

KKTC
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GÜNÜBİRLİK CERRAHİ SONRASI HASTALARIN EVDE
YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ

Özlem AYDOĞDU

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2015

KKTC
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GÜNÜBİRLİK CERRAHİ SONRASI HASTALARIN EVDE
YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ

Özlem AYDOĞDU

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Ümran DAL

LEFKOŞA

2015

ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından **HEMŞİRELİKTE YÜKSEK LİSANS PROGRAMINDA BİLİM UZMANLIĞI TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

.....

(Prof. Dr. Nurhan Bayraktar)

Zirve Üniversitesi

Danışman:

.....

(Doç. Dr. Ümran Dal)

Yakın Doğu Üniversitesi

Üye:

.....

(Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karataş)

Yakın Doğu Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

.....

Prof. Dr. İhsan ÇALIŞ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin ve araştırmamın başlangıcından sonuna kadar her zaman destek, yardım özveri ve sabrından dolayı danışman hocam sayın Doç. Dr Ümran DAL' a

Tezimin jürisine katılan ve geliştirici fikir ve öneriler getiren sayın Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR ve sayın Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ hocalarıma

İstatistiksel değerlendirmemde katkı sağlayan sayın Sedat YÜCE' ye

Çalışmamı yürüttüğüm hastanede, katkılarından dolayı meslektaşlarıma ve araştırmaya katılan tüm hastalara,

Ve hiçbir zaman beni yalnız bırakmayan aileme, çekilmez olduğum anlarda bile anlayış ve sabrını esirgemeyen yakın dostlarıma sonsuz TEŞEKKÜRLERİMİ sunuyorum.

Saygılarımla

Özlem AYDOĞDU

2015

ÖZET

Aydoğdu, Ö. Günübirlilik Cerrahi Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2015

Günübirlilik cerrahi; cerrahi işlem için uygunluğu belirlenen hastaların, planlı olarak ameliyata alınmasını ve ameliyat oldukları gün içerisinde taburcu olabilmelerini sağlayan girişimler olarak tanımlanmaktadır. Günübirlilik cerrahi süreç, istenilen şekilde planlanmadığında birçok sorun ortaya çıkabilmekte ve hastalar evde günübirlilik cerrahi ile ilgili bazı güçlükler yaşayabilmektedir. Bu güçlüklerin önlenmesi için, hasta ve yakınlarının gereksinimlerine yönelik iyi bir taburculuk planlaması yapılmalıdır. Araştırma 10 Aralık 2014 - 31 Mart 2015 tarihleri arasında, Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde günübirlilik cerrahi işlem uygulanan hastaların evde yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında işlem gören 160 hasta çalışma kapsamına alınmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen soru formları kullanılmış olup taburculuk sonrası ilk 24 saat içerisinde telefon ile izlem yapılmıştır. Verilerin analizi SPSS (Statistical Package of Science) programındaki uygun istatistiksel yöntemler ile hazırlanmıştır. Araştırmanın sonucunda; günübirlilik cerrahi işlem sonrası taburcu olan hastaların, ilk 24 saat içerisinde yaşadığı güçlüklerin ameliyat sonrası 7. güne doğru giderek azaldığı görülmüştür. Hastaların ilk 24 saat içerisinde, %75'inin ağrı, %46,25'nin yorgunluk/güçsüzlük, %29,35'nin bulantı/kusma, %20,63'nün ise yara yerinde akıntı/kanama yaşadığı, %64,38'inin yürüme ve gezinmede, %79,38'nin merdiven çıkmada, %75,00'nin kişisel bakımını yerinde getirmede, %67,50'sinin banyo yapmada ve %66,38'inin giyinme ve soyunmada zorlandığı belirlenmiştir. Araştırmanın sonucunda hastaların %51'inin verilen taburculuk eğitimini yeterli bulduğu, %82' sinin yazılı eğitim materyali istediği saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda; gerçekleştirilen müdahale sonrasında, hastaların evde yaşayacağı güçlük durumlarına göre her kliniğe özgü taburculuk eğitimi kapsamının artırılması ve yazılı eğitim materyali verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Günübirlilik cerrahi, Günlük yaşam aktiviteleri, Hasta, Hemşire, Taburculuk

ABSTRACT

Aydoğdu, Özlem, Determination of the Difficulties Experienced at Home by Patients After Day Surgery, Master's Degree Thesis from the Nursing Program of the Institute of Health Sciences at the Yakın Doğu University, Nicosia, Turkish Republic of Northern Cyprus, 2015

Outpatient surgery is defined as interventions, which provide for determining the suitability of patients for surgical procedures, of taking patients to surgical operations in a planned manner and of being able to discharge them from the hospital within the day of the surgical operation. Many problems can emerge and patients can experience some difficulties at home related to outpatient surgery when the process of outpatient surgery is not planned in the desired manner. A good discharge plan should be made for the needs of patients and close family for being able to prevent these difficulties. The definitive study was made between 10 December 2014 and 31 March 2015 with the objective of determining the difficulties of patients experienced at home by the outpatient surgical procedures implemented at the Yakın Doğu University Training and Research Hospital. A total of 160 patients who were treated between the dates the study was made were taken within the scope of the study and were not taken into a separate sampling. As a data collection tool, questionnaires were developed by the researcher by examining the literature and observations were made by telephone within the first 24 hours after discharge from the hospital. The analysis of data was prepared with the appropriate statistical methods in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program. As a result of the study, it was observed that the difficulties experienced within the first 24 hours after surgery of patients discharged from the hospital after outpatient surgical procedures gradually decreased towards the 7th day. Of the patients, 75% stated that they had pain, 46.25% felt tired/weak, 29.35% had nausea/vomiting, 20.63% experienced drainage/bleeding from the wound, 64.38% had difficulty in walking and getting around, 79.38% in climbing stairs, 75.00% in carrying out personal care, 67.50% in taking a bath and 66.38% had difficulty in dressing and undressing within the first 24 hours. At the conclusion of the study, it was determined that 51% of the patients found the discharge training given to be sufficient and that 82% of the patients wanted written training materials.

Key Words: Outpatient surgery, Daily life activities, Patient, Nurse, Discharge from hospital

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	2
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Günübirlık Cerrahinin Gelişim ve Tarihçesi	6
2.2. Günübirlık Cerrahinin Avantajları ve Dezavantajları	6
2.3. Günübirlık Cerrahide Hasta Seçimi	7
2.4. Günübirlık Cerrahi İçin Hastanın Hazırlanması ve Hemşirelik Yaklaşımları	8
2.5. Günübirlık Cerrahi Ünitesi ve Anestezi	13
2.6. Günübirlık Ameliyat Sonrası Bakım ve İzlem	15
2.7. Günübirlık Ameliyat Sonrası Taburculuk Süreci	17
2.8. Günübirlık Cerrahi Sonrası Evde Bakım İçin Hazırlık	19
2.9. Günübirlık Cerrahi Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunlar	20
2.9.1. Ameliyat Bölgesi İle İlgili Sorunlar	21
2.9.2. Solunum Sistemi İle ilgili Sorunlar	22
2.9.3. Yaşamsal Bulgular İle İlgili Sorunlar	23
2.9.4. Sindirim Sistemi İle İlgili Sorular	24
2.9.5. Sinir Sistemi ve Duygusal Duruma İlişkin Sorunlar	24
2.9.6. Üriner Sistem İle ilgili Sorunlar	24
2.9.7. Kas İskelet Sistemi İle ilgili Sorunlar	25
2.9.8. Sağlık Personeline Ulaşma ve Yeterli Yardım Alma İle İlgili Sorunlar	26
2.10. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi	26

3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Şekli	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.4. Araştırmanın Etik Boyutu	28
3.5. Verilerin Toplanması	29
3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	29
3.5.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	29
3.5.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması	29
3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	65
6.1. Sonuçlar	65
6.2. Öneriler	70
7. KAYNAKLAR	71
8.EKLER	
EK-1: Soru Formu 1	
EK-2: Soru Formu 2	
EK-3: Soru Formu 3	
EK-4: Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) Onam ve Katılımcının Beyanı Formu	
EK-5: Etik Kurul Onay Formu	
EK-6: Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onay Formu	
ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD : Amerika Bileşik Devletleri

ASA : American Society of Anesthesiologist (Amerikan Anestezistler Birliği)

ASBÜ : Anestezi Sonrası Bakım Ünitesi

FASA: Federated Ambulatory Surgery Association

FASC: Society for the Advancement of Freestanding Ambulatory Surgery Centers

IAAS: International Association for Ambulatory Surgery

KKTC: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

MAB : Monitörize Anestezik Bakım

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

TARD : Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Hastaların sosyo demografik özellikleri	42
Tablo 4.2. Hastaların genel sağlık durumları	43
Tablo 4.3. Hastaların müdahale yapılan klinik, anestezi türü ve işlem sonrası görülen semptomlara göre dağılımı	44
Tablo 4.4. Hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bilgi alma durumları	45
Tablo 4.5. Hastaların taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde ve 7 gün sonra ev ortamında yaşadığı güçlüklerin dağılımı	46
Tablo 4.6.1. Hastaların Taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerine ilişkin güçlüklerin dağılımı	47
Tablo 4.6.2. Hastaların taburcu edildikten 7 gün sonra ev ortamında günlük yaşam aktivitelerine ilişkin yaşadığı güçlüklerin dağılımı	48
Tablo 4.7.1. Hastaların cinsiyetlerine göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı	49
Tablo 4.7.2. Hastaların cinsiyetlerine göre taburcu edildikten 7 gün sonra ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı	50
Tablo 4.8.1. Hastaların yaş gruplarına göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı	51
Tablo 4.8.2. Hastaların yaş gruplarına göre taburcu edildikten 7 gün sonra ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı	52
Tablo 4.9.1. Kronik hastalığı bulunan hastaların kronik hastalık türlerine göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı	53
Tablo 4.9.2. Kronik hastalığı bulunan hastaların kronik hastalık durumuna göre taburcu edildikten 7 gün sonra ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı	54

