



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**GÜNÜBİRLİK CERRAHİ HASTALARININ
AMELİYAT ÖNCESİ KAYGI DÜZEYLERİ VE
BİLGİ GEREKSİNİMLERİ**

Mine ALACADAĞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

TRABZON-2016

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans standartlarına Uygun Bulunmuştur.

Doç. Dr. Ayla GÜRSOY

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

.....

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Mine ALACADAĞ'ın hazırladığı "Günübirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Bilgi Gereksinimleri" başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim- Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

.....

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

.....

Doç. Dr. Ayla GÜRSOY

.....

Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

.....

Tarih: 01/06/2016

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../2016 tarih ve ...sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali Osman KILIÇ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

.../.../2016

Mine ALACADAĞ

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her zaman yanımda olan sevgili aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında beni sabırlı, anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, değerli hocam ve danışmanım KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR'e,

Bilim insanı olma yolunda bizlere emeği geçen KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Ayla GÜRSOY'a,

İstatistik analizlerde katkıları nedeni ile Öğretim Görevlisi Sayın Hande ŞENOL'a,

Eğitimimde emeği geçen ve desteklerini esirgemeyen tüm öğretim elemanlarına,
Çalışmamın yürütülmesine izin veren KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Başhekimliği'ne,

Her zaman yanımda olan, bana inanan ve güvenen, varlığımın anlamı olan değerli aileme en içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Öğr. Gör. Mine ALACADAĞ

İÇİNDEKİLER**Sayfa****KABUL ve ONAY****BEYAN****TEŞEKKÜR****TABLolar DİZİNİ****viii****ŞEKİLLER DİZİNİ****ix****KISALTMALAR ve SEMBOLLER DİZİNİ****x****1. ÖZET****1****2. SUMMARY****2****3. GİRİŞ ve AMAÇ****3****4. GENEL BİLGİLER****6**

4.1. Günöbirlik Cerrahi

6

4.1.1. Günöbirlik Cerrahinin Tanımı

6

4.1.2. Günöbirlik Cerrahinin Tarihçesi

6

4.1.3. Günöbirlik Cerrahinin Olumlu Yönleri

8

4.1.4. Günöbirlik Cerrahinin Olumsuz Yönleri

9

4.1.5. Günöbirlik Cerrahinin Uygulandığı Girişimler

10

4.1.6. Günöbirlik Cerrahinin Uygulanmadığı Durumlar

11

4.2. Günöbirlik Cerrahinin Aşamaları

13

4.2.1. Ameliyat Öncesi (Preoperatif) Değerlendirme

13

4.2.1.1. Günöbirlik Cerrahi İçin Hasta Seçimi

14

4.2.1.2. Tıbbi Durumun Değerlendirilmesi

15

4.2.1.3. Günöbirlik Cerrahide Hastanın Hazırlanması

19

4.2.2. Ameliyat Sırası (İntraoperatif) Dönem

22

4.2.2.1. Anestezi ve Etkileri

22

4.2.3. Günöbirlik Cerrahi Sonrası Hastanın Taburcu Edilmesi

24

4.2.4. Ameliyat Sonrası (Postoperatif) Evde Hasta İzlemi

26

4.3. Günöbirlik Cerrahi ve Kaygı (Anksiyete)

26

4.3.1. Kaygı (Anksiyete) Tanımı

27

4.3.2. Kaygı (Anksiyete) Belirtileri

29

4.3.3. Kaygı (Anksiyete) Düzeyleri	29
5. GEREÇ ve YÖNTEM	32
5.1. Araştırmanın Tipi	32
5.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	32
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
5.4. Veri Toplama Araçları	33
5.4.1. Hasta Bilgi Formu	33
5.4.2. Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri	33
5.5. Hasta Bilgi Formunun Ön Uygulaması	35
5.6. Veri Toplama Yöntemi	35
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
5.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	35
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	35
5.10. Araştırma Planı	36
6. BULGULAR	37
7. TARTIŞMA	52
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	63
8.1. Sonuçlar	63
8.2. Öneriler	66
9. KAYNAKLAR	67
10. EKLER	80
10.1. Ek 1. Hasta Bilgi Formu	80
10.2. Ek 2. Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory-STAI)	83
10.3. Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	85
10.4. Ek 4. Kurum İzin Yazısı	87
11. ETİK KURUL ONAYI	88
12. ÖZGEÇMİŞ	91

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Günöbirlik Cerrahinin Uygulandığı Girişimler	10
Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	37
Tablo 3. Hastaların Ameliyatlarına ve Anestezi Türlerine Göre Dağılımı	38
Tablo 4. Hastaların Günöbirlik Cerrahiye İlişkin Bilgi Alma Durumları	40
Tablo 5. Hastaların Günöbirlik Cerrahi Sürecine İlişkin Bilgi Aldığı ve Almak İstedığı Kişiler, Bilgiyi Yeterli Bulma Durumları ve Konuya İlişkin Önerileri	42
Tablo 6. Hastaların Hastaneye Ulaşım, Taburculuk Süreci ve Hastaneden Eve Ulaşımına İlişkin Bilgileri	43
Tablo 7. Hastaların Evde Bakımına Yardımcı Olacak Kişilere Bilgi Verilme Durumu, Verilen Bilgiler ve Bilgiyi Veren Kişi/Kişiler	44
Tablo 8. Hastaların Günöbirlik Cerrahiye İlişkin Kaygı Durumları, Yaşadıkları Kaygılar ve Kaygılarını Paylaştıkları Kişiler	45
Tablo 9. Hastaların Durumluk/Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları	46
Tablo 10. Hastaların Kaygı Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	46
Tablo 11. Hastaların Kaygı Puan Ortalamalarının Anestezi Türüne Göre Dağılımı	48
Tablo 12. Hastaların Kaygı Puan Ortalamalarının Kliniklere Göre Dağılımı	49
Tablo 13. Hastaların Kaygı Puan Ortalamalarının Günöbirlik Cerrahi Sürecine İlişkin Verilen Bilgileri Yeterli Bulma Durumlarına Göre Dağılımı	50
Tablo 14. Hastaların Kaygı Puan Ortalamalarının Anesteziye İlişkin Kaygı Duyma Durumlarına Göre Dağılımı	50
Tablo 15. Hastaların Kaygı Puan Ortalamalarının Ameliyata İlişkin Kaygı Duyma Durumlarına Göre Dağılımı	51

ŞEKİLLER DİZİNİ**Şekil****Sayfa****Şekil 1.** Araştırma Planı**36**

KISALTMALAR ve SEMBOLLER DİZİNİ**Kısaltmalar**

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACE	Audit Commission of England
ASA	American Society of Anesthesiologist
BADS	The British Association of Day Surgery
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BMJ	British Medical Journal
BUN	Blood Urea Nitrogen
EKG	Elektrokardiyografi
F	Tek Yönlü Varyans Analizi
FASA	Federated Ambulatory Surgery Association
FASC	Society for The Advancement of Freestanding Ambulatory Surgery Centers
HBV	Hepatit B Virüsü
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IAAS	International Association for Ambulatory Surgery
IV	Intravenous
KBB	Kulak Burun Boğaz
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
MAB	Monitörize Anestezik Bakım
MI	Miyokard İnfarktüsü
Min-Max	Minimum- Maximum
NHS	National Health Services
RCN	Royal College of Nursing
RCS	Royal College of Surgeons
SAMBA	Society for Ambulatory Anesthesia
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SS	Standart Sapma
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu

STAI State/Trait Anxiety Inventory

Semboller

t İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

Z Mann Whitney U Testi

χ^2 Kruskal Wallis Varyans Analizi

$\bar{X}$ Ortalama



1. ÖZET

Günübirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Bilgi Gereksinimleri

Araştırma, günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeylerini ve bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı. Araştırma, Trabzon İl merkezindeki bir üniversite hastanesinin cerrahi kliniklerinde günübirlik cerrahi kapsamında ameliyat olacak 151 hasta ile gerçekleştirildi. Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen Hasta Bilgi Formu ve Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelik, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi, Oneway ANOVA testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi testi kullanıldı. Hastaların çoğunluğunun günübirlik cerrahiye ilişkin bilgi aldığı ancak bazı konularda bilgi alma oranının düşük olduğu ve günübirlik cerrahi sürecine ilişkin bilgileri hekimden aldığı saptandı. Araştırmaya katılan hastaların dörtte üçünün, günübirlik cerrahi sürecine ilişkin aldıkları bilgiyi yeterli buldukları ve üçte ikisinden fazlasının bilgilerin ayrıntılı şekilde verilmesini önerdikleri belirlendi. Hastaların dörtte üçünün yakınlarına bilgi verilmediği bulundu. Hastaların çoğunluğunun ameliyat ve anesteziye ilişkin kaygılarının olmadığını ifade etmelerine karşın, durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğu görüldü. Yaş gruplarına göre sürekli kaygı, cinsiyetlere göre hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Ameliyatta genel anestezi alacak hastalarda durumluk kaygı puan ortalaması ve lokal/bölgesel anestezi alacaklarda sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Anesteziye ve ameliyata ilişkin kaygı duyan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlendi. Çalışma sonuçları, ameliyat öncesi dönemde hasta ve yakınlarına günübirlik cerrahi süreciyle ilgili yeterli bilgi verilmesinde, ameliyata ve anesteziye ilişkin kaygılarının azaltılmasında yol gösterici olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi gereksinimi, günübirlik cerrahi, günübirlik cerrahi hemşiresi, hasta, kaygı

2. SUMMARY

The Anxiety Levels and Information Requirements of Day Surgery Patients Before Surgery

The study was descriptively done in order to determine before surgery anxiety levels and knowledge needs of day surgery patients. The study was conducted with 151 patients who would receive day surgery at surgical clinics of a university hospital located in city center of Trabzon Province. The data were gathered with Patient Information Form designed by the researcher and State-Trait Anxiety Inventory. For the data assessment; percentages, arithmetical means, standard deviation, minimum and maximum numbers, t test-Mann-Whitney U test and Oneway ANOVA test for the independent groups and Kruskal Wallis Variance Analyses were employed. It was found out that most of the patients obtained information about day surgery but the rate to receive information on some topics was low and patients obtained information about surgical process from physicians. Three fourth of the participant patients found information received on surgical process satisfactory and more than two third of the patients wanted detailed information. It was noted that three fourth of the significant others of the participant patients were informed. Although most of the patients stated that they did not have any anxiety about surgery and anesthesia; it was seen that their mean scores of state anxiety and trait anxiety were higher. It was identified that there were statistically significant differences among mean state anxiety scores in terms of age groups and among state and trait anxiety scores in terms of gender. It was identified that mean state anxiety scores of patients receiving general anesthesia and mean trait anxiety scores of those receiving local anesthesia were higher. It was noted that there was statistically significant difference between mean scores of state anxiety and trait anxiety of the patients who were anxious about anesthesia and surgery. The study results may be used as a guide in order to provide patients and their significant others with sufficient information about day surgery process and to decrease their anxiety on surgery and anesthesia during before surgery period.

Key Words: Needs of information, day surgery, day surgery nurse, patient, anxiety

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde teknolojik ilerlemeler ve buna bağlı olarak anestezi ve ameliyat sonrası bakımdaki gelişmeler sonucunda cerrahi girişimler en son başvuru olan yöntem olmaktan çıkmış ve yaygın olarak uygulanmaya başlamıştır. Gününbirlik cerrahi daha çok küçük cerrahi girişimler için uygulanmakla birlikte, günümüzde artık cerrahi girişim gerektiren ameliyatlarda büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Gününbirlik cerrahinin tercih edilmesinde bu girişimlerin güvenilirliğinin, sağlık giderlerini ve hastanede yatış süresini belirgin bir şekilde azaltmasının, hasta memnuniyetini artırmasının ve aile düzenini fazla etkilememesinin de önemli etkisi bulunmaktadır (1-3).

Gününbirlik cerrahi ameliyat öncesinde bu işlem için uygunluğu belirlenen hastaların, planlı olarak ameliyata alınmasını ve ameliyat oldukları gün içerisinde taburcu olabilmelerini sağlayan girişimler olarak tanımlanmaktadır. Dünyada yaklaşık kırk yıla yakın bir süredir gününbirlik cerrahi uygulamalarının yapılmakta olduğu ve son 20 yılda büyük bir gelişme gösterdiği görülmektedir (3). Seksenli yıllarda ameliyat olan her sekiz hastadan yedisinin hastanede en az bir gece yatması gerekirken günümüzde ameliyat olan hastaların %60'ı aynı gün hastaneden çıkabilmekte ve önceleri üç dört gün olan bir cerrahi girişim süreci günümüzde dört- beş saate kadar indirgenmektedir (1-3).

Gününbirlik cerrahi özellikle gelişmiş ülkelerdeki bütün cerrahi girişimlerin %50-80'ini oluşturmaktadır. Bununla birlikte Avrupa ülkelerinde elektif cerrahinin %65'inin ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ise %80'inin gününbirlik cerrahi olarak yapıldığı bildirilmektedir. Gününbirlik Cerrahi Birliği'ne (Association for Ambulatory Surgery) göre, ABD'de 4 000 gününbirlik cerrahi ünitesinde günde 8 000'den fazla ameliyat gerçekleştirilmektedir. Hükümet düzeyinde yaşam kalitesi üzerine öneriler geliştiren İngiliz Denetim Komisyonu (Audit Commission of England; ACE) raporuna göre, 1996'da %55.7 olan gününbirlik cerrahi oranının 2003 yılında %67.2'ye yükseldiği bildirilmektedir. Konuyla ilgili çalışmalarda, gününbirlik cerrahi uygulanma oranının Kuzey Amerika ve Kanada'da %83, Avustralya'da %75, Danimarka'da %79, Hollanda'da %70, İsveç'te %66, İngiltere'de %62, Almanya'da %60 ve Finlandiya'da ise %50 oranlarında olduğu belirtilmektedir (4-7).

Günübirlik cerrahinin birçok yararı nedeniyle tercih edilmesine karşın aynı gün içinde hastaların hem ameliyatını hem de taburculuğunu içermesi nedeniyle bazı sorunlarla da karşılaşabilmektedir. Bunlardan en önemlisi başta hemşire olmak üzere sağlık bakım ekibi ile hasta ilişkisi çok kısa bir süre içinde gerçekleşmekte ve hastalar ameliyat öncesi dönemde günübirlik cerrahi sürecine ilişkin yeterli bilgi alamamaktadır. Bununla birlikte her ne kadar günübirlik bir uygulama da olsa cerrahi girişim uygulanacak olması ve ameliyat öncesi dönemde ameliyat sürecine ilişkin bilgi eksikliği hastalarda stres ve kaygıya neden olmaktadır. Bu durum ameliyatı, anesteziyi ve ameliyat sonrası dönemi olumsuz yönde etkilemektedir. Oysa konu ile ilgili birçok çalışmada, ameliyat öncesi dönemde ayrıntılı olarak bilgilendirilen hastaların ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeylerinin ve ameliyat sonrası ağrılarının daha düşük, memnuniyetlerinin daha yüksek ve iyileşmelerinin daha hızlı olduğu vurgulanmaktadır (8-10). Lieske ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (11) hastaların %92'sinin ameliyat ve sonrası bakım konusunda verilen bilgiden, aldıkları bakım ve destekten memnun oldukları belirtilmektedir. Fitzgerald ve Elder'in yaptığı çalışmada (12) hastaların %40'ı anestezi ve cerrahiye ilişkin bilgi verilmesiyle birlikte korkularında azalma olduğunu ifade etmişlerdir. Sjöling ve arkadaşlarının (13) total diz artroplastisi olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde verilen bilginin kaygı düzeyini ve ameliyat sonrası ağrıyı azaltarak hasta memnuniyetini artırdığı saptanmıştır. Aksoy ve Sayın (14) da, girişim öncesi eğitimin hastanın anksiyetesini düşürdüğünü, girişim sonrası kısa sürede bilincin kazanılmasını sağladığını, ağrı kontrolünü kolaylaştırdığını ve erken taburculuğa ortam hazırladığını bulmuştur.

Günübirlik cerrahi sürecinde hemşire, günübirlik cerrahi hastasının ameliyat öncesi hazırlığında, ameliyat sırasındaki uygulamalarda ve ameliyat sonrası iyileşme sürecini kolaylaştırmada önemli bir role sahiptir. Hemşire hastalara günübirlik cerrahi uygulamaları öncesinde sürece ilişkin yeterli ve anlaşılır bilgi vermeli ve kaygıyı gidererek günübirlik cerrahinin başarıya ulaşmasında olumlu katkı sağlamalıdır. Bunun için hasta eğitiminin, ameliyat kararından hemen sonra multidisipliner bir yaklaşımla başlatılması ve taburculuk sonrasında da sürdürülmesi gerekmektedir (14, 15).

Literatürde günübirlik cerrahi girişim öncesi hastaların kaygı düzeylerine ve bilgi gereksinimlerine yönelik olarak birçok kaynak olmakla birlikte ülkemizde bu konuya ilişkin olarak hastaların kaygı düzeyi ve bilgi gereksinimlerinin birlikte çalışıldığı sınırlı

sayıda araştırma bulunmaktadır. Günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeylerinin ve bilgi gereksinimlerinin belirlenmesinin, hastaların günübirlik cerrahi sürecine ilişkin bilgi eksikliklerinin giderilmesine ve bilgi eksikliğine bağlı kaygının azaltılmasına, kaygı düzeyi yüksek olan hastalara kaygının giderilmesine ilişkin girişimlerin uygulanmasına, sağlık bakım ekibinin ameliyat öncesi dönemde bilgi verme ve kaygıyı gidermeye yönelik olumlu tutum geliştirmelerine, hasta memnuniyeti ve sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasına yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Araştırma, bu düşünceden yola çıkarak günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeyleri ve bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Günübirlik Cerrahi

Günümüzde günübirlik cerrahi, antibiyotik kullanımındaki gelişmeler, minimal invaziv cerrahi ve lazer teknolojisinin sağladığı yeni cerrahi teknikler, kısa etkili anestezi ilaçların gelişimi ve ameliyat sonrası ağrı kontrolü ve bulantı-kusmanın önlenmesi ile birlikte sıklıkla tercih edilen cerrahi uygulamalar arasında yer almaktadır. Hastanede yatış süresini ve ameliyat sonrası bekleyen hasta sayısını kısaltması, maliyeti azaltması, hasta memnuniyetini artırması, aile düzenini fazla etkilememesi ve özbakım girişimlerini desteklemesi günübirlik cerrahinin tercih edilmesine neden olmaktadır (14, 16, 17).

4.1.1. Günübirlik Cerrahinin Tanımı

Günübirlik cerrahi, hastanede yatan hastalara uygulanan cerrahi girişimi temel alan, ancak yatış gerektirmeyen ve aynı gün taburculuğu öngören bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca hastaların ameliyat olacakları gün içinde hastaneye kabul ve taburcu edildikleri organizasyon programı ya da ayaktan cerrahi olarak da belirtilmektedir. Günübirlik cerrahide genellikle iki saatten az süren girişimler sonrası anestezi uyanma odasında üç- dört saat kalan hastalar, aynı gün evlerine taburcu edilmektedir. Bununla birlikte günümüzde birçok günübirlik cerrahi ünitesi 23 saat yatış politikasıyla çalışmaktadır (14, 15, 18).

4.1.2. Günübirlik Cerrahinin Tarihçesi

Hastane koşullarının 1900’lü yıllarda oldukça ilkel olması enfeksiyon ve mortalite oranlarının artmasına neden olmuştur. Bu durum birçok ameliyatın hastaneler yerine ev koşullarında yapılmasını zorunlu kılmış, hastaneleri iyileşmek için değil ölmek için gidilen yerler olarak göstermiştir. Zamanla teknolojik ilerlemeler ve aseptik tekniklerin gelişimi, ameliyatların yeniden hastanelerde yapılmasını sağlamıştır. Böylece hastaneler evlerden daha üstün ve daha güvenli yerler haline gelmiştir (14).

İlk günübirlik cerrahi 1899-1908 yılları arasında İskoçya’da Glaskow Royal Hastanesi’nde James Nicoll isimli bir pediatri hekimi tarafından 8898 çocuk üzerinde uygulanmıştır. Bu hastaların yarısını üç yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır. Tavşan dudak, yarık damak ve fitik gibi ameliyatlar gerçekleştirilmiş ve herhangi bir

komplikasyonun oluşmadığı görülmüştür. Nicoll'un bu başarısı ve felsefesi, özellikle çocukların mümkün olduğu kadar kısa sürede evlerine geri dönmesi konusundaki ısrarı, tüm dünyada kabul görmüştür (14, 15, 19).

Amerika Birleşik Devletleri'nin Iowa Sioux şehrinde 1918 yılında Dr. Ralph D. Waters tarafından, ayaktan cerrahi girişimleri uygulamak amacıyla ilk kez bir klinik kurularak genel anestezi ile uygulanan gününbirlik cerrahi uygulamaları yapıldığı bilinmektedir. Ancak bu klinikte ameliyat için ayrılan yerin uygun olmaması ve uygulanan anestezinin ameliyat süresinden kısa olması gibi sorunlar yaşanmıştır Bu nedenle bundan sonraki 20 yıl boyunca gününbirlik cerrahi uygulamalarının sayısında azalma olmuştur (15, 19).

İngiliz Tıp Dergisi'nde (British Medical Journal; BMJ), batin cerrahisi (fitik onarımı) geçiren hastaların 14 gün sonra hastaneden ayrılmalarına izin veren cerrahların, gelişebilecek komplikasyonlar yönünden dikkatli olmaları belirtilmiş ve erken ayağa kalkmanın ve gününbirlik cerrahinin önemi üzerinde durulmuştur. Birçok hekimin 1960 sonrası hastalarını hastaneye yatırmadan ameliyat girişimini uygulamaya başladığı görülmektedir. Michigan'da The Butleer Worth Hastanesi (1961), gününbirlik cerrahi programına göre kurulmuş olup, 1963-67 yılları arasında 879 gününbirlik cerrahi girişimin yapıldığı bildirilmektedir 1962'de de ABD'de California Üniversitesinde ilk gününbirlik cerrahi ünitesi kurulmuştur (15, 19).

Dr. Wallace Reed ve John Ford (1970) tarafından Arizona'nın Phoenix eyaletinde kurulan bağımsız ünite (Phoenix Surgicenter) ise günümüzde halen çalışmalarına devam etmektedir. Dr. Reed, gününbirlik cerrahide hasta seçimi, anestezi, cerrahi tipleri, taburculuk kriterleri ve evde bakımla ilgili anahtar bilgiler vermiştir. Bu ünite kısa sürede ABD' de diğer hastaneler için model haline gelmiştir. Bu tarihten günümüze kadar Amerika'da yaklaşık 1500 bağımsız gününbirlik cerrahi merkezinin kurulduğu ve işlevlerine devam ettikleri gözlenmektedir (19, 20). Kanada'da 1996 yılında Genel Cerrahlar Birliği'nin toplantısında Dr. Douglas, gününbirlik cerrahinin geleneksel cerrahiye bir alternatif olduğunu vurgulayarak hastaların evlerine daha çabuk döndüğünü, erken mobilizasyonun iyileşmeye yardımcı olduğunu ve uzun süre yatakta yatmanın yarattığı komplikasyonların (ağrı, bulantı-kusma, kanama, solunum sıkıntısı, hipotansiyon vb.) da azaldığını belirtmiştir (19).

Günübirlik cerrahinin gelişmesiyle birlikte kaliteli standartlar oluşturmak, bu alanda eğitim ve araştırmalar yapmak amacı taşıyan gruplar bir araya gelerek dernekler kurmuşlardır. Bunlardan ilki 1974'de ABD'de kurulan Bağımsız Günübirlik Cerrahi Merkezlerini Geliştirme Derneği (Society for The Advancement of Freestanding Ambulatory Surgery Centers; FASC) ve Birleşik Günübirlik Cerrahi Birliği'dir (Federated Ambulatory Surgery Association; FASA). On iki ulusal derneğin birleşimi ile 1995'de Uluslararası Günübirlik Cerrahi Birliği (International Association for Ambulatory Surgery; IAAS) kurulmuştur. Gerçek anlamda günübirlik anestezi de ilk kez 1984'te Günübirlik Anestezi Derneği'nin (Society for Ambulatory Anesthesia; SAMBA) kurulmasıyla başlamıştır (20).

Ülkemizde ise günübirlik cerrahi ile ilgili kesin veriler bulunmamakla birlikte 1980'lerde sınırlı yapılan günübirlik cerrahi ameliyatlarında 1990'lardan sonra artış olduğu gözlenmektedir (15, 16). Türkiye'de ilk hastane merkezli günübirlik cerrahi ünitesi 1998 yılında İzmir'de Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde açılmıştır (15, 19). Adnan Menderes Üniversitesi'nde (2001) ise günübirlik cerrahi ünitesi kurularak uygulamaya başlanmıştır (19). Günübirlik cerrahiye ilgi gün geçtikçe artmakta ve ülkemizde birçok merkezde günübirlik cerrahi üniteleri kurulmaktadır (3).

