diğer bulguların ise biraz da bireysel özelliklere ilişkin olarak ortaya çıktığı düşünüldü.

2024 yılında hemşirelik öğrencilerinin dahil edildiği bir çalışmada, öz duyarlılık seviyesi yüksek olan hemşirelik öğrencilerinin mesleğe hazır oluşluk durumunun da yüksek olduğu bulunmuş ve çalışma sonuçlarının hemşireler için psikolojik sağlamlığın bakım kalitesini olumlu etkileyeceği vurgulanmıştır (Walter, 2024). Yürütülen mevcut çalışmada da benzer olarak öz duyarlılık ve birey merkezli perioperatif bakım arasında paralel bir ilişki saptandı (Tablo 6). Öz duyarlılığı yüksek olan meslek profesyonellerinin acı çekmesine neden olan duygularına açık olduğu, kendisine özenle yaklaştığı, başarısızlıkları ve yetersizliklerine hoşgörülü olduğu, olumsuz deneyimlerini doğal yaşam süreci olarak kabul ettiği düşünülerek; bakım verdiği hastayı kendine özgü bir birey olarak kabul ettiği, ona saygı gösterdiği ve iyi iletişim kurmaya özen gösterdiği, böylece de öz duyarlılık düzeyi arttıkça, birey merkezli perioperatif bakım düzeyinin de arttığı şeklinde değerlendirildi.

Amerika'da yürütülen bir çalışmada ise 391 hemşire ve hemşire yardımcısının öz şefkat seviyeleri ile mesleki doyumları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanlar ve yaşı diğerlerine oranla fazla olan profesyonel bakım vericilerin öz şefkat düzeyleri yüksek bulunmuştur (Lathren vd., 2024). Bu çalışmada ise en düşük eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların öz duyarlılık seviyeleri daha yüksek olsa da gruplar arası anlamlı fark elde edilmedi ($p>0,05$) (Tablo 9). Ancak birey merkezli perioperatif bakım puanı yine sağlık meslek lisesinden mezun olan hemşirelerde daha yüksek tespit edildi ve gruplar arası anlamlı fark merhametli etkileşim ve bilgi paylaşımı alt boyutlarında elde edildi ($p<0,05$)

(Tablo 18). Elde edilen bu sonuçlar örneklemin içinde sağlık meslek lisesinden mezun sadece 8 hemşirenin bulunması ile açıklanabilir.

Heffernan ve arkadaşlarının 135 hemşireyi dahil ederek gerçekleştirdikleri çalışmada ise öz duyarlılık ve duygusal zekâ arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre öz duyarlılık, öz şefkat ve duygusal zekâ arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Literatürden farklı olarak bu çalışmada etkileyen faktörler olarak kültür ve dini farklılıkların da ele alınması önerilmiştir ve öz şefkati düşük olan bireylerin şefkatli bir bakım sunmada zorluk yaşayabilecekleri ifade edilmiştir (Heffernan vd., 2010).

2021 yılında yayınlanan bir çalışmada ise 961 hemşirelik öğrencisinin öz duyarlılık düzeyleri orta derecede bulunmuş ve en yüksek puan alınan alt boyut farkındalık/bilinçlilik düzeyi olarak belirtilmiştir (Alquwez vd., 2021). Mevcut çalışmada hemşirelerin öz duyarlılık düzeyleri orta derecededir ve bilinçlilik alt boyutu farklı demografik verilerle pozitif korelasyon göstermektedir ($p<0,05$) (Tablo 8-11).

2023 yılında yayınlanan ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ruhsal iyilik hallerinin araştırıldığı bir çalışmada, klinikler arasında ameliyathane hemşirelerinin hissettiği iş baskısı orta düzeyde bulunmuş ve iş yükü ve dağılımı, çalışma ortamı ve kaynakları, hasta bakımı, yönetim ve kişilerarası ilişkiler, yaş, deneyim süresi ve mesleki ünvanlar (ameliyathane sorumlu hemşiresi, salon sorumlusu) ameliyathane hemşirelerinin stres düzeyini ve ruh sağlığını etkileyen faktörler olarak belirtilmiştir. Bu çalışma direkt olarak öz duyarlılık seviyelerini değerlendirmese de hemşirelerin öz duyarlılığını etkileyen faktörlere odaklanmaktadır. Çalışma sonucunda ameliyathane hemşirelerinin stres düzeyleri, özduyarlılıkları ve bakım davranışları arasında ilişki olabileceği vurgulanmıştır (Wei vd., 2023). Yürütülen çalışmada da ameliyathane hemşirelerinin öz duyarlılıkları orta düzeyde bulundu ve %96,8'inin psikolojik destek almadığı tespit edildi ($p<0,05$). Psikolojik destek alan hemşirelerin, ruhsal iyilik hallerini attıracağı ve ruhsal iyilik halini geliştiren hemşirelerin özduyarlılık seviyesinin artacağı düşünülebilir. Buna bağlı olarak birey merkezli bakım davranışlarında da olumlu yönde gelişme sağlanacağı düşünülebilir (Tablo 4,5,15).