Tablo 4.10.1. Hastaların ameliyat sonrası taburculuk eğitimi alma durumlarına göre ilk 24 saat içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı	55
Tablo 4.10.2. Hastaların ameliyat sonrası taburculuk eğitimi alma durumlarına göre taburcu edildikten 7 gün sonra ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı	56
Tablo 4.11. Hastaların ameliyat oldukları klinik/servislere göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat ve 7 gün içinde ev ortamında ağrı yaşama durumlarına göre dağılımı	58
Tablo 4.12. Hastaların ameliyat oldukları klinik/servislere göre ilk 24 saat ve 7 gün içinde ev ortamında yorgunluk/güçsüzlük yaşama durumlarına göre dağılımı	60
Tablo 4.13. Hastaların ameliyat oldukları klinik/servislere göre ilk 24 saat ve 7 gün içinde ev ortamında bulantı/kusma yaşama durumlarına göre dağılımı	62
Tablo 4.14. Hastaların ameliyat oldukları klinik/servislere göre ilk 24 saat ve 7 gün içinde ev ortamında yara yerinde akıntı/kanama yaşama durumlarına göre dağılımı	64
Tablo 4.15. Hastaların ameliyat oldukları klinik/servislere göre ilk 24 saat içinde ev ortamında ağrı yaşama durumlarına göre dağılımı	65

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hastaların verilen taburculuk eğitimini yeterli bulma durumlarına göre dağılımı
Şekil 2. Hastaların evde bakımları için yazılı materyal verilmesini isteme durumlarına göre dağılımı
Şekil 3. Hastaların taburcu edildikten 24 saat ve 7 gün sonra ev ortamında yaşadığı güçlüklerin dağılımı

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günübirlik cerrahi, hastanede yatan hastalara uygulanan cerrahi girişimi temel alan, ancak yatış gerektirmeyen ve aynı gün taburculuğu öngören bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Günübirlik cerrahi, hastaneye yatış gerektirmediğinden hasta, aile, sağlık çalışanları, kurum ve maliyet açısından oldukça avantajlıdır. Günümüzde günübirlik cerrahi ünitelerine kabul edilen hasta sayısı yatarak tedavi gören hastalara göre önemli bir artış göstermiştir (Erkal 2007, Tepe ve ark. 2010, Gül ve ark. 2008, Sarihasan ve ark. 2008). Böylelikle yapılan birçok cerrahi uygulamanın günübirlik cerrahi birimlerine doğru hızla yer değiştirdiği görülmektedir. Ayrıca günümüzde hastaların ucuz ve kaliteli sağlık hizmetlerini daha fazla talep etmesi günübirlik cerrahi uygulamalarına ilgiyi arttırmaktadır (Mattram 2009, Erkal 2007).

Son 30 yılda anestezi, cerrahi teknik ve nitelikli bakım alanında hızlı ilerlemeler, hastanın kısa sürede bilinç kazanması ve erken iyileşmenin sağlanması, öz bakım girişimlerinin desteklenmesi, bağımlılık süresini kısaltarak yaşam kontrolünün kısa bir zamanda elde edilmesi, günübirlik cerrahinin gelişimini etkileyen en önemli faktörler olarak gösterilmektedir. (Gilmartin 2007, Çilingir ve Bayraktar 2009, Sohonen 2007). Genellikle elektif cerrahi geçiren hastaların yaklaşık %60'ı günübirlik ya da ayaktan tedavi olan hastalar olup, büyük çoğunluğu ameliyat sonrası taburcu edilmekte ve hastanede kalış süresi kısalmaktadır (Kanan ve ark. 2011, Erkal 2007, Rhodes ve ark. 2006). Günübirlik cerrahinin birçok avantajı bulunmaktadır. Günübirlik cerrahi işlem uygulanan hastaların, hastanede kalma süresinin kısalması, hastaların ameliyat günü evlerine dönebilmesi, ameliyatın ertelenme ve enfeksiyon riskinin az olması, birey ve ailesinde daha az stres yaratması, ayılma süresinin hızlı olması, ekonomik olması, daha az personele ihtiyaç duyulması ve hasta memnuniyetinin artması gibi olumlu yönleri vardır (Gilmartin 2007, Dolgun 2010, Sarihasan ve ark. 2008). Bununla birlikte bu süreç istenilen şekilde planlanmadığında birçok sorun ortaya çıkabilmekte ve günübirlik cerrahi ile ilgili bazı güçlükler yaşanabilmektedir (Rhodes ve ark. 2006, Mattram 2009, Çilingir ve ark. 2006). Yeterli ve deneyimli personele gereksinim duyulması, ameliyat sonrası hemşirenin hasta ve yakınlarına ayırdığı sürenin kısalması; hemşirelik tanısı koyma, değerlendirme ve uygulamalar için yeterli zamanının olmaması, etkin bir taburculuk eğitimi gerektirmesi buna karşın eğitim için zamanın az olması, ameliyat sonrası

dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonların değerlendirilebilmesi için sürenin yetersiz olması, taburculuk sonrası ortaya çıkan komplikasyonların takip edilememesi ve ilk 24-48 saat içinde bakım verecek kişiye gereksinim duyulması gününbirlik cerrahide karşılaşılan başlıca sorunlardır (Tepe ve ark. 2010, Koçaşlı 2014 Gül ve ark. 2008). Hastalar taburcu olduktan sonra ev ortamında yaşadıkları bu güçlüklerle baş etmekte zorlanabilmektedirler. Taburculuğu iyi hazırlanmayan hastalarda; bulantı kusma, ateş, yorgunluk, halsizlik, akıntı, kanama, ses kısıklığı öğürme gibi çeşitli komplikasyonlar görülmektedir (Çilingir ve ark. 2009, Tepe ve ark. 2010).

Bu komplikasyonların önlenmesi için; Hastalar evde kendi bakım gereksinimlerini karşılayabilecek bilgi ve becerilere sahip olarak taburcu olmalıdır. Cerrahi girişim sonrası taburcu olacak hasta ve yakınlarının bakım gereksinimleri, uygulanan cerrahi işleme ve hastanın kişisel özelliğine göre farklılık göstermektedir (Çatal 2008, Tan ve ark. 2013). Öte yandan hastanın çok hızlı taburcu olduğu gününbirlik cerrahide hastaların ameliyat ve tedavi seçenekleri, anestezi ve komplikasyonları, ağrı kontrolü, evdeki bakımıyla ilgili yazılı materyalin verilmemesi ve yara bakımı konularında yetersiz bilgilendirilmesi hastaların öz bakım gücünü azaltan ve hastaneye tekrar yatışlara zemin hazırlayan bir etmen olarak ortaya çıkmaktadır.(Doğu 2013, Taşdemir 2010, Çatal 2008).

Yapılan çalışmalarda, cerrahi girişim uygulanan hastaların evde güçlükler yaşadıkları ve bu güçlüklerle kısmen baş edebildikleri aynı zamanda hastaların iyileşme döneminde günlük yaşam aktivitelerinin sürdürebilmesinde aile desteğine ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir. Hastaların evde yaşadıkları sorunların en fazla ağrı, ödem, egzersiz, öz bakım ve yara yeri ile ilgili sorunlar olduğu saptanmıştır (Dal ve ark. 2012, Tan ve ark. 2013, Özkum ve Dal 2011, Taşdemir 2010). Bunların yanı sıra gününbirlik cerrahi ünitesinde burun ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası ilk üç gün içinde evde ağrı, kanama, yorgunluk, uyku sorunları, ameliyat bölgesinde sızıntı, solunum güçlüğü ve hareket kısıtlılığı gibi sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (Çilingir ve ark. 2009, Tepe ve ark. 2010). Hasta ve yakınlarının ev ortamında karşılaştıkları güçlükler dikkate alındığında gününbirlik cerrahi ünitesinden taburcu olan hastalar için etkin olarak gerçekleştirilen eğitimin, taburculuk sonrası ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesi ve baş edilmesinde önemli bir faktör olduğu anlaşılmaktadır (Dolgun 2010, Doğu 2013, Yavuz 2010). Taburcu olan hastaların evde bakımları konusundaki uygulamaları gerçekleştirebilmeleri ve günlük yaşam