4.1.3. Günübirlik Cerrahinin Olumlu Yönleri

Yatan hastaların ameliyat öncesi hazırlığına eşdeğer bir hazırlık, yeterlilik ve güvenlik gerektirmesine karşın, hastanede yatışı gerektirmeyen günübirlik cerrahinin hasta, aile, sağlık çalışanları, kurum ve maliyet yönünden olumlu getirileri olduğu belirtilmektedir. Günübirlik cerrahi oranı 1985 yılında %35 iken 2000'li yıllarda %60'ın üzerine çıkmıştır (14). Günübirlik cerrahinin olumlu yönleri;

- Hastaların ameliyat için uzun süre beklemesi ve ameliyatların ertelenme riskini azaltması,
- Hastanede yatış süresini kısaltması,
- Hastaların günlük yaşantısına ve aile çevresine erken dönmesi,
- Hastanın yaşam düzenini çok az değiştirmesi,
- Hasta memnuniyetini artırması,
- Cerrahi girişim sonrası hastanede geçirilen süreyi kısaltması,
- Hasta tercihine ve zamanında tedaviye olanak tanınması,

- Çapraz enfeksiyon ve hastane enfeksiyonu riskini azaltması,
- Anesteziden ayılma süresini kısaltıp, hastaların ameliyat günü evlerine dönebilmesi,
- Ameliyat sonrasında iyileşme periyodunun daha kısa olması,
- Hasta ve ailesinde daha az psikolojik stres yaratması,
- Hastanın kaygısının (özellikle pediatrik hastalarda anneden daha az ayrı kalma vb.) daha az olması,
- Maliyeti azaltması,
- İş gücü kaybını azaltması,
- Daha az personele gerek duyulması,
- Kaynakların etkin şekilde kullanımı,
- Acil ve daha kompleks cerrahi girişim gerektiren hastalar için gerek ameliyat odası gerekse personel ayrılması yönünden daha fazla olanak sağlaması,
- Aynı zamanda yatarak tedavi görmesi gereken ya da acil vakalar için daha fazla boş yatak sağlamasını içermektedir (15-17, 19).

Ayrıca günübirlik cerrahinin hastanın üniteye kabulünden önce hasta ile temas kurulması, hastadan gerekli bilgilerin elde edilmesi, endişelerinin bildirilmesine olanak sağlaması, taburculuk sonrası evde bakım için plan yapılması ve gerekli bilgi ve eğitim olanağı sağlama gibi olumlu yönleri de bulunmaktadır (16).

4.1.4. Günübirlik Cerrahinin Olumsuz Yönleri

Günübirlik cerrahinin birçok olumlu yönleri olduğu kadar olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Günübirlik cerrahinin olumsuz yönleri;

- Hasta ile başta hemşire olmak üzere sağlık ekibi ilişkisinin çok kısa süre içinde gerçekleşmesi ve hastanın yeterli bilgi alamaması,
- Zaman baskısının hasta için ameliyat sürecine uygun hazırlığın verilmesini engellemesi,
- Hastaların kısa süre içerisinde taburcu edilmesi nedeniyle ameliyat sonrası erken dönemde evde bakım sorumluluğunun hastanın kendisine ya da yakınlarına veriliyor olması,
- Ameliyat sonrası evde oluşabilecek baş dönmesi, halsizlik, bulantı-kusma ve ağrının kontrolünde yetersizlik olabilmesini içermektedir (15, 21).

Beklenen zamanda taburculuğun gerçekleşmemesi, hastanın evde bakım sorumluluğunu üstlenecek yetişkin bir kişinin bulunmaması ve kendi bakımını sürdürememesi gibi sorunlar olabilmektedir (15). Ayrıca acil bir durumda tıbbi ve bakım desteğinin sağlanamaması ve bunun sonucunda hastada sorun yaşanması söz konusu olabilmektedir (19).

4.1.5. Günübirlik Cerrahinin Uygulandığı Girişimler

Günübirlik cerrahi girişimler, tanı ve tedavi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda, günübirlik cerrahiye uygun 861 girişimin olduğu belirlenmiştir (22). Tablo 1’de bu girişimlerden en fazla kullanılanlar gösterilmektedir (16, 23).

Tablo 1. Günübirlik Cerrahinin Uygulandığı Girişimler

<u>Genel Cerrahi</u> - Herni onarımı (inguinal, femoral vb.) - Varikoz venlerin ligasyonu ya da çıkarılması - Anal darlık ya da anal fissür onarımı - Bening tümörler, sebase kistlerin çıkarılması - Minimal invaziv cerrahi (laparoskopik kolesistektomi, apendektomi vb.) - Hemoroidektomi - Meme cerrahisi (solid dokuların çıkarılması, meme biyopsisi, mastektomi) - Papillom, ben gibi oluşumların çıkarılması - Lipomun çıkarılması - Karpal-Tünel Sendromunun düzeltilmesi - Pilonidal sinüs onarımı - Abse drenajı - Tiroid cerrahisi <u>Ortopedik Cerrahi</u> - Karpal-Tünel Sendromunun düzeltilmesi - Dupuytren kontraktürüne ilişkin cerrahi - Halluks valgusa ilişkin cerrahi - Trigger fingere ilişkin cerrahi - Ayak parmağındaki tırnak batmasının düzeltilmesi - İnterfalangial bölgelerde yapışıklığın düzeltilmesi - Artroskopik menisektomi - İğne, kaplama, tel ve vidaların çıkarılması - Kırık redüksiyonu - Artroskopi	<u>Üroloji</u> - Sünnet - Hidrosele ilişkin cerrahi - Vazektomi - Üretral dilatasyon - Testiküler biyopsi - Sistoskopi - Üreteroskopi - Epididimal kistlerin çıkarılması - Renal biyopsi - Varikosele ilişkin cerrahi - Penis yapışıklıklarının ayrılması - Litotripsi <u>Pediyatrik Cerrahi</u> - Sünnet - Hidrosele ilişkin cerrahi - Orşiopeksi - İnguinal herniektomi - Umbilikal herni onarımı <u>Jinekolojik Cerrahi</u> - Dilatasyon ve küretaj - Laparoskopik - Kolposkopi - Serviksin koter ya da lazer ile tedavisi
---	---

Tablo 1' in Devamı

- Parmak amputasyonu
- Nöromanın çıkarılması
- Bursanın çıkarılması
- Tenotomi
- Ganglionektomi

Cene Cerrahisi

- Diş ile ilgili girişimler

Kardiyotorasik Cerrahi

- Arteriografi
- Kardiyak kateterizasyon
- Endoskopik torasik sempatektomi
- Bronkoskopi

- Bartolin kistlerinin çıkarılması
- Gebeliğin sonlandırılması
- Laporoskopik kısırlaştırma
- Servikal polipektomi
- Vulva kistlerinin çıkarılması
- Vaginal histerektomi
- Histereskopi
- Lazer konizasyon
- Lazer vaporizasyon

Göz Cerrahisi

- Katarakta ilişkin cerrahi
- Şaşılığın düzeltilmesi
- Şalazyona ilişkin cerrahi
- Lazer tedavisi
- Keratotomi, keratoplasti
- Vitrektomi
- Kapak cerrahisi
- Glokom cerrahisi

Kulak- Burun- Boğaz Cerrahisi

- Buruna ilişkin cerrahi (septoplasti, rinoplasti, septorinoplasti)
- Miringoplasti
- Timpanoplasti
- Kulağa tüp takılması
- Tonsillektomi
- Nazal polip eksizyonu
- Endoskopik sinüs cerrahisi
- Direkt larengoskopi ya da faringoskopi (biyopsi alınması, kist eksizyonu vb.)
- Submukozanın çıkarılması
- Antral yıkama
- Nazal kırığın redüksiyonu
- Yabancı cisimlerin çıkarılması
- Adenoidektomi
- Sinüs cerrahisi

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi

- Buruna ilişkin cerrahi (septoplasti, rinoplasti, septorinoplasti)
- Büyük kulakların düzeltilmesi
- Endoskopik sinüs cerrahisi
- Damak yarığının düzeltilmesi
- Memelerin büyütülmesi
- Meme ucu ve areolanın yeniden şekillendirilmesi
- Karpal-Tünel Sendromunun düzeltilmesi
- Z-plastiler
- Blefaroplasti (göz kapağı estetiği)
- Dokuyu büyüten malzemelerin konulması
- Deri lezyonlarının çıkarılması
- Liposakşın
- Üretral meatotomi ve dilatasyon
- Deri grefti
- Abdominoplasti

Ayrıca yukarıdaki tabloda görülen uygulamalara ek olarak günümüzde günümüzde cerrahi alanına karışık ve özel işlemler de girmektedir. Örneğin İngiltere'de tümör rezeksiyonunda uygulanan kraniotomi günümüzde cerrahi olarak gerçekleştirilmektedir (24).

4.1.6. Günümüzde Cerrahinin Uygulanmadığı Durumlar

Günümüzde cerrahi girişimlerin bir çok durumda yaygın olarak uygulanmasına karşın ameliyat sonrası komplikasyon gelişme olasılığını en aza indirmek için bazı durumlarda uygulanmaması gerekmektedir. Bu durumlar aşağıda sıralanmaktadır (14, 16, 17, 23):

Genel nedenler

- Amerikan Anesteziyoloji Birliği'nin geliştirdiği ASA sınıflamasına göre *Sınıf I* ya da *Sınıf II*'ye uygun olmayan hastalar,
- Obezite,
- Bir saatten uzun süren cerrahi girişimler,
- Ameliyat sonrası dönemde evde ilk 24-48 saat içinde yanında bakımına yardımcı olacak bir yetişkin bulunamayacak hastalar,
- Fizyolojik ya da psikolojik nedenle oluşan mental durum bozuklukları,
- Günübirlik cerrahiyi kabul etmeyen hastalar,
- Anestetiklerle ilgili daha önceden var olan sorunlar (örneğin kusma, entübasyon sorunları vb.),
- Anestezi ya da analjezi komplikasyonlarına neden olabileceği düşünülen ilaç tedavileri (örneğin; deprenil, nardil vb.) alan hastalar,
- Jinekolog ve anestezistin onay vermediği gebelik durumu,
- Bulaşıcı bir enfeksiyonun varlığı (HBV, HIV),
- Girişim sonrası idrar retansiyonu olasılığı,
- Malign hipertermi ya da allerji öyküsü.

Kardiyovasküler ve hematolojik nedenler

- Ailede hipertansiyon öyküsü olması,
- Hipertansiyon varlığı (60 yaşın altında 160/100 mmHg, 60 yaşın üzerinde 180/100 mmHg ve üzeri),
- Angina pectoris,
- Pacemaker gerektiren kalp yetmezliği,
- Son altı ay içinde MI geçirme,
- Kan hastalığı (orak hücreli anemi),
- Steroidler, kan şekeri düzenleyicileri (özellikle hipoglisemik ajanlar), kalp glikozitleri, antikoagülanlar, kontraseptifler ve alkol kullanımı,
- Pıhtılaşma bozukluğu.

Solunuma ilişkin nedenler

- Akut solunum sistemi enfeksiyonu,
- Kronik, kontrol edilemeyen, akut olarak alevlenen solunum sistemi hastalığı (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı -KOAİ, astım, kronik bronşit).

Endokrine ilişkin nedenler

- Diyabetes mellitus, yalnızca diyet yoluyla kontrol altına alınamayan diyabet,
- Glikokortikoid tedavisi.

Sinir-kas sistemine ilişkin nedenler

- Kifoskolyoz,
- Boyun, çene ve ellerde aktivite sınırlamasına neden olan artrit,
- Nöromüsküler hastalık,
- Daha önceki anestezi deneyimini izleyen epilepsi atağı.

4.2. Günöbirlik Cerrahinin Aşamaları

Günöbirlik cerrahi dört aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar, ameliyat öncesi değerlendirme, ameliyat sırası dönem, hastanın taburcu edilmesi ve ameliyat sonrası evde hasta izlemini içermektedir (16, 23).

4.2.1. Ameliyat Öncesi (Preoperatif) Değerlendirme

Cerrahi için hazırlık hastanın ön değerlendirme ziyareti ile başlamaktadır. Ön değerlendirme, hastaların günöbirlik cerrahi için genel uygunluğunun tanımlanması ve hastanın başlangıçtaki hazırlığını kapsamaktadır. Ön değerlendirme cerrahi girişimin iptal edilmesinin önlenmesi, eşlik eden hastalıkların tanınması, tedavi edildiğinden emin olunması, hastaların günöbirlik cerrahi için iyi bilgilendirilmiş ve hazırlanmış olmaları yönünden son derece önemlidir (8).

Ameliyat öncesi hasta değerlendirmesinin üç temel bileşeni bulunmaktadır. Bu bileşenler;

- Hastaları ve bakım vericileri günöbirlik cerrahi hakkında eğitmek,
- Hastaların bilgilendirilmiş kararlar almasına yardım etmek için planlanmış işlem ve ameliyat sonrası bakıma ilişkin bilgi vermek,

- Tıbbi risk faktörlerini tanımlamak, sağlığı geliştirmek ve hastanın durumunu optimize etmektir (25).

Girişim öncesi ön koşul olan hasta değerlendirmesinin hasta güvenliğini sağlamada önemli bir ölçüt olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda aday hasta seçiminde cerrahi girişimin başarı ve güvenilirliğini etkileyen fizyolojik, psikolojik ve sosyal ölçütlerin değerlendirilmesine dikkat çekilmektedir (14). Clark ve arkadaşlarının 178 günübirlık ağız cerrahisi geçiren hasta ile yaptıkları bir çalışmada (26), hastaların %80'i ön değerlendirmenin kaygılarını azalttığını, endişelerini hafiflettiğini ve hasta kabulü ile ilişkili olarak güven geliştirdiğini tanımlamışlardır.

4.2.1.1. Günübirlık Cerrahi İçin Hasta Seçimi

Günübirlık cerrahi uygulamaları için hasta seçiminde ilk adım, tüm elektif cerrahi hastalarının bu yöntem için aday olduğunun dikkate alınmasıyla başlamakta ve bu uygulama için uygun olan hastaların seçimi bundan sonraki aşamada gerçekleşmektedir (14, 16). İngiliz Denetim Komisyonu hatalı hasta seçimini engellemede hekim, hemşire ve anesteziğin anahtar rolü üstlendiğini belirtmekte, bilimsel bilgi ve araştırmalara temellendirilen seçim kriterlerinin kullanılmasının önemini vurgulamaktadır (14, 27). Hasta seçimi ve değerlendirmesinin günübirlık cerrahi ünitesinin daha etkin kullanımı ve hasta güvenliğini sağlamadaki önemi üzerinde durulmakta ve bunun; hasta, girişimi gerçekleştirecek ekip ve kurum yönünden de çok önemli olduğu ifade edilmektedir (14, 17). Günübirlık cerrahinin başarısı için temel faktörler; uygun hasta seçimi, hasta bilgilendirmesi, değerlendirme ve hazırlığıdır (25, 28).

Hasta seçiminde, tıbbi ekibin becerisi, hastanın genel durumu, girişimin teknik uygunluğu, ameliyat sonrası morbidite ve sosyal ölçütler temel etmenlerdir. Günübirlık cerrahi girişimlere uygunluk için tüm hastanelerde geçerli olan net ölçütler bulunmamakta; aynı hasta için bir merkezde günübirlık cerrahi uygulanabilmesine karşın, diğer bir merkezde hasta yatışı yapılarak cerrahi girişim uygulanabilmektedir. Günübirlık cerrahi uygulamaları için uygun hastaların belirlenmesi, güvenli ve kaliteli hemşirelik bakımının sağlanıp sürdürülmesi yönünden bakım sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Böylece hastaların memnuniyeti artacak, komplikasyon riski azalacak ve bilgilendirilen hasta ve ailesi kendi bakım sorumluluğunu daha etkin yürütecek ve gerektiğinde danışmanlık alabileceklerdir (19).

4.2.1.2. Tıbbi Durumun Değerlendirilmesi

Hastaların tıbbi durumunu değerlendirmek için ASA sınıflaması kullanılmaktadır. Bu sınıflamaya göre belirlenen ölçütler şunlardır (14, 20, 27):

Sınıf I: Fizyolojik, biyokimyasal ve psikiyatrik bir yetersizliğin olmaması, varolan cerrahi sorunun lokalize olması ve herhangi bir sistemik yetersizliğin olaya eşlik etmemiş olması,

Sınıf II: Hafif/orta düzeyde sistemik bir sorun olmasına karşın bunun cerrahi girişime engel olmaması ve cerrahi yöntemlerle tedavi edilebilir olması,

Sınıf III: Herhangi bir nedenden kaynaklanan ciddi sistemik yetersizlik ya da hastalığın söz konusu olması ancak bu yetersizliğin düzeyini belirlemenin mümkün olmaması,

Sınıf IV: Cerrahi girişimle düzeltilemeyecek, yaşamı tehdit edici yetersizlik olması,

Sınıf V: Yaşama şansının çok az olması,

Sınıf VI: Organ alınmaya uygun, beyin ölümünün gerçekleşmiş olması.

Acil cerrahi girişim gerektiğinde ise hastanın sınıflama numarasından sonra "E" harfi (ASA 1E vb.) eklenmektedir (20). ASA sınıflamasına göre genellikle I. ve II. sınıf grubuna giren hastaların gününbirlik cerrahi için en uygun adaylar olduğu ancak fizyolojik parametrelerin çok iyi kontrol altına alınabileceğine karar verilen III. sınıf hastaların da aday olarak düşünülebileceği bildirilmektedir (14). Bununla birlikte yapılan çalışmalarda, benzer gününbirlik cerrahi girişim geçiren ASA I ve II grubu hastalar ile ASA III grubu hastaların ameliyat sonrası gelişen komplikasyon oranları karşılaştırıldığında birbirlerine çok yakın sonuçlar alındığı bulunmuştur. Ansell ve Montgomery'nin (29) 1790 gününbirlik cerrahi hastası ile yaptıkları çalışmada, III. Sınıf hastaların ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde komplikasyon ve plansız hastane kabulleri yönünden Sınıf I ve II grubu hastalardan farklı olmadığı bildirilmiştir.

ASA IV grubu hastalar ise yalnızca lokal anestezi altında bazı gününbirlik cerrahi girişimler için kabul edilebilmektedir. Yapılan bir çalışmada, önceleri yalnızca Sınıf I grubu hastalara uygulanan gününbirlik cerrahi uygulamalarının tıptaki gelişmelere

paralel olarak Sınıf II ve Sınıf III ve bazen de Sınıf IV hastalara uygulanmakta olduğu bildirilmektedir (5).

Tıbbi durumun değerlendirilmesinde ASA sınıflamasının yanı sıra; yaşı, beden kütlesi indeksi (BKİ), fizik muayene, laboratuvar testleri, psikolojik değerlendirme ve sosyal ölçütlerin değerlendirilmesi gibi kriterlere de bakılmaktadır.

Yaş: Günöbirlik cerrahide yaş sınırının en önemli nedeni, yaşlılık süreci ile ilişkili ortaya çıkan yandaş sağlık sorunlarıdır (14, 30). Royal Cerrahlar Koleji (Royal College of Surgeons; RCS), günöbirlik cerrahide üst yaş sınırını 65-70 olarak önermekte ise de yaş, hasta seçiminde tek başına bir ölçüt değildir (14). Çünkü burada en önemli noktanın, ek sağlık sorunlarının varlığı ve yaş olarak uygun olmasına karşın sorunu olan hastaların günöbirlik cerrahiye aday olamayabilecekleri üzerinde durulmaktadır.

Geçmişte genç ve ek sağlık sorunu olmayan bireyler günöbirlik cerrahi için aday hasta olarak tanımlanırken, günümüzde yaş ve ek sağlık sorununun bu girişim için engel oluşturmadığı ifade edilmektedir. Günöbirlik cerrahi uygulamalarında alt yaş sınırı bir olarak kabul edilse de bazı ünitelerde diğer ölçütlerin uygunluğu durumunda daha küçük yaş gruplarına da bu uygulamaların yapıldığı görölmektedir. Ayrıca ASA sınıflandırmasına göre de I. ve II. sınıf hastalarda yaş sınırlamasından söz edilmemektedir (14, 30). Konuyla ilgili bazı kaynaklarda yaşı uygun sınırlarda ancak ek sağlık sorunları olan hastaların günöbirlik cerrahiye uygun olmadığı (14) ve 7-70 yaş sınırlamasının uygun olduğu bildirilmektedir (17).

Kuzey Amerika, Avrupa ve Avustralya'da uygulanan günöbirlik cerrahi girişimlerin %65' ten fazlasının giderek artan bir oranda yaşlı hastaların oluşturduğu belirtilmektedir. Sinha ve arkadaşlarının (31) yaptıkları vaka kontrollü çalışmada, 70 yaş ve üzerindeki ASA III. sınıf hastalarda herni onarımı operasyonunun güvenli bir şekilde yapıldığı bulunmuştur.

Beden Kütlesi İndeksi (BKİ): Fizyolojik değerlendirmede bir diğer ölçüt beden ağırlığıdır. Tüm cerrahi yöntemlerde olduğu gibi obezite, günöbirlik cerrahide de önemli bir sorun oluşturmaktadır. Obezite anestezi, cerrahi işlem ve bakım uygulamalarında teknik güçlüklerle yol açarak girişim süresinin uzamasına, iyileşmenin gecikmesine ve bunun paralelinde komplikasyonlara neden olabileceğinden bu hastaların, günöbirlik cerrahiye uygun adaylar olmadıklarına dikkat çekilmektedir (14).

Bazı kaynaklarda, beden ağırlığı olarak belirlenen üst sınır 80 kg olmasına karşın cerrahi girişimin tipinin de kilo sınırlamasında etkin bir unsur olduğu, ayrıca adayın kilosuna ilişkin değerlendirmede boy uzunluğunun da değerlendirme ölçütleri içerisinde ele alınmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (14, 17).

$BKİ = \text{Beden ağırlığı} / (\text{Boy})^2$ olarak hesaplanmaktadır. Buna göre;

$BKİ \leq 30 \text{ kg/m}^2$ şişman

$BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$ obezite

$BKİ > 35 \text{ kg/m}^2$ morbid obezite olarak tanımlanmaktadır.

Royal Cerrahlar Koleji 1992’de, $BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$ hastaların gününbirlik cerrahi girişimlere uygun olmadığını bildirirken; Royal Hemşirelik Koleji (Royal College of Nursing; RCN), $BKİ < 35 \text{ kg/m}^2$ olan hastaların başka kontrendikasyon yoksa gününbirlik cerrahi girişimler için uygun olduğunu belirtmiştir. Kanadalı anestezi uzmanları, ek sağlık sorunu olmayan ve $BKİ \leq 35 \text{ kg/m}^2$ ve $BKİ > 45 \text{ kg/m}^2$ olan hastaların %91’ine gününbirlik cerrahi girişim uygulamışlardır (27, 30). Bir çalışmada, $BKİ \leq 40 \text{ kg/m}^2$ ’den daha az olan ve ek tanısı olmayan hastaların, beden kütle indeksi normal olan hastalarla benzer şekilde gününbirlik cerrahiye kabul edilmesi gerektiği belirtilmektedir (32).

Fiziksel muayene: Gününbirlik cerrahi girişime aday olan hastanın tüm sistemlerine ilişkin değerlendirilmesinin yapılması, ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyon olasılığını belirlemeye yardımcı olmaktadır. Bu nedenle özellikle solunum, kardiyovasküler, nörolojik, kas iskelet, gastrointestinal ve genitouriner sistem değerlendirmelerinin üzerinde önemle durulması gerekmektedir (14). Havayolu kontrolü güç hastalar, kontrol altına alınamayan diyabet, angina pectoris, kalp yetmezliği, iki yıl içerisinde geçirilmiş MI, hipertansiyon, KOAH, artrit, epilepsi atağı, anemi, gebelik, HBV, HIV, ilaç kullanımı, malign hipertermi öyküsü ve mental bozuklukların varlığı belirlenmelidir (17).

Laboratuvar testleri: Laboratuvar test sonuçları hasta seçiminde önemli bir ölçüt olarak gösterilmektedir. Test sonuçları fiziksel muayenenin tekrarlanmasına fırsat vermesinin yanı sıra hasta, ekip ve kurum adına etik/yasal sorunları ortadan kaldırarak tedavi ve bakımdaki güvenilirlik düzeyini artırmaktadır. Gününbirlik cerrahi için gerekli laboratuvar testlerinin mümkünse ameliyattan bir hafta önce yapılması, bir sorun olması

halinde hastanın tedavi edilmesi için zaman kazandırmaktadır. Rutin testler kapsamında hemoglobin, elektrolitler, kan üre nitrojen (Blood Urea Nitrogen; BUN), kan şekeri, akciğer grafisi, elektrokardiyografi (EKG), HBV ve HIV incelemesi, trombosit sayısı, kanama ve pıhtılaşma zamanının kontrolü önerilmektedir (14, 17, 33).

Psikolojik değerlendirme: Hasta değerlendirmesinin bir diğer aşaması hastanın psikolojik yönden durumunun belirlenmesi ve uyumunun sağlanmasıdır. Tüm cerrahi hastalarında olduğu gibi gününbirlik cerrahi hastasında da yoğunluğu bireyden bireye değişen endişelerin yaşanması beklenen bir durumdur. Gününbirlik cerrahi hastalarının fizyolojik hazırlıkları gibi psikolojik hazırlıkları da multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir (14).

Bu bağlamda iletişim, cerrahi girişimin başarısındaki en önemli unsur haline gelmektedir. Hasta ile iletişim içerisinde bulunan hemşirenin önemli sorumlulukları arasında, hastanın endişelerinin giderilmesi ilk sıralarda gösterilmektedir. Hemşire hasta ile görüşme yaparken tıbbi dil kullanmaktan kaçınılmalıdır. Kullanılan dil ve kelimeler hastanın cerrahi süreci anlaması yönünden önemlidir. Hastaların soruları kültürel düzeylerine göre yanıtlandırılmalıdır. Hasta, gününbirlik cerrahi öncesi evde yapılması gerekenler konusunda bilgilendirilmelidir (14, 17). Psikolojik sağlığı ileri düzeyde bozulmuş bireylerin (genellikle psikotik bozukluğu olanlar) ameliyat sonrası gerekli destek kaynakları yoksa ve güvenliği yeterince sağlanamayacaksa, bu bireyler için gününbirlik cerrahi riskli bir uygulama olarak kabul edilmektedir. Bu tip sağlık sorunlarında cerrahi uygulamanın yataklı tedavi kurumlarında yapılmasının daha uygun olduğu bildirilmektedir (14, 18).