2018 yılında yayınlanan bir çalışmada ise perioperatif hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve örgütsel faktörler arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya dahil edilen 136 hemşirenin %43'ünde duygusal tükenmişlik, %21'inde duyarsızlaşma ve %53'ünde kişisel başarıda azalma tespit edilmiş hemşirelerin tükenmişlik seviyeleri orta düzeyde bulunmuştur. Örgütsel faktör

olarak değerlendirilen alt boyutlardan ‘‘yönetici liderliği’’, ‘‘personel ve kaynak yeterliliği’’ olumsuz seyrederken, ‘‘hemşirelikte kaliteli bakım temelleri’’ alt boyutu puanı tükenmişlik düzeylerinin aksine olumlu seyretmiştir (Sillero & Zabalegui, 2018). Tükenmişlik seviyesi literatürde öz duyarlılık ve öz şefkat gibi faktörleri olumsuz etkilemekle ilişkilendirilmektedir. Bu sebeple, yürütülen çalışmada tespit edilen orta düzeydeki öz duyarlılık seviyesini destekleyen bir sonuç olarak düşünülebilir. Ameliyathane hemşireliğine ilişkin tükenmişlik seviyesi ile paralel değerlendirilebilir.

Radyografi çalışanlarının öz duyarlılık düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, öz duyarlılık düzeyi orta derecede ve olumlu bulunmuş, kadın cinsiyet ve genç yaşta olmanın öz duyarlılık üzerine olumsuz etkisi olabileceği belirtilmiştir. Aynı çalışmada öz duyarlılığı geliştirmek üzere eğitim ve destek alma isteğinin öz duyarlılık düzeyi üzerine olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (Jacquet vd., 2024). Ameliyathanelerde radyografi tekniklerinin sık kullanılması nedeniyle örneklemelerin ortak özelliklerinin olduğu düşünüldüğünde bu sonuçlar çalışmamız açısından değerlidir. Yürütülen çalışmada, psikolojik destek alan hemşireler arasında öz duyarlılık seviyesinde anlamlı fark tespit edilmediyse de iletişim eğitimi alanlar arasında öz sevecenlik alt boyutunda anlamlı fark elde edildi ($p>0,05$, $p<0,05$) (Tablo 14, 15).

7.1.2. Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ameliyathane hemşirelerinin birey merkezli bakım düzeyleri ve ilişkili kavramları inceleyen çalışmalara literatürde ulaşamamıştır. Ancak 2024 yılında perioperatif dönemde hasta/birey merkezli bakımla ilişkili çalışmaların derlemesi olarak yayınlanan çalışmada farklı veri tabanları taranmış ve sonucunda 12 çalışmanın değerlendirilmesine karar verilmiştir. Bu yayının sonuçlarına göre araştırmaların farklı metodolojilere sahip olduğu ve ‘‘hasta’’ merkezli bakım kavramı en çok kullanılan kavramken ‘‘birey’’ merkezli bakım kavramı sadece bir çalışmada incelendiği belirtilmiştir. Perioperatif süreçlere odaklanan bu çalışmada, araştırmaların ‘‘hasta hazırlığı’’ teması üzerine kurulduğu ve bu temanın ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında, hemşirelerin hasta ile beraber karar alma ve bilgi paylaşımları ile ilgili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışma sonucunda araştırmacılar perioperatif döneme ilişkin yalnızca tek bir çalışmanın kişi merkezli bakıma odaklandığını belirterek, modern perioperatif bakımın kapsamlı bir şekilde yeniden değerlendirilmesine ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır (Leonardsen vd., 2024). Mevcut çalışmada, ameliyathane hemşirelerinin birey merkezli perioperatif bakım

düzeylerinin, özduyarlılıkları ile ilişkili olduğu ve özduyarlılık düzeyleri arttıkça birey merkezli perioperatif bakım düzeylerinin de artacağı tespit edilmiştir. Diğer yandan birey merkezli perioperatif bakım düzeyinin yaş, meslekte ve ameliyathanede çalışma yılı, çalışılan kurum, perioperatif bakım ile ilgili eğitim alma, iletişim eğitimi alma ve psikolojik destek alma gibi bireysel özelliklerle ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