aktivitelerini sürdürebilmeleri açısından, hastaların, hastaneye kabul edilmelerinden itibaren planlı taburculuk eğitim programları ile desteklenmelidir. Bu nedenle gününbirlik cerrahi ünitelerinde çalışmakta olan hemşirelere büyük rol düşmektedir. Hemşire hasta ve yakınlarıyla etkili zaman geçirerek uygun ve gerekli bilgileri içeren bir taburculuk planı hazırlamalıdır. İyi bir taburculuk planı evde bakımın niteliği ve hasta memnuniyetini artırmakta ve hastaneye plansız tekrar yatışları önlemektedir (Kanan ve ark. 2010, Erkal 2007, Çilingir ve Bayraktar 2006, Yavuz 2010). Hasta ve yakınlarının ev ortamında yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi ise hastanın ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçirebilmesi için gerekli bakımın planlanabilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Tepe ve ark. 2010, Glimartin 2007, Doğu 2013). Türkiye’ de konuyla ilgili benzer çalışmaların yapılmasına rağmen, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’ nde gününbirlik cerrahi hastalarının evde yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesine dair herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Yapılan bu çalışma ile, gününbirlik cerrahi ünitelerinde çalışan hemşireler için; taburcu olan hastaların evde deneyimledikleri en uzun ve en fazla süren semptomlar, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken yaşadıkları güçlükler, tek başına gerçekleştirmekte zorlandıkları ve yardıma gereksinim duydukları aktiviteler dikkate alınarak, planlama yapılması, bakım vericilerden destek alınması gereken durumların belirlenmesi ve taburculuk eğitiminin bu gereksinimler doğrultusunda gözden geçirilmesi açısından yararlı olacağı düşünülmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma günübirlik cerrahi uygulanan hastaların taburcu olduktan sonra evde yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. İşlem sonrası 24 saatlik süre içerisinde hastaların evde yaşadıkları sorunlar nelerdir?
2. İşlem sonrası 7 günlük süre içerisinde hastaların evde yaşadıkları sorunlar nelerdir?
3. Uygulanan cerrahi girişime göre, hastaların evde yaşadıkları sorunlar arasında fark var mıdır?
4. Tanıtıcı diğer özelliklerine göre, hastaların evde yaşadıkları sorunlar arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Günübirlik Cerrahinin Gelişim ve Tarihçesi

Günübirlik cerrahi, işlem için uygunluğu belirlenen hastaların, belirlenen tarihte hastaneye gelerek ameliyat olması ve aynı gün taburculuğunun gerçekleşmesini öngören işlemler olarak tanımlanmaktadır. (Mitchell 2007, Aktaş 2008, Gül ve ark. 2008, Çilingir ve Bayraktar 2009). Anestezi alanındaki teknik ilerlemeler, asepsi ve antibakteriyel tedavinin gelişip yaygınlaşması, hastaların bağımlılık sürelerinin kısaltılıp erken mobilizasyonun sağlanması buna bağlı olarak yaşam kontrolünün erken kazanılması gibi faktörler, günübirlik cerrahinin gelişmesinde büyük rol oynamıştır (Özcengiz 2006, Erkal 2007, Sohonen ve ark. 2008). Yatarak tedavinin bireye, aileye, devlete ve sigorta kuruluşlarına getirdiği yük ve sorunlar da günübirlik cerrahinin kısa süre içinde gelişmesini sağlamıştır (Akçalı ve ark. 2009, Erem 2006, Leardi ve ark. 2008).

Günübirlik cerrahi ilk kez İskoçya' da uygulanmış, 1996'da Kanada Genel Cerrahlar Birliği toplantısında geleneksel cerrahiye bir alternatif olduğu vurgulanmış ve aynı yıl Amerikan Ulusal Sağlık Servisi tüm elektif girişimlerin % 75'ine günübirlik cerrahi uygulanabileceğini belirtmiştir (Sarıhasan ve ark. 2008, Dedeoğlu 2010, Wig 2005, Gültürk 2010). Dr. Ralph D. Waters tarafından, 1918 yılında Amerika' da Glaskow Royal Hastanesi' nde 8.898 çocuk üzerinde uygulandığı ve hiçbir komplikasyonun yaşanmadığı bildirilmektedir (Şal Sarıca 2007, Akçalı ve ark. 2009, Warren Stomberg ve ark. 2008). Bin dokuz yüzlü yıllarda hastane koşullarının oldukça ilkel olması enfeksiyon ve mortalite oranının artmasına neden olmakta, bu durum birçok ameliyatın hastaneler yerine ev koşullarında yapılmasını zorunlu kılmakta olup, teknolojik gelişmeler, enfeksiyon kontrol ve önlemine yönelik bilgi artışı ameliyatların yeniden hastanelerde yapılmasına yol açmış, hastaneler evlerden daha üstün ve daha güvenli yerler haline gelmiştir (Şal Sarıca 2007, Mc Millan 2005, Costa 2011, Rhodes ve diğ. 2006). Bin dokuz yüz altmış sonrası pek çok hekimin hastalarını hastaneye yatırmadan ameliyat girişimini uygulamaya başladığı görülmüştür (Türe 2006, Şal Sarıca 2007). Günübirlik cerrahi işlem uygulanan hasta sayısı, hızlı ve ekonomik olması gerekçesiyle her yıl önemli bir artış göstermektedir (Özcengiz 2006, Leardi ve ark. 2008). Günübirlik cerrahinin, yatan hastaların ameliyat öncesi hazırlığına eşdeğer bir hazırlık, yeterlilik ve güvenirlilik

gerektirmesine karşın, hastaneye yatış gerektirmemesi hasta, aile, sağlık çalışanları, kurum ve maliyet açısından olumlu getirileri olduğu bildirilmekte ve bu durumun günübürlük cerrahinin sayısal artışında önemli olduğu ileri sürülmektedir (Aktaş, Tekin 2008, Özcengiz 2006, Çay 2011, Doğu 2013).

Son yıllarda sağlık giderlerini belirgin bir şekilde azaltması, anestezi, cerrahi teknik, asepsi ve nitelikli bakım alanında gözlenen hızlı ilerlemeler, kısa sürede bilinç kazanılması ve erken iyileşmenin sağlanması, öz bakım girişimlerinin desteklenmesi, bağımlılık süresini kısaltarak yaşam kontrolünün kısa bir zamanda elde edilmesi, günübürlük cerrahinin gelişimini etkileyen en önemli faktörler olarak gösterilmektedir (Mc Millan 2005, Çilingir ve Bayraktar 2009, Wig 2005).

Günübürlük cerrahinin gelişmesiyle birlikte, kaliteli standartlar oluşturmak, bu alanda eğitim ve araştırmalar yapmak amacıyla istekli gruplar bir araya gelerek dernekler kurmuşlardır. Bunlardan ilki 1974'de Amerika Bileşik Devletlerin'de kurulan Society for the Advancement of Freestanding Ambulatory Surgery Centers (FASC), bugünkü adıyla bilinen Federated Ambulatory Surgery Association (FASA)'dır. 1995'de 12 dernek birleşmiş ve merkezi Belçika'da International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) kurulmuştur (İşgör, A. 2007, Dedeoğlu 2010, Liu 2008).

2.2. Günübürlük Cerrahinin Avantajları ve Dezavantajları

Avantajları

ABD'de hastanede yatan hastalarda kişi başı bakım harcamasının %40,2, evde bakım masraflarının % 9, Kanada'da hastanede günlük bakım maliyetinin 300 dolar, evde bakım maliyetinin 150 dolar olduğu, aynı ülkede 1985 yılı itibariyle kişi başı hastane harcamalarının yaklaşık 518 dolar iken, evde bakımın bunun ancak 1/3'ü olduğu bildirilmektedir (Şal Sarıca 2007, Leardi ve ark. 2008, Gültürk 2010).

Bu verilerden yola çıkılarak günübürlük cerrahinin ülke ekonomisine olumlu katkısının olduğu söylenebilir ve aşağıda olduğu gibi maddeler halinde sıralanabilir.

- ✓ Hastanın anksiyetesi daha azdır.
- ✓ Hastane enfeksiyonları riski azalır.
- ✓ Hastanın şikayetleri daha azdır ve normal yasama uyum daha hızlıdır

- ✓ Hasta isine erken döner, toplumsal işgücü kaybı azalır.
- ✓ Hastanın yaşam düzeni çok az değişir.
- ✓ Maliyet azalır

(Dedeoğlu 2010, Erem 2006, Kayahan ve Sertbaş 2011).

Günübirlik cerrahinin; toplum, hemşireler ve hekim tarafından tercih edilmesinin başlıca nedenleri; anestezi tekniklerinin gelişmesi (kısa etkili anestezikler), hastane enfeksiyon riskinin azalması, analjezi tekniklerinin gelişmesi (uygun ağrı kontrollü), erken işe dönme, ev ortamından ayrı olmama, cerrahi teknolojideki gelişmeler (lazer,laparaskopi), ve maliyetinin düşük olmasıdır (Akçalı ve ark. 2009, Mc Millan 2005, Leardi ve ark. 2008, İsmail ve ark. 2007).