Sosyal ölçütlerin değerlendirilmesi: Gününbirlik cerrahi hastasının ameliyat öncesi değerlendirilmesinde sosyal ölçütler göz önüne alınmalıdır. Sosyal ölçütler;

- Ameliyat sonrası en az 24-48 saat hastanın yanında evde bakım görevini üstlenebilecek, ameliyat öncesi ve sonrası uygulamalara ilişkin yazılı ve sözlü açıklamaları anlayabilecek, hastanın sorumluluğunu alabilecek güvenilir ve yetişkin bireyin varlığı,
- Eve gidişi sağlayacak bir araç ve eşlik edebilecek bir bireyin varlığı,
- Telefonla hastaneye ulaşabilme olanağının olması,
- Bir hekim ya da hemşireye ulaşabilecek olması,

- Eve ulaşılması için yol planı,
- Gereksinim halinde yeterli sürede hastaneye dönebilecek olması,
- Bakımın sürdürüleceği mekanın hijyenik yönden uygun olması,
- Hastanın ameliyat sonrası çocuk bakımı ya da kendine zarar verebileceği işlerle uğraşmaması,
- Günübirlik cerrahi sonrası yolculuğun bir saatten uzun olmamasını içermektedir (14, 27, 30, 33).

4.2.1.3. Günübirlik Cerrahide Hastanın Hazırlanması

Ameliyat öncesi eğitimin önemi uzun süredir bilinmekte ve bireyin cerrahi hazırlığının önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, günübirlik cerrahi girişimlerin artmasına karşın, hemşirelik bakımının “yatan hastaya” özgü olduğu bildirilmektedir. Kısa süreli yatışa bağlı cerrahi girişim öncesi ve sonrası bakıma ilişkin aktivitelerin büyük bir bölümünün hasta ve yakınları tarafından uygulanmasının gerekliliği, eğitimin günübirlik cerrahinin ayrılmaz bir parçası olduğunu ortaya koymaktadır (34).

Günübirlik cerrahi hastası ile yatan hasta arasındaki en önemli farklardan birisi, günübirlik cerrahide hasta-hemşire ilişkisinin çok kısa bir süre içinde gerçekleşmesi gerektiğidir. Bu nedenle hasta eğitiminin, girişim kararından hemen sonra başlatılıp taburculuk sonrasında da sürdürülmesi gerekmektedir (15). Mitchell (1997) ve Uzun (2000)’ a göre, hasta eğitimi için en uygun zaman ameliyattan birkaç gün ya da bir hafta öncesi olmalıdır (34, 35).

Günübirlik cerrahide çalışan hemşireler öncelikle ameliyat öncesi dönemde hasta ile telefon görüşmesi yaparak ya da hastanede yüz yüze görüşerek gerekli verileri elde etmektedir. Bu görüşmeler hemşirenin hastasının fiziksel ve duygusal durumunun değerlendirmesini, böylece hastanın ameliyatını ve taburculuğunu etkileyebilecek sorunları belirleyerek, ameliyattan önce çözümlemesini sağlamaktadır. Bu sorunlardan en önemlisi kaygıdır (8, 35). Bu nedenle cerrahi girişim öncesi yapılan hasta eğitiminin, hastanın kaygı düzeyini düşürdüğü, cerrahi girişim sonrası ise kısa sürede bilincin kazanılmasını sağladığı, ağrı kontrolünü kolaylaştırdığı ve erken taburculuğa ortam hazırladığı belirtilmektedir (14).

Bazı g n birlik cerrahi ünitelerinde girişime hazırlanmaya ilişkin olarak ameliyat öncesi dönemde hastalara  ağrı mektubu gönderildiği belirtilmektedir (14). Bu mektubun kapsamında;

- Hastanedeki yatağına ulaşmaya yardımcı bir plan/kroki,
- Cerrahi girişim kabul tarihi ve saati,
- Cerrahi girişim öncesi gecede evde yapılması gerekenler,
- Varsa alacağı ilaçlar,
- Yanında getirmesi gerekenler,
- Ulaşım aracı ve hastaya eşlik edecek bir yetişkin,
- Cerrahi girişim saatinden en az iki saat önce gelmesi ve cerrahi girişim öncesi son uygulamalarla ilgili olarak g n birlik cerrahi hemşiresi ile daha etkili görüşme yapabileceği yer almaktadır.

G n birlik cerrahi uygulamalarında hastanın gereksinimlerine göre bireysel olarak verilen ameliyat öncesi eğitim beş grupta özetlenebilmektedir (14):

1. *Psikososyal destek*; hastanın anksiyetesinin azaltılmasını, sorularının yanıtlanmasını, yeniden güveninin kazanılmasını sağlayan girişimlerdir.

2. *İşlemlerle ilgili bilgiler*; hastaya ameliyat öncesi ve sonrası neler yapılacağı ve hastanın nerede bulunacağına ilişkin bilgileri kapsamaktadır. Ameliyathane, uyanma odasının yeri, odada bulunan araç ve gereçler, a  kalma süresi, lavman, premedikasyon gibi ameliyat öncesi hazırlıklar, drenler, damar içi (intravenous; IV) infüzyonların açıklanmasını içeren bilgiler bu grupta yer almaktadır.

3. *Beceri  ğretimi*; hastanın ameliyat sonrası yapması gereken derin solunum, öksürük ve bacak egzersizleri, öksürürken insizyon bölgesinin desteklenmesi, yatakta dönme gibi aktivitelerin  ğretimi bu grupta yer almaktadır.

4. *Hastanın yaşayabileceği rahatsızlıklara ilişkin bilgiler*; hastanın ameliyat öncesi ve sonrası yapılan işlemler sırasında neler hissedeceği ve yaşayabileceği sorunlar açıklanmaktadır.

5. *Hastanın sorumluluğunu açıklayan bilgiler*; hastanın ameliyat öncesi hazırlıklarda ve ameliyat sonrası yaşanabilecek sorunlarla başetmede neler yapabileceği ve bu sorunlarla başetmedeki rolünü içermektedir.

Günübirlik cerrahi uygulanan hastaların eğitimine bu bilgilere ek olarak, ameliyat günü nereye, nasıl geleceği, yanında bakımından sorumlu bir yetişkinin bulunması ve özel araçla gelmesinin önemi, sigara kullanıyorsa birkaç gün öncesinden bırakmasının gerekliliği, aç kalma süresi, değerli eşyaların ve takıların evde bırakılması gerektiği ve ameliyat gününe kadar yaptırması gereken testler de açıklanmaktadır (34). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar, günübirlik cerrahi hastalarına yapılan eğitimin mutlaka yazılı olarak verilmesi gerektiğini, hastanede yatmama nedeniyle anlaşılamayan ya da zaman içinde unutulmuş bilginin tekrarlanma olanağı olamayacağının özellikle dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır (8, 14, 16, 34). Uzun'un belirttiğine göre (34), French ve Larrabee etkili hasta eğitimi için, hastaların uygun ve geçerli sağlık eğitim araçlarına gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir. Bu yardımcı sistemler arasında bulunan kitaplar, broşürler, resimler ve filmler ameliyat öncesi hasta eğitiminde kullanılarak öğrenmeyi kolaylaştırmaktadır.

Hasta yakınlarına, ameliyat öncesinde bilgi verilmesi gereken konulardan başlıcaları; ameliyat öncesi tanı işlemleri, hazırlıklar, tedaviler, ameliyat süresi, malzemeler, ziyaret sıklığı, hasta ile birlikte olabilecekleri süre, ameliyat sırasında bekleyebilecekleri yer, ameliyat odası ile ilişki kurma ve bilgi alma şekli, ameliyat sonrası hastada yer alacak tüpler, drenler, hastanın yapması gereken egzersizler ve kısıtlamalar olarak sıralanabilmektedir (36). Hastanın, bakım sorumluluğunu üstlenen yetişkin ile birlikte ameliyattan birkaç gün önce günübirlik cerrahi ünitesini ziyaret etmesi, ameliyatla ilgili gerekli hazırlıkların kontrol edilmesine, cerrahi girişimin kabulünün kolaylaşmasına ve ünitelerin hizmet kalitesinin yükselmesine yardımcı olmaktadır. Bu ziyaretler; hasta/aile bireylerinin sağlık çalışanlarını, kalacağı yatak ve çevresini tanımasını sağlayacağı gibi, ulaşım planlaması yapma, hizmet saatleri, haberleşme vb. konularda bilgilennemelerine katkı sağlayabilmektedir.

Cerrahi girişim öncesi hemşire tarafından, hasta ve hasta yakınına ilişkin gerekli bilgi kayıtları tamamlanmış olmalıdır. Bu kayıtlarda acil bir durumda ilişki kurulabilecek bireyler, telefonlar, en son yiyecek içecek alınan saat, en son alınan ilaç ve saati, değerli eşyaların kaydı ve güvenliği, makyaj ve oje kontrolü, protezlerin çıkarılması, allerjik durum kontrolü, gerekli ise cilt hazırlığı, ameliyat giysisi giydirilmesi ve bone takılması, bilgilendirilmiş yazılı izin ve premedikasyon ve saati yer almaktadır (14).

Günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat sonrası hastanede kalış süreleri kısa olduğundan, bakımın en iyi koşullarda ve nitelikli bir biçimde gerçekleştirecek planlamaların yapılması gerekir (19). Günübirlik cerrahi girişimlerinin başarısı etkin bir ekip çalışmasına bağlıdır ve bu ekipte günübirlik cerrahi hemşiresinin; hastanın ve hasta yakınlarının işleme hazırlanmasında ve bilgilendirilmesinde önemli rolleri bulunmaktadır. Hastanın ve hasta yakınlarının cerrahi girişim süresince bilgilendirilmesinin, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde gelişebilecek sorunların önlenmesini sağlayarak bakımın kalitesini artıracakı düşünülmektedir (8, 16).

4.2.2. Ameliyat Sırası (İntraoperatif) Dönem

Cerrahi girişimin uygulanacağı gün hastanın gerekli değerlendirmeleri yapılmakta ve premedikasyon uygulanarak ameliyata alınmaktadır. Günübirlik cerrahide hastanın sedasyonu ve monitörizasyonu hemşirenin sorumluluğundadır. Monitörizasyonu yapan hemşire sedasyona bağlı oluşabilecek olumsuzlukları bilmeli ve hastayı izlemelidir (37).

4.2.2.1. Anestezi ve Etkileri

Günübirlik cerrahi girişimlerinde anestezi uygulaması, cerrahi kadar risk taşıdığı için anestezi öncesi değerlendirme, cerrahi girişimin sağlam ve güvenli olmasını etkileyecek birinci basamaktır (17). Bu nedenle yan etkisi az olan ve kısa etkili anestezi ajanların geliştirilmesi ve kullanılmasıyla beraber günübirlik cerrahi uygulamaları daha kolay yapılabilir hale gelmiştir. Kısa süreli ancak önemli boyutta cerrahi uyaran içeren günübirlik cerrahi girişimlerde derin anestezi yalnızca çok kısa bir süre için gerekmektedir. Bu grup hastalarda anestezi seçimi hastanın genel sağlık durumuna, girişimin özelliklerine ve büyüklüğüne, mevcut ekipmana, personelin durumuna ve çalışma şartlarına, hastanın ve anestezi hekiminin tercihinine göre değişmektedir. Uygulanan anestezi ile hasta hızlı uyanmalı, ameliyat sonrası bulantı-kusma ve ağrı kontrol altına alınmış olmalı ve hasta günlük yaşantısına hızla dönebilmelidir (16, 17).

Günübirlik cerrahide cerrahi girişimin türüne, süresine ve girişimin yerine göre; lokal anestezi ve sedasyon kombinasyonu (Monitörize Anestezi Bakım; MAB), bölgesel anestezi (spinal, epidural anestezi ve periferik sinir blokları) ve genel anestezi teknikleri uygulanabilmektedir. Bir çok merkezde çoğunlukla küçük cerrahi girişimler uygulandığından lokal anestezi ve MAB uygulaması en çok kullanılan yöntemlerdir.

Bunun yanında bölgesel anestezi teknikler de az maliyet gereksinimi, uygulama kolaylığı ve daha etkin ameliyat sonrası ağrı kontrolü nedeniyle gününbirlik merkezlerde tercih edilmektedir. Genel anesteziye göre lokal ya da bölgesel anestezi uygulamalarında hastaların daha az ameliyat sonrası ağrı deneyimledikleri belirtilmektedir (3, 20, 38).

Gününbirlik cerrahi ünitelerinde santral blok (spinal, epidural), bölgesel IV anestezi ve periferik bloklar uygulanmaktadır. Son yıllarda daha etkili anestezi ajanların ve daha ince uçlu, daha az baş ağrısı insidansına sahip spinal iğnelerin kullanıma girmesiyle birlikte spinal anestezi gününbirlik cerrahi merkezlerinde daha sık kullanılmaya başlanmıştır (1). Spinal anestezi sonrası derlenme odasında hastalar son derece uyanıktır; kalıcı nörolojik hasar ve enfeksiyon gelişme riski nadir görülmektedir (29). Ancak, sempatik blokaj yapması nedeniyle postural hipotansiyon, idrar retansiyonu, bulantı-kusma ve şiddetli baş ağrısı gibi istenmeyen yan etkilere ve derlenmenin uzamasına neden olabilmektedir (3, 33). Basit, güvenli ve ucuz teknikle birlikte düşük ameliyat sonrası morbidite ve kısa yatış süresi gününbirlik cerrahide spinal anestezinin tercih edilmesini sağlamaktadır. Yine bazı önlemlerin alınmasıyla postdural baş ağrısı görülme sıklığı en aza indirilmektedir (29).

Monitörize anestezi bakım (MAB): Monitörize anestezi bakımında lokal infiltrasyon anestezisi ya da periferik sinir bloğu uygulanan hastalar gerektiğinde sedatize edilmekte ve monitorize edilerek izlenmektedir. İnfiltrasyon anestezisi, bulantı-kusma, ağrı, bilişsel fonksiyon bozukluğu ve idrar retansiyonu gibi ameliyat sonrası yan etkiler oluşturmeyen bir yöntem olduğu için maliyeti azaltmakta; derlenme ünitesinde kalma gereğini sıklıkla ortadan kaldırmakta; taburculuğu hızlandırmakta ve hasta memnuniyetini arttırmaktadır. Bu nedenlerle infiltrasyon anestezisinin, gününbirlik cerrahilerde seçilecek ilk yöntem olması gerektiği vurgulanmaktadır (20).

Cerrahi girişimlere ek olarak yapılan tüm anestezi uygulamaları hasta için tehlike olarak algılanmakta, hem ameliyat öncesi hem de ameliyat sonrası kaygı ve stres ortaya çıkmaktadır. Hasta kaygısı gününbirlik cerrahi öncesinde ve genel anestezide önemli bir sorun olmaktadır (39, 40). Jakobsson ve arkadaşları (41), cerrahi öncesinde hastalar için en önemli kaygı kaynağının genel anestezi olduğunu belirtmişlerdir. Yine yapılan çalışmalarda birçok hastanın gününbirlik cerrahiden önce ve genel anestezi nedeniyle

kaygı deneyimledikleri belirtilmiştir (42, 43). Cerrahi hastalarında kaygı anestezi gereksinimini ve anestezi riskini artırmaktadır. Bu nedenle seçilecek genel anestezi yöntemi ve anestetikler ile indüksiyon kolay ve anestezi derinliği hızlı sağlanabilmeli, anesteziiden çıkış ve derlenme süreci hızlı, sakin ve sorunsuz, solunum depresyonu, bulantı-kusma ve ajitasyon gibi yan etkilerden uzak olmalıdır (20).

Günübirlik cerrahide istenilen, hastanın anestezi kliniğini cerrahi girişimden birkaç hafta önce ziyaret etmesidir (1). Literatürde kesin zaman için tam bilgi olmamasına karşın genellikle iki ile 30 gün öncesinde ziyaret etmesi önerilmektedir. Bu ziyaretlerde hastaların demografik ve klinik durumu, cerrahi girişimin tipi ve yöntemi ve sosyal çevresi hakkında bilgi alınmaktadır (20). Ameliyat öncesi dönemde anesteziist hastaya genel ve bölgesel anestezi ile ilgili bilgi vermeli, olumlu ve olumsuz yönleri ile uygulanabilecek stratejileri anlatmalıdır. Aç kalma süresi bölgesel ve genel anestezi için farklı değildir; katı gıdalar altı saat, berrak sıvı gıdalar ise iki üç saat öncesine kadar alınabilmektedir.

Günübirlik cerrahide premedikasyon gerekli değildir; hastaya rehberlik edilmesi ve bilgi verilmesi premedikasyondan daha önemlidir (1). Günübirlik cerrahi genelde, hastanın bilincini kazanma süresi ve taburculuk değerlendirmesinin gecikmesine neden olabileceğinden premedikasyon uygulanmasından kaçınılmakla birlikte kurum politikası ve hastanın kaygı düzeyinin yanı sıra sağlık ekibinin tercihi de göz önüne alınmaktadır (14, 44). İsmail ve arkadaşlarının günübirlik cerrahi girişim geçirecek olan 205 hastada premedikasyon uygulamasının etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada (45), hastaların ameliyat öncesi dönemde kaygı yaşadığı ve çoğunluğunun kaygısını azaltmak için premedikasyon uygulamasına istekli olduğu belirtilmiştir.

4.2.3. Günübirlik Cerrahi Sonrası Hastanın Taburcu Edilmesi

Hasta ameliyattan çıktıktan sonra günübirlik cerrahi ünitesinde yaşam bulguları kanama, bulantı-kusma ve bilinç yönünden değerlendirilir, uygun pozisyon verilir, ameliyatına özel izlemler (örneğin sistoskopi yapılan hastalarda saatlik idrar takibi; spinal anestezi uygulanan hastalarda ekstremitelerde renk, ısı, hareket takibi, supine pozisyonu verilmesi vb.) yapılır. Hasta aldığı anestezi türü ve geçirdiği cerrahi girişime göre ortalama iki-dört saat günübirlik cerrahi ünitesinde kalabilir (16, 23).

Hastaların taburculuğu için hastanede geçen zaman ameliyatın türüne, anestetik ve hasta faktörlerine göre değişiklik göstermektedir. Hastalar taburculuk ölçütlerini karşılar karşılamaz ve anestezi ve cerrahları tarafından değerlendirildikten sonra taburcu olabilmektedirler. Hastaların taburcu olabilmeleri için gereken ölçütler aşağıda sıralanmaktadır (16, 23):

- Hastanın uyanık ve oryante olması,
- Hastanın yaşam bulgularının stabil ve kabul edilebilir sınırlar içerisinde olması,
- Hastanın yardım almadan yürüyebilmesi,
- Hastanın sıvı-katı gıdaları alabilmesi,
- Hastanın ağızdan alınan ağrı kesici ilaçlarla ağrı kontrolünün sağlanması,
- Aşırı miktarda kanamasının ve yara yerinden akıntısının olmaması,
- İdrarını yapabilmesi,
- Ameliyat sonrası baş dönmesi ve bulantı-kusmasının en az düzeyde olması,
- Ekstremitelerinde duyu-motor fonksiyonların normale dönmesi,
- Diyabet hastalarında stabil kan glukoz düzeyine sahip olunması.

Ancak taburcu olabilme ölçütleri söz konusu değilse hasta taburcu edilmeyerek ilgili kliniğe yatırılarak izlenir. Taburcu olmasına karar verilen hastalara ve ailelerine, evde dikkat etmeleri gereken konular hakkında hekim ve hemşire tarafından gerekli bilgiler verilir (16).

Hastanın taburcu olurken bilgilendirilmesinin temel amacı, hastanın kısa süre içinde iyileşmesini sağlamak, anestezi ve ameliyatın komplikasyonlarını en aza indirmek, evde yaşayabileceği güçlükleri önlemek, kaygı ve stresini azaltmaktır. Bilgilendirmenin, hem hastayı hem de ailesini kapsayacak nitelikte olması gerekmektedir. Bilginin sistemli bir şekilde verilebilmesi için her hastanenin kendine özgü bilgilendirme planı bulunmalıdır. Bu plan kapsamında hasta ve ailesine;

- Ameliyat sonrası evde ilk 24 saat içinde izlemeleri gereken durumlar (ağrı, ameliyat bölgesinde kanama/ akıntı, bulantı- kusma vb.),
- Anestezik ilaçların olası yan etkileri, komplikasyonların belirti ve bulguları, komplikasyon gelişince yapılması gerekenler,
- Kontrol tarihi ve acil durumlarda aranması gereken telefon numaraları,

- Yemek yeme zamanı, kullanacağı ilaçlar ve bu ilaçların olası yan etkileri, diğer ilaçlarla etkileşimleri, yara bakımı, enfeksiyon, aktiviteler, banyo yapma zamanı, seksüel aktiviteye başlama zamanı, araba kullanma ve işe başlama zamanı hakkında bilgi verilir (16, 23, 35, 46).

4.2.4. Ameliyat Sonrası (Postoperatif) Evde Hasta İzlemi

Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere başta olmak üzere birçok ülkede hastalar, taburculuk sonrasında özellikle ilk 24 saat içerisinde telefon ile aranarak evdeki fiziksel ve duygusal durumları izlenmektedir. Hemşire bu izlemde etkin bir sorumluluk almaktadır. Hemşire telefonda hastaya ağrı, kanama, bulantı-kusma, sıvı alımı ve atılımı gibi konularında sorular sorar. Hemşire herhangi bir sorun tespit ettiğinde ise hasta kayıtlarını inceleyerek önerilerde bulunur ve gerekir ise hastayı hekime yönlendirir. Hasta ile ilgili tüm kararlar hekime bildirilir ve kayıt altında tutulur (16). Yapılan çalışmalarda telefonla izlemin, hasta ve ailesinin gününbirlik cerrahiye ilişkin sorularına yanıt verilmesini kolaylaştırarak, hemşirenin sözel olarak hasta ve ailesinin kaygılarının belirlemesine ve en kısa sürede kaygıların giderilmesine yardımcı olduğu vurgulanmaktadır (16, 44, 46).

Hastalara yeterli ve planlı olarak bilgi verilmesinin kaygı, stres ve ameliyat sonrası komplikasyonları azalttığı, memnuniyeti artırdığı ve işe dönüşü hızlandırdığı saptanmıştır. Bununla birlikte hastaların taburculuk sonrası dönem için yeterince hazırlanmadıkları ve ameliyat öncesi dönemde yetersiz hazırlık ve ameliyat sonrası bakıma ilişkin eksik bilgilendirmeye bağlı olarak beklenmeyen ağrı, yorgunluk ve öz bakımda yetersizlik yaşanabileceği de belirtilmektedir (16). Çilingir ve Bayraktar'ın yaptığı bir çalışmada (47), gününbirlik cerrahi hastalarının gününbirlik cerrahi süreci ile ilgili eksik bilgi sahibi olduğu ve taburculuk sonrası evde özellikle ilk üç gün içinde sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir.

4.3. Gününbirlik Cerrahi ve Kaygı (Anksiyete)

Cerrahi girişim büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış ya da gününbirlik olsun hastayı stres altında bırakmakta ve kaygı düzeyini artırmaktadır (39). Konu ile ilgili Mitchell'in yaptığı bir çalışmada, gününbirlik cerrahi hastalarının %85'i cerrahinin uygulanacağı gün kaygılı olduklarını belirtmiştir (48). Ayrıca Mitchell'in yaptığı diğer çalışmalarda da (49, 50), bölgesel ve lokal anestezi uygulanacak birçok hastanın

ameliyathanede uyanık olmaya ilişkin kaygılı olduklarını belirttikleri görülmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda ise birçok hastanın gününbirlik cerrahiden önce ve genel anestezi nedeniyle kaygı deneyimledikleri belirtilmiştir (42, 43).

Ameliyat öncesi kaygı için çeşitli risk etkenleri bulunmaktadır. Bu etkenler genellikle kanser öyküsü, psikiyatrik bozukluklar, benlik algısı, depresyon, sürekli-kaygı düzeyi, ağrı, sigara içme öyküsü, öngörülen cerrahinin derecesi, kadın cinsiyet, eğitim düzeyi ve ASA sınıflandırmasına göre fiziksel durumu içermektedir (51).

Hastalık ister basit, isterse yaşamı tehdit edici nitelikte olsun bireyde, birçok etkinliklerinde başkalarına bağımlı olma ya da bağımsızlığını tümüyle kaybedeceği korkusu, ayrılık ve gelecek endişesi, ölüm korkusu, beden imajının bozulması korkusu, pişmanlık, suçluluk duygusu gibi değişik etkilenmeler olabilmektedir. Ameliyat olmayı bekleyen hastaların yaşadığı kaygı, iyileşme sürecine de yansiyarak beraberinde birçok olumsuz etkiyi meydana getirmekte olduğu için önem kazanmaktadır (52). Nitekim, ameliyat öncesi dönemde yüksek düzeyde yaşanan anksiyete sersemlik hissi, bulantı ve baş ağrısı gibi fiziksel sorunlara yol açarken, ameliyat sonrası yaşanacak anksiyeteyi de etkilemektedir. Ameliyat öncesi dönemde artan anksiyete, ameliyat sırasında anestezi gereksinimi ile ameliyat sonrası dönemde ağrı ve analjezik gereksiniminin artmasına yol açmaktadır. Anestezi uygulamasına ve cerrahi girişime ilişkin endişeler, ameliyatı ve ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Ameliyat öncesi kaygı anestezinin etkisini azaltarak süresini uzatmakta ve ameliyat sonrası erken derlenmeyi önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Oysa ameliyat öncesi dönemde hastaya yeterli ve kapsamlı olarak verilen eğitim, hastaların ameliyatları ile etkili ve kolay bir şekilde başa çıkmalarına olanak tanımakta, hastanede yatış süresini azaltmakta, memnuniyeti artırmakta, ameliyat sonrası komplikasyonları en aza indirmekte ve kaygıyı azaltarak psikolojik yönden iyi olma durumlarını artırmaktadır (53, 54).