7.2.Sonuçlar ve Öneriler

Yürütülen bu çalışma ile literatürde sınırlı sonuçlara sahip ameliyathane hemşirelerinin öz duyarlılık düzeyleri ve birey merkezli bakım düzeyleri arasındaki ilişkinin sonuçları raporlandı. Tüm bu bilgiler dahilinde araştırma bulgularına ilişkin sonuç ve öneriler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Ameliyathane hemşirelerinin öz duyarlılıkları ve birey merkezli perioperatif bakım arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi üzerine yapılmış olan bu çalışmada, yüksek öz duyarlılık seviyesi ile birey merkezli perioperatif bakım düzeyi arasında anlamlı ilişki bulundu (Tablo 6).
- Değerlendirmelerin yapıldığı ölçeklerin alt boyutlarında katılımcıların bireysel özellikleri ve mesleki özelliklerine göre anlamlı farklar elde edildi (Tablo 6-24).
- Öz duyarlılık düzeyi ile ilişkili faktörler, cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, meslekte ve ameliyathanede çalışma süresi ve iletişim eğitimi alma olarak belirlendi (Tablo 7-14).
- Birey merkezli perioperatif hemşirelik düzeyi ile ilişkili faktörler ise cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, meslekte ve ameliyathanede çalışma süresi, çalışılan kurum, birey merkezli perioperatif bakım eğitimi almak, iletişim eğitimi almak ve psikolojik destek almak olarak belirlendi (Tablo 16-24).
- Bu sonuçlar ışığında; ameliyathane çalışma ortamlarının tüm riskleri göz önüne alınarak burada çalışan hemşirelerin öz duyarlılık düzeylerini arttıracak eğitimlerin düzenlenmesi ve kendilerine dair farkındalıklarının artırılması bakımın kalitesinin artmasında önemli rol oynayabilir. Bu sebeple kliniklerde öz duyarlılık farkındalığını arttırmak için, öz duyarlılığa yönelik girişimlerin planlanması önerilebilir.

- Birey teŖhis ve tedavi sürecinin tüm adımlarında bakım gereksinimi duymaktadır ve hasta bireyin intraoperatif dönemde de hemŖirelik bakımına ihtiyaç duyacağı unutulmamalıdır. Günümüzde birey merkezli bakım kavramının önem kazanmasıyla birlikte hemŖirelik bakımı planlanırken bireyin tüm özellikleri ve gereksinimleri göz önüne alınmalıdır. Bu konunun literatürde sınırlı olması nedeniyle birey merkezli perioperatif hemŖirelik bakımı ile ilgili literatüre katkı sağlayacak bilimsel alıŖmaların arttırılması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

- Akın, Ü., Akın, A., & Abacı, R. (2007). Öz-duyarlık ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33, s. 1- 10. <https://toad.halileksi.net/>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Aksoy, A., & Vefikuluçay Yılmaz, D. (2018). A new approach to evidence based practices in gynecological surgery: ERAS protocol and nursing. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(1), 49-58
- Allen A. B., Goldwasser E. R., ve Leary M. R. (2012). Self-compassion and well being among older adults. *Self-Identity*. 11(4):428-453. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.595082>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Alquwez, N., Cruz, J. P., Al Thobaity, A., Almazan, J., Alabdulaziz, H., Alshammari, F., Albloushi, M., Tumala, R., & Albougami, A. (2021). Self-compassion influences the caring behaviour and compassion competence among saudi nursing students: A multi-university study. *Nursing Open*, 8(5), 2732-2742. <https://doi.org/10.1002/nop2.848>
- Arcak, R., Kasımoğlu, E. (2006). Diyarbakır Merkezdeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında çalışan hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki rolü ve iş memnuniyetleri. *Dicle Tıp Dergisi* 33(1): 23-30.
- Arslan, S. (2021). *Cerrahi hemşireliğinde temel kavramlar ve bakım*, Akademisyen kitabevi, Ankara, ISBN: 978-625-7451-55-0.
- Baldwin, M. W., ve Sinclair, L. (1996). Self-esteem and "if...then" contingencies of interpersonal acceptance. *Journal of Personality and Social Psychology*, Cilt 71, Sayı 6, 1130-1141
- Balkan, A., ve Celebi, C. (2020). Cerrahi alan enfeksiyonları. *Black Sea Journal of HealthScience*, 3(2):46-50
- Barnard, L. K., ve Curry, J. F. (2011). Self-compassion: conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology*, 15(4), 289-303. <https://doi.org/10.1037/a0025754>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Başkan, S. (2003). Cerrahi Alan İnfeksiyonlarının Önlenmesi: Ameliyathane Koşulları Nasıl Olmalı?, *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*, Cilt.7, Sayı.4, Ankara, ss.161-162.
- Baumeister, R. F., Vohs, K.D., ve Tice, D.M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*, Cilt 16, Sayı 6, 351-355
- Bektaş, N. (2017). *Ameliyathane hemşirelerinin yetki ve sorumlulukları konusundaki farkındalıkların incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Bluth K, Lathren C., Hickey S.V.T.J., Zimmerman S., Wretman C.J., Sloane D.P.(2021). Self-Compassion Training For Certified Nurse Assistants İn Nursing Homes. *Journal of The American Geriatrics Society* Vol.69 Is.7 Pg.1896-1905. <https://doi.org/10.1111/jgs.17155>
- Bölükbaş, N., ve Birlikbaş, S. (2019). ERAS: Rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(3), 194- 205.
- Brown, B. (1998). Soul without shame: a guide to liberating yourself from the judge within. *Shambhala Publications*. [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=1efJvVlv8HAC&oi=fnd&pg=%20PT9&dq=Brown+B.++\(1998\).+soul&ots=2vKL_LVJ&sig=efm4PUIU4D3Cly6g%209OOYf4584BE&redir_esc=y#v=onepage&q=Brown%20B.%20\(1998\).%20soul%20&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=1efJvVlv8HAC&oi=fnd&pg=%20PT9&dq=Brown+B.++(1998).+soul&ots=2vKL_LVJ&sig=efm4PUIU4D3Cly6g%209OOYf4584BE&redir_esc=y#v=onepage&q=Brown%20B.%20(1998).%20soul%20&f=false) Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), s. 822-848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
- Brown, S. L., Hughes, M., Campbell, S., ve Cherry, M. G. (2020). Could worry and rumination mediate relationships between self-compassion and psychological distress in breast cancer survivors? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 27(1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/cpp.2399>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Butz, S., ve Stahlberg, D. (2018). Can self-compassion improve sleep quality via reduced rumination? *Self and Identity*, 17(6), 666-686. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1456482>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Çelebi, D., ve Yılmaz, E. (2019). Cerrahi hastalarda enteral ve parenteral beslenmede kanıta dayalı uygulamalar ve hemşirelik bakımı. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7, 714-731.
- Dünya Sağlık Örgütü, Constitution of the World Health Organization (1948). <https://www.who.int/about/governance/constitution> Erişim Tarihi: 01.06.2024
- Engelman, D. T., Ali, W. B., Williams, J. B., Perrault, L. P., Reddy, V. S., Arora, R. C., and Boyle, E. M. (2019). Guidelines for perioperative care in cardiac surgery: Enhanced recovery after surgery society recommendations. *JAMA Surgery*, 154(8), 755-766.
- Erdal, G. (2022). *Yaşamı sürdürme nedenleri ile psikolojik iyi oluş arasında öz şefkat ve bilinçli farkındalığın aracı rolü*. (Tez no 748503). [Yüksek Lisans Tezi. Işık Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>. Erişim Tarihi: 14.06.2024