Dezavantajları

Hastalar, sağlık alanındaki haber kaynaklarından bu konuda bilgilenip bu yöntemi tercih etmektedirler. Bu tercih, sadece sağlık giderlerinin az olması, kolay ve rahat oluşu, zaman faktörü, işe erken dönüş, komplikasyon oranının düşük olmasının yanında cerrahi ve anesteziye teknolojik gelişmelere de bağlı olmaktadır. Ancak bu kısa süre içinde hasta-hekim-hemşire ilişkisi de oldukça kısa süreli olmaktadır. Bu durumun ameliyat öncesi-sonrası bakım ve düzenlemelerle ilgili iyi hazırlanmış protokollere olan gereksinimi artırmasının yanı sıra hemşirelere geniş görev alanları oluşturmaktadır (Türkmen 2013, Çilingir ve Bayraktar 2009, Mattila ve ark. 2005, Şalviz ve Alkış 2010). Hastaların hastanede kalış sürelerinin kısa olması, üniteye ameliyat günü kabul edilmeleri, ameliyat öncesi hazırlıkları evde kendilerinin yapmaları gibi nedenlerle hasta ve yakınlarının ameliyat öncesi ve sonrası uygun bakım ve eğitim almalarında bazı aksaklıklar ortaya çıkmakta; bu durum evde bakım aktivitelerini yerine getirirken bireylerin çeşitli güçlükler yaşamalarına neden olmaktadır. (Şalviz ve Alkış 2010, Costa 2011, Liu ve ark. 2008). Bu sorunları maddeler halinde şöyle sıralayabiliriz;

- ✓ Hasta beklediği zamanda klinikten taburcu olmayabilir.
- ✓ Hastaya evinde yardım edecek bir kişi olmayabilir ve hasta kendi bakımını sürdüremeyebilir.

Acil durumda uygun desteğin sağlanamaması, hastada sorunlara neden olabilir. Bu dezavantajları önlemek ve günübirlik cerrahi hastalarını değerlendirmek için şu kriterler geliştirilmiştir.

- Hastanın kronik bir hastalığının olmaması.
- Ameliyat sonrası dönemde evde hasta ile birlikte bir erişkinin bulunması (en azından ilk 24 saat).
- Hastanın ulaşabileceği bir telefonun olması.
- Hastanın hastaneye arabayla 30 dakikada ulaşılacak ya da yakın bir mesafede yaşıyor olması (İşgör, A. 2007, Özcengiz 2006, Mattila ve ark. 2005, Şalviz ve Alkış 2010, Gül ve ark. 2008).

Bununla birlikte, yapılan çalışmalar da hastaların ameliyat öncesi dönemde yetersiz hazırlık ve ameliyat sonrası döneme ilişkin eksik bilgilendirilmeye bağlı olarak beklenmeyen ağrı, yorgunluk ve öz bakımda yetersizlik yaşayabilecekleri belirtilmiştir. Ayrıca ameliyat sonrası bulantı ve kusma, boğaz ağrısı, baş ağrısı, ateş, yara yerinde kanama, akıntı, oryantasyon bozukluğu gibi sorunların yaşandığı, bu sorunların yaşamı tehdit etmemekle birlikte hasta konforunu azalttığı, özellikle ameliyat sonrası kanama, ağrı, bulantı ve kusmanın taburculuğu geciktirdiği yeniden hastaneye yatışlara yol açtığı, ameliyat sonrası yaşanan komplikasyonlar ve taburculuk sonrası bakım yetersizliklerinin de hastaların günübirlik cerrahi girişimlere olan güvenini azaltabileceği bildirilmektedir (Mc.Millan 2005, Gül ve ark. 2008, Costa 2011, Çilingir ve Bayraktar 2009, Ismail ve ark. 2007).

2.3. Günübirlik Cerrahide Hasta Seçimi

Günübirlik cerrahide, hem hasta, hem de girişimi uygulayacak ekip ve kurum açısından, en önemli boyutun hasta seçim işlemi olduğu ifade edilmektedir. Girişim öncesi ön koşul olan hasta değerlendirmesinin hasta güvenliğini sağlamada önemli bir kriter olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle hasta seçimi fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik parametreler değerlendirilerek yapılmalıdır (Sarıhasan ve ark. 2008, Çilingir ve Bayraktar 2009). Günübirlik cerrahi için hastaların ön değerlendirmesinin yapılması ve belirlenen hasta seçim kriterlerine uygun olarak karar verilmesi yukarıda belirtilen dezavantajları azaltabilmekte, başarı şansını yükseltebilmektedir. Yapılan son çalışmalarda günübirlik cerrahide hasta seçimi ve değerlendirilmesinin günübirlik cerrahi ünitesinin daha etkin kullanımı ve hasta güvenliğini sağlamadaki önemi üzerinde durulmakta ve bunun hasta, girişimi gerçekleştirecek ekip ve kurum açısından çok önemli olduğu belirtilmektedir. Günübirlik cerrahide hasta seçimi, iyi iletişim becerilerinin kullanılmasının yanı sıra ayrıntılı bir şekilde taramanın yapılmasının gerekli olduğu bir ekip çalışmasıdır. Günübirlik cerrahiye uygun

hastaların seçiminden cerrah, konsültan hekimler ve anesteziist sorumludur (Tepe ve ark. 2010, Glimartin 2007 Sarıhasan ve ark. 2008).

Günübirlik cerrahi için hastaların uygunluğunu değerlendirmek üzere Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) tarafından belirlenen hasta sınıflamasında kriterleri şunlardır.

Sınıf I: Sağlıklı hasta,

Sınıf II: Hafif/ orta düzeyde sistemik bir sorun olması,

Sınıf III: Ciddi sistemik yetersizliğin ya da hastalığın olması,

Sınıf IV: Yaşamı tehdit edici yetersizlik olması,

Sınıf V: Yaşama şansının çok az olma durumu

ASA'ya göre, önceleri yalnız I. ve II. sınıf grubuna giren hastalarıda günübirlik cerrahi uygulaması yapılırken, tıptaki gelişmelerle orantılı fizyolojik parametrelerin çok iyi kontrol altına alınabileceğine karar verilen III. ve IV. sınıf hastalar da günübirlik cerrahi uygulamaya alınabilmektedir.

Günübirlik cerrahide hasta seçiminde uygun hastaların seçimi kadar uygun olmayan hastaları “dışlayıcı” kriterlerinde belirlenmesi önemlidir. Bazı medikal ve sosyal faktörler, dışlayıcı kriterler içinde yer almaktadır. Bunlar;

- ASA'nın sınıflandırmasında III. ve IV. sınıfta yer alan hastalar
- Beden kitle endeksinin >35 olduğu durumlar, obesite
- Doğal patolojiler
- Bir saatten fazla sürecek müdahaleler
- Cerrahide majör sıvı ve kan kaybı riski
- Epilepsi, astım, uyku apnesi, alkol kullanımı olması
- Mental durum bozuklukları
- Hastanın hastaneden uzak bir yerde, başka şehirde yaşaması
- Üç aylıktan küçük bebek ya da preterm bebekler
- Sosyal desteğin olmaması (24-48 saate evde bakım verecek aile/arkadaş birey olması) sayılmaktadır

(Gültürk 2012, Wig 2005, Erem 2006, Kayahan ve Sertbaş 2007).

2.4. Günübirlik Cerrahi İçin Hastanın Hazırlanması ve Hemşirelik

Yaklaşımları

Günübirlik cerrahi hastalarının hastanede kalış süreleri, ameliyat sonrası 1-6 saat gibi kısa bir süreyi kapsadığından, bakımı en iyi koşullarda ve nitelikli bir biçimde gerçekleştirecek planlamaların yapılması gerekir. Ameliyat öncesinde, psikotik bireyler kadar, anksiyetesi kontrol altına alınamayan bireyin de günübirlik cerrahi için uygun aday olamayacaklarına dikkat çekilmekte ve yeterli fizyolojik hazırlık kadar psikolojik hazırlık için de özel zaman ayrılması önerilmektedir (Alvarez 2006, Warren Stomberg ve ark. 2008, Erem 2006, Sarıhasan ve ark. 2008). Amerika Birleşik Devletleri'nde pek çok sağlık kuruluşuna ait günübirlik cerrahi kabul klinikleri bulunmaktadır. Bu kliniklerde, hemşirelerin hasta değerlendirme ölçütlerinin olduğu, girişimden önceki günlerde (2-3 hafta önce) hasta kabul kliniklerinde hastaları bilgilendirici yardımcı sistemlerin bulunduğu belirtilmektedir (Çilingir ve Bayraktar 2006, Erkal 2007, Glimartin 2007). Günübirlik cerrahi hastası ile yatan hasta arasındaki en önemli farklılıklardan birisi, günübirlik cerrahide hasta-hemşire ilişkisinin çok kısa bir süre içinde gerçekleşmesi gerektiğidir. Hasta eğitiminin, girişim kararından hemen sonra multidisipliner bir yaklaşımla başlatılması ve taburculuk sonrasında da sürdürülmesi gereklidir.(Kanan ve ark. 2010, Mattram 2009). Günübirlik cerrahi kurumlarında eğitimin amacı, girişim öncesi hastanın hazırlanmasına yardımcı olma, güvenli bir biçimde evine transfer, girişim sonrası bakım gereksinimlerini karşılamaya ilişkin gerekli ortamı ve nitelikli bir bakımı sağlamasıdır (Costa 2011, İsmail ve ark. 2007, Suhonen ve ark. 2007). Hasta ve bakıma katkı verecek bireylerin eğitiminde gereksinimlerin belirlenmesi ile başarı arasındaki olumlu ilişki ele alınmakta ve hemşire hasta arasındaki iletişimin önemi vurgulanmaktadır. Etkin bir hasta eğitimi sağlamada hastanın önceliklerini, gelişimsel yapısını, geçmiş deneyimlerini, çevre koşullarını ve kültürel yapısını göz önüne alan öğretim yöntemleri kullanmanın uygun olacağı belirtilmektedir (Dolgun 2010, Mattila ve ark. 2005). Ayrıca eğitimin planlanması ve uygulanması aşamasında hastanın aktif katılımı eğitimin başarısını olumlu yönde etkilemektedir (Doğu 2013). Bu tür bir yaklaşım hastanın güven duygusu gelişimine yardım ederek kendisi ile ilgili daha fazla bilgi alma isteğini arttıracak, iyileşmesinde olumlu rol alma fırsatı sağlayacaktır. Ayrıca girişim öncesi eğitimin, hastanın anksiyete düzeyini düşürdüğü; girişim sonrası ise kısa sürede bilincin kazanılmasını sağladığı, ağrı kontrolünü kolaylaştırdığı ve erken taburculuğa ortam hazırladığı belirtilmektedir (Sarıhan ve

ark. 2008, Özkum ve Dal 2011, Alvarez 2006). Yapılan araştırmalar günübirlik cerrahi hastalarına yapılan eēitim mutlak yazılı olarak verilmesi gerektiēini, hastanede yatmama nedeniyle anlaşılamayan ya da zaman içinde unutulana bilginin tekrarlanma olanaēı olamayacaēının özellikle dikkate alınması gerektiēini belirtmektedirler (Oēuz ve ktem 2010, Dolgun 2010, Sohonen ve ark, 2007, Tan ve ark. 2013) .