4.3.1. Kaygı (Anksiyete) Tanımı

Anksiyete, düşünce içinde sıkıntıya girmek anlamına gelen Latince “anxietas” kelimesinden gelmektedir. Türkçe’de “bun”, “bunaltı”, “kaygı”, “endişe”, “iç sıkıntı”, “can sıkıntısı”ya da “hoş olmayan heyecansal bir endişe hali” gibi sözcüklerle eş anlamlıdır. Bireyler bu durumu “kötü bir şey olacakmış hissi, hoş olmayan bir endişe hali ya da nedensiz bir korku” şeklinde ifade etmektedir (55, 56).

Webster's sözlüğüne göre anksiyete ya da kaygı, olması yakın ya da olmuş bir tersliğin yarattığı acı veren bir huzursuzluk şeklinde ifade edilmektedir (15, 55, 57). Psikiyatrik yönüyle kaygı, somatik belirtilerin de eşlik ettiği, normal dışı ve nedensiz bir tedirginlik hali diye tanımlanabilmektedir. Bir diğer ifadeyle kaygı, bir belirti ya da bir duruma karşı verilen korku ve endişe duygusuyla ortaya çıkmaktadır. Kaygı ve korkunun en çok karıştırılan kavramlar olduğu belirtilmekle birlikte aralarında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Aralarındaki en temel fark korkunun kaynağı belirli iken kaygının kaynağının bilinmemesidir. Kaygının dıştaki herhangi bir nedene bağlanamayan, içten gelen, belirsiz bir duygu olduğu; korkunun ise kaynağı dışarıda bulunan bir tehlike karşısında hissedilen bir duygu olduğu belirtilmektedir. Korku kaygıdan daha şiddetlidir. Bir diğer önemli fark ise, her ikisi de bireyi tetikte olması için uyarıcı bir duygusal tepki olmakla birlikte korku kısa süreli, kaygı ise uzun süreli bir duygu olarak kabul edilmektedir (58).

Kaygı sempatik, parasempatik ve endokrin uyarım sonucu normal olmayan hemodinami ile ilişkilendirilen, tedirginlik ya da gerilimin hoş olmayan durumu olarak da tanımlanmaktadır. Kaygı, cerrahi işlem planlanır planlanmaz başlamakta ve hastaneye giriş anından itibaren en fazla yoğunluğa çıkmaktadır. Bir başka tanımda ise kaygı; sinirlilik, korku, taşikardi, hipertansiyon ve hemodinamik dengesizliğe neden olan bir duygu durumu olarak tanımlanmaktadır (59). Grieve'nin çalışmasında (39) ise kaygı, bilinmeyen herhangi bir duruma karşı kişinin tepkisi olarak tanımlanmaktadır. Ameliyat sürecine ilişkin kaygı cerrahi deneyimin normal parçası olarak kabul görmesine karşın, geniş kapsamlı sağlık sonuçları ile yaygın bir sorundur.

Herhangi bilinmeyen ani bir tehlike karşısında uyanıklık oluşmakta, bu uyanıklık hali ise kaygıya, kaygı korkuya, korku ise paniğe neden olmaktadır. Tüm bunlar ise bireyin yaşına, yaradılışına ve bu deneyimi geçirip geçirmemesine bağlı olarak değişmektedir. Sullivan kaygıyı, herhangi birinin güvenliğine karşı olan gerçek ya da hayali tehditler sonucu oluşan bir gerginlik deneyimi olarak kabul etmektedir (57). Spielberger ise kaygının özelliklerini şöyle belirtmektedir:

- Geleceğe yönelik endişe durumudur.
- Hoş olmayan bir duygulanım durumudur.
- Bu duygulanım durumunun duyumsanması insana elem verir.

- Bedensel rahatsızlık verir.
- Sinir sisteminde gerginlik söz konusudur (15, 57).

4.3.2. Kaygı (Anksiyete) Belirtileri

Kullanılan savunma mekanizmalara göre farklı bulgu ve belirtiler gözlenmektedir. Kaygı ya da anksiyete bozukluklarının dört temel klinik özelliği bulunmaktadır.

1. *Affektif Belirtiler*: Korku, endişe, huzursuzluk, çaresizlik, alarm duygusu, panik.

2. *Davranışsal Belirtiler*: Kaygı yaratan durumdan kaçınma, olay karşısında donma, yerinde duramama, uykuya dalmada güçlük ya da uyuma eğilimi (15, 58).

3. *Bilişsel Belirtiler*: Gerçeklik duygusunda değişim, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü, kontrolü kaybetme korkusu ve fiziksel zarar görme endişesi. Bireyin öğrenme, kavrama, düşünme, yargılama, karar verme ve problem çözme yeteneği, çevreye karşı ilgisi, dikkat ve yaratıcılığı azalmıştır (15, 58).

4. *Fizyolojik Belirtiler*: Otonom sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı olarak gelişen nörovejetatif belirtilerdir. Birçok organ sistemini etkileyebilir. Bu belirtiler sistemlere göre şu şekildedir (15):

- Kardiovasküler Sistem: Çarpıntı hissi, taşikardi, göğüs ağrısı, baygınlık hissi.
- Solunum Sistemi: Göğüste basınç hissi, nefes kesilmesi iç çekme, nefes darlığı, hiperventilasyon.
- Otonom Sinir Sistemi: Ağız kuruması, terleme, baş ağrısı, ateş basması, ellerin buz gibi olması,
- Kas-iskelet Sistemi: Ağrı, sızı, seğirme, uykusuzluk, ürperme, yorgunluk.
- Nörolojik Sistem: Baş dönmesi, uyuşukluk, görme bulanıklığı, titreme, güçsüzlük.
- Gastrointestinal Sistem: Yutma güçlüğü, karın ağrısı, bulantı, diyare.
- Genitoüriner Sistem: Sık idrara çıkma, sıkışma hissi, menstrüasyon sorunları, cinsel bozukluk (15, 58, 59).

4.3.3. Kaygı (Anksiyete) Düzeyleri

Bireylerde kaygı ya da anksiyete düzeyleri nedene ve kişisel özelliklere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Hay ve Peplau kaygı ya da anksiyetenin dört değişik

düzeyde gerçekleştiğini belirtmişlerdir. Bunlar, hafif anksiyete, orta anksiyete, ağır anksiyete ve panik anksiyetedir (15, 57, 60).

1. *Hafif Anksiyete (Mild)*: Uyanıklılık çevreden haberdar olmanın ilk aşamasıdır; kişi bu aşamada görür, işitir, konuşulanı anlar. Belirli bir amaca yönelir ve öğrenmede belli bir artış söz konusudur. Kişi genelde çevresi ile olan ilişkilerini sınırlar ya da başa çıkma yollarını kullanarak var olan gerilimini gidermeye çalışır. Yoğunlaşma ve mantık yürütme yeteneği tamdır. Bu nedenle bu seviyede kaygısı olan birey etkin problem çözme becerisine sahiptir. (15, 57, 58, 60).

2. *Orta Anksiyete (Moderate)*: Kişinin iletişim ve kavrama düzeyinde belirgin azalma söz konusudur, çevresiyle ilişkisini kesmiş, çevresinde olup bitenden habersizdir. Başkası tarafından dikkati konulara çekilmeye çalışıldığında durumu fark edebilir. Bireyde kas gerginliği, kalp çarpıntısı, terleme, mide şikayetleri, kan basıncı, nabız ve solunumda artma gibi somatik belirtiler görülür (15, 57, 58, 60).

3. *Ağır Anksiyete (Severe)*: Bu durumda anksiyete düzeyi artmıştır. Yoğun olarak fiziksel ve heyecansal huzursuzluk söz konusudur. Fiziksel belirtiler giderek artar. Baş ağrısı, bulantı, baş dönmesi, titreme belirtileri gözlenir. Nabız, kan basıncı, solunum sayısı ve terlemede artış, çarpıntı, dispne, baş ağrısı, göğüs ağrısı, titreme, korku, gerginlik, ürperme ve isteksizlik gibi belirtiler görülür. Bu düzeyde birey yalnızca ayrıntıları kavrar, fiziksel ve duygusal huzursuzluk içindedir ve bu nedenle farkında oldukları arasında bağlantı kuramaz (15, 57, 58, 60).

4. *Panik Anksiyete (Panic)*: Anksiyetenin en yoğun yaşandığı düzeydir. Kontrolü kaybetme, aşırı derecede öfke, ümitsizlik, çaresizlik ve tükenmişlik duyguları yaşanır. Kişi işlem yapamaz, iletişim kuramaz haldedir. Panikle birlikte uyarılara yanıt alınamaz. Birey çevrede ne olup bittiğini değerlendiremez ve gerçekle bağlantısını yitirebilir. Kişi kendine gelemmez, yardıma gereksinimi bulunmaktadır. Fiziksel belirtiler çok ağır tablolara dönüşmüştür. Konfüzyon, kontrol kaybı, çılgılık atma, konuşamama, halüsinasyonlar, dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, gerçek dışı duygular, titreme ve atak sırasında ölüm korkusu gibi belirtiler gözlenir. Koruyucu ve sakinleştirici önlemler alınmazsa uzamış panik anksiyete intihara neden olabilir (15, 57, 58, 60).

Hafif ve orta düzeydeki kaygı, bireyi duruma yoğunlaştırıp, öğrenme ve sorun çözme konusunda motive ederken, yüksek düzeyde kaygıda bilişsel işlevler olumsuz olarak etkilendiğinden, duruma yoğunlaşma ve konular arasındaki ilişkilerin anlaşılmasında güçlükler yaşanmaktadır. Panik düzeyde ise, anlama ve kavrama alanı tamamen daraldığından olaylar ve konular arasında bağlantı kurulamaz. Kaygısı yüksek düzeyde olan bireyin öğrenme, kavrama, düşünme, yargılama, karar verme ve sorun çözme yeteneği olumsuz olarak etkilenmektedir (58, 60).

Cerrahi hastalarında kaygının ve hastaların iyileşmesi üzerine etkisi ilk olarak 1958 yılında Janis tarafından araştırılmıştır. Orta düzeydeki kaygının hastalar için yararlı olduğu ve cerrahiye giden bireyi sıkıntısına yönelik olarak hazırlamakta olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, bu düzeyden yukarıdaki ya da aşağıdaki kaygının uyumsuz (maladaptive) olduğu, hastanın iyileşmesini olumsuz yönde etkilediği kabul edilmektedir (61).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, gününbirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeylerini ve bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırmanın veri toplama aşaması, 28.01.2013-28.07.2013 tarihleri arasında Trabzon İl merkezinde bulunan Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Farabi Hastanesi'nde gününbirlik cerrahi kapsamında ameliyat gerçekleştirilen ortopedi ve travmatoloji, üroloji, göz hastalıkları, genel cerrahi, kalp ve damar cerrahisi, göğüs cerrahisi ve kadın hastalıkları ve doğum bölümlerinde yapıldı. KTÜ Farabi Hastanesi'nde gününbirlik cerrahi ünitesi olmamasına karşın birçok cerrahi girişim gününbirlik cerrahi kapsamında yapılmaktadır. Farabi Hastanesi Trabzon İl merkezinde olması nedeniyle Doğu Karadeniz Bölgesi'nde geniş bir bölgeye hizmet vermektedir. Bu nedenle, araştırmanın bu hastanede gerçekleştirilmesine karar verildi.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Hastane kayıtlarının yetersiz olması, bir yıl içinde başvuran hasta sayısının ve Trabzon İli Belediye sınırları içinde oturan hastaların bilinmemesi nedeni ile evrende yer alan hasta sayısı kesin olarak belirlenemedi. Bu nedenle çalışma evren üzerinden gerçekleştirildi. Araştırma 28 Ocak- 28 Temmuz 2013 tarihleri arasında toplam altı aylık dönemde yapıldı. Araştırmanın evrenini ve örneklemine, araştırmanın sınırlılıkları doğrultusunda seçilen ortopedi ve travmatoloji, üroloji, göz, genel cerrahi, kalp damar cerrahisi, göğüs cerrahisi ve kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili gününbirlik cerrahi kapsamında ilk kez ameliyat olan, Trabzon Belediye İl sınırları içinde oturan, 18 yaş ve üzeri olan, iletişim ve mental sorunu olmayan, Türkçe konuşabilen, okuyabilen ve yazabilen, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan ya da psikiyatrik ilaç kullanmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 151 hasta oluşturdu. Diğer cerrahi girişimlerden farklı olmaması ve alana özel bakım gerektirmemesi nedeniyle Kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili kist eksizyonu geçirecek hastalar da örneklem kapsamına alındı. Kulak Burun Boğaz (KBB), Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ve Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlıkları araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izni vermediklerinden bu bölümler araştırma kapsamına dahil edilmedi. Ayrıca Çocuk Cerrahisi bölümü

örnekleme kabul edilme ölçütleri dahilinde olmadığı için araştırma kapsamı dışında tutuldu. Toplamda 158 hastaya ulaşıldı. İki hasta daha önce gününbirlik cerrahi kapsamında ameliyat olduğu için ve beş hasta da çalışmaya katılmayı reddettiği için toplam yedi hasta araştırma kapsamına alınmadı. Çalışmaya katılım oranı %95.5 idi.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından literatür ve gözlemlere dayanılarak geliştirilen “Hasta Bilgi Formu” ve “Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri (State-TraitAnxiety Inventory-STAI)” kullanılarak toplandı.

5.4.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatürden (23, 58, 62-64) yararlanılarak hazırlanan Hasta Bilgi Formu, toplam 23 soru ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastaların tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, meslek, aylık gelir düzeyi, sosyal güvence) içeren sekiz soru yer almaktadır.

İkinci bölümde, hastaların hastalığa ve bilgi gereksinimlerine ilişkin bilgilerini (ameliyat olacağı bölüm, gününbirlik cerrahi sürecine ilişkin bilgiler, ameliyat süreci ile ilişkili bilgilerin alındığı ve alınmak istendiği kişi/kişiler, ameliyat süreci ile ilişkili bilgilerin yeterli olma durumu, hastaneye nasıl geldiği, ameliyattan sonra evde 24 saat yanında kalabilecek kişi/kişilerin varlığı, eve giderken kullanılacak ulaşım aracı, eve ulaşım zamanı, evde hastanın yanında kalacak kişiye bakım ile ilgili bilgi verilme durumu, anestezi hakkında kaygı durumu, ameliyata ilişkin kaygı durumu, ameliyata ilişkin kaygılarını paylaştığı kişiler) içeren 15 soru bulunmaktadır (Ek 1).

5.4.2. Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri (State-TraitAnxiety Inventory-STAI)

Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri, bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Kaygı davranışsal belirtiler olarak tanımlanmakta; durumluk ve sürekli kaygı olarak ifade edilmektedir. Spielberger, durumluk kaygıyı (state anxiety) kişinin özel durumları tehdit edici olarak yorumlaması sonucunda oluşan, şiddeti ve süresi, algılanan tehdidin miktarı ve kişinin tehlikeli durum yorumunun kalıcılığıyla ilişkili, sürekli karşılaşılmayan olaylarda bireyin gösterdiği geçici duygusal tepkiler olarak ifade

etmektedir. Kısaca durumluk kaygı, akut durum odaklı atağı belirtmekte ve tetikleyen durumun dışında devam etmemektedir. Sürekli kaygı (trait anxiety/chronic anxiety) ise bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Kişinin içinde bulunduğu durumu stresli olarak algılaması, normal olan bir durumu tehlikeli ve öz değerlerinin tehdit edildiğinin zannedilmesi sonucu oluşan kaygıdır. Sürekli kaygı kişilik özelliği olarak kabul edilebilen bir kaygı modelidir. Yüksek durumluk kaygı düzeyi değerlendirmenin yapıldığı andaki yüksek kaygı düzeyini gösterir ve yüksek sürekli kaygı düzeyi ise endişeli kişiliği gösterir (65-67).

Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri, 14 yaş üzeri gençler ve yetişkinlerde kaygıyı ölçmektedir. Bir tür kendini değerlendirme türü olan ölçek, kısa ifadelerden oluşan 40 maddeyi içermektedir. 20 maddelik Durumluk Kaygı Envanteri ile 20 maddelik Sürekli Kaygı Envanteri birbirinden bağımsızdır. Durumluk Kaygı Envanterinde her madde dörtlü Likert tipi “Hiç: 1”, “Biraz: 2”, “Çok: 3” ve “Tamamıyla: 4” şeklinde; Sürekli Kaygı Envanterinde ise her madde dörtlü Likert tipi “Hemen hiçbir zaman: 1”, “Bazen: 2”, “Çok zaman: 3”, “Hemen her zaman: 4” şeklinde puanlandırılmaktadır. Durumluk Kaygı Envanterinde on (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. madde) ve Sürekli Kaygı Envanterinde ise yedi (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. madde) tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Envanterin içerdiği ters maddelerde puanlar tersine çevrilmek kaydıyla, bütün maddeler 1-4 arası puanlanmaktadır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden belirlenen ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35'tir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Envanterden elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişebilmektedir. Puanın büyük olması kaygı seviyesinin yüksek olduğunu, küçük olması ise kaygı seviyesinin düşük olduğunu belirtmektedir (15, 68) (Ek 2).

Envanterin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışmaları Öner ve Le Compte (67) tarafından yapılmıştır. Ölçeklerin test- tekrar test değişmezlik katsayıları Sürekli Kaygı Envanteri için 0.73-0.86, Durumluk Kaygı Envanteri için 0.16-0.54; alfa korelasyonları ile hesaplanan iç tutarlılık ve test homojenliğini yansıtan katsayılar ise Durumluk Kaygı için 0.83-0.92, Sürekli Kaygı için 0.86-0.92 olarak bulunmuştur (69).

5.5. Hasta Bilgi Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama aracının işlerliğini saptamak amacıyla hasta bilgi formunun ön uygulaması örneklem ölçütlerine uygun olan on hasta ile gerçekleştirildi. Ön uygulama sonrası hasta bilgi formunda gerekli düzenlemeler yapıldı. Ön uygulamada alınan hastalar çalışma kapsamına alınmadı.

5.6. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, araştırmacı ve iki anketör tarafından toplandı. Anketörler, araştırmacı tarafından, araştırma, anket ve envanter ile ilgili olarak iki saat süre ile eğitildi. Veriler, hasta ameliyata gitmeden önce ve hastanın uygun olduğu zaman aralığında yüz yüze görüşülerek toplandı. Hastaların soru formu ve envanteri yanıtlamaları yaklaşık olarak 10-15 dakika sürdü.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Trabzon İlinde ve bir üniversite hastanesinde gününbirlik cerrahi kapsamında ameliyat olacak olan ve araştırmayı kabul eden hastalarla yapıldığı için, çalışmanın sonuçları yalnızca araştırmanın yürütüldüğü hastanenin cerrahi kliniklerine genellenebilir. Bu nedenle bulgular tüm gününbirlik cerrahi hastaları için genellenemez.

5.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 28.01.2013 tarihinde etik kurul izni (Sayı:17522305/68) alındı. Araştırmaya katılacak bireylere araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları ve kendileriyle ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapıldı ve yazılı onamları alındı (Ek 3). Çalışmaya başlamadan önce hastane yönetiminden ve ilgili anabilim dalı başkanlıklarından yazılı izin alındı (Ek 4).

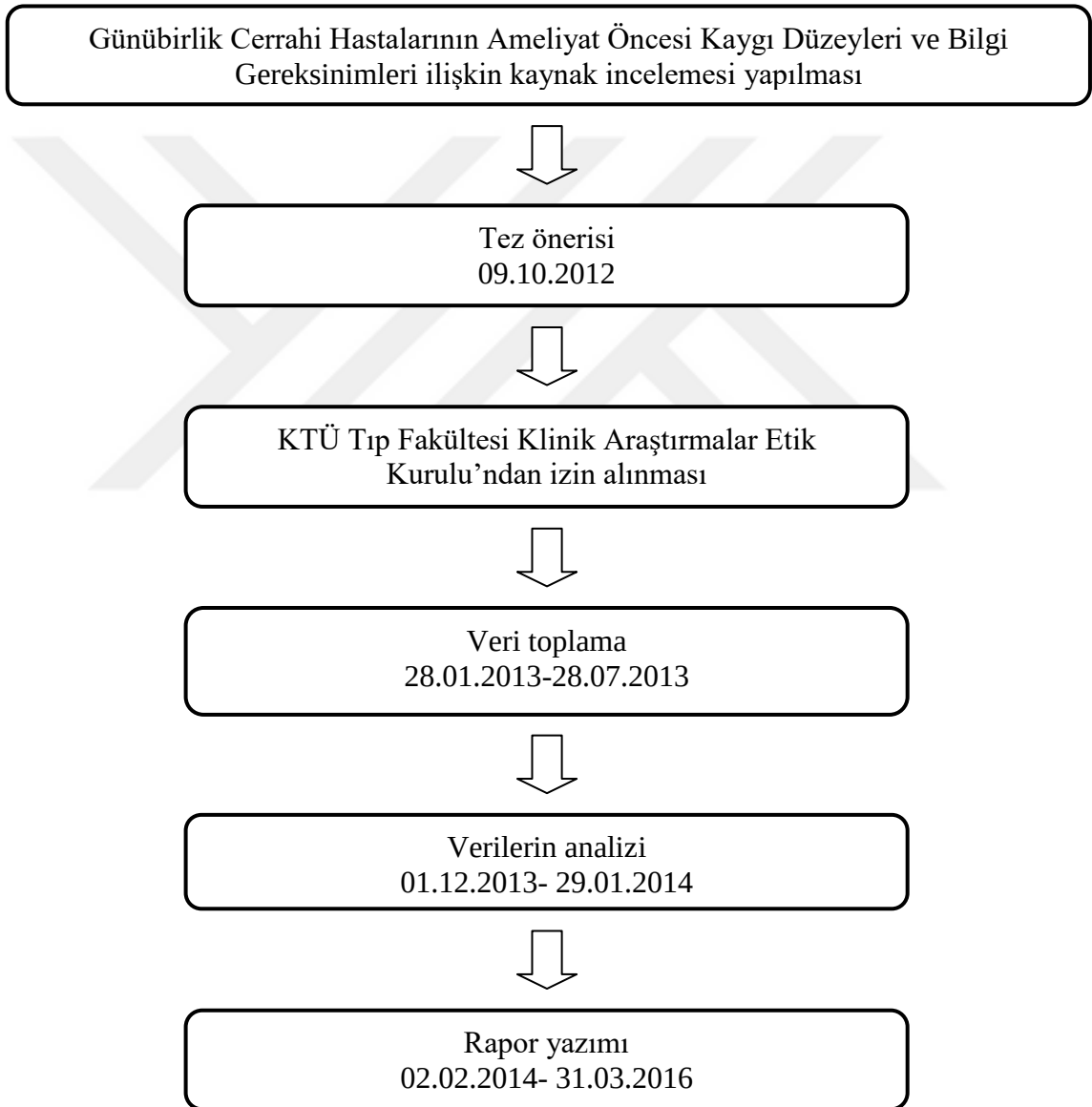
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, verilerin kodlanması ve istatistiksel analizleri için SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanıldı. Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, medyan (minimum - maksimum değerler) ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğuna Shapiro Wilk testi ile bakıldı. Parametrik test varsayımları sağlandığında; iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız

gruplarda t testi ve ikiden çok bağımsız grup karşılaştırılmasında Oneway ANOVA testi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise, iki bağımsız grup karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve ikiden çok bağımsız grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık, $p<0.05$ düzeyinde anlamlı kabul edildi.

5.10. Araştırma Planı

Araştırma planı Şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 1. Araştırma Planı

6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan 151 hastaya ilişkin tanıtıcı bilgiler ve hastalığa ve bilgi gereksinimlerine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (n=151)

Sosyodemografik özellikler	n	%
Yaş		
18 - 33 yaş	50	33.1
34 - 49 yaş	53	35.1
50 - 65 yaş	48	31.8
Cinsiyet		
Kadın	82	54.3
Erkek	69	45.7
Medeni durum		
Evli	111	73.5
Bekar	40	26.5
Eğitim durumu		
Okuryazar	14	9.3
İlkokul	35	23.2
Ortaokul	24	15.9
Lise	60	39.7
Üniversite	18	11.9
Yaşadığı yer		
İl	86	56.9
İlçe	49	32.5
Köy	16	10.6
Meslek		
Ev Hanımı	46	30.5
İşçi	33	21.9
Memur	23	15.2
Emekli	20	13.2
Serbest Meslek	15	9.9
Öğrenci	14	9.3
Aylık gelir düzeyi		
İyi	10	6.6
Orta	133	88.1
Düşük	8	5.3
Sosyal güvence		
SSK	106	70.2
Emekli Sandığı	22	14.6
Bağkur	19	12.6
Yeşil Kart	4	2.6

Tablo 2'de hastaların sosyodemografik özellikleri görülmektedir. Hastaların %35.1'i 34-49 yaş grubunda, %54.3'ü kadın, %73.5'i evli, %39.7'si lise mezunu, %56.9'u ilde yaşamakta ve %30.5'i ev hanımıdır. Hastaların %88.1'inin aylık gelir düzeyi orta ve %70.2'sinin sosyal güvencesi SSK'dır.