- Ersoy, E., ve Gündoğdu, H. (2007). Cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması. *Turkish Journal of Surgery*, 23(1), 35-40.
- Esenboğa, N.Y., & Yurt, S. (2023). Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği: Türkçe'ye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 39(1), 21-33. <https://doi.org/10.53490/egehemsire.1107227>
- Espinoza, P., Galaz Letelier, L.M., Cunill Leppe, M.D., Yercic Bravo, M., Ferrer Lagunas, L. (2016). *The healthcare team's perception of the role of the perioperative nurse: A qualitative study. Chile*, https://www.researchgate.net/publication/314079609_The_healthcare_team's_perception_of_the_role_of_the_perioperative_nurse_A_qualitative_study_KEYWORD_S_Periooperative_Nursing_Role. Erişim Tarihi: 04.06.2024
- Eyi, S., Kanan, N., Akyolcu, N., Akın, M.L., ve Acaroğlu, R. (2016). Ameliyat sırasında uygulanan hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2), pp.159-170.
- Fındık Ü.Y. (2016). Cerrahi Süreç: Ameliyat sonrası bakım ve komplikasyonların önlenmesi. Eti Aslan F. (Ed.). *Cerrahi Bakım: Vaka Analizleri İle Birlikte*. Ankara: Akademisyen Kitapevi. 425-447.
- Fındık, Ü., ve Topçu, S. (2015). Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(2), 22-33.
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), s. 856-867. doi:10.1002/jclp.22021
- Gilbert, P. (2009). *Introducing compassion-focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Gillespie, B. M., Harbeck, E. B., Falk-Brynhildsen, K., Nilsson, U., & Jaensson, M. (2018). Perceptions of perioperative nursing competence: a crosscountry comparison. *BMC Nursing*, 17, 1-7.
- Goodman, T., and Spry, C. (2014). *Essentials of perioperative nursing*. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.
- Groeneveld, R. A. and Meeden, G. (1984). Measuring skewness and kurtosis. *Journal of the Royal Statistical Society Series D: The Statistician*, 33(4), 391-399.
- Gümüşkaya, O. (2010) *Ameliyathane Hemşirelerinin Eğitim Gereksinimi*. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. G Aksoy).
- Gündoğdu, H.(2018). "Current Perioperative Management Strategies for Enhanced Recovery After Surgery/ Postoperatif İyileşmenin Hızlandırılması için Perioperatif Sürecin

Güncel Yonetimi." *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi* [Journal of Medical and Surgical Intensive Care Medicine], vol. 9, no. 2, Aug. 2018, pp. 51+. Erişim Tarihi: 14.06.2024