Günübirlik cerrahi hastalarına verilecek eēitimde hasta gereksinimlerinin göz önüne alınmasına ek olarak;

- ✓ Girişim ncesi gecede yapılması gereken hazırlıklar,
 - ✓ Günübirlik üniteye kabul ve girişim günü hazırlıēı,
 - ✓ Girişim yerinin byklēu ve bakımı,
 - ✓ Aktiviteler, kısıtlamalar, destek araç gereçler,
 - ✓ İlaçlar,
 - ✓ İyileşme için gerekli zaman,
 - ✓ Olası aērı / rahatsızlıkla baş etme yöntemleri üzerinde durulması ve bilgilendirmenin önemi vurgulanmaktadır.
- (zcengiz 2006, Wig. ve ark. 2005, Aktaş, Tekin 2008).

Bazı günübirlik cerrahi ünitelerinde girişime hazırlanmaya ilişkin hastalara aērı mektubu gnderildiēi belirtilmektedir.

Bu mektubun kapsamında;

- ✓ Hastanedeki yataēına ulaşmaya yardımcı bir plan/kroki,
 - ✓ Girişim kabul tarihi, saati,
 - ✓ öncesi gecede yapılması gerekenler,
 - ✓ Varsa alacaēı ilaçlar,
 - ✓ Yanında getirmesi gerekenler,
 - ✓ Ulaşım aracı ve refakat edecek bir yetişkin,
 - ✓ Girişim saatinden en az 2 saat önce gelmesini
 - ✓ hatırlatıcı bilgiler yer almaktadır
- (Mc Millan 2005, Akçalı ve ark. 2009, Liu 2008).

Girişim öncesi oral alım kısıtlaması konusunda farklılıklar olmasına karşın genelde, sabah erken girişim yapılacaklar için gece yarısından sonra; ilerleyen saatlerde yapılacaklar için son 6 saat içinde sigara dahil ağızdan hiçbir şey alınmaması gerektiği hastaya açık şekilde anlatılmalı ve anlaşıldığı test edilmelidir. Bazı uygulamalarda da yiyecekler için 4, sıvılar için 2 saat kısıtlamanın kabul gördüğü, düzenli alınması gereken ilaçlar için cerrah ve anesteziistin onayı ile çok az su yardımıyla ilacın alınmasına izin verildiği gözlenmektedir (Çilingir ve Bayraktar 2009, Aktaş, Tekin 2008, Sarıhasan ve ark. 2008). Girişim öncesi birey ve refakatçiye ilişkin gerekli bilgi kayıtları tamamlanmış olmalıdır (Erem 2006, Özcengiz 2006, Oğuz ve Öktem 2010).

Bireye ait kayıtlarda;

- ✓ Acil bir durumda ilişki kurulabilecek bireyler, telefonlar,
- ✓ En son yiyecek içecek alınan saat,
- ✓ En son alınan ilaç ve saati,
- ✓ Değerli eşyaların kaydı, güvenliği,
- ✓ Makyaj, oje kontrolü,
- ✓ Protezlerin çıkarıldığı,
- ✓ Allerjik durum kontrolü,
- ✓ Gerekli ise cilt hazırlığı, ameliyat giysisi, bone takılması,
- ✓ Bilgilendirilmiş yazılı izin, gerekirse premedikasyon ve saati yer alır

(Dedeoğlu 2010, Sohonen ve ark. 2007, Taşdemir ve Çelik, Şenol 2010).

2.5. Günübürlük Cerrahi Ünitesi ve Anestezi

Günübürlük cerrahi ve anestezi ünitelerinin kuruluş aşamasında her türlü gereksinime cevap verecek şekilde iyi planlanması gerekmektedir. Güvenli etkin ve ekonomik hasta bakımı sağlayabilmek için bu ünitelerin daha plan ve organizasyon aşamasında anesteziistlere ihtiyacı olacaktır. Ayaktan cerrahi uygulamalarının başarısı artıkça hasta yoğunluğunun da artacağı düşünülerek kullanım alanlarının başlangıçta ileriye görerek tasarlanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Bekleme odası, preoperatif değerlendirme ve hazırlık odaları ameliyat odaları ile Faz I ve Faz II olarak donatılmış iki basamaklı derlenme bölgelerinin birbiriyle yakın ilişkili olarak hazırlanmasının, cerrahlar ve anesteziistlerin hastalara ve ailelerine heran

ulaşabilmesi bakımından önemli olduğu vurgulanmaktadır (Akçalı ve ark. 2009, İsmail ve ark 2007, Şal Sarıca 2007, Warren Stomberg ve ark. 2005).

Hastaların ameliyat öncesi anestezi uzmanları tarafından görülüp değerlendirilmesi, uygun anestezi tekniğinin seçilmesi ve premedikasyon uygulanması cerrahi ve anesteziye bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltmak açısından önem taşımaktadır. Gününbirlik cerrahi girişimlerde seçilen anestezi tekniği yeterli ameliyat anestezi uzmanının yanı sıra, hastanın en kısa sürede, en az ameliyat sonrası ağrı ve en az yan etki ile taburcu olmasını sağlamalıdır (Aktaş, Tekin 2008, Erkal 2007, Rhodes ve ark. 2006). Hastanın bu girişimlerdeki uygulanacak anestezi tekniğine sadece anestezi uzmanı karar verebilir. Şu iyi bilinmelidir ki anestezi uzmanının hasta ile teması girişim sırasında kısa sürmesine rağmen en önemli süreçtir. Hastalar ameliyat öncesi değerlendirmenin, anestezi öncesi değerlendirmenin yerini alamayacağı konusunda bilgilendirilmelidir (Oğuz ve Öktem 2010, Costa 2011).

Laboratuvar testlerine olan ihtiyaç girişimin gününbirlik veya yatan hasta olarak yapılmasına bağlı değildir. Gününbirlik hastalar laboratuvar testleri dahil olmak üzere yatan hastalarla aynı ilgiyi görmelidir. Ameliyat öncesi istenecek tetkikler hastanın yaşına, sağlık durumuna ve ilaç kullanma öyküne bağlıdır. Anestezi uzmanından bir gün önce anestezi uzmanının hasta ve hasta yakını ile görüşmesiyle anesteziyle ilgili kaygıları giderilir. Ameliyat öncesi değerlendirmede hasta muayene edilir, varsa tıbbi sorunları, geçirilmiş operasyonları, ilaç kullanma ve allerji hikayesi, soy geçmişi, organ sistemleri ile ilgili sorunlar, hastanın izin belgesi ve diğer bilgileri içeren bir form düzenlenir (Aktaş Tekin 2008, Akçalı ve ark. 2009).

Genel Anestezi

Gününbirlik anestezi yaklaşımında genel anestezi birinci tercih olmasa da birçok hasta ve girişim için hala en geçerli yöntem olarak belirtilmektedir. Seçilecek genel anestezi yöntemi ve ajanlarla induksiyon kolay, sakin ve anestezi derinliği hızı sağlanabilmeli, anestezi idamesinde fizyolojik sınırlar korunabilmeli, anestezi uzmanından çıkış hızlı sakin ve sorunsuz olmalıdır. Derlenme hızı, solunum depresyonu, bulantı ve kusma, ajitasyon gibi yan etkilerden uzak olmalıdır. Faz I derlenme ünitesinde kalış mümkün olduğunca kısa olmalı, hastalar Faz II ünitesine normal aktivitesine büyük oranda dönmüş olarak alınabilmelidirler. Gününbirlik cerrahi planlanan hastaya genel anestezi uygulanmasında dikkat edilmesi gereken durumlar şu şekilde özetlenebilir;

1. Anestezi induksiyonunda hastanın çabuk uyuması

2. Anestezi idamesinde vital fonksiyonların stabil tutulması
3. Anestezi sonunda çabuk uyanması
4. Derlenme döneminin kısa olması
5. Derlenme sonunda fizik ve mental aktivitelerin kısa sürede normale dönmesi, taburculuğu geciktirecek bulantı, kusma, ağrı, baş dönmesi gibi yan etkilerin olmaması (Ismail ve ark. 2007, Dedeoğlu 2010, Erem 2006, Ead 2006).