Tablo 3. Hastaların Ameliyatlarına ve Anestezi Türlerine Göre Dağılımı (n=151)

Ameliyat olacağı bölüm/ameliyat	Anestezi Türü				Toplam	
	Lokal/Bölgesel		Genel			
	n	%	n	%	n	%
Genel cerrahi (n=26)						
Pilonidal sinüs onarımı	5	83.3	1	16.7	6	100.0
Varikosele ilişkin cerrahi	-	-	1	100.0	1	100.0
Kist eksizyonu	11	100.0	-	-	11	100.0
Meme biyopsisi	6	100.0	-	-	6	100.0
Lenf nodu biyopsisi	1	100.0	-	-	1	100.0
Herni onarımı	1	100.0	-	-	1	100.0
Toplam	24	92.3	2	7.7	26	100.0
Kalp ve damar cerrahisi (n=18)						
Varis operasyonları	4	80.0	1	20.0	5	100.0
Fistül açılması	6	46.2	7	53.8	13	100.0
Toplam	10	56.0	8	44.0	18	100.0
Göz hastalıkları (n=25)						
Vitreoretinal cerrahi	25	100.0	-	-	25	100.0
Toplam	25	100.0	-	-	25	100.0
Üroloji (n=19)						
Renal biyopsi	17	89.5	2	10.5	19	100.0
Toplam	17	89.5	2	10.5	19	100.0
Ortopedi ve travmatoloji (n=28)						
Parmak amputasyonu	2	100.0	-	-	2	100.0
İğne, kaplama, tel, vida çıkarılması	18	100.0	-	-	18	100.0
Kırık redüksiyonu	1	100.0	-	-	1	100.0
Karpal tünel sendromunun düzeltilmesi	3	100.0	-	-	3	100.0
Eksternal fiksator uygulama	1	100.0	-	-	1	100.0
Tırnak batmasının düzeltilmesi	2	100.0	-	-	2	100.0
Artroskopi	1	100.0	-	-	1	100.0
Toplam	28	100.0	-	-	28	100.0
Kadın hastalıkları ve doğum (n=28)						
Kist eksizyonu	28	100.0	-	-	28	100.0
Toplam	28	100.0	-	-	28	100.0
Göğüs cerrahisi (n=7)						
Sempatektomi	7	100.0	-	-	7	100.0
Toplam	7	100.0	-	-	7	100.0
GENEL TOPLAM						
	139	92.1	12	7.9	151	100.0

Tablo 3'de hastaların ameliyatlarına ve anestezi türlerine göre dağılımı yer almaktadır. Tablo 3 incelendiğinde, hastaların en fazla genel cerrahide kist eksizyonu; kalp ve damar cerrahisinde fistül açılması; göz hastalıklarında vitreoretinal cerrahi; ürolojide renal biyopsi; ortopedi ve travmatolojide iğne, kaplama, tel, vida çıkarılması; kadın hastalıkları ve doğumda kist eksizyonu ve göğüs cerrahisinde sempatektomi ameliyatı olacağı görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %92.1'ine lokal/bölgesel anestezi ve %7.9'una genel anestezi uygulanacağı saptandı. Genel cerrahi kapsamında ameliyat olacak hastaların %92.3'üne, kalp ve damar cerrahisi kapsamında ameliyat olacak hastaların ise %56.0'ına, üroloji kapsamında ameliyat olacak hastaların %89.5'ine, göz hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum ve göğüs cerrahisinde tamamına (%100) lokal/bölgesel anestezi uygulanacağı belirlendi. Genel cerrahi kapsamında ameliyat olacak hastaların %7.7'sine, kalp ve damar cerrahisi kapsamında ameliyat olacak hastaların %44.0'ına ve üroloji kapsamında ameliyat olacak hastaların %10.5'ine genel anestezi uygulanacağı bulundu.

Tablo 4. Hastaların Günübirlik Cerrahiye İlişkin Bilgi Alma Durumları (n=151)

Günübirlik cerrahiye ilişkin bilgiler	Bilgi Alma Durumu				Toplam	
	Alan		Almayan			
Ameliyat öncesi hazırlık	n	%	n	%	n	%
Günübirlik cerrahinin anlamı	51	33.8	100	66.2	151	100.0
Ameliyatın türü	130	86.1	21	13.9	151	100.0
Anestezi türü	123	81.5	28	18.5	151	100.0
Ameliyatın yararı ve riskleri*	132	87.4	19	12.6	151	100.0
Ameliyattan önce ön değerlendirme için hastaneye gelme	127	84.1	24	15.9	151	100.0
Ameliyat sabahı hazırlık						
Hastaneye gelmeden önce evde yapılması gereken hazırlıklar	112	74.2	39	25.8	151	100.0
Hastaneye geldiğinde yapılması gerekenler	130	86.1	21	13.9	151	100.0
Ameliyathaneye geldiğinde ve taburcu olurken yapılması gereken işlemler						
Ameliyathaneye geldiğinde yapılması gereken işlemler	128	84.8	23	15.2	151	100.0
Taburcu olurken yapılması gereken işlemler	95	62.9	56	37.1	151	100.0
Sorun olduğunda kime iletileceği	144	95.4	7	4.6	151	100.0
Ameliyat sonrası evde bakım						
Bakıma yardımcı olacak bir hasta yakınının olması gerektiği	106	70.2	45	29.8	151	100.0
Tüketilecek besinlerin içeriği	61	40.4	90	59.6	151	100.0
İlk beslenmeye geçme zamanı	76	50.3	75	49.7	151	100.0
Ameliyat bölgesi ile ilgili yapılması gereken uygulamalar	127	84.1	24	15.9	151	100.0
İstirahat/ hareket (egzersiz)	133	88.1	18	11.9	151	100.0
Pozisyon	128	84.8	23	15.2	151	100.0
İlaçlar	141	93.4	10	6.6	151	100.0
Sigara içilmemesi	63	41.7	88	58.3	151	100.0
Banyo yapma zamanı	82	54.3	69	45.7	151	100.0
Araba kullanma	37	24.5	114	75.5	151	100.0
Kontrole gelme zamanı	140	92.7	11	7.3	151	100.0
İşe başlama zamanı	76	50.3	75	49.7	151	100.0
Ameliyat bölgesi ile ilgili sorunlar/yapılması gerekenler						
Kanama	126	83.4	25	16.6	151	100.0
Ağrı	136	90.1	15	9.9	151	100.0
Akıntı/ sızıntı	129	85.4	22	14.6	151	100.0

*Ameliyatın yararı ve risklerine ilişkin alınan bilgiler birlikte değerlendirildi.

Tablo 4'de hastaların g n birlik cerrahiye ilişkin bilgi alma durumları gösterilmektedir. Hastaların ameliyat öncesi hazırlığa ilişkin bilgi alma durumları incelendiğinde, %87.4'ünün ameliyatın yararı ve riskleri, %86.1'inin ameliyatın türü, %84.1'inin ameliyattan önce ön değerlendirme için hastaneye gelme ve %81.5'inin anestezi türü hakkında bilgi aldıkları buna karşın %66.2'sinin g n birlik cerrahinin anlamı hakkında bilgi almadığı görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %86.1'i hastaneye geldiklerinde yapılması gerekenler ve %74.2'si ameliyat sabahı hastaneye gelmeden önce evde yapılması gereken hazırlıklara ilişkin bilgi aldıklarını ifade ettiler. Hastaların ameliyathaneye geldiğinde ve taburcu olurken yapılması gereken işlemlere ilişkin olarak; %95.4'ünün sorun olduğunda kime ileteceği, %84.8'inin ameliyathaneye geldiğinde yapılması gereken işlemler ve %62.9'unun taburcu olurken yapılması gereken işlemler hakkında bilgi aldıkları saptandı.

Hastaların ameliyat sonrası evde bakıma ilişkin olarak %93.4'ünün ilaç kullanımı, %92.7'sinin kontrole gelme zamanı, %88.1'inin istirahat/hareket (egzersiz), %84.8'inin pozisyon, %84.1'inin ameliyat bölgesi ile ilgili yapılması gereken uygulamalar, %70.2'sinin bakımına yardımcı olacak bir yakınının olması gerektiği, %54.3'ünün banyo yapma zamanı, %50.3'ünün ilk beslenmeye geçme zamanı ve işe başlama zamanı hakkında bilgi aldıkları belirlendi. Buna karşın hastaların %75.5'i araba kullanma, %59.6'sı t k tilecek besinlerin içeriği ve %58.3'  sigara içilmemesi gerektiği hakkında bilgi almadıklarını ifade ettiler.

Hastaların ameliyat bölgesi ile ilgili sorunlar/yapılması gerekenlere ilişkin bilgi alma durumları incelendiğinde ise, hastaların %90.1'ine ağrı, %85.4' ne ameliyat bölgesinde akıntı/sızıntı olduğunda yapılması gerekenler ve %83.4' ne ameliyat bölgesinde kanama olduğunda yapılması gerekenler hakkında bilgi verildiği saptandı.

Tablo 5. Hastaların Günübirlik Cerrahi Sürecine İlişkin Bilgi Aldığı ve Almak İsteddiği Kişiler, Bilgiyi Yeterli Bulma Durumları ve Konuya İlişkin Önerileri (n=151)

Bilgi alınan kişiler*	n	%
Hekim	135	89.4
Hemşire	52	34.4
Bilgi alınmak istenen kişiler*		
Hekim	149	98.7
Hemşire	36	23.8
Bilgiyi yeterli bulma durumu		
Yeterli Bulan	113	74.8
Yeterli Bulmayan	24	15.9
Kısmen Yeterli Bulan	14	9.3
Öneriler (n=38)**		
Bilgiler ayrıntılı bir şekilde verilmeli	26	68.4
Bilgiler yazılı olarak verilmeli	15	39.5
Bilgi verilirken daha ilgili davranılmalı ve acele edilmemeli	7	18.4

* Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlandı, yüzdeler örneklem sayısı üzerinden alındı.

** Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlandı, yüzdeler aldıkları bilgileri kısmen yeterli ve yetersiz bulan hasta sayısı üzerinden alındı.

Tablo 5'de hastaların günübirlik cerrahi sürecine ilişkin bilgi aldığı ve almak istediği kişiler, bilgiyi yeterli bulma durumları ve konuya ilişkin önerileri gösterilmektedir. Tablo 5'e bakıldığında, hastaların %89.4'ünün hekimden ve %34.4'ünün hemşireden günübirlik cerrahi sürecine ilişkin bilgi aldığı görülmektedir. Hastaların günübirlik cerrahi sürecine yönelik bilgileri kimden almak istedikleri incelendiğinde, hastaların %98.7'sinin hekimden ve %23.8'inin hemşireden günübirlik cerrahi sürecine ilişkin bilgi almak istedikleri belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların %74.8'inin verilen bilgileri yeterli bulduğu, %15.9'unun yetersiz, %9.3'ünün ise kısmen yeterli bulduğu saptandı. Günübirlik cerrahi sürecine yönelik olarak aldıkları bilgiyi yetersiz ve kısmen yeterli bulan hastaların bu konudaki önerileri incelendiğinde, %68.4'ünün günübirlik cerrahi süreci hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapılmasını, %39.5'inin cerrahi sürece ilişkin bilgilerin yazılı olarak verilmesini ve %18.4'ünün ise kendilerine bilgi verilirken daha ilgili davranılmasını ve çok hızlı anlatılmamasını istedikleri belirlendi.

Tablo 6. Hastaların Hastaneye Ulaşım, Taburculuk Süreci ve Hastaneden Eve Ulaşımına İlişkin Bilgileri (n=151)

Bilgiler	n	%
Hastaneye ulaşım		
Yakını/yakınları ile birlikte	135	89.4
Tek başına	16	10.6
Taburculuk sonrası evde yanında kalacak kişi		
Ailesi	141	93.4
Akraba/arkadaş/bakıcı	10	6.6
Eve ulaşım aracı		
Toplu Taşıma Aracı	92	60.9
Kendi Aracı	43	28.5
Taksi ile	16	10.6
Eve ulaşım zamanı		
0-30 dakika	94	62.3
31-60 dakikadan az	32	21.2
60-120 dakika	20	13.2
121- 240 dakika	5	3.3

Tablo 6'da hastaların hastaneye ulaşım, taburculuk süreci ve hastaneden eve ulaşımına ilişkin bilgileri yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %89.4'ü hastaneye yakını/yakınları ile birlikte ve %10.6'sı tek başına geldiğini ifade ettiler. Ameliyat sonrası evde 24 saat hastanın yanında kalabilecek kişi/kişilerin %93.4'ünü ailenin ve %6.6'sını akraba/arkadaş/bakıcının oluşturduğu bulundu.

Hastaların eve gidecekleri ulaşım aracı incelendiğinde,%60.9'unun toplu taşıma aracı ile, %28.5'inin kendi aracı ile ve %10.6'sının ise taksi ile gideceği saptandı. Hastaların %62.3'ünün 0-30 dakikada, %21.2'sinin 31-60 dakikadan az, %13.2'sinin 60-120 dakika ve %3.3'ünün 121-240 dakikada eve ulaşacağını ifade ettiği belirlendi.

Tablo 7. Hastaların Evde Bakımına Yardımcı Olacak Kişilere Bilgi Verilme Durumu, Verilen Bilgiler ve Bilgiyi Veren Kişi/Kişiler (n=151)

Bilgi verilme	n	%
Evet	38	25.2
Hayır	113	74.8
Verilen bilgiler (n=38)*		
Kanama olduğunda yapılması gerekenler	22	57.9
Akıntı/sızıntı olduğunda yapılması gerekenler	19	50.0
Hareket/Pozisyon/İstirahat	16	42.1
Ağrı yönetimi	16	42.1
İlaç kullanımı	15	39.5
Kontrolde gelme zamanı	9	23.7
Hijyen	5	13.2
Beslenme	4	10.5
Bilgiyi veren kişi/kişiler (n=38)		
Hekim	25	65.8
Hemşire	3	7.9
Hekim ve hemşire	10	26.3

* Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlandı, yüzdelere yakınlarına bilgi verilen hasta sayısı üzerinden alındı.

Tablo 7'de hastaların evde bakımına yardımcı olacak kişilere bilgi verilme durumu, verilen bilgiler ve bilgiyi veren kişi/kişiler gösterilmektedir. Hasta yakınlarının %74.8'ine evde bakıma ilişkin bilgi verilmediği ve %25.2'sine evde bakıma ilişkin bilgi verildiği saptandı. Evde bakıma yardımcı olacak kişi/kişilere yönelik verilen bilgiler incelendiğinde, %57.9'unun kanama olduğunda yapılması gerekenler, %50'sinin akıntı/sızıntı olduğunda yapılması gerekenler, %42.1'inin hareket/pozisyon/istirahat ve ağrı yönetimi, %39.5'inin ilaç kullanımı, %23.7'sinin kontrole gelme zamanı, %13.2'sinin hijyen ve %10.5'inin beslenme konuları hakkında bilgi aldıkları belirlendi. Tabloda verilmemekle birlikte, hasta yakınları verilen bilgilerin tamamının sözel olduğunu ifade etti. Hasta yakınlarına evde bakıma yönelik bilgi veren kişilerin %65.8'inin hekim, %26.3'ünün hem hekim hem de hemşire ve %7.9'unun hemşire olduğu bulundu.

Tablo 8. Hastaların Günübirlik Cerrahiye İlişkin Kaygı Durumları, Yaşadıkları Kaygılar ve Kaygılarını Paylaştıkları Kişiler (n=151)

Anesteziye ilişkin kaygı durumu	n	%
Evet	25	16.6
Hayır	126	83.4
Günübirlik cerrahiye ilişkin kaygı durumu		
Evet	46	30.5
Hayır	105	69.5
Günübirlik cerrahiye ilişkin yaşanan kaygılar (n=46)*		
Cerrahi girişim sonrası ağrı	35	76.1
Aksilik olma olasılığı	16	34.8
Mahremiyetin ortadan kalkması	16	34.8
Enfeksiyon gelişme riski	16	34.8
Bilinmeyen korkusu	10	21.7
Ölüm korkusu	9	19.6
Estetik kaygı	7	15.2
Hastalığın tekrarlaması	6	13.0
Kaygılarını paylaştığı kişiler (n=46)*		
Ailesi	40	87.0
Hekim	14	30.4
Hemşire	4	8.7
Arkadaşları/diğer hastalar	2	4.3
Hekim ve hemşire	2	4.3

* Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlandı, yüzdelere günübirlik cerrahiye ilişkin kaygı yaşayan hasta sayısı üzerinden alındı.

Tablo 8’de hastaların günübirlik cerrahiye ilişkin kaygı durumları, yaşadıkları kaygılar ve kaygılarını paylaştıkları kişilerin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %83.4’ü kendilerine uygulanacak anesteziye ilişkin kaygı duymadığını ve %16.6’sı ise anesteziye ilişkin kaygı duyduğunu ifade etmiştir. Hastaların %69.5’inin günübirlik cerrahiye ilişkin kaygı duymadığı ve %30.5’inin ise kaygı duyduğu belirlendi.

Günübirlik cerrahiye ilişkin kaygıları olduğunu ifade eden hastaların kaygıları incelediğinde; hastaların %76.1’inin cerrahi girişim sonrası ağrı, %34.8’inin aksilik olma olasılığı, mahremiyetin ortadan kalkması ve enfeksiyon gelişme riski, %21.7’sinin bilinmeyen korkusu, %19.6’sının ölüm korkusu, %15.2’sinin estetik kaygı ve %13’ünün hastalığının tekrar etmesi nedeniyle kaygılı olduğu görülmektedir. Hastaların günübirlik cerrahiye ilişkin kaygılarını %87.0’nın ailesi, %30.4’ünün hekim, %8.7’sinin hemşire, %4.3’ünün arkadaşları ve diğer hastalarla ve %4.3’ünün hekim ve hemşire ile paylaştığı saptandı.

Tablo 9. Hastaların Durumluk/Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları (n=151)

Kaygı türü	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Min-Max)
Durumluk kaygı	39.2 $\pm$ 5.05	40.0 (26-50)
Sürekli kaygı	45.3 $\pm$ 4.68	45.0 (32-63)

Tablo 9’da hastaların durumluk/sürekli kaygı puan ortalamaları görülmektedir. Günübirlük cerrahi girişim öncesinde hastaların durumluk kaygı puan ortalamasının 39.2 $\pm$ 5.05 ve sürekli kaygı puan ortalamasının 45.3 $\pm$ 4.68 olduğu saptandı.

Tablo 10. Hastaların Kaygı Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=151)

Sosyodemografik özellikler	Durumluk Kaygı			Sürekli Kaygı		
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Min-Max)	İstatiksel Analiz	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Min-Max)	İstatiksel Analiz
Yaş grubu						
18-33	39.1±5.4	39.0 (27-50)	$\chi^2=2.106$ p=0.349	46.7±4.4	46.5 (39-63)	F=4.292 p=0.015
34-49	39.6±5.7	41.0 (26-49)		44.1±4.8	44.0 (32-55)	
50-65	38.9±3.8	39.0 (30-45)		45.3±4.5	45.0 (37-58)	
Cinsiyet						
Kadın	38.4 ± 5.4	39.0 (27 - 49)	Z=-2.135	46.1 ± 4.6	46.0 (36 - 63)	Z=-2.504
Erkek	40.2 ± 4.4	41.0(26 - 50)	p=0.033	44.3 ± 4.7	45.0 (32 - 58)	p=0.012
Medeni durum						
Evli	39.1 ± 5.1	40.0 (26 - 49)	Z=-0.049	45.0 ± 4.7	45.0 (32 - 63)	Z=-1.464
Bekar	39.5 ± 5.0	40.0 (30 - 50)	p=0.961	46.2 ± 4.5	46.0 (39 - 54)	p=0.143
Eğitim durumu						
Okur Yazar	36.5 ± 4.0	37.0 (30 - 42)	F=2.405 p=0.052	46.7 ± 5.6	47.5 (39 - 58)	F=0.413 p=0.799
İlkokul	38.9 ± 4.9	40.0 (27 - 49)		45.4 ± 4.6	45.0 (37 - 55)	
Ortaokul	38.2 ± 6.0	38.0 (27 - 48)		45.0 ± 3.7	45.0 (39 - 51)	
Lise	39.8 ± 5.0	41.0 (26 - 50)		45.3 ± 5.1	46.0 (32 - 63)	
Üniversite	41.3 ± 3.9	41.5 (33 - 49)		44.7 ± 4.0	45.0 (38 - 52)	
Yaşadığı yer						
İl	39.2 ± 5.0	40.0 (26 - 49)	F=0.113 p=0.893	44.6 ± 4.3	45.0 (32 - 54)	F=2.699 p=0.071
İlçe	39.0 ± 5.3	40.0 (27 - 50)		46.2 ± 4.4	46.0 (36 - 58)	
Köy	39.7 ± 5.1	40.5 (30 - 49)		46.6 ± 6.6	45.0 (38 - 63)	
Meslek						
Ev Hanımı	37.6 ± 5.6	37.0 (27 - 49)	$\chi^2=10.788$ p=0.056	46.5 ± 4.8	46.5 (37 - 63)	F=1.852 p=0.106
Memur	38.5 ± 4.8	40.0 (29 - 46)		46.1 ± 5.0	46.0 (38 - 58)	
İşçi	39.3 ± 5.6	41.0 (26 - 50)		43.9 ± 4.5	45.0 (32 - 53)	
Serbest Meslek	41.3 ± 3.2	41.0 (37 - 48)		43.9 ± 4.4	42.0 (37 - 52)	
Emekli	41.3 ± 3.1	41.5 (34 - 45)		44.5 ± 4.4	43.5 (38 - 54)	
Öğrenci	40.1 ± 5.0	41.0 (32 - 49)		46.1 ± 3.9	46.0 (40 - 52)	
Aylık gelir						
İyi	41.0 ± 5.0	41.0 (32 - 49)	$\chi^2=2.453$	47.3 ± 6.1	51.0 (38 - 53)	$\chi^2=4.749$
Orta	38.9 ± 5.1	40.0 (26 - 50)	p=0.293	45.3 ± 4.6	45.0 (32 - 63)	p=0.093
Düşük	41.3 ± 2.3	41.0 (38 - 45)		42.5 ± 3.7	43.0 (37 - 48)	

Tablo 10'da hastaların kaygı puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların durumluk kaygı puan ortalamasının en yüksek olduğu yaş grubu 34-49 (39.6 ± 5.7), en düşük olduğu yaş grubu ise 50-65 yaş grubudur (38.9 ± 3.8). Durumluk kaygı puan ortalamaları yaş grubuna göre incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0.349$). Hastaların sürekli kaygı puan ortalamasının en yüksek olduğu yaş grubu 18-33 yaş grubu (46.7 ± 4.4) ve en düşük olduğu yaş grubu ise 34-49 yaş grubudur (44.1 ± 4.8). Sürekli kaygı puan ortalamaları yaş grubuna göre incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.015$). Sürekli kaygı puanlarında yaş grupları arasındaki ikili karşılaştırmada 18-33 yaş grubu ile 34-49 yaş grubu arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$).

Kaygı puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, durumluk kaygı puanı ortalaması erkeklerde 40.2 ± 4.4 ve kadınlarda 38.4 ± 5.4 ; sürekli kaygı puan ortalaması ise erkeklerde 44.3 ± 4.7 ve kadınlarda 46.1 ± 4.6 idi. Hem durumluk kaygı ($p=0.033$) hem de sürekli ($p=0.012$) kaygı puan ortalamalarında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların medeni duruma göre durumluk kaygı puan ortalaması evlilerde 39.1 ± 5.1 ve bekarlarda 39.5 ± 5.0 ; sürekli kaygı puan ortalaması ise evlilerde 45.0 ± 4.7 ve bekarlarda 46.2 ± 4.5 olarak bulundu. Evli ve bekar hastaların durumluk ($p=0.961$) ve sürekli ($p=0.143$) kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Hastaların durumluk kaygı puan ortalamasının en yüksek olduğu grup üniversite grubu (41.3 ± 3.9) ve en düşük olduğu grup okuryazar grubudur (36.5 ± 4.0). Hastaların sürekli kaygı puan ortalamasının en yüksek olduğu grup okuryazar grubu (46.7 ± 5.6) ve en düşük olduğu grup ise üniversite grubudur (44.7 ± 4.0). Hastaların eğitim durumuna göre hem durumluk ($p=0.052$) hem de sürekli ($p=0.799$) kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşadıkları yere göre durumluk kaygı puan ortalaması ilde yaşayanlarda 39.2 ± 5.0 , ilçede yaşayanlarda 39.0 ± 5.3 ve köyde yaşayanlarda 39.7 ± 5.1 ; sürekli kaygı puan ortalaması ise ilde yaşayanlarda 44.6 ± 4.3 , ilçede yaşayanlarda 46.2 ± 4.4 ve köyde yaşayanlarda 46.6 ± 6.6 olarak saptandı.