- Güner, İ., Demir, F. (2006). Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 9(3): 17-25.
- Günerli, A. (2000) Anestezi Uzmanlarının Mesleki Ve Hukuki Sorumlulukları, *Yasal Hükümler Türk Anestezi Reanimasyon Dergisi*, Cilt 37, (Sayı 6)
- Heffernan, M., Quinn Griffin, M. T., Sister Rita McNulty, null, & Fitzpatrick, J. J. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 366-373. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01853.x>
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: a theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.09.033>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Hopkins, K. D., & Weeks, D. L. (1990). Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. *Educational and psychological measurement*, 50(4), 717-729.
- Jacquet, L., Paucsik, M., Guy, J.-B., Eve, K., Ben-Taarit, I., & Lantheaume, S. (2024). Self-compassion and psychological well-being of radiographers at work. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 19(1), 2287621. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2287621>
- Javanmard, M., Steen, M., & Vernon, R. (2021). Influence of Self-Compassion on the Health of Midwives and Nurses: Protocol for a Scoping Review. *JMIR Research Protocols*, 10(3), e21917. <https://doi.org/10.2196/21917>
- Jones, D. (2022). Covid-19 Pandemi Döneminde Çalışan Ebelerin Öz Duyarlılık ve Mesleki Doyum Düzeylerinin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Handan Özcan)
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Kaka, A. S., Zhao, S., Ozer, E., Agrawal, A., Kang, S., Rocco, J., and Old, M. O. (2017). Comparison of clinical outcomes following head and neck surgery among patients who contract to abstain from alcohol vs patients who abuse alcohol. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 143(12), 1181-1186.
- Kanan, N. (2011). " Nöroşirürji Ameliyathane Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları ", *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(3):179-186.

- Kapritsou, M., and Plastiras, A. (2022). Enhanced recovery after surgery programs: Evidence-based practice in perioperative nursing. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 9(7), 100042.
- Kashdan, T. B., ve Rottenberg, J. (2010). *Psychological Flexibility as a Fundamental Aspect of Health. Clinical Psychology Review*. Cilt 30, Sayı 7, 865-878.
- Katsura, M., Kuriyama, A., Takeshima, T., Fukuhara, S., and Furukawa, T. A. (2015). Preoperative inspiratory muscle training for postoperative pulmonary complications in adults undergoing cardiac and major abdominal surgery. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(10), CD010356.
- Kaymakçı, Ş. (2015). *Ameliyathane Hemşireliği. Ameliyathane hemşireliği görev yetki ve sorumlulukları* (Ed: Yavuz M, Kaymakçı Ş). İzmir, 3-5.
- Kishimoto, K., & Asano, K. (2024). The relationships among factors affecting compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout in Japanese nurses: A cross-sectional study. *Japan Journal of Nursing Science: JJNS*, e12617. <https://doi.org/10.1111/jjns.12617>
- Kowalenko, M., Krajewska-Kułak, E., Kowalewska, B., Kułak-Bejda, A., Kulik, T., Gaworska-Krzemińska, A., & Van Damme-Ostapowicz, K. (2024). Readiness of nurses when faced with a patient's death. *Frontiers in Public Health*, 12, 1399025. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1399025>
- Lathren, C. R., Efirid-Green, L., Reed, D., Zimmerman, S., Perreira, K. M., Bluth, K., & Sloane, P. D. (2024). The Prevalence and Benefits of Self-Compassion Among Professional Caregivers. *Journal of the American Medical Directors Association*, 25(8), 105099. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105099>
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Selfcompassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Leonardsen, A.-C. L., Wolf, A., & Nilsson, U. (2024). Patient-Centeredness in the Perioperative Period-A Rapid Review of Current Research. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, S1089-9472(24)00003-0. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.12.028>
- Liu, C., Zhou, Y., Luo, Q., Song, L., Xiao, J., Tan, W., Miao, C., & Smith, G. D. (2024). A network analysis of self-compassion and burnout in a sample of nurses. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.16333>
- López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., ve Schroevers, M. J. (2018). *Compassion for others and self-compassion: Levels, correlates, and relationship with psychological well-being. Mindfulness*, 9, 325-331. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0777-z>. Erişim Tarihi: 14.06.2024

- Lueke, N., ve Skeel, R. (2017). *The effect of self-criticism on working memory in females following success and failure.* g, 111, 318-323. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2017.02.035>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Maddineshat M., Hashemi M., Tabatabaeichehr M. (2017). Evaluation of the disruptive behaviors among treatment teams and its reflection on the therapy process of patients in the operating room: The impact of personal conflicts. *J Educ Health Promotion.* 6: 69
- Marul, F., ve Aygin, D. (2016). Cerrahi alan enfeksiyonu tanımlarında yenilikler ve ameliyat öncesi tüy temizliğinde güncel uygulamalar. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 28-36.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McCormack, B., & McCance, T. (2016). *Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice: John Wiley & Sons*
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J., & Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(3), 620-634.
- Mellinger, E., and McCanless, L. (2010). Evidence-Based nursing practice in the perioperative setting: A magnet journey to eliminate sacred cows. *AORN Journal*, 92(5), 572-578
- Millî Eğitim Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Sekreterliği, (2012), http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/T%C4%B1bbi%20Sekret erlik%20Hizmetlerine%20Giri%C5%9F.pdf. Erişim Tarihi: 04.06.2024.
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. doi: 10.1080/15298860390129863
- Neff, K. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass.* 5. 1 - 12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Neff, K. D. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9, 27-37
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., ve Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139- 154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Nelson, G., Bakkum-Gamez, J., Kalogera, E., Glaser, G., Altman, A., Meyer, L. A., and Dowdy, S. C. (2019). Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced

- Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations—2019 update. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 29(4), 1-18.
- Nolan, M., Brown, J., Davies, S., Nolan, J., & Keady, J. (2006). *The Senses Framework: improving care for older people through a relationship-centred approach. Getting Research into Practice (GRiP) Report No 2.*
- O'Leary, K., Bylsma, L. M., ve Rottenberg, J. (2017). *Why might poor sleep quality lead to depression? A role for emotion regulation. Cognition and Emotion*, 31(8), 1698–1706. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1247035>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Özbaş, A. (2011). *Cerrahi hemşireliği uygulama rehberi*.1. Baskı, Akyolcu N., Aksoy G., Kanan N., Editör, İstanbul Tıp Kitabevi Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, Ss.9- 31
- Özden, G., & Parlar Kılıç, S. (2024). Compassion in action: Exploring the relationship between nurse conscientious intelligence and palliative care. *Nursing in Critical Care*, 29(4), 695-705. <https://doi.org/10.1111/nicc.13005>
- Özparlak, A., Karakaya, D., Kara, H., & Çelik, E. (2024). The relationship between self-compassion and caring behaviour in nurses: A cross-sectional study. *International Nursing Review*. <https://doi.org/10.1111/inr.13017>
- Resmi Gazete, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, (2011). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>. Erişim Tarihi: 04.06.2024
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSES) [Database record]. APA PsycTests. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t01038-000>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Sağlık Bakanlığı, Özel Hastaneler Yönetmeliği, (2009), http://www.usk.com.tr/duyuru/ozel_hastaneler_yonetmeligi.pdf. Erişim Tarihi: 04.06.2024
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., ve Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164–176. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.2.164>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Shin, S., & Kang, J. (2019). Development and Validation of a Person-Centered Perioperative Nursing Scale. *Asian Nursing Research*, 13(3), 221-227. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.07.002>
- Sillero, A., & Zabalegui, A. (2018). Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*, 14, 132-142. <https://doi.org/10.2174/1745017901814010132>

- Sirois, F. M., & Kitner, R. (2015). Less Adaptive or More Maladaptive? A Meta-Analytic Investigation of Procrastination And Coping. *European Journal of Personality*. Cilt 29, Sayı 4, 433-444.
- Skinner, M.W. (2013). *International Anesthesiology Clinics: Quality Management in Anesthesiology—Volume 1: Fundamentals and Volume 2: Advanced Topics*. Vallejo M. C. (ed). Hagerstown: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, Volume 51, No. 4 & Volume 52, No. 1, Fall 2013 & Winter 2014; ISSN: 0020-5907 US\$222.00approx
- Spry, C. (2016). *Essentials of perioperative nursing*. Jones & Bartlett Publishers.
- Stapleton, P. B., Richardsom, K., ve Kalla, M. (2018). How Aspects of Self-Compassion Contribute to Wellbeing and the Effect of Age. *International Journal of Healing and Caring*, 18(3), <http://ijhc.multiscreensite.com/how-aspects-of-self-compassion-contribute-to-wellbeing-and-the-effect-of-age>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Stenberg, E., dos Reis Falcao, L. F., O’Kane, M., Liem, R., Pournaras, D. J., Salminen, P., and Thorell, A. (2022). Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations: A 2021 update. *World Journal of Surgery*, 46(4), 729-751.
- Tavşancıl, E. (2002). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*, Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Temple-Oberle, C., Shea-Budgell, M. A., Tan, M., Semple, J. L., Schrag, C., Barreto, M., and Ljungqvist, O. ERAS Society.(2017). Consensus review of optimal perioperative care in breast reconstruction: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(5), 1056-1071.
- Terzi B., & Kaya N. (2017) "A planned admission protocol application in intensive care units," *Nursing in Critical Care*, vol.22, no.6, 362-371
- Tohumat Ş.G., & Kanan N. (2017). Yaşlılarda Ameliyat Sırası Bakım. *Türkiye Klinikleri Journal Surgical Nurs-Special Topics* 2017;3(2), 65-72
- Tylka, T. L. & Wood-Barcalow, N. L. (2015). *The Body Appreciation Scale-2: İtem Refinement and Psychometric Evaluation*. *Body image*, Cilt 12, 53-67.
- Walter, L. A. (2024). Identifying the Role of Self-Compassion in Nursing Students’ Perceptions of Readiness for Practice: A Mixed Methods Study. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses’ Association*, 8980101241273366. <https://doi.org/10.1177/08980101241273366>
- Wei, L., Guo, Z., Zhang, X., Niu, Y., Wang, X., Ma, L., Luo, M., & Lu, B. (2023). Mental health and job stress of nurses in surgical system: What should we care. *BMC Psychiatry*, 23(1), 871. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05336-0>