İntravenöz Rejyonel Anestezi (IVRA)

Kısa işlemler için özellikle el cerrahisinde, IVRA periferik bloklara veya genel anesteziye göre daha az maliyetli, hızlı taburculuk sağlayan, güvenli rejijyonel anestezi yöntemidir. Teknik, proksimale yerleştirilerek şişirilen bir turnikeyle dolaşımın engellenmiş ekstremitede, önceden sırtına yerleştirilen intravenöz kanülden lokal anestezi verilmesiyle uygulanır. Turnikenin kontrol dışı ve zamansız açılması halinde gelişebilecek toksik reaksiyon ciddi sorunlar yaratabilecek önemli bir komplikasyondur (Akaçlı ve ark. 2009, Wig 2005, Ead 2006).

Günübirlik Anesteziye Santral Bloklar

Santral bloklar basit, yardımcı ve girişim odası gerektirmeyen, en sık uygulanan rejyonel anestezi teknikleridir. Spinal ve epidural anestezi alt abdominal, perineal ve alt ekstremité blokları için sıklıkla tercih edilen yöntemlerdir. Epidural anesteziye kateter yerleştirilerek gerektiğinde ilave lokal anestezi verilebilmesinin yanında postoperatif ağrı kontrolü de sürdürülebilir. Bloğun geç yerleşmesi epidural iğne ile kazara dura delinme riski, lokal anestezi toksisitesi gibi potansiyel dezavantajları nedeniyle ayaktan hasta bazında kullanımı azalmıştır. Kombine spinal ve epidural anestezi her iki tekniğin avantajlarını (hızlı başlangıç ve lokal anestezi ilave edebilme gibi) bir arada bulundurur, fakat beceri isteyen, uygulaması biraz daha uzun zaman alan bir teknik olarak günübirlik anesteziye fazla yer alamadığı vurgulanmaktadır (Costa 2011, Erem 2006, Warren Stomberg ve ark. 2008).

Spinal Anestezi

Uygulamanın kolay ve blok başlama süresinin hızlı olması, mükemmel cerrahi anestezi oluşturması gibi nedenler günübirlik girişimlerde spinal anesteziye ilgiyi artırmıştır. Bu özelliklerin yanında, sistemik toksik reaksiyon riskinin yok denecek

kadar az olması da diğer rejyonel anestezi yöntemlerine göre spinal anesteziye üstünlük sağladığı bilinmektedir. Hastaların bilinçli olması, bulantı ve kusma, ağrı gibi rahatsızlık verici yan etkilerin yokluğu veya azlığı da derlenme dönemi konforu sağlayarak uygun vakalar için genel anesteziye alternatif oluşturmaktadır. Bununla beraber, çok seyrek görülse de post spinal başlarsa, geçici nörolojik semptomlar gibi postoperatif dönemde sıkıntı yaratacak komplikasyonlar oluşturabileceği düşünülerek gerekli önlemler alınmalıdır. Spinal anesteziye kalem uçlu ince spinal iğnelerin seçilmesi post spinal baş ağrısı sıklığını azaltabilmekteyken gününbirlik hastaların erken mobilizasyonu post spinal baş ağrısını tetikleyici bir neden olabileceği belirtilmektedir (Aktaş Tekin 2008, Özcengiz 2006, Wig 2005).

2.6. Gününbirlik Ameliyat Sonrası Bakım ve İzlem

Gününbirlik cerrahi girişimin başarısı anestezi alan hastanın sorunsuz ve zamanında taburcu olmasına bağlıdır. Girişimin ve anestezinin sonlanmasından hastanın ameliyat öncesi fizyolojik durumuna dönünceye kadar geçen derlenme süreci; koruyucu reflekslerin ve motor tonusun kazanılması, taburcu olma kriterlerinin sağlanabilmesi ve fizyolojik performansı kazanılması gibi farklı evreler içerir. Ameliyatın sona ermesiyle hastalar Ameliyat Sonrası Bakım Ünitesi (ASBÜ)'ne alınabileceği gibi hızlı cerrahi olarak adlandırılan yöntemle ilgili cerrahi üniteye de alınabilirler (Akçalı ve ark. 2009, Ead 2006, Erkal 2007). Yapılan çalışmalarda hastaların %88'in hızlı cerrahi yöntemi ile 60 dakikada, %12'sinin ise 88 dakikada taburcu oldukları belirlenmiştir (Wig 2005, Akçalı ve ark. 2009, Ead 2006).

Gününbirlik cerrahi işlem sonrasında görülebilecek komplikasyon oranı oldukça düşüktür. Çalışmalarda, girişime bağlı komplikasyonların gününbirlik cerrahi ünitesinde ya da taburculuk sonrası 48-72 saatte içinde olduğu bildirilmektedir (Çilingir ve Bayraktar 2009, Gül ve ark. 2008, Rhodes ve ark. 2006). Bu nedenle bazı gününbirlik cerrahi merkezlerinde taburculuk sonrası hasta izleminin hemşireler tarafından telefon veya bilgisayar bağlantısı ile devam ettirildiği vurgulanmaktadır.

Her ne kadar hemşirelik profesyonelleri tarafından, karmaşık bir bilgisayar ağı ile sunulan bakımının, hasta ve hemşireyi birbirine yabancılaştıracağı düşünülmekte ise de, hemşirelik bakımında teknolojinin etkin kullanımının hastalarda güven duygusu oluşumu ve öz bakım girişimlerini de desteklediği belirtilmektedir (Kanan ve ark. 2010, Koçaşlı 2007, Sarıhasan ve ark. 2008). Ayrıca telefonla izlemin, hasta

ve ailesinin günübirlik cerrahiye ilişkin sorularına yanıt verilmesini kolaylaştırarak, hemşirenin sözel olarak hasta ve ailesinin kaygılarının belirlenmesine ve en kısa sürede kaygıların giderilmesine yardımcı olduğu bilinmektedir (Çilingir Bayraktar 2006, Mitchel 2007).

2.7. Günübirlik Ameliyat Sonrası Taburculuk Süreci

Taburcu olan hastaların evde bakımları konusundaki uygulamaları gerçekleştirebilmeleri ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmeleri açısından, hastaların, hastaneye kabul edildikleri günden başlayarak verilen planlı, taburculuk eğitim programları ile desteklenmelidir (Kayahan ve Sertbaş 2007, Oğuz ve Öktem 2010, Sohonen ve ark. 2007). Taburculuk sürecinde taburculuk eğitiminin amacına uygun, hasta merkezli, cerrahi sonrası bireysel gereksinimlerin karşılanmasını kolaylaştıran bilgilenmeyi sağlamaktır (Çatal ve Dicle 2008, Liu 2008, Öztürk ve ark. 2011). Bu kapsamdaki bilgilenmenin içeriğinde, özellikle iyileşmeyi hızlandıran, hastanın kendi bakımını destekleyen ve cesaretlendiren nitelikte bilgi ve öneriler yer almalıdır. Ancak günümüzde hastanede kalış süresindeki kısılmanın, sağlık çalışanlarının taburculuk sonrası bakım kapsamında hastalara bilgi verme rollerini yeterince gerçekleştirememelerine neden olabilmektedir (Ead 2006, Gül ve ark. 2008, Özel 2010). Bu gerçekten hareketle, hastaların gereksinimlerinin karşılanması amacıyla, bilgi gereksinimlerini tanımlamak, önceden hazırlanmış eğitim materyallerini bulundurmak ve taburculuk eğitimini hastalara uygun hale getirmek gereklidir (Türe 2011, Gilmartin 2007). Hasta ve yakınlarına sözlü olarak ifade edilen bilgilerin, yazılı bir eğitim materyali ile desteklenmesinin, taburculuk eğitiminin etkinliğini arttırdığı ve taburculuk sonrası komplikasyon gelişme olasılığını azalttığı üzerinde durulmaktadır (Erkal 2007, Taşdemir ve Çelik Şenol 2010). Hastaların günübirlik cerrahi ünitesinden taburcu olabilmesi için bazı kriterleri taşıması gerekmektedir. Genel ve lokal- bölgesel anestezi için taburculuk kriterleri genelde aynıdır. (Mattila ve ark. 2005, Mattram 2009).

Bunlar hastanın;

Ameliyat sonrası yaşamsal bulgularının normal seyrediyor olması (en az 1.5-2 saat),

- ✓ Ayağa kalkabilmesi,
- ✓ Uyanık ve oryante olması,
- ✓ Ekstremitelerinde duyuvarın geri dönmesi ve dolaşımın yeterli olması,

- ✓ Oral sıvı alımını tolere edebilmesi,
- ✓ İdrarını yapabilmesi,
- ✓ Son bir saat içinde ağrı kesici almamış olması,
- ✓ Ağrısının kontrol altına alınmış olması,
- ✓ Bulantı, kusma ve baş dönmesinin en az düzeyde olması,
- ✓ Aşırı miktarda kanamasının ve yara yerinden akıntısının olmaması,
- ✓ Taburcu olduktan sonra, evde ilk 24-48 saat süre içinde bakabilecek bir yakınının olması olarak sıralanabilir.

(Rosen ve ark. 2008, Rhodes ve ark. 2006, Çay 2011)

Yukarıdaki durumlar söz konusu değilse hasta taburcu edilmez, ilgili kliniğe yatırılarak izlenir. Yapılan değerlendirmede uygun görülen hastalar, aynı gün taburcu edilirler. Taburcu olmasına karar verilen hastalara ve ailelerine, evde dikkat etmeleri gereken konular hakkında hekim ve hemşire tarafından gerekli bilgiler verilir.