Yaşanılan yer yönünden hastaların durumluk ($p=0.893$) ve sürekli ($p=0.071$) kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Hastaların durumluk kaygı puan ortalamasının en yüksek olduğu meslek grubunun, serbest meslek (41.3 ± 3.2) ve emekli (41.3 ± 3.1) grubu ve en düşük olduğu meslek grubunun ise ev hanımı (37.6 ± 5.6) grubu olduğu görülmektedir. Hastalarda sürekli kaygı puan ortalamasının en yüksek olduğu meslek grubu ev hanımı grubudur (46.5 ± 4.8). En düşük sürekli kaygı puan ortalamasının ise işçi (43.9 ± 4.5) ve serbest meslek (43.9 ± 4.4) gruplarında olduğu görülmektedir. Kaygı puan ortalamalarının mesleklere göre dağılımında, hastaların hem durumluk ($p=0.056$) hem de sürekli ($p=0.106$) kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Günübirlik cerrahi hastalarının aylık gelir durumuna göre durumluk kaygı puan ortalaması aylık geliri iyi olanlarda 41.0 ± 5.0 , orta olanlarda 38.9 ± 5.1 ve düşük olanlarda 41.3 ± 2.3 ; sürekli kaygı puan ortalaması ise aylık geliri iyi olanlarda 47.3 ± 6.1 , orta olanlarda 45.3 ± 4.6 ve düşük olanlarda 42.5 ± 3.7 olarak belirlendi. Hastaların aylık gelir düzeyine göre durumluk ($p=0.293$) ve sürekli ($p=0.093$) kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Tablo 11. Hastaların Kaygı Puan Ortalamalarının Anestezi Türüne Göre Dağılımı (n=151)

Anestezi türü	Durumluk Kaygı			Sürekli Kaygı		
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Min-Max)	İstatistiksel Analiz	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Min-Max)	İstatistiksel Analiz
Lokal/bölgesel	39.1 ± 5.2	40.0 (26-50)	$Z=-0.635$	45.4 ± 4.7	45.0 (32-63)	$Z=-1.111$
Genel	40.3 ± 2.6	41.0 (34-43)	$p=0.526$	43.9 ± 4.2	42.0 (37-52)	0.266

Tablo 11’de hastaların kaygı puan ortalamalarının anestezi türüne göre dağılımı yer almaktadır. Lokal/bölgesel anestezi uygulanacak hastalarda durumluk kaygı puan ortalamasının 39.1 ± 5.2 ve sürekli kaygı puan ortalamasının 45.4 ± 4.7 olduğu saptandı. Genel anestezi uygulanacak hastalarda durumluk kaygı puan ortalamasının 40.3 ± 2.6 ve sürekli kaygı puan ortalamasının 43.9 ± 4.2 olduğu bulundu. Anestezi türüne göre hastaların durumluk ($p=0.526$) ve sürekli ($p=0.266$) kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Tablo 12. Hastaların Kaygı Puan Ortalamalarının Kliniklere Göre Dağılımı (n=151)

Klinik	Durumluk Kaygı			Sürekli Kaygı		
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Min-Max)	İstatistiksel Analiz	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Min-Max)	İstatistiksel Analiz
Genel cerrahi	39.7 $\pm$ 4.9	41.0 (27 - 47)		44.2 $\pm$ 4.6	42.5 (38 - 54)	
Kalp ve damar cerrahisi	37.9 $\pm$ 4.9	39.0 (27 - 47)		43.7 $\pm$ 4.0	42.5 (37 - 52)	
Göz hastalıkları	39.4 $\pm$ 4.0	40.0 (30 - 45)		45.3 $\pm$ 4.0	45.0 (39 - 54)	
Üroloji	39.8 $\pm$ 5.0	38.0 (32 - 48)	$\chi^2=8.577$ $p=0.199$	46.5 $\pm$ 4.3	47.0 (39 - 53)	$\chi^2=14.836$ $p=0.022$
Ortopedi ve travmatoloji	38.2 $\pm$ 5.1	40.0 (26 - 46)		44.7 $\pm$ 5.2	45.0 (32 - 58)	
Kadın hastalıkları ve Doğum	38.8 $\pm$ 5.6	40.5 (29 - 47)		45.7 $\pm$ 3.7	46.5 (36 - 53)	
Göğüs cerrahisi	44.6 $\pm$ 4.9	45.0 (38 - 50)		51.7 $\pm$ 6.4	51.0 (42 - 63)	

Tablo 12’de hastaların kaygı puan ortalamalarının kliniklere göre dağılımı gösterilmektedir. Gününbirlik cerrahi girişim geçirecek olan hastalarda durumluk kaygı puan ortalamasının göğüs cerrahisi kliniğinde en yüksek olduğu (44.6 $\pm$ 4.9) ve bunu üroloji (39.8 $\pm$ 5.0), genel cerrahi (39.7 $\pm$ 4.9), göz hastalıkları (39.4 $\pm$ 4.0), kadın hastalıkları ve doğum (38.8 $\pm$ 5.6), ortopedi ve travmatoloji (38.2 $\pm$ 5.1) ve kalp ve damar cerrahisi kliniği (37.9 $\pm$ 4.9) izlediği görülmektedir. Durumluk kaygı puan ortalamalarının hastaların ameliyat olacağı kliniğe göre dağılımı incelendiğinde bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0.199$).

Hastaların sürekli kaygı puan ortalamasının göğüs cerrahisi kliniğinde en yüksek olduğu görülmektedir (51.7 $\pm$ 6.4). Sürekli kaygı puan ortalamasının üroloji kliniğinde 46.5 $\pm$ 4.3, kadın ve doğum kliniğinde 45.7 $\pm$ 3.7, göz hastalıkları kliniğinde 45.3 $\pm$ 4.0, ortopedi ve travmatoloji kliniğinde 44.7 $\pm$ 5.2, genel cerrahi kliniğinde 44.2 $\pm$ 4.6 ve kalp ve damar cerrahisi kliniğinde 43.7 $\pm$ 4.0 olduğu belirlendi. Sürekli kaygı puan ortalamalarının hastaların ameliyat olacağı kliniğe göre dağılımı incelendiğinde bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0.022$). İkili karşılaştırma sonucunda aralarında farklılık bulunan bölümler kalp ve damar cerrahisi ve göğüs cerrahisi bölümleri ile genel cerrahi ve göğüs cerrahisi bölümleridir.

Tablo 13. Hastaların Kaygı Puan Ortalamalarının Günübirlık Cerrahi Sürecine İlişkin Verilen Bilgileri Yeterli Bulma Durumlarına Göre Dağılımı (n=151)

Bilgiyi yeterli bulma durumu	Durumluk Kaygı			Sürekli Kaygı		
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Min-max)	İstatiksel Analiz	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Min-max)	İstatiksel Analiz
Yeterli	38.9 ± 4.9	40.0 (26 - 49)	$\chi^2 = 2.071$	45.0 ± 4.5	45.0 (32 - 58)	F = 3.112
Yetersiz	39.6 ± 5.9	40.5 (30 - 50)	p=0.355	47.5 ± 5.2	47.0 (39 - 63)	p=0.047
Kısmen yeterli	40.9 ± 4.2	41.0 (33 - 47)		44.5 ± 4.6	44.0 (37 - 52)	

Tablo 13’de hastaların kaygı puan ortalamalarının günübirlık cerrahi sürecine ilişkin verilen bilgileri yeterli bulma durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Günübirlık cerrahi sürecine ilişkin verilen bilgileri yeterli bulan hastaların durumluk kaygı puan ortalaması 38.9±4.9, yetersiz bulanların 39.6±5.9 ve kısmen yeterli bulanların ise 40.9±4.2 idi.

Araştırmaya katılan hastaların sürekli kaygı puanı ortalamalarının günübirlık cerrahi sürecine ilişkin verilen bilgiyi yetersiz bulanlarda 47.5±5.2, yeterli bulanlarda 45.0±4.5 ve kısmen yeterli bulanlarda 44.5±4.6 olduğu saptandı. Hastaların günübirlık cerrahi sürecine ilişkin verilen bilgileri yeterli bulma durumlarına göre durumluk kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakla (p=0.355) birlikte sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p=0.047). Yapılan ikili karşılaştırma sonucunda aralarında anlamlı farklılık bulunan gruplar verilen bilgiyi yetersiz bulan ve verilen bilgiyi yeterli bulan hasta gruplarıdır.

Tablo 14. Hastaların Kaygı Puan Ortalamalarının Anesteziye İlişkin Kaygı Duyma Durumlarına Göre Dağılımı (n=151)

Anesteziye ilişkin kaygı duyma durumu	Durumluk Kaygı			Sürekli Kaygı		
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Min-Max)	İstatiksel Analiz	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Min-Max)	İstatiksel Analiz
Evet	40.9 ± 4.7	41.0 (32 - 50)	Z=-1.499	48.6 ± 4.2	49.0 (42 - 63)	Z =-3.860
Hayır	38.9 ± 5.1	40.0 (26 - 49)	p=0.134	44.7 ± 4.5	45.0 (32 - 58)	p=0.000

Tablo 14’de hastaların kaygı puan ortalamalarının anesteziye ilişkin kaygı duyma durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların durumluk kaygı puan ortalaması anesteziye ilişkin kaygı duyanlarda 40.9±4.7 ve kaygı duymayanlarda 38.9±5.1’dir.

Hastaların sürekli kaygı puan ortalamaları ise anesteziye ilişkin kaygı duyanlarda 48.6 ± 4.2 ve kaygı duymayanlarda 44.7 ± 4.5 olarak belirlendi. Durumluk kaygı ve sürekli kaygı puan ortalamaları hastaların anesteziye ilişkin kaygı duyma durumlarına göre incelendiğinde, durumluk kaygı puan ortalamalarında farklılık ($p=0.134$) gözlenmezken, sürekli kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.000$).

Tablo 15. Hastaların Kaygı Puan Ortalamalarının Ameliyata İlişkin Kaygı Duyma Durumlarına Göre Dağılımı (n=151)

Ameliyata ilişkin kaygı duyma durumu	Durumluk Kaygı			Sürekli Kaygı		
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Min-Max)	İstatiksel Analiz	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Min-Max)	İstatiksel Analiz
Evet	39.6 ± 5.1	40.0 (31 - 49)	$Z=-0.598$	47.6 ± 3.8	47.0 (39 - 63)	$Z=-4.221$
Hayır	39.0 ± 5.0	40.0 (26 - 50)	$p=0.550$	44.3 ± 4.7	44.0 (32 - 58)	$p=0.000$

Tablo 15’de hastaların kaygı puan ortalamalarının ameliyata ilişkin kaygı duyma durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların durumluk kaygı puanı ortalamalarının ameliyata ilişkin kaygı duyanlarda 39.6 ± 5.1 ve kaygı duymayanlarda 39.0 ± 5.0 ; sürekli kaygı puanı ortalamaları ise kaygı duyanlarda 47.6 ± 3.8 ve kaygı duymayanlarda 44.3 ± 4.7 olduğu saptandı. Hastaların ameliyata ilişkin kaygı duyma durumu ile durumluk kaygı puan ortalamaları arasında farklılık ($p=0.550$) gözlenmezken, sürekli kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.000$).

7. TARTIŞMA

Günübirlik cerrahi, hastanın müdahale öncesinde ya da sonrasında gece yatışı olmaksızın gerçekleştirilen cerrahidir (70). İyileşme süresinin kısa oluşu, güvenilirliği ve sağlık giderlerini belirgin düzeyde azaltması nedeniyle günübirlik cerrahi, giderek daha sık uygulanmakta (71) hastane ile ilişkili enfeksiyon riskini daha az taşımakta ve günübirlik cerrahi sonrası ortaya çıkan komplikasyonlar genellikle hafif olmakta, mortalite son derece nadir olarak görülmektedir (72). Bununla birlikte ameliyat öncesi dönemde yüksek düzeyde yaşanan anksiyete sersemlik hissi, bulantı ve baş ağrısı gibi fiziksel sorunlara yol açarken, ameliyat sonrası yaşanacak anksiyeteyi de etkilemektedir. Ameliyat öncesi dönemde artan anksiyete, ameliyat sırasında anestezi gereksinimi ile ameliyat sonrası dönemde ağrı ve analjezik gereksiniminin artmasına yol açmaktadır (53, 54). Hastalar doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin cerrahi süreç hakkında yetersiz bilgi almakta ve bu durum hastaların onlarla ilişki kurmada şüphe, korku, kaygı yaşamasına ve böylece sürece ve onun sonuçlarına korkuyla yaklaşmalarına yol açmaktadır (73). Çalışmamız günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeyleri ve bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Çalışmamızda, hastaların beşte ikisine yakınının 34-49 yaş grubunda, yaklaşık beşte üçünün kadın, dörtte üçünün evli, beşte ikisinin lise mezunu, üçte ikisinin ilde yaşadığı, beşte ikiye yakınının ev hanımı ve beşte dördünün orta düzey gelire sahip olduğu saptandı. Literatürde sosyodemografik bulgularımızı destekleyen birçok çalışma yer almaktadır (48, 64, 74-80).

Araştırmaya katılan hastalara kliniklere göre değişmekle birlikte genelde kist eksizyonu, fistül açılması, vitroretinal cerrahi, renal biyopsi, iğne, kaplama, tel, vida çıkarılması, sempatektomi ameliyatı ve lokal/bölgesel anestezi uygulanacağı belirlendi. Çalışmamızla paralel olarak başka çalışmalarda da, günübirlik cerrahi uygulamaların çoğunluğunu küçük cerrahi girişimlerin oluşturduğunu ve lokal anestezinin en fazla kullanılan yöntem olduğu belirtilmiştir (3, 20). Çalışmamızdan farklı olarak, Çilingir ve Bayraktar'ın çalışmasında (47) buruna ilişkin ameliyatların (septoplasti, rinoplasti, septorinoplasti) daha sık yapıldığı, hastaların %57.3'üne genel anestezi ve %42.7'sine lokal/bölgesel anestezi uygulandığı bulunmuştur.

Ameliyat öncesi hazırlıkla ilgili bilgi alma durumları incelendiğinde, hastaların beşte dördünden fazlasının ameliyat ve anestezi türü, ameliyatın yararı ve riskleri ve ameliyattan önce ön değerlendirme için hastaneye gelme ile ilgili bilgi aldıkları ancak üçte ikisinin gününbirlik cerrahi sürecinin aşamalarıyla ilgili bilgi almadıkları belirlendi. Çalışmamızla paralel olarak literatürdeki birçok çalışmada da, ameliyat öncesi dönemde hastalara uygulanacak cerrahi işlemin ne olduğu ve anestezi konusunda bilgilendirmenin en çok karşılanan gereksinimler arasında yer aldığı saptanmıştır (47, 81-84). Çalışmamızdan farklı olarak, yapılacak cerrahi işlemin ne olduğu ve anestezi konusunda bilgilendirilme oranının Dolgun ve Candan'ın (36), Özbayır ve Demir'in (85) ve Bayraktar ve Bulut'un çalışmasında (86) daha düşük ve Akkaş'ın (87) ve Way ve arkadaşlarının çalışmasında (81) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ameliyat sabahı hazırlık kapsamında, hastaların dörtte üçünün hastaneye gelmeden önce evde yapılması gereken hazırlıklar ve beşte dördünden fazlasının hastaneye geldiğinde yapılması gerekenlere ilişkin bilgi aldığı saptandı. Çalışmamızdan farklı olarak Çilingir'in çalışmasında (47) ise, hastaların %95.2'sinin hastaneye gelmeden önce evde yapılması gereken hazırlıklar ve %33.0'ının hastaneye geldiğinde yapılması gerekenlere ilişkin bilgi almadığı saptandı. Bir başka çalışmada da, gününbirlik cerrahi hastalarının yaklaşık olarak %50'sinin cerrahi öncesindeki günlerde evde ne yapılması gerektiği hakkında bilgilendirilmedikleri belirtilmiştir (88).

Araştırmada yer alan hastaların çoğunluğunun sorun olduğunda kime ileteceği ve yapılması gereken işlemlere ilişkin bilgi aldıkları belirlendi. Çilingir'in çalışmasında (47) ise, konuya ilişkin bilgi alma oranının daha düşük olduğu görülmektedir.

Hastaların ameliyat sonrası evde bakıma ilişkin bilgi alma durumları genel olarak incelendiğinde, ilaçlar, kontrole gelme zamanı, istirahat/hareket (egzersiz), pozisyon ve ameliyat bölgesiyle ilgili dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi alma oranının yüksek olduğu saptandı. Ayrıca araba kullanma, tüketilecek besinlerin içeriği, sigara içilmemesi gerektiği ve ilk beslenmeye geçme, işe başlama ve banyo yapma zamanıyla ilgili bilgi alma oranının ise düşük olduğu belirlendi. Çilingir'in çalışmasında (47), hastaların ilaçlar ve kontrole gelme zamanı hakkında bilgi alma durumlarının sonuçlarımıza benzer olduğu ancak ameliyat sonrası evde bakıma ilişkin bilgi alma durumlarının ise oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Konuyla ilgili yapılan bazı

çalışmalarda, ilaçlar (82, 89) ve kontrole gelme zamanı (89, 90) konusunda bilgi alma oranının çalışmamızdan daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda da, hastaların ameliyat sonrası yemek yemeye başlama zamanı hakkındaki bilgi alma oranının çalışmamızdan daha yüksek (%68.8-%94.4) olduğu bulunmuştur (36, 82, 83). Yine bir başka çalışmada, çalışma kapsamında yer alan hastaların %82.9'una gününbirlik cerrahi girişim sonrası evde bakıma ilişkin bilgi verilmediği saptanmıştır (64). Kontrollere belirlenen zaman aralıklarında düzenli olarak gidilmesinin, gerekli değerlendirmelerin yapılabilmesi ve iyileşme sürecinde ortaya çıkabilecek sorunların erken dönemde fark edilmesinde etkili olabileceği ve hastaların bu konuda bilgi almak istedikleri belirtilmektedir (83, 90, 91).

Gününbirlik cerrahi sonrası hastalara, yalnızca ameliyat bölgesiyle ilgili sorunlarda yapılması gerekenlere ilişkin bilgi verildiği ve bu konularda bilgi alma oranının da yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Suhonen ve Kilpi'nin yaptığı çalışmada (92), hastalar taburculuk sonrası ağrı yönetiminin tedavi ve komplikasyonlar kadar önemli olduğunu ancak verilen bilgilerin gereksinimlerine uygun olmadığını vurgulamıştır. Ulusan (90) ve Öğütlü (93) yaptıkları çalışmalarda, hastaların ağrısı olduğunda ağrıyı nasıl giderebileceği konusunda bilgi verilmesi isteğinde bulunduklarını saptamıştır. Gültürk'ün çalışmasında (83) da taburculuk sonrası hastaların “ağrısı olduğunda ağrıyı nasıl giderebileceği” konusunda bilgi verilmesi gereksinimi katılımcıların büyük çoğunluğu (%94.4) tarafından önemli bulunmuştur. Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun ameliyat bölgesiyle ilgili yaşayabilecek sorunlara ilişkin bilgi almış olması sevindirici bir durumdur. Bununla birlikte, ameliyat sonrası evde gelişebilecek sorunlar düşünüldüğünde hastalara solunum, sindirim, sinir, üriner, kas iskelet sistemine, yaşam bulgularına, ev ortamına, ilaç kullanımına ve sağlık personeline ulaşmaya ilişkin bilgilerin de verilmesinin önemli olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, anksiyetenin azaltılması, evde yaşanabilecek sorunların en aza indirilmesi, iyileşme sürecinin hızlandırılması ve hasta memnuniyetinin artırılmasında tüm süreç boyunca hastanın yeterli olarak bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda, hastaların tamamına yakınının gününbirlik cerrahi sürecine ilişkin bilgileri hekimden aldığı ve bu bilgileri hekimden almak istedikleri saptandı. Konuyla ilgili yapılan birçok çalışmada da hastaların ameliyat sürecine ilişkin bilgiyi hekimden alması ve hekimi tercih etmesi sonuçlarımızı destekler niteliktedir (85, 89, 93-95).

Hasta eğitimi hemşireliğin vazgeçilmez bir parçasıdır ve hasta-hemşire etkileşiminin de önemli bir parçasıdır (96-98). İngiliz Günübirlik Cerrahi Birliği (The British Association of Day Surgery; BADS) (99) ve Gilmartin (8), günübirlik cerrahi girişim öncesi hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesinin günübirlik cerrahi hemşiresinin görevleri arasında olduğunu bildirmektedir. Çilingir ve Bayraktar (16) ve Castoro ve arkadaşları (28), günübirlik cerrahi sürecinin her aşamasında cerrah-anestezist ve hemşireden oluşan etkin bir ekip çalışmasının gerekli olduğunun vurgulamış ve hasta ve yakınlarının işleme hazırlanmasında ve bilgilendirilmesinde en önemli rolün günübirlik cerrahi hemşiresinin olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte, ameliyat öncesi dönemde hemşireler üzerindeki kısıtlı zaman baskısının uygun ameliyat öncesi hazırlığın verilmesini engelleyebileceğini düşündürebilir.

Araştırmaya katılan hastaların dörtte üçünün, günübirlik cerrahi sürecine ilişkin aldıkları bilgiyi yeterli buldukları ve üçte ikisinden fazlasının bilgilerin ayrıntılı şekilde verilmesini önerdikleri saptandı. Güven'in çalışmasında (63), hastaların %72.6'sı cerrahi girişime ilişkin bilgilendirildiklerini ve %65.6'sının bilgilendirmeyi yeterli bulduğu saptanmıştır. Çullu'nun çalışmasında (94), hastaların %55.2'sinin bilgilendirildiğini ve hastaların %6'sının evde bakıma yönelik bilgilenmeye gereksinimi olmakla birlikte evde bakıma ilişkin bilgilendirilmediklerini, yapılan bilgilendirilmenin de hastaların %50.3'ünün gereksinimlerine uygun olmadığını belirlemişlerdir. Çilingir ve Bayraktar'ın yaptığı bir çalışmada (47) da, hastaların büyük çoğunluğunun günübirlik cerrahi süreci hakkında aldığı bilgiyi yetersiz bulduğu saptanmıştır. Hasta eğitimi ameliyat öncesi kaygıyı azaltmada değerli bir araçtır. Bilgi alamama, kaygı düzeyini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Literatürde cerrahi girişim uygulanacak hastalara bilgi verilmesinin, kaygı ve korkuları azaltmada etkili olduğu, bakım ve tedaviye olumlu katkılar sağlayacağı ve hasta memnuniyetini artıracığı vurgulanmaktadır (12, 55, 100-101).

Mitchell'in çalışmasında (80), hastaların büyük çoğunluğunun ameliyat süreciyle ilgili bilginin eksiksiz ve açıklayıcı şekilde sunulmasını tercih ettikleri ve bilginin ameliyatın bir-dört hafta öncesinde gerektiğini belirtmişlerdir. Aynı şekilde Gültürk'ün çalışmasında (83) da, hastaların tamamına yakını sağlık personelinin hastalığı hakkında daha ayrıntılı bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuçlara göre, çalışmaların ve bizim çalışmamızın sonuçlarından hareketle; günübirlik cerrahi girişimlerde hasta ve

yakınlarına ameliyat öncesi dönemde ameliyat süreci ile ilgili anlaşılır ve yeterli bilgi verilmesi, ilgili davranılarak, hem sözlü hem yazılı ve etkili bir beden dili kullanılarak verilmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

Hastaların hastaneye ulaşım, taburculuk süreci ve hastaneden eve ulaşımına ilişkin bilgileri incelendiğinde, hastaların çoğunluğunun hastaneye yakınlarıyla birlikte geldikleri, taburculuk sonrası evde yanlarında kalacak yakınlarının olduğu, eve ulaşım zamanının kısa olduğu ve eve giderken toplu taşıma araçlarını tercih ettikleri görülmektedir. Çalışmamıza benzer şekilde, Çay'ın çalışmasında (64) da, hastaların taburculuk sonrası evde bakımlarını üstlenecek yetişkin kişi ya da kişilerin olduğu saptanmıştır. Literatürde, gününbirlik cerrahiye takiben evde bakımın devamlılığının sağlanması için, özellikle ilk 24-48 saat içinde evde hastanın bakımına yardım edecek bir kişinin olması, eve ulaşım zamanının kısa olması, mümkünse kendi araçlarıyla eve ulaşımın sağlanması gerektiği ve aracı kendisinin kullanmaması gerektiği vurgulanmaktadır (14, 16, 102, 103). Eve giderken toplu taşıma araçlarının kullanılması enfeksiyon bulaşma olasılığı, ayakta kalma ve ani fren nedeniyle ameliyat bölgesinin zarar görmesi ve ağrıya neden olabileceğinden eve ulaşım sırasında mümkünse toplu taşıma araçlarının tercih edilmemesi gerekmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların dörtte üçünün yakınlarına bilgi verilmediği, bilgi veren kişilerin üçte ikisinin hekim olduğu ve verilen bilgilerin ise başlıca kanama, akıntı/sızıntı olduğunda yapılması gerekenler, hareket/pozisyon/istirahat ve ağrı yönetimi olduğu saptandı. Yapılan bir çalışmada, hasta yakınlarının %69.4'ü evde bakıma ilişkin bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, bilgilendirilme yapılan hasta yakınlarının %91'inin hekim tarafından bilgilendirildiği ancak %63.6'sının bilgilendirmeyi yeterli bulduğu saptanmıştır (63). Çalışmamızdan farklı olarak, Çilingir ve Bayraktar'ın çalışmasında (23), hasta yakınlarının %69.1'ine bilgi verilmediği, tamamına hekim tarafından bilgi verildiği ve en fazla ilaçlar, kontrole gelme zamanı ve beslenme konusunda bilgi verildiği bildirilmiştir.

Ameliyat sonrası evde bakıma ilişkin hasta yakınlarına bilgi verilme oranının düşük olması düşündürücü bir sonuçtur. Oysa gününbirlik cerrahi, hastanın iyileşme dönemini evinde ve ailesiyle geçirmesi ve ameliyat sonrası evde bakımın ön planda olması nedeniyle hasta ve yakınları için farklı bir deneyimdir. Hasta, ameliyat ve

anestezi nedeniyle ameliyat bölgesinde ağrı, kanama, akıntı/sızıntı başta olmak üzere birçok sorunla karşılaşabilmektedir. Yeterli bilgilendirme yapılmaması evde gelişebilecek tüm sorunlar karşısında hasta ve yakınlarının kaygı ve stres yaşamasına neden olmaktadır. Bu nedenlerle ameliyat öncesi dönemden başlayarak taburculuğa kadar olan dönemde hasta ve yakınlarının evde gelişebilecek komplikasyonlar ve çözümleri, beslenme, yara bakımı ve pansuman, banyo yapma zamanı gibi konuları içine alacak ve aynı zamanda unutmayı önleyecek şekilde yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmesi önemlidir (47, 103-108).