- Vaillancourt, E. S., & Wasylkiw, L. (2020). The Intermediary Role of Burnout in the Relationship Between Self-Compassion and Job Satisfaction Among Nurses. *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne De Recherche En Sciences Infirmieres*, 52(4), 246-254. <https://doi.org/10.1177/0844562119846274>
- Yaban, Z.Ş., & Karaöz, S. (2007). Total Kalça Protezi Ameliyatında Hemşirelik Bakımı. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 47-53.
- Yağbasanlar O. (2017). Kavramsal Bir Bakış: Öz-Şefkat. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi/Journal of Research in Education and Teaching*, Mayıs 2017, Cilt: 6, Sayı: 2, Makale No: 08, ISSN: 2146-9199
- Yılmaz, E., Özkan, S. (2006). Bir İlçede Çalışan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *4.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu*, 13-14 Nisan, Manisa.
- Zeng, X., Wei, J., Oei, T. P., ve Liu, X. (2016). The self-compassion scale is not validated in a Buddhist sample. *Journal of Religion and Health*, 55, 1996-2009. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0205-z>. Erişim Tarihi: 14.06.2024
- Zhang, J. W., & Chen, S. (2016). *Self-compassion promotes personal improvement from regret experiences via acceptance. Personality and Social Psychology Bulletin*, 42(2), 244-258. <https://doi.org/10.1177/0146167215623271>. Erişim Tarihi: 14.06.2024

9. EKLER

EK-1: Bireysel Özellikler Veri Formu

BİREYSEL ÖZELLİKLER VERİ FORMU

- 1) Cinsiyetiniz
 - Kadın
 - Erkek
- 2) Yaşınız _____
- 3) Eğitim durumunuz
 - Sağlık Meslek Lisesi
 - Ön Lisans Programı
 - Lisans Programı
 - Yüksek Lisans Programı
 - Doktora Programı
- 4) Meslekte çalışma süreniz _____
- 5) Ameliyathanede çalışma süreniz _____
- 6) Gün içinde perioperatif süreçteki kaç hasta ile ilgilenmeniz gerekmektedir? _____
- 7) Gün içinde çalıştığınız ameliyathane salonunda kaç hasta ameliyat olmaktadır? _____
- 8) Çalıştığınız kurum
 - Şişli Hamidiye Etfal EAH
 - Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi
 - Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
- 9) Birey Merkezli Perioperatif Bakım ile ilgili eğitim aldınız mı?
 - Evet
 - Hayır
- 10) İletişim ile ilgili eğitim aldınız mı?
 - Evet
 - Hayır
- 11) Psikolojik destek alıyor musunuz?
 - Evet
 - Hayır
- 12) Boş zamanlarınızda aşağıdaki etkinliklerden hangisi/hangilerini yaparsınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
 - Yürüyüş
 - Spor yapmak
 - Kitap okumak
 - Yoga yapmak
 - Film izlemek
 - Meditasyon yapmak
 - Diğer _____

EK-2: Öz Duyarlılık Ölçeği

ÖZ-DUYARLIK ÖLÇEĞİ

Bu anketten elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Sizden istenilen bu ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koymanızdır. Her sorunun karşısında bulunan; (1) Hiç bir zaman (2) Nadiren (3) Sık sık (4) Genellikle ve (5) Her zaman anlamına gelmektedir. Lütfen **her ifadeye** mutlaka **TEK yanıt** veriniz ve kesinlikle **BOŞ bırakmayınız**. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.

1	Bir yetersizlik hissettiğimde, kendime bu yetersizlik duygusunun insanların birçoğu tarafından paylaşıldığını hatırlatmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
2	Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine ilişkin anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3	Bir şey beni üzdüğünde, duygularıma kapılıp giderim.	1	2	3	4	5
4	Hoşlanmadığım yönlerimi fark ettiğimde kendimi suçlarım.	1	2	3	4	5
5	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, kendimi bu başarısızlıkta yalnız hissederim.	1	2	3	4	5
6	Zor zamanlarımda ihtiyaç duyduğum özen ve şefkati kendime gösteririm.	1	2	3	4	5
7	Gerçekten güç durumlarla karşılaştığımda kendime kaba davranırım.	1	2	3	4	5
8	Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
9	Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
10	Kendimi kötü hissettiğimde kötü olan her şeye kafamı takar ve onunla meşgul olurum.	1	2	3	4	5
11	Yetersizliklerim hakkında düşündüğümde, bu kendimi yalnız hissetmeme ve dünyayla bağlantımı koparmama neden olur.	1	2	3	4	5
12	Kendimi çok kötü hissettiğim durumlarda, dünyadaki birçok insanın benzer duygular yaşadığını hatırlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
13	Acı veren olaylar yaşadığımda kendime kibar davranırım.	1	2	3	4	5
14	Kendimi kötü hissettiğimde duygularıma ilgi ve açıklıkla yaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
15	Sıkıntı çektiğim durumlarda kendime karşı biraz acımasız olabilirim.	1	2	3	4	5

EK-2: Öz Duyarlılık Ölçeği (Devam)