Hastanın taburcu olurken bilgilendirilmesinin temel amacı, hastanın kısa süre içinde iyileşmesini sağlamak, anestezi ve ameliyatın komplikasyonlarını azaltmak, evde yaşadığı güçlükleri önlemek, anksiyete ve stresini azaltmaktır. Bilgilendirmenin, hem hastayı hem de ailesini kapsayacak nitelikte olması gerekir. Bilginin sistemli bir şekilde verilebilmesi için her hastanenin kendine özgü bilgilendirme planı bulunmalıdır (Şalviz ve Alkış 2010, Costa 2011). Bilgilendirme planı, hastanın günübirlik cerrahi ünitesinden taburcu olması ve evde dikkat etmesi gereken temel konuları kapsayan bilgileri içerir. Bu plan kapsamında hastalara ve yakınlarına,

- Ameliyat sonrası evde ilk 24 saat içinde izlemeleri gereken durumlar (ağrı, ameliyat bölgesinde kanama/ akıntı, bulantı- kusma vb.),
- Anestetik 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 ilaçların yan etkileri ve diğer ilaçlarla etkileşimleri, yara bakımı, enfeksiyon, aktiviteler, banyo yapma zamanı, seksüel aktiviteye başlama zamanı, araba kullanma ve işe başlama zamanı hakkında bilgi verilir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, hastalara yeterli ve planlı olarak bilgi verilmesinin anksiyete, stres ve ameliyat sonrası komplikasyonları azalttığı, memnuniyeti artırdığı ve işe dönüşü hızlandırdığı saptanmıştır (Aktaş Tekin 2008, Çilingir ve Bakraktar 2006, Doğu 2013, Mitchell 2007).

Ayaktan cerrahi uygulamalarında istenilen başarının elde edilmesi ameliyat öncesi ve sonrası hasta ve ailesinin etkili olarak ele alınması, iyi bir bakım ve eğitim verilmesiyle mümkündür. Özellikle hastaların ameliyat öncesi ve sonrası bir çok bakım gereksinimi hasta ve ailesi tarafından yerine getirildiğinden, bu gereksinimlerin karşılanmasında hasta ve ailesinin eğitimi ayaktan cerrahi uygulamasının ayrılmaz bir parçasıdır. Böylece ameliyat öncesi hazırlıklar evde tamamlanabilmektedir (Dolgun 2010, Ay ve ark. 2007). Ancak günümüzde bu uygulamalarla ilgili çeşitli sorunlar olduğu görülmektedir. Hastaların hastanede geçirdikleri sürenin az olması servise ameliyat günü kabul edilmeleri, ameliyat öncesi hazırlıkların evde kendileri tarafından yapılması gibi nedenlerle hasta ve yakınlarının ameliyat öncesi ve sonrası uygun bakım ve eğitim almalarında bazı aksaklıklar ortaya çıkmakta; bu durum evde bakım aktivitelerini yerine getirirken bireylerin çeşitli sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir (Tepe ve ark. 2013, Kanan ve ark. 2010, İşgör 2007). Ayrıca ayaktan cerrahi girişim uygulanan hastaya bakım veren hemşirelerin de hastaya kısa zamanda neler öğreteceği, etkin öğretim yönteminin ne olduğu, bu bilgileri ne zaman öğreteceği vb. konularda çeşitli endişeler yaşadıkları da belirtilmektedir (Liu ve Chan 2008, Sohonen ve ark. 2007). Klinik gözlemlerimize göre ülkemizde ayaktan cerrahi girişim uygulanan hastaların tedavileri çoğunlukla poliklinik veya ameliyathanede yapılmakta, bu nedenle hastaların hemşireyle etkileşimleri çok sınırlı olmakta, hastalar ameliyat öncesi ve sonrasında yeterli eğitim alamamakta ve evde kendi bakımlarını karşılama konusunda birçok sorunlar yaşamaktadırlar.

2.8. Günübürlük Cerrahi Sonrası Evde Bakım İçin Hazırlık

Günübürlük cerrahi terimi bireyler tarafından değişik ve farklı olarak algılanmaktadır. Günübürlük cerrahi hastası için tıbbi bakım bir gün içerisinde olmakla beraber hastanın ameliyat sonrası iyileşmesi hastaneye yatan bir hasta gibidir. Taburcu olacak hastaya ilaçların dozu, sıklığı ve yan etkilerinin belirtileri hakkında, ameliyatla ilgili hastaneye bildirmesi gereken sorunlar ile ilgili açıklamalar yapılmalıdır (Dedeoğlu 2010, Şal Sarıca 2007, Oğlak 2007). Hastaya bakım verecek kişinin ilgili, fiziksel olarak yeterli güçte, yardım veya bakım için istekli, öğrenme kapasitesi olan, gerçekçi beklentileri olan evde gerekli koşulları sağlayabilecek ve hastanın gereksinim duyacağı yardımlar konusunda planlı düşünebilen kişi olması gereklidir (Akçalı ve ark. 2009, Gilmartin 2007, Koçaşlı 2007).

2.9. Günübirlilik Cerrahi Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunlar

Günübirlilik cerrahi sonrası büyük komplikasyonların görülme sıklığı oldukça düşüktür. Bununla beraber, yaşanabilecek sorunlar taburculuğun gecikmesine ve tekrar hastaneye yatışlarına neden olabilmektedir (Mc Millan 2005, Erkal 2007). Bu durum hasta konforunun azalmasının yanı sıra günübirlilik cerrahi girişime olan güveni de azaltmaktadır. Yapılan bir çalışmada, 355 günübirlilik cerrahi hastasının; ağrı, bulantı, kusma, oryantasyon bozukluğu, boğaz ağrısı, baş dönmesi, öğürme, taburculuk süresinin uzaması gibi komplikasyonları yaşamak istemedikleri bildirilmiştir (Çay 2011, Sarihasan ve ark. 2008, İşgör 2007, Özel 2010).

2.9.1. Ameliyat Bölgesi İle İlgili Sorunlar

Ağrı

Ameliyat bölgesinde ağrı, hastaların günübirlilik ameliyattan sonra yaşadığı sorunlar arasında ilk sırada yer almaktadır. Çilingir ve Bayraktar (2006) çalışmalarında günübirlilik cerrahi girişim uygulanan hastaların ameliyat sonrası birinci günde şiddetli ağrı yaşadıklarını saptamışlardır. Ameliyat sonrasında yaşanan ağrının temel nedeni; cerrahi girişim sonucu oluşan doku hasarıdır. Postoperatif ağrı mekanizması sürecinde insizyon ile damar kesisine ve dokulardaki basıya bağlı staz ve ödem, sinir kesisine bağlı nöropati, kas ve eklem gerilimine bağlı olan mekanizmalar rol oynamaktadır (Aktaş Tekin 2008, Rhodes ve ark. 2006). Günübirlilik cerrahi girişim sonrası şiddetli ağrının nedeni, ilk birkaç saatte ağrı kontrolünün yetersiz yapılmasıdır (Gül ve ark. 2008, Mattram 2009). Kontrol edilemeyen ağrı, ameliyat sonrası bulantı-kusmanın başlıca nedeni olmakta, ayrıca taburculuk sonrası şiddetli ağrı yaşanmasına neden olmaktadır.

Günümüzde postoperatif ağrı tedavisinde; hastanın fiziksel durumu, ağrının şiddeti, şiddetli ağrı yaşanması beklenen süre, cerrahi girişimin yeri ve niteliği, yöntemin hastaya getirebileceği riskler dikkate alınarak, uygun yöntem seçildiğinde oluşabilecek komplikasyonları önlenmesinin olası olduğu bilinmektedir. Günübirlilik cerrahi sonrası uygun oral ya da parantal dozda, hızlı etki süresine sahip, gastrointestinal sistemde iyi tolere edilen, postoperatif dönemde kullanılan diğer ilaçlarla etkileşime girmeyen analjezik ajanların kullanımı idealdir (Alvarez 2006, Yin ve Bogduk 2008, Bellani 2008). Amaç etkin bir analjeziyi ciddi herhangi bir yan etkiye neden olmadan sağlamaktır (Mattila ve ark.2005, Aktaş Tekin 2008).

Yara Yeri Bakımı ve Pansuman

Yapılan çalışmalarda, ameliyattan sonra hastaların evde yaşadığı diğer bir sorunun, yara bakımı ve pansumana ilişkin sorunlar olduğu vurgulanmaktadır (Mitchell 2007, Rosen ve ark. 2008, Tepe ve ark. 2010). Yapılan bu çalışmalarda hastaların yaklaşık %36'sının pansumanla ilgili rahatsızlık duydukları saptanmıştır. Hastaya yara bakımı ve pansumanı ile ilgili yeterli bilgi verilmemesi, kaygıya ve iyileşme sürecinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle, hemşirenin, taburcu olmadan önce yara iyileşmesi, pansumanın değiştirilmesi, enfeksiyon belirtileri ve asepsi kurallarına dikkat etmesi konusunda hastaya yeterli bilgi vermesi önem taşımaktadır (Özkum ve Dal 2011, Dolgun 2010). Hastaların bazı günübürlük cerrahi girişimlerden (septoplasti, rinoplasti, tonsillektomi, artroskopi, halluks vagusa ilişkin cerrahi vb.) sonra ameliyat bölgesinde kanama, ağrı, akıntı/sızıntı ve yara bakımı ile ilgili sorunlar yaşayabileceği bilinmektedir.