Hasta yakınlarına bilgi veren kişilerin çoğunluğunun hekim olduğu, hemşireler tarafından bilgi verilme oranının ise çok az olduğu dikkati çekmektedir. Gününbirlik cerrahi ünitesinde hasta hareketliliğinin fazla olması buna karşın üniteye kalış süresinin çok kısa olması ve hasta yakınlarının daha çok hekimle iletişimde olmaları, hemşirelerin hasta yakınlarını bilgilendirememesinde etkili olduğunu düşündürebilir.

Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda, ameliyat öncesi dönemde kaygı görülme sıklığı %11-80 arasında değiştiği ve gençler, kadınlar, eğitim düzeyi düşük olan ve yalnız yaşayan bireyler ile daha önce cerrahi ve anestezi deneyimi olmayan ya da olumsuz deneyimi olanlarda daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (54, 109). Çalışmamızda yer alan hastaların yaklaşık beşte biri anesteziye ve üçte biri gününbirlik cerrahiye ilişkin kaygı yaşadıklarını ifade ettiler. Çay'ın çalışmasında (64) da, çalışmamıza benzer şekilde hastaların büyük çoğunluğunun (%86.9) ameliyat öncesi kaygılarının olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak, yapılan çalışmalarda ameliyata ilişkin kaygı duyduğunu belirten hasta oranı % 62.1-% 85 arasında değişmektedir (48, 58, 63, 85). Gününbirlik cerrahi girişimlere ilişkin hastaların değişen düzeylerde kaygı deneyimlemeleri; ameliyat öncesi dönemde kaygıyı tetikleyen etkenlerin var olup olmamasına (ameliyatın sonuçlarına ve aileye ilişkin kaygı, ameliyat sonrası ağrı, bilinmeyen korkusu vb.), ameliyat öncesi risk etmenlerinin varlığına (kanser öyküsü, depresyon, sürekli kaygı düzeyi, sigara içme öyküsü, eğitim düzeyi vb.) ve kişinin inancına göre farklılıklar gösterebilmektedir (51, 110).

Çalışmamızda, hastaların başta cerrahi girişim sonrası ağrı olmak üzere, aksilik olma olasılığı, mahremiyetin ortadan kalkması, enfeksiyon gelişme riski ve bilinmeyen korkusu nedeniyle ameliyat öncesi kaygı yaşadığı saptandı. Literatürde gününbirlik

cerrahinin en fazla korkutan yönlerinin genel anestezi, ameliyat öncesi bekleme, ameliyat sonrasında olası ağrı ve rahatsızlık olduğu, bunun yanında ameliyat, bilinç kaybı, sağlığın kaybı, bulantı kusma, erken taburcu olma, ameliyatın iptal edilmesi, bilinmeyen korkusu ve yakınlarından uzak kalma gibi nedenlerin de hastaların korku ve kaygı yaşamalarına neden olduğu vurgulanmaktadır (21, 94, 111-112). Ayrıca ameliyat öncesi dönemde artan anksiyete, ameliyat sırasında anestezi gereksinimi ile ameliyat sonrası dönemde ağrı ve analjezik gereksiniminin artmasına neden olabilmektedir (53, 54, 113). Konuyla ilgili yapılan birçok çalışmanın sonucu da çalışmamızı desteklemektedir (110, 114-116).

Hastaların büyük çoğunluğunun günübirlik cerrahiye ilişkin kaygılarını ailesiyle paylaştığı, bunu hekimin izlediği ve hemşireyle paylaşımın oldukça düşük oranda olduğu görülmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak, Özel (89), Gültürk (83) ve Ting ve arkadaşlarının (95) çalışmalarında ise, hastaların korku ve endişelerini paylaşmada çalışmamızdan daha yüksek oranda hemşireyi tercih ettikleri saptanmıştır. Günübirlik cerrahi uygulanmak üzere hastaneye gelen hastalarda kaygı seviyesi yüksek olmakla birlikte, hasta kabulünde uygulanan hemşirelik yaklaşımı ve süreç boyunca hastanın bilgilendirilmesi kaygıyı azaltmada etkili olabilmektedir. Kaygı nedenlerinin ameliyat öncesi dönemde değerlendirilmesinin ameliyat sonrası moral ve ağrıyı olumlu etkilediği, hasta memnuniyeti ve bakım kalitesini artırdığını bilinmektedir (15, 16, 82-83, 117-118).

Çalışmamızda yer alan hastaların çoğunluğunun ameliyat ve anesteziye ilişkin kaygılarının olmadığını ifade etmelerine karşın, durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğu saptandı. Ayrıca hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının durumluk kaygı puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlendi. Erdem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın (119) sonuçları da çalışmamızla benzer bulunmuştur. Yine başka bir çalışmada da, günübirlik cerrahi girişim geçirecek hastaların kaygı puanlarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (120). Çalışmamızdan farklı olarak Wetsch ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (121), günübirlik hastaların durumluk kaygı puan ortalaması sürekli kaygı puan ortalamasından daha yüksek olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçlarında görülen bu farklılıkların, araştırmaların kapsamına bir ya da birden fazla klinikten hastaların alınıp alınmaması, hastalara lokal/bölgesel anestezi ya da genel anestezi uygulanacak olması,

hastaların kaygı kavramına verdiği anlam, hastaların ameliyat öncesindeki zamanı nasıl geçirdiği gibi faktörlerin özellikle durumluk kaygıyı ifade etmelerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Hastaların kaygı puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; 34-39 yaş grubunda olanların durumluk kaygı, 18-33 yaş grubunda olanların sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca yaş gruplarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Nishimori ve arkadaşları (122) ve Fekrat ve arkadaşlarının (123) çalışmalarında da, özellikle daha genç yaşlarda olan hastaların daha kaygılı oldukları bildirilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Yıldız'ın çalışmasında (58), hastaların ameliyat öncesindeki durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının tüm yaş grupları için daha yüksek olduğu bulundu. Çalışmalardaki yaş gruplarında görülen kaygı puan ortalamalarındaki bu farklılıkların; kişilerin akraba, arkadaş, hemşire veya diğer kişisel destek etmenlerinin varlığı ve etkililiğine, her yaş grubunun cerrahi sürece ilişkin istek ve beklentilerinin farklılığına bağlı olarak değişiklik gösterdiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gününbirlik cerrahi girişim öncesinde hastaların hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamalarında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup erkeklerde durumluk kaygı puan ortalamalarının, kadınlarda sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Rosen ve arkadaşları (54) ve Gökgündüz (124), ameliyat öncesi erkeklerin daha fazla anksiyete yaşadığını bildirmektedir. Konuyla ilgili yapılan birçok çalışmada, kaygı düzeylerinde cinsiyetin önemli bir etmen olmadığı gösterilmiştir (58, 112, 124-127). Bununla birlikte, bazı çalışmalarda da ameliyat öncesi dönemde kadınların daha fazla kaygı yaşadıkları belirtilmektedir (51, 53, 56, 80, 115, 128-130). Cinsiyetlere göre kaygı puan ortalamalarında görülen bu farklılıkların, cerrahi süreç öncesindeki kaygının, süreç sonrasına ilişkin bazı faktörlerin etkilerine bağlı olarak farklılıklar gösterdiği (ev düzeni ve çocuk bakımı, okul ve iş hayatı, kadınların kaygıyı rahat ifade edebilme durumu, ekonomik faktörler vb.) düşünülmektedir.

Medeni durumun kaygı düzeyi üzerinde etkili olduğu, evli olmayan bireylerin destek etmenlerinin yetersizliği, toplumun bakış açısı ve yalnızlık duygusu gibi hususlar

nedeniyle daha çok kaygı yaşayabilecekleri belirtilmektedir (131). Bizim araştırmamızda, medeni durumun gününbirlik cerrahi girişim öncesinde hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları ve sürekli kaygı puan ortalamalarını etkilemediği ve medeni duruma göre hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamalarında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Benzer şekilde, Yıldız'ın (58) yaptığı çalışmada da medeni durumun ameliyat öncesi durumluk kaygı puan ortalamasını etkilemediği belirlenmiştir.

Çalışmamızda, hastaların eğitim durumuna göre kaygı puan ortalamaları arasında fark olmadığı, üniversite mezunu olanlarda durumluk kaygı, okuryazarlarda sürekli kaygı puanının daha yüksek olduğu saptandı. Aynı şekilde Caumo ve arkadaşları (51) ve Çay (64) da, eğitim düzeyinin artması ile kaygı düzeyinin arttığını ifade etmişlerdir. Çalışmamızdan farklı olarak Kiyohara ve arkadaşları (74), hastaların eğitim düzeyinin kaygı düzeylerini etkilemediğini, Johansson ve arkadaşları (132) da, eğitim düzeyi düşük olan hastaların daha fazla bilgiye gereksinim duydukları ve daha kaygılı olduklarını bildirmişlerdir. Hastaların bilgi almak isteyip istememesi, alınan bilgiyi algılama, bilgiyi yeterli bulup bulmama ve hasta öncelikleri ile bilgiyi sunan sağlık personelinin önceliklerinin benzer ya da farklı olma durumu (ameliyat sürecine ilişkin, kaygıyı gidermeye yönelik, evde bakımın devamı gibi konulara ilişkin bilgi vb.), hastaneye gelmeden önceki süreçte bilgiye ulaşma durumu gibi faktörlerin eğitim durumu ile ilişkili olduğu ve çalışmalardaki sonuçların bu faktörler doğrultusunda farklılıklar gösterdiği düşünülmektedir.

Ameliyatta genel anestezi alacak hastalarda durumluk kaygı puan ortalaması ve lokal/bölgesel anestezi alacaklarda sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı. Erdem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (119) da, genel anestezi alacak hastalarda durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Mitchell'in yaptığı çalışmada ise araştırmaya katılan hastaların %83'ünün daha önceden genel anestezi, %58'inin ise lokal anestezi deneyimi olduğu, fakat bu deneyimin gününbirlik cerrahiye ilişkin anksiyeteyi azaltmadığı saptanmıştır (80). Gününbirlik anestezi hastalarda kaygıya neden olmakta ve özellikle de genel anestezi alacak hastalarda kaygı düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların anesteziye ve ameliyat sonrasına yönelik olan algılamasının bu sonuçları doğurduğu düşünülmektedir.

Günübirlik cerrahi girişim geçirecek olan hastalarda hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamasının göğüs cerrahisi kliniğinde yüksek olduğu ve kliniklere göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı. İkili karşılaştırma sonucunda aralarında farklılık bulunan bölümler kalp ve damar cerrahisi ve göğüs cerrahisi bölümleri ile genel cerrahi ve göğüs cerrahisi bölümleridir. Literatürde bu bulguların karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte kalp ve damar cerrahisinde girişim olacak olan hastaların kalbe yüklediği özel anlamı da içeren nedenlerle daha yüksek düzeyde kaygılı oldukları bilinmektedir (52).

Günübirlik cerrahi sürecine ilişkin verilen bilgileri kısmen yeterli bulan hastaların durumluk kaygı ve yetersiz bulanların sürekli kaygı puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Bilgiyi yeterli bulma durumuna göre hastaların sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Literatürde hastaların cerrahi sürece ilişkin bilgi alma, verilen bilgiyi yeterli bulma durumu ve verilen bilgiyi algılamalarına yönelik çalışmalar (47, 104, 132, 133) olmakla birlikte, bu bulguların kaygı puan ortalamaları ile karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmadı. Bilgi almayan ya da yetersiz bilgi aldığını belirten hastaların kaygı puanlarının ise yüksek olduğu belirtilmektedir.

Çalışmamızda, anesteziye ilişkin kaygı duyan hastaların durumluk ve sürekli kaygı ortalamaları yüksek olarak bulundu. Anesteziye ilişkin kaygı duyma durumuna göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Sürekli kaygı kişinin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Kişinin içinde bulunduğu durumu stresli olarak algılaması, normal olan bir durumu tehlikeli ve öz değerlerinin tehdit edildiğini düşünmesi sonucu oluşan kaygıdır. Sürekli kaygı kişilik özelliği olarak kabul edilebilen bir kaygı modelidir. Yüksek durumluk kaygı düzeyi değerlendirmenin yapıldığı andaki yüksek kaygı düzeyini gösterir ve yüksek sürekli kaygı düzeyi ise endişeli kişiliği gösterir. Çalışmamızda hastaların durumluk ve sürekli kaygı ortalamalarının yüksek olması, anestezi uygulamasının günübirlik girişimlerde de kaygı oluşturduğunu göstermektedir. Literatürde anesteziye ilişkin kaygı duyma durumuna göre kaygı puan ortalamalarının karşılaştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır.

Ameliyata ilişkin kaygı duyan hastaların hem durumluk hem de sürekli kaygı ortalamaları yüksek olarak bulundu. Ameliyata ilişkin kaygı duyma durumuna göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Literatürde ise ameliyata ilişkin kaygı duyma durumuna göre kaygı puan ortalamalarının karşılaştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte yapılan bir çalışmada, gününbirlik cerrahi hastalarının büyük çoğunluğu (%85) gününbirlik girişimin uygulanacağı gün kaygılı olduklarını belirtmiştir (48).



8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeylerinin ve bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Hastaların %35.1'i 34-49 yaş grubunda, %54.3'ü kadın, %73.5'i evli, %39.7'si lise mezunu, %56.9'u ilde yaşamakta ve %30.5'i ev hanımıdır. Hastaların %88.1'inin aylık gelir düzeyi orta ve %70.2'sinin sosyal güvencesi SSK'dır (Tablo 2).
- Hastaların en fazla genel cerrahide kist eksizyonu; kalp ve damar cerrahisinde fistül açılması; göz hastalıklarında vitroretinal cerrahi; ürolojide renal biyopsi; ortopedi ve travmatolojide iğne, kaplama, tel, vida çıkarılması; kadın hastalıkları ve doğumda kist eksizyonu ve göğüs cerrahisinde sempatektomi ameliyatı olacağı belirlendi. Araştırmaya katılan hastaların %92.1'ine lokal/bölgesel anestezi ve %7.9'una genel anestezi uygulanacağı saptandı (Tablo 3).
- Hastaların beşte dördünden fazlasının ameliyat ve anestezi türü, ameliyatın yararı ve riskleri ve ameliyattan önce ön değerlendirme için hastaneye gelme ile ilgili bilgi aldıkları ancak üçte ikisinin günübirlik cerrahi sürecinin aşamalarıyla ilgili bilgi almadıkları belirlendi (Tablo 4).
- Ameliyat sabahı hazırlık kapsamında, hastaların dörtte üçünün hastaneye gelmeden önce evde yapılması gereken hazırlıklar ve beşte dördünden fazlasının hastaneye geldiğinde yapılması gerekenlere ilişkin bilgi aldığı saptandı (Tablo 4).
- Araştırmada yer alan hastaların çoğunluğunun ameliyathaneye geldiğinde ve taburcu olurken yapılması gereken işlemlere ilişkin bilgi aldıkları belirlendi (Tablo 4).
- Hastaların ilaçlar, kontrole gelme zamanı, istirahat/hareket (egzersiz), pozisyon ve ameliyat bölgesiyle ilgili dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi alma oranlarının yüksek, araba kullanma, tüketilecek besinlerin içeriği, sigara içilmemesi gerektiği ve ilk beslenmeye geçme, işe başlama ve banyo

yapma zamanıyla ilgili bilgi alma oranlarının düşük olduğu saptandı. Evde yaşayabilecek sorunlarla ilgili olarak, hastalara yalnızca ameliyat bölgesiyle ilgili sorunlarda yapılması gerekenlere ilişkin bilgi verildiği bulundu (Tablo 4).

- Çalışmamızda, hastaların tamamına yakınının günübirlik cerrahi sürecine ilişkin bilgileri hekimden aldığı ve bu bilgileri hekimden almak istedikleri saptandı. Araştırmaya katılan hastaların dörtte üçünün, günübirlik cerrahi sürecine ilişkin aldıkları bilgiyi yeterli buldukları ve üçte ikisinden fazlasının bilgilerin ayrıntılı şekilde verilmesini önerdikleri belirlendi (Tablo 5).
- Hastaların çoğunluğunun hastaneye yakınlarıyla birlikte geldikleri, taburculuk sonrası evde yanlarında kalacak yakınlarının olduğu, eve ulaşım zamanının kısa olduğu ve eve giderken toplu taşıma araçlarını tercih ettikleri bulundu (Tablo 6).
- Araştırma kapsamına alınan hastaların dörtte üçünün yakınlarına bilgi verilmediği, bilgi veren kişilerin üçte ikisinin hekim olduğu ve verilen bilgilerin ise başlıca kanama, akıntı/sızıntı olduğunda yapılması gerekenler, hareket/pozisyon/istirahat ve ağrı yönetimi olduğu saptandı. Hasta yakınlarına bilgi veren kişilerin çoğunluğunun hekim olduğu ve hemşireler tarafından bilgi verilme oranının düşük olduğu belirlendi (Tablo 7).
- Çalışmamızda hastaların beşte biri anesteziye ve üçte biri günübirlik cerrahiye ilişkin kaygı yaşadıklarını ifade ettiler. Hastaların başta cerrahi girişim sonrası ağrı olmak üzere, aksilik olma olasılığı, mahremiyetin ortadan kalkması, enfeksiyon gelişme riski ve bilinmeyen korkusu nedeniyle ameliyat öncesi kaygı yaşadığı saptandı. Hastaların büyük çoğunluğunun günübirlik cerrahiye ilişkin kaygılarını ailesiyle paylaştığı, bunu hekimin izlediği ve hemşireyle paylaşımın oldukça düşük oranda olduğu görülmektedir (Tablo 8).
- Çalışmamızda yer alan hastaların çoğunluğunun ameliyat ve anesteziye ilişkin kaygılarının olmadığını ifade etmelerine karşın, durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğu saptandı. Ayrıca hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının durumluk kaygı puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlendi (Tablo 9).

- Otuz dört- otuz dokuz yaş grubunda olan hastaların durumluk kaygı, 18-33 yaş grubunda olanların sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve yaş gruplarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı. Günübirlik cerrahi girişim öncesinde hastaların hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamalarında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup erkeklerde durumluk, kadınlarda sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 10).
- Çalışmamızda, medeni durumun günübirlik cerrahi girişim öncesinde hastaların durumluk kaygı puan ortalamaları ve sürekli kaygı puan ortalamalarını etkilemediği ve medeni duruma göre hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamalarında anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Hastaların eğitim durumuna göre kaygı puan ortalamaları arasında fark olmadığı, üniversite mezunu olanlarda durumluk kaygı, okuryazarlarda sürekli kaygı puanının daha yüksek olduğu bulundu.
- Ameliyatta genel anestezi alacak hastalarda durumluk kaygı puan ortalaması ve lokal/bölgesel anestezi alacaklarda sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (Tablo 11).
- Günübirlik cerrahi girişim geçirecek olan hastalarda hem durumluk kaygı puan ortalamasının hem de sürekli kaygı puan ortalamasının göğüs cerrahisi ve üroloji kliniğinde yüksek olduğu ve kliniklere göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı (Tablo 12).
- Günübirlik cerrahi sürecine ilişkin verilen bilgileri kısmen yeterli bulan hastaların durumluk kaygı ve yetersiz bulanların sürekli kaygı puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Bilgiyi yeterli bulma durumuna göre hastaların sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (Tablo 13).
- Çalışmamızda, anesteziye ilişkin kaygı duyan hastaların durumluk ve sürekli kaygı ortalamaları yüksek olarak bulundu. Anesteziye ilişkin kaygı duyma

durumuna göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (Tablo 14).

- Hastaların ameliyata ilişkin kaygı duyan hastaların hem durumluk hem de sürekli kaygı ortalamaları yüksek olarak bulundu. Ameliyata ilişkin kaygı duyma durumuna göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (Tablo 15).

8.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunuldu.

- Gününbirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi dönemde psikolojik yönden yeterli düzeyde değerlendirilmesi ve beklentilerinin belirlenmesi,
- Hastaların psikososyal yönden değerlendirilmeleri için çok boyutlu ölçeklerin kullanılması,
- Ameliyat öncesi dönemde, hasta ve yakınlarının gününbirlik cerrahi sürece ilişkin olarak yeterli ve açıklayıcı düzeyde bilgilendirilmesi,
- Ameliyat öncesi dönemde, hasta ve yakınlarında kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenerek çözüme kavuşturulması,
- Hasta ve hasta yakınları için cerrahi girişim öncesine ve taburculuk sonrası evde bakıma ilişkin yapılması gerekenler ile ilgili literatür destekli, kolay anlaşılabilen, gerekli olabilecek verileri (acil durumda ulaşabileceği telefon numarası vb.) içeren broşür, CD, video ve film hazırlanması,
- Hasta ve yakınlarının süreç boyunca bilgilendirilmesinde hemşirelerin etkin olarak sorumluluk alması konusunda desteklenmesi,
- Benzer çalışmaların farklı kurumlarda ve daha fazla sayıda hastaya uygulanması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Yavuz L, Eroğlu F, Uçar A, Ceylan B G, Özsoy M (2001). Günöbirlik cerrahi ve spinal anestezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Faköltesi Dergisi 8(4): 6-9.
2. Lafortune G, Balestat G, Durand A (2012). Comparing activities and performance of the hospital sector in Europe: How many surgical procedures performed as inpatient and day cases? Final Report On Work Package 2: 1-80.
3. Gül R, Göksu S, Mızrak A, Koruk S, Öner Ü (2008). Günöbirlik cerrahi ünitemizde ilk sekiz aylık uygulamalarımız. Gaziantep Tıp Dergisi 14: 23-27.
4. Rothrock J C (2007). Ambulatory Surgery. Alexander's Care of the Patient in Surgery. 13th ed. USA; 1047-1066.
5. Friedman Z, Chung F, Wong DT (2004). Ambulatory surgery adult patient selection criteria- a survey of Canadian anesthesiologists. Can J Anesth 51(5): 437-443.
6. Aylin P, Williams S, Jarman B, Bottle A (2005). Dr Foster's case notes: trends in day surgery rates. BMJ 331: 803.
7. Toftgaard C (2009). Day surgery development. Ambulatory Surgery 15(1): 4-9.
8. Gilmartin J (2004). Day surgery: patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. Journal of Clinical Nursing 13(2): 243-250.
9. Gilmartin J (2007). Contemporary day surgery: Patients' experience of discharge and recovery. Journal of Clinical Nursing 16: 1109-1117.
10. Jjala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfordth NM (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. British Journal of Anaesthesia 104(3): 369-374.
11. Lieske B, Howat G, Sames M, McLaren A (2007). Day case thyroid surgery: Patients are up for it- are you? 17(4): 100-102.
12. Fitzgerald BM, Elder J (2008). Will a 1-page informational hand-out decrease patients' most common fears of anesthesia and surgery? J Surg Educ 65: 359-363.

13. Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N et al (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling* 51: 169-176.
14. Aksoy G, Yazıcı Sayın Y (2004). Günübirlik cerrahide hastanın hazırlığı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 8 (2): 39-46.
15. Türe A (2006). Çocuklara Yönelik Günübirlik Cerrahi Girişimlerinde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
16. Çilingir D, Bayraktar N (2006). Günübirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 13(1): 69-81.
17. Sarihasan B, Kelsaka E, Taş N (2008). Günübirlik anestezi uygulaması. *OMÜ Tıp Dergisi* 25(3): 111-115.
18. Kakande I, Nassali G, Kituuka O (2005). Day care surgery: The norm for elective surgery. *East and Central African Journal of Surgery* 10(2): 1-4.
19. Şal Sarıca E (2007). Günübirlik Cerrahi Kararını Etkileyen Değişkenler, Hastaların Yöntem Hakkındaki Bilgi Ve Memnuniyet Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
20. Akçalı DT, Coşkun D, Çelebi H (2009). Günübirlik anestezi prensipleri. *Journal of Anesthesia* 17 (3): 117-132.
21. Bellani ML (2008). Psychological aspects in day-case surgery. *International Journal of Surgery* 6: 44-46.
22. Gilliard N, Eggli Y, Halfon P (2006). A methodology to estimate the potential to move inpatient to one day surgery. *BMC Health Services Research* 6(78): 1-11.
23. Çilingir D (2004). Günlük Cerrahi Ünitesinde Ameliyat Olan Hastaların Evde Yaşadığı Güçlükler ve Bilgi Gereksinimleri. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
24. Weidmann C, Grundy P (2008). Day-case awake craniotomy for tumour resection. *Journal of One-Day Surgery* 18(2): 45-47.

25. Verma R, Alladi R, Jackson I, Johnston I, Kumar C, Page R, Smith I, Stocker M, Tickner C, Williams S, Young R (2011). Day case and short stay surgery:2 Anaesthesia 66: 417-434.
26. Clark K, Voase R, Fletcher I, Thompson P (2000). Patients' experience of oral day case surgery: feedback from a nurse-led preadmission clinic. Ambulatory Surgery 8: 93-96.
27. Royal College of Nursing (RCN). (2004) Guideline 1 Day Surgery Information, Selection criteria and suitable procedures [online]. Available from: file:///C:/Users/xx/Downloads/PUB-004462%20(2).pdf. [Accessed 18 December 2014].
28. Castoro C, Drace CA, Baccaglini U (2006). Patient Information, Assessment and Preparation of Day Cases. Day Surgery Development and Practise. (Eds: Lemos P, Jarret P, Philip B). 13th ed. Portugal: Classica Artes Graficas, 157-184.
29. Ansell GL, Montgomery JE (2004). Outcome of ASA III patients undergoing day case surgery. British Journal of Anaesthesia 92(1): 71-74.
30. Gudimetla V, Smith I (2006). Pre-operative Screening and Selection of Adult Day Surgery Patients. Day Surgery Development and Practise. (Eds: Lemos P, Jarret P, Philip B). 13th ed. Portugal: Classica Artes Graficas, 125-156.
31. Sinha S, Srinivas G, Montgomery J, DeFriend D (2007). Outcome of day-case inguinal hernia in elderly patients: how safe is it? Hernia 11(3): 253-256.
32. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (2007). Perioperative management of the morbidly obese patient [online]. Available from: <http://www.aagbi.org/sites/default/files/Obesity07.pdf> [Accessed 20 December 2014].
33. Erem Y (2006). Günübirlik Anestezi Öncesi Yapılan Tetkikler Ne Kadar Gerekli?. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
34. Uzun Ö (2000). Ameliyat öncesi hasta eğitimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 3(2): 36-45.