16	Sıkıntı veren bir olay olduğunda olayı mantıksız biçimde abartırım.	1	2	3	4	5
17	Hata ve yetersizliklerimi anlayışla karşılarım.	1	2	3	4	5
18	Acı veren bir şeyler yaşadığımda bu duruma dengeli bir bakış açısıyla yaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
19	Kendimi üzgün hissettiğimde, diğer insanların çoğunun belki de benden daha mutlu olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
20	Hata ve yetersizliklerime karşı kınayıcı ve yargılayıcı bir tavır takınırım.	1	2	3	4	5
21	Duygusal anlamda acı çektiğim durumlarda kendime sevgiyle yaklaşırım.	1	2	3	4	5
22	Benim için bir şeyler kötüye gittiğinde, bu durumun herkesin yaşayabileceğini ve yaşamın bir parçası olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
23	Bir şeyde başarısızlık yaşadığımda objektif bir bakış açısı takınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
24	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik duygularıyla kendimi harap ederim.	1	2	3	4	5
25	Zor durumlarla mücadele ettiğimde, diğer insanların daha rahat bir durumda olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
26	Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine karşı sabırlı ve hoşgörülü değilimdir.	1	2	3	4	5

EK-3: Birey Merkezli Perioperatif Hemşirelik Ölçeği

BİREY MERKEZLİ PERİOPERATİF HEMŞİRELİK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular birey merkezli perioperatif hemşirelik ile ilgilidir. Lütfen her sorunun ilgili sütununa “X” işareti ile doldurunuz.

1: Hiçbir Zaman 2: Nadiren 3: Ara sıra 4: Sıklıkla 5: Her zaman

No	Sorular	1	2	3	4	5
1	Hasta duygularını ifade ettiğinde empati kurarım.					
2	Hastayı aktif olarak dinlerim.					
3	Konuşamayan hastalarla sözsüz iletişim kurmaya çalışırım.					
4	Sözlerimle ya da davranışlarımla hastanın kaygısını azaltmaya çalışırım.					
5	Hastanın anlayabileceği kelimeler kullanırım.					
6	Hastanın ihtiyaçlarını (örneğin; solunum, boşaltım) sık sık kontrol ederim.					
7	Hasta için saygı ifade eden kelimeler kullanırım.					
8	Hastaya uygun bir unvanla hitap ederim.					
9	Hastanın vücudunu gereksiz yere açıkta bırakmaktan kaçınırım.					
10	Hastanın ihtiyacına veya sorularına hızlı yanıt veririm.					
11	Hastanın ameliyat öncesi öyküsünü incelerim.					
12	Hastanın cerrahi pozisyonundan kaynaklanan rahatsızlığını belirler ve uygun girişimde bulunurum.					
13	Hastanın üşüyüp üşümediğini kontrol eder ve uygun girişimde bulunurum.					
14	Hastanın ağrı şikayeti varsa uygun girişimde bulunurum.					
15	Ameliyattan önce hastaya işlemlerle ilgili açıklama yaparım.					
16	Hastaya ameliyatın gecikme nedenini açıklarım.					
17	Herhangi bir hemşirelik girişiminden önce hastaya açıklama yaparım.					
18	Düzenli olarak perioperatif hemşirelik eğitimine katılırım.					
19	Perioperatif hemşirelik konusunda kalite iyileştirme faaliyetlerine katılırım.					
20	Hastaların tedavisinde diğer bölümlerle işbirliği yaparım.					

EK-6: Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRME FORMU

Araştırmanın Adı: Ameliyathane Hemşirelerinin Öz Duyarlılık ve Perioperatif Bakım Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma ile ameliyathane hemşirelerinin öz duyarlılık ve perioperatif bakım düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma, hemşirelerin öz duyarlılıklarının bireyselleştirilmiş perioperatif bakım verme ile ilişkili olup olmadığının belirlenmesinde yarar sağlayacaktır. Araştırmaya sizin dışınızda, gönüllü olan en az 346 ameliyathane hemşiresi katılacaktır. Sizden bu çalışmada anket formu doldurmanız istenecektir. Bu işlem 5 dakikanızı alacaktır. Bunun size ve yakınlarınıza hiçbir zararı olmayacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Araştırma ile ilgili gerek duyduğunuz tüm bilgileri istemeye ve doğru, açık, anlaşılır bilgi almaya hakkınız vardır. İstedığınız zaman araştırmanın herhangi bir kısmında araştırmadan çıkabilirsiniz. Araştırmacı gerekli gördüğü takdirde çalışmayı sonlandırabilir. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılabilir, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulabilir ve yayınlanabilir.

Araştırma ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya@.....com e-posta adresi veya (5..) numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

İmza/Tarih

İmza/Tarih

Katılımcı

Ece Uzun

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

ONAY FORMU

Araştırmanın Adı: Ameliyathane Hemşirelerinin Öz Duyarlılık ve Birey Merkezli Perioperatif Bakım Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın Amacı: Araştırma hemşirelerin özduyarlılıkları ile birey merkezli perioperatif bakım arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yürütülmektedir.

Araştırma Ekibi: Prof Dr. Şule Ecevit Alpar
Hem. Ece Uzun

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce katılımcılara verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Aklıma gelen tüm soruları sorma olanağı tanındı ve sorularına cevap aldım. Araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayımlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

İmza/Tarih