2.9.2.Solunum Sistemi İle ilgili Sorunlar

Genel anestezi alan hastalara ameliyat sırasında solunum yolu açıklığını sağlamak için endotrakeal tüp yerleştirilir. Endotrakeal tüp yerleştirilmesi ağızdan nazofarenkse kadar uzanan bölgedeki dokularda hasara neden olabilir. Hastalar solunum gücü, öksürük, boğaz ağrısı ve ses kısıklığı öğürme gibi sorunlar yaşayabilirler (Şal Sarıca 2007, Taşdemir ve Çelik Şenol 2010). Hastalar ameliyattan sonra anestezide kullanılan ilaçlar ya da ağrı nedeni ile de solunum gücü yaşayabilirler. Genelde anestezinin etkisinin geçmesi ile birlikte solunum normale döner (Akçalı ve ark. 2009, Erkal 2007, Leardi ve ark. 2008).

Boğaz Ağrısı, Ses Kısıklığı, Öksürük, Öğürme

Yapılan çalışmalarda hastalar boğaz ağrısı yaşamaktan kaçınmakta ancak ameliyat ve anesteziye bağlı olarak günübürlük cerrahi girişim sonrasında bu sorunu yaşayabilmektedirler (Mc Millan 2005, Çilingir ve Bayraktar 2006, Liu ve ark. 2008). Bunun yanı sıra hastalarda ses kısıklığı ve öksürükte yaşanabilmektedir. Yapılan bir çalışmada; postoperatif boğaz ağrısının görülme oranını %91 olarak belirlemiştir (Şalviz ve Alkış 2010, Gültürk 2012).

2.10.3. Yaşamsal Bulgular İle İlgili Sorunlar

Ateş

Ameliyat sonrası dönemde, hastaların vücut sıcaklığı ve kan basıncında değişiklikler olabilmektedir. Vücut sıcaklığı artışı, ameliyattan sonra karşılaşılan sorunlardan biridir. Ameliyattan ilk 24 saat sonra dehidratasyona bağlı olarak vücut sıcaklığında artış, titreme ve üşüme olması normaldir. Ameliyatı izleyen günlerde vücut sıcaklığının azalması beklenir. Hastanın bol sıvı alması önerilebilir. Ameliyattan 24 saat sonrasında vücut sıcaklığının normale dönmemesi enfeksiyon geliştiğini düşündürür. Solunum sistemine ilişkin enfeksiyon, ameliyattan ilk 48 saat sonra, yara enfeksiyonu 5. günde ve üriner sistem enfeksiyonu ise 5.-8. günlerde gelişir (Özcengiz 2006, Wig 2005, Çilingir ve Bayraktar 2009). Bin hasta üzerinde yapılan bir çalışmada; ameliyattan sonra hastaların %9.8'nin vücut sıcaklığı artışı olduğu, hastaların yaklaşık %15'inde titreme hissi, %23.5'inde ise üşüme hissi olduğu belirtilmiştir (Akçalı ve ark. 2009, Çay 2011, Sohonen ve ark. 2007).

Baş Ağrısı, Baş Dönmesi

Yapılan çalışmalarda, ameliyata ve anestetik ilaçlara bağlı olarak hastalarda baş dönmesi ve baş ağrısı geliştiği belirlenmiş olup gününbirlik cerrahi girişim uygulanan hastaların %3.5' inde baş ağrısı ve %3.5'inde baş dönmesi yaşandığı saptanmıştır. Baş ağrısının normalde ilk birkaç saat içinde geçmesi gerekir. Ağrıyı gidermek için ağrı kesici ilaçlar önerilebilir. Genellikle epidural ve spinal anestezi sonrası çok şiddetli baş ağrısı görülebilir (Alvarez 2006, Tepe ve ark. 2010, Manchikant ve ark. 2008). Hemşirenin, anestezi uygulanan hastaya baş ağrısının giderilmesi için ilk 3 gün bol sıvı alması, uygun pozisyonunda istirahat etmesi ve ağrı kesici ilaç alması konusunda bilgi vermesi önem taşımaktadır (Akçalı ve ark. 2009, Gilmartin 2007, İşgör 2007).

2.9.4. Sindirim Sistemi İle ilgili Sorunlar

Hastalar ameliyattan sonra bulantı- kusma, gaz çıkaramama, iştah değişiklikleri ve midede şişkinlik gibi sorunlar yaşayabilmektedirler. Hastanın yorgunluk ya da ağrı gibi nedenlerle hareketinin kısıtlanması gaz şikayetlerine ve midede şişkinliğe neden olabilir (İsmail ve ark. 2007, Costa 2011). Hemşire, ameliyattan sonra devamlı yatmaması ve kendini iyi hissettiğinde evin içinde dolaşmasının ameliyat sonrasında gelişebilecek gaz ağrılarını önlemeye yardımcı olabileceği konusunda hastayı bilgilendirmelidir (Dedeoğlu 2010, Leardi ve ark. 2008, Kanan ve ark. 2010).

Bulantı, Kusma

Bulantı- kusma, ameliyat sonrası gelişen sorunlar arasında ağrıdan sonra en sık görülen sorunlardan biridir. Ameliyat sırasında kullanılan anestetik ilaçlar bulantı-kusmaya neden olurlar. Yapılan çalışmalarda, gününbirlik cerrahi girişimlerden sonra hastaların yaklaşık % 25'inin bulantı-kusma sorunu olduğu saptanmıştır. (Şal Şarıca 2008, Gültürk 2013). Yapılan bir çalışmada hastaların %11'inin evde bulantı sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Suhonen ve ark. 2007). Bulantı- kusma iştahın azalmasına da neden olabilir. Hemşire, hastaya gerekirse antiemetik ilaç alabileceği, sorunu azalana kadar beslenmesine dikkat etmesi gerektiği konusunda bilgi vermelidir (Gül ve ark. 2008, Malak ve ark. 2010).

2.9.5. Sinir Sistemi ve Duygusal Duruma İlişkin Sorunlar

Uyku Hali, Oryantasyon Bozukluğu

Ameliyat sırasında genel anestezi alan hastalar, anestetik maddelerin sinir sistemini etkilemesi nedeni ile ameliyattan sonra konuşma, hafıza, dikkat ve uyku sorunları yaşamaktadırlar. Bu sorunlar, hastanın günlük yaşam aktivitelerini olumsuz olarak etkilemektedir. Bu nedenle taburcu olmadan önce, hemşire hastaya ameliyattan sonra ilk 24 saat alkol almaması, dikkat gerektiren bir işle uğraşmaması, araba, bisiklet kullanmaması konusunda bilgi vermelidir. (Erkal 2007, Gilmartin 2007). Yapılan çalışmalarda gününbirlik cerrahi girişimi geçiren hastaların %32'sinin ağrıya bağlı olarak uyku sorunları yaşadıkları saptanmıştır. Bununla birlikte; bu sorunların %15'ini uyku bozukluğunun oluşturduğu ve taburcu olurken yeterli bilgi alamayan hastaların da evde kaygı yaşadığı belirlenmiştir (Tan ve ark. 2013, Kanan ve ark 2010, Erem 2006).

2.9.6. Üriner Sistem İle İlgili Sorunlar

Hastalar ameliyattan sonra normalde ilk 6- 8 saat içinde idrar yaparlar. Ancak bazı hastalar, ameliyat ve anestezi türü, korku ve ağrı gibi nedenlerle idrar yapmayabilirler (Liu 2008, Şal Sarıca 2007). Buna ek olarak hastalar, idrar yaparken yanma, ağrı ve sık idrara çıkma sorunlarıyla da karşılaşabilmektedirler. Ameliyat sırasında spinal ya da epidural anestezi alan erkek hastalarda ameliyattan sonra idrar yapmada zorluk, ağrı; kadınlarda ise idrar inkontinansı olabilir. Yapılan çalışmalarda, hastaların %3.5'inde dizüri olduğu ve bunun ürolojiye ilişkin ameliyat geçiren

hastalarda daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu sorunları önlemek için hastaya üretral kateter uygulanabilir. Spinal ve epidural anesteziden sonra üretral kateter 1-2 gün kalabilir. Hemşirenin, üretral kateteri olan hastaya evde kateter bakımı, idrar torbasının değiştirilmesi, idrarın izlenmesi (rengi, miktarı vb) ve kontrendike değilse bol sıvı alması konusunda yeterli bilgi vermesi önem taşımaktadır (Akçalı ve ark. 2009, Warren Stomberg ve ark. 2008, Özcengiz 2006).

2.9.7. Kas İskelet Sistemi İle İlgili Sorunlar

Ameliyat sırasında hastaya kas gevşetici ilaç uygulanması ve uzun süre ameliyat masasında aynı pozisyonda yatırılmasına bağlı olarak yorgunluk gelişebilir. Ameliyat sonrası ilk 12 saatte yorgunluk ve güçsüzlük izlenebilir. Bu durum anestezinin etkisinin azalmasıyla beraber ortadan kalkmaktadır (Mitchell 2007, Çilingir ve Bayraktar 2006). Ayrıca, ameliyat bölgesinde bulunan