35. Mitchell M (1997). Patients' perceptions of pre-operative preparation for day surgery. *Journal of Advanced Nursing* 26: 356-363.
36. Dolgun E, Candan Dönmez Y (2010). Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 3(3): 10-15.
37. Sertöz N (2003). Gününbirlik Artroskopik Diz Cerrahisinde Bupivakain İle Birlikte Uygulanan Sufentanilin Unilateral Spinal Bloğa Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Bornova.
38. Raeder J (2006). Anaesthetic techniques for ambulatory surgery. *Day Surgery Development and Practise* (Eds: Lemos P, Jarret P, Philip B). 13th ed. Portugal: Classica Artes Graficas, 185-207.
39. Grieve RJ (2002). Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. *British Journal of Nursing* 11(10): 670-678.
40. Stirling L, Raab G, Alder EM, Robertson F (2007). Randomized trial of essential oils to reduce perioperative patient anxiety: Feasibility study. *J Adv Nurs* 60 (5): 494-501.
41. Jakobsson J, Stomberg MW, Rawal N, Brattwall M, Segerdahl M (2008). Day surgery for knee arthroscopy, open hernia repair and laparoscopic cholecystectomy anaesthesia routine and practice; The results from a Swedish nation-wide survey. *Ambulatory Surgery* 14(2): 1-23.
42. Fekrat F, Sahin A, Yazici KM, Aypar U (2006). Anaesthetists' and surgeons' estimation of preoperative anxiety by patients submitted for elective surgery in a university hospital. *European Journal of Anaesthesiology* 23(3): 227-233.
43. Kagan I, Bar-Tal Y (2008). The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing* 17(5): 576-583.
44. Mitchell M (2007). Nursing intervention for day-case laparoscopic cholecystectomy. *Nursing Standarts* 22(6): 35-41.

45. Ismail S, Khan FA, Ahmed A, Shah K (2007). Premedication in surgical day case patients. *J Pak Med Assoc* 57(1): 37-38.
46. Howat G, Weisters M, Sames M, McLaren A (2006). A pilot study of day case and short-stay thyroid surgery. *The Journal of One-Day Surgery* 16(1): 9-12.
47. Çilingir D, Bayraktar N (2011). Information requirements and difficulties experienced after discharge in day surgery patients: A descriptive cross-sectional survey. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 31(1): 164-175.
48. Mitchell M (2010). General anaesthesia and day-case patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing* 66(5): 1059- 1071.
49. Mitchell MJ (2008). Conscious surgery: Influence of the environment on patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing* 64(3): 261-271.
50. Mitchell M (2009). Patient anxiety and conscious surgery. *Journal of Perioperative Practice* 19(6): 168-173.
51. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, Ferreira MB (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scandinavica* 45(3): 298-307.
52. Cimilli C (2001). Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri* 4(3): 182-186.
53. Karanci AN, Dirik G (2003). Predictors of pre and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research* 55: 363-369.
54. Rosen S, Svensson M, Nilsson U (2008). Calm or not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient. *Journal Perianesthesia Nursing* 23(4): 237-246.
55. Karaman N (2008). Cerrahi İşlem Uygulanan Adölesanlar İle Anne/Babalarının Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki Ve Anksiyete Nedenlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
56. Kayhan C (2003). Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

57. Kum N, Pektekin Ç, Özcan A, Terakye G, Özaltın G, Yurt V, Öz F, Doğan S, Buldukoğlu K (1996). Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. 1. Baskı. Birlik Ofset Ltd. Şti., İstanbul: 22-25.
58. Yıldız D (2011). Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.
59. Valenzuela Millán J, Barrera Serrano JR, Ornelas Aguirre JM (2010). Anxiety in preoperative anesthetic procedures. Cir Cir 78: 147-151.
60. Engin E (2014). Anksiyete Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı (Ed: Çam O, Engin E). İstanbul, 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 277- 280.
61. Janis, Irving L (1958). Psychological stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients. New York NY. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons: 274-301.
62. Akkaş A (1996). Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
63. Güven B (2009). Gününbirlik Cerrahide Hasta ve Hasta Yakınlarının Ameliyat Sonrasına İlişkin Endişelerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
64. Çay E (2011). Gününbirlik Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
65. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970). Manuel for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
66. Özusta HŞ (1995). Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 10(34): 32-44.
67. Öner N, Le Compte A (1983). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 1. Baskı. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul, 2.

68. Dursun S, Aytaç S (2009). Üniversite öğrencileri arasında işsizlik kaygısı. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 28(1): 71-84.
69. Öner N (1997). Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı. 3. Baskı. Boğaziçi Yayınları, İstanbul, 368.
70. Pearson A, Richardson M, Cairns M (2004). 'Best practice' in day surgery units: a review of the evidence. Journal of Ambulatory Surgery 11: 49-54.
71. Ayaz BA, Varlıklı O (2012). Gününbirlik cerrahi sonrası yaşam kalitesi algısı ve kaygı düzeyi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 25: 312-320.
72. International Association of Ambulatory Surgery (2007). Policy brief-day surgery: making it happen [online]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/108965/E90295.pdf. [Accessed 18 December 2014].
73. Eisendrath SJ (1987). Issues of control in the general hospital surgical setting. International Journal of Psychosomatics 34(1): 3-5.
74. Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM et al (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. Revista do Hospital das Clinicas Faculty of Medicine Sao Paulo 59(2): 51-56.
75. Padmanabhan R, Hildreth AJ, Laws D (2005). A prospective, randomised, controlled study examining binaural beat audio and pre-operative anxiety in patients undergoing general anaesthesia for day case surgery. Anaesthesia 60: 874-877.
76. Stoddard JA, White KS, Covino NA, Strauss L (2005). Impact of a brief intervention on patient anxiety prior to day surgery. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 12(2): 99-110.
77. Cullen KA, Hall MJ, Golosinskiy A (2009). Ambulatory surgery in the United States, 2006. National Health Statistics Reports 11(28): 1-28.
78. Çilingir D, Bayraktar N (2009). Burun ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası ilk üç gün içinde evde yaşadıkları sorunlar ve bu sorunların çözümlenmesine yönelik uygulamaları. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 1(2): 71-80.

79. Sözen S, Özdemir CŞ (2010). Day- case laparoscopic cholecystectomy: Is it a safe and feasible procedure?. *European Journal of General Medicine* 7(4): 372-376.
80. Mitchell M (2012). Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. *Journal of Advanced Nursing* 68(5): 1014-1025.
81. Way P, Fairbrother G, Grguric S, Broe J (2003). The relative benefits of preoperative clinic on admission approaches to preparing patients for elective cardiac surgery. *Australian Critical Care* 16(2): 71-75.
82. Aygöl NS (2009). Hastaların Hemşirenin Hasta Eğitimindeki Rolüne Yönelik Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
83. Gültürk E (2012). Gününbirlik Cerrahiye Başvuran Kadın-Doğum Hastalarının Perioperatif Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Karşılama Durumu. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
84. Puro H, Pakarinen P, Korttila K, Tallgren M (2013). Verbal information about anesthesia before scheduled surgery-contents and patient satisfaction. *Patient Education and Counseling* 90(3): 367-371.
85. Özbayır Y, Demir F (2003). hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 6(1): 14-23.
86. Bayraktar N, Bulut HD (2000). Ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların gereksinimleri. *Hemşirelik Formu Dergisi* 3(6): 34-38.
87. Akkaş A (2001). Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *HEMAR-G Dergisi* 1(1): 23-29.
88. Mitchell M (2001). Constructing information booklets for day-case patients. *Ambul Surg* 9(1): 37-45.
89. Özel S (2010). Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

90. Ulusan Z (2008). Kalça Protezi Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
91. Lithner M, Ziling T (2000). Pre-and postoperative information needs. Patient Education and Counseling 40: 29-37.
92. Suhonen R, Kilpi HL (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. Patient Education and Counseling 61: 5-15.
93. Öğütlü Ö (2011). Asker Hastanelerindeki Gününbirlik Genel Cerrahi Uygulamalarında Ameliyat Öncesi Hasta Hazırlık Kriterlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
94. Çullu M (2007). Hastaların Cerrahi Girişim Öncesi Dile Getiremedikleri Düşünce ve İstekleri. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
95. Ting KEL, Ng MSS, Siew WF (2013). Patient perception about preoperative information to allay anxiety towards major surgery. IeJSME 7(1): 29-32.
96. Güler H, Taşkın L (2001). Histerektomi ameliyatı sırasında ortaya çıkan sorunlarla baş etmede planlı öğretimin etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 5(2): 9-18.
97. Javorski CA (2005). In-Patient Education: Are Patients' Perceived Learning Needs Met Following First MI? Master of Science in Nursing, Medical College of Ohio, Ohio.
98. Şenyuva E, Taşocak G (2007). Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 15(59): 100-106.
99. British Association of Day Surgery (BADs) (2003). Skill Mix and Nursing Establishment for Day Surgery. Handbook series. London, 1-13.
100. Lee A, Gin T (2005). Educating patients about anaesthesia: effect of various modes on patients' knowledge, anxiety and satisfaction. Curr Opin Anaesthesiol 18: 205-208.

101. Mutlu B, Savaşer S (2007). Çocuğu ameliyat sonrası yoğun bakımda olan ebeveynlerde stres nedenleri ve azalma girişimleri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 15(60): 179-182.
102. Chung F, Assman N (2008). Car accidents after ambulatory surgery in patients without an escort. Anesth Analg 106: 817-820.
103. Dal Ü, Bulut H, Demir SG (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. Bakırköy Tıp Dergisi 8(1): 34-40.
104. Driscoll A (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. J Adv Nurs 31(5): 1165-1173.
105. Lam P, White CL, Runions S, Miller CA (2001). Continuity of care for short stay neurosurgery patients: A quality improvement initiative. Axone 23: 14-21.
106. Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki P, Frattaroli M, Sidor D, Palleschi MT, Burns J, Bednarski D, Garretson B (2006). Discharge information needs of patients after surgery. J Wound Ostomy Continence Nurs 33: 281-289.
107. Demir SG, Bulut H, Dal Ü (2009). Students' experience with developing patient education materials. Proced Social Behav Sciences 1: 2828-2831.
108. Kruzik N (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. AORN Journal 90(3): 381-387.
109. Espineira CH, Aguila MMR, Castillo MR, Valdivia AF, Sanchez IR (2009). Relationship between anxiety level of patients and their satisfaction with different aspects of healthcare. Health Policy 89: 37-45.
110. Jawaaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z (2007). Preoperative anxiety before elective sugery. Neurosciences 12(2): 145-148.
111. Mitchell M (2000). Psychological preparation for patients undergoing day surgery. Ambulatory Surgery 8: 19-29.
112. Cooke M, Chaboyer W, Schluter P, Hiratos M (2005). The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. Journal of Advanced Nursing 52(1): 47-55.

113. Mattila K, Toivonen J, Janhunen L, Rosenberg P H, Hynynen M (2005). Post discharge symptoms after ambulatory surgery: First-week incidence, intensity, and risk factors. *Anesth Analg* 101: 1643-1650.
114. Matthey P, Finucane BT, Finegan BA (2001). The attitude of the general public towards preoperative assessment and risks associated with general anesthesia. *Canadian Journal of Anaesthesia* 48(4): 333-339.
115. Turhan Y (2007). Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Adana.
116. Bilgin TE, Altun T, Saylam B, Erdem E (2012). Effects of preoperative information team on postoperative pain and patient satisfaction. *Turkish Journal of Urology* 38(2): 91-94.
117. Munafò MR, Stevenson J (2001). Anxiety and surgical recovery: reinterpreting the literature. *Journal of Psychosomatic Research* 51(4): 589-596.
118. Özen A (2005). Ürokinamik Girişim Uygulanacak Hastaların İşlem Öncesi Bilgilendirilmesinin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
119. Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, Akan B, Aksoy E, Göğüş N (2011). Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 7(1): 11-16.
120. Fındık ÜM, Topçu SY (2012). Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 22-33.
121. Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Heinz-Erian P, Benzer A (2009). Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *British Journal of Anaesthesia* 103(2): 199-205.

122. Nishimori M, Moerman N, Fukuhara S, van Dam FS, Muller MJ, Hanaoka K, Yamada Y (2002). Translation and validation of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) for use in Japan. *Quality of Life Research* 11(4): 1-4.
123. Fekrat F, Sahin A, Yazici KM, Aypar U (2006). Anaesthetists' and surgeons' estimation of preoperative anxiety by patients submitted for elective surgery in a university hospital. *European Journal of Anaesthesiology* 23(3): 227-233.
124. Gökğündüz Ö (2005). Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilecek Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
125. Çetinkaya F (2008). Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
126. Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ ve diğerleri (2010). Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 18(3): 177-182.
127. Salkım ÖÖ (2010). Kapalı Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Hastaların Bilgi Düzeyine ve Ameliyat Sonrası Kaygı ve Ağrı Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara.
128. Aykent R (2001). Hastalar Arasında Anestezinin İmajı, Anesteziye Bağlı Endişe Nedenleri ve Preoperatif Anksiyete Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Samsun.
129. Güz H, Doğanay Z, Güz T (2003). Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. *Nöropsikiyatri Arşivi* 40(1): 36-39.
130. Dönder D B (2005). Ameliyat Öncesi Hastaların Duygulanım ve Duygu Durumları. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
131. Bahar A, Taşdemir HS (2008). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 11(2): 9-17.

132. Johansson K, Nuutila L, Virtanen H, Katajisko J, Salanterä S (2005). Preoperative education for orthopedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 50(2): 212-223.
133. Heikkinen K, Leino-Kilpi H, Hiltunen A, Johansson K, Kaljonen A, Rankinen S, Virtanen H, Salanterä S (2007). Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing* 60(3): 270-278.



10. EKLER

10.1. Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Günübirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Bilgi Gereksinimleri

Değerli Katılımcı,

Araştırmanın amacı, günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeylerini ve bilgi gereksinimlerini belirlemektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, günübirlik cerrahi hastalarının daha etkin hemşirelik bakımı almasında yol gösterici olacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

I. Tanıtıcı Bilgiler

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar

4. Eğitim Durumunuz:

() Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite

5. Yaşadığınız Yer:

() İl () İlçe () Köy () Diğer.....

6. Mesleğiniz:

() Ev Hanımı () Memur () İşçi () Serbest Meslek () Emekli () Öğrenci () Çalışmıyor

7. Aylık Gelir Düzeyiniz:

() İyi () Orta () Düşük

8. Sosyal Güvenceniz:

() SSK () Emekli sandığı () Bağkur () Yeşil kart

II. Hastalığa ve Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bilgiler

9. Şu an ameliyat olacağınız bölüm;

<u>Bölüm</u>	<u>Ameliyat</u>	<u>Anestezi türü</u>
() Genel Cerrahi		
() Kalp ve Damar Cerrahisi		
() Göz Hastalıkları		
() Üroloji		
() Ortopedi ve Travmatoloji		
() Kadın Hastalıkları ve Doğum		
() Göğüs Cerrahisi		

10.1. Ek 1. Hasta Bilgi Formu (Devamı)

10. Günübirlik cerrahi sürecine ilişkin aldığınız bilgileri (X şeklinde) işaretleyiniz.

Günübirlik Cerrahi Sürecine İlişkin Bilgiler	Bilgi aldım	Bilgi almadım
Ameliyat Öncesi Hazırlık		
Günübirlik cerrahinin anlamı		
Ameliyatın türü		
Anestezi türü		
Ameliyatın yararı ve riskleri		
Ameliyattan önce ön değerlendirme için hastaneye gelme		
Ameliyat Sabahı Hazırlık		
Hastaneye gelmeden önce evde yapılması gereken hazırlıklar		
Hastaneye geldiğinde yapılması gerekenler		
Ameliyathaneye Geldiğinde ve Taburcu Olurken Yapılması Gereken İşlemler		
Ameliyathaneye geldiğinde yapılması gereken işlemler		
Taburcu olurken yapılması gereken işlemler		
Sorun olduğunda kime iletileceği		
Ameliyat Sonrası Evde Bakım		
Bakıma yardımcı olacak bir hasta yakınının olması gerektiği		
Tüketilecek besinlerin içeriği		
İlk beslenmeye geçme zamanı		
Ameliyat bölgesi ile ilgili yapılması gereken uygulamalar		
İstirahat/ hareket (egzersiz)		
Pozisyon		
İlaçlar		
Sigara içilmemesi		
Banyo yapma zamanı		
Araba kullanma		
Kontrole gelme zamanı		
İşe başlama zamanı		
Ameliyat Bölgesi İle İlgili Sorunlar/Yapılması Gerekenler		
Kanama		
Ağrı		
Akıntı/ sızıntı		

11. Ameliyat süreci ile ilgili bilgileri kim/kimlerden aldınız?

() Doktor () Hemşire () Hasta bakıcı () Diğer hastalar () Diğer

12. Ameliyat süreci ile ilgili bilgileri kim/kimlerden almak isterdiniz?

() Doktor () Hemşire () Hasta bakıcı () Diğer hastalar () Diğer

13. Sizce size ameliyat sürecinizle ilgili verilen bilgiler yeterli miydi?

() Yeterli () Yetersiz () Kısmen yeterli

14. Soruya yanıtınız “Yetersiz” ya da “Kısmen yeterli” ise nasıl olmasını isterdiniz? Belirtiniz.....

15. Ameliyat için hastaneye nasıl geldiniz?

() Tek başıma geldim () Yakınımla/yakınlarımla geldim () Diğer.....

16. Ameliyat olduktan sonra evde 24 saat yanınızda kalabilecek kişi/kişiler var mı?

() Evet ise (kim/kimler) () Hayır

10.1. Ek 1. Hasta Bilgi Formu (Devamı)

17. Eve hangi ulaşım aracıyla gideceksiniz?

() Kendi aracım ile () Toplu taşıma aracı ile () Yürüyerek () Diğer

18. Eve ulaşma zamanınız:

() 0-30 dakika () 31-60 dakikadan az () 60-120 dakika () 121-240 dakika

19. Evde yanınızda kalacak kişiye sizin bakımınızla ilgili yapması gerekenler konusunda bilgi verildi mi?

() Evet, ise () Hayır

•Bu bilgiler neleri içeriyor?.....

•Bu bilgiyi kim/kimler verdi?.....

•Bu bilgiler nasıl verildi?.....

•Bu bilgiler ne zaman verildi?.....

20. Size uygulanacak anestezi hakkında kaygılarınız var mı?

() Evet () Hayır

21. Günübirlik cerrahi sürece ilişkin kaygılarınız var mı?

() Evet () Hayır

22. Günübirlik cerrahi sürece ilişkin ne gibi kaygılarınız var?

.....

23. Ameliyatınıza ilişkin kaygılarınızı kim/kimlerle paylaşıyorsunuz?

.....

10.2. Ek 2. Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri (State-TraitAnxiety Inventory-STAI)

DURUMLUK/SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

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

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1	Şu anda sakinim				
2	Kendimi emniyette hissediyorum				
3	Su anda sinirlerim gergin				
4	Pişmanlık duygusu içindeyim				
5	Şu anda huzur içindeyim				
6	Şu anda hiç keyfim yok				
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum				
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
9	Şu anda kaygılıyım				
10	Kendimi rahat hissediyorum				
11	Kendime güvenim var				
12	Şu anda asabım bozuk				
13	Çok sinirliyim				
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum				
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16	Şu anda halimden memnunum				
17	Şu anda endişeliyim				
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19	Şu anda sevinçliyim				
20	Şu anda keyfim yerinde				

10.2. Ek 2. Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri (State-TraitAnxiety Inventory-STAI) (Devamı)

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21	Genellikle keyfim yerindedir				
22	Genellikle çabuk yorulurum				
23	Genellikle kolay ağlarım				
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım				
26	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
27	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım				
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim				
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
30	Genellikle mutluyum				
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim				
32	Genellikle kendime güvenim yoktur				
33	Genellikle kendimi emniyette hissedirim				
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim				
36	Genellikle hayatımdan memnunum				
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam				
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım				
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor				

10.3. Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Günübirlik bir uygulama da olsa cerrahi girişim uygulanacak olması hastalarda kaygıya neden olmakta ve bu durum ameliyat sürecini olumsuz olarak etkilemektedir. Bu bağlamda araştırma günübirlik cerrahi uygulanacak hastaların ameliyat öncesindeki kaygı düzeylerini ve bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için genel cerrahi, kalp ve damar cerrahisi, göz hastalıkları, üroloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum ve göğüs cerrahisi kapsamında günübirlik ve ilk kez ameliyat olacak olmanız, 18 yaş ve üzerinde olmanız, iletişim ve mental sorununuzun olmaması, Türkçe konuşabilmeniz, okuyup yazabilmeniz, psikiyatrik rahatsızlığınızın olmaması ya da psikiyatrik ilaç kullanmamanız ve çalışmaya katılmayı kabul etmeniz gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışma için size araştırmacı tarafından hazırlanan hasta bilgi formunda bulunan sorular sorulacak ve durumluk/ sürekli kaygı envanteri uygulanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sorulara içtenlikle yanıt vermeniz beklenmektedir. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı yaklaşık 150-200 kişidir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre yaklaşık 15-20 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamanız söz konusu olmamakla birlikte bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışma, hasta bilgi formunun ve durumluk/sürekli kaygı envanterinin doldurulmasından ibaret olup, sizi bu araştırmada bekleyen herhangi bir risk bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNE İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma kaygı düzeyini ölçmeye yönelik olduğu için psikiyatrik ilaç kullanan hastalar araştırma kapsamında değildir.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Hasta bilgi formunun doldurulmasında verdiğiniz yanıtların içten olmadığı izlenimi oluştuğu takdirde araştırmacı sizi çalışmadan çıkarabilir.

10.3. Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Devamı)

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Size hasta bilgi formu ve durumluk/sürekli kaygı envanteri uygulanması dışında, çalışma kapsamında herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Size yalnızca hasta bilgi formu ve durumluk/sürekli kaygı envanteri uygulanacağı için çalışma nedeniyle herhangi bir zarar görmeniz mümkün değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Hasta bilgi formu ve durumluk/sürekli kaygı envanteri hastanede gününbirlik cerrahi girişim öncesi uygulanacağından ve yalnızca 15-20 dakikanızı alacağından herhangi bir sorun olduğunda bunu araştırmacıyla paylaşabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Size, hasta bilgi formu için herhangi bir araştırma masrafı ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Hastanın Adı Soyadı:

Araştırmacının Adı Soyadı:

İmza

İmza

11. ETİK KURUL ONAYI

**T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI**



**KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL**

Sayı: 17522305/ 68
Konu:

Tarih:28/01/2013

Sayın; Y.Doç.Dr.Dilek ÇİLİNGİR
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD.

“Günübirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Bilgi Gereksinimleri” başlıklı etik kurul 2012/159 no’lu tez çalışmasının raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

11. ETİK KURUL ONAYI (Devamı)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Günübirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Bilgi Gereksinimleri"			
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2012/159			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Y.Doç.Dr.Dilek ÇİLİNGİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği			
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Mine ALACADAĞ			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	UZMANLIK TEZİ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	HASTA KARTI/GÖNÜLLÜKLERİ	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			

11. ETİK KURUL ONAYI (Devamı)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 12	Tarih: 14/01/2013
	Y.Doç.Dr.Dilek ÇİLİNGİR'in sorumluluğunda yürütülen Mine ALACADAĞ'a ait "Gündübirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Bilgi Gereksinimleri" başlıklı 2012/159 no'lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	Özel Yıldızlı Güven Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Ümit ÇOBANOĞLU Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Yüksel ALIYAZICIOĞLU Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİMLİ
Doç.Dr.Hülya ULUSOY Üye:	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİMLİ
Prof.Dr.Hafız AYDIN Üye:	Ortopedi ve Travmatoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Y.Doç.Dr. Evrim ÖZKORUMAK Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Güllay KARAGÜZEL Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Fatih Mehmet GÖKÇE Üye:	Fizyoloji	RTE Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Miraç ÇELİK Üye:	Hukuk	KTÜ Hukuk Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİMLİ
Tufan SAĞLAM Üye:	Tekstil	Serbest (Tekstil Mühendisi)	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİMLİ

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı, : Mine ALACADAĞ
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri : 1987 KAHTA
Medeni hali : Bekar
Telefon : 0462 230 04 76
E-Posta : rabiaaa_315@hotmail.com
Yazışma adresi : Amasya Üniversitesi İpekköy Yerleşkesi
Shell Karşısı İpekköy/AMASYA

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2009
Lise	Trabzon Fatih Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı)	2005

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİM

Görevi	Kurum	Süre
1. Öğretim Görevlisi	Amasya Üniversitesi	2013- halen
2. Hemşire	KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi	2009-2013

YABANCI DİL

İngilizce : ÜDS: 75

YAYINLAR/BİLDİRİLER

1. Alacadağ M, Çilingir D. “Günübirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Bilgi Gereksinimleri”, Poster Bildiri, 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Muğla, 12-15 Kasım 2015.

HOBİLER

Kitap okumak ve müzik dinlemek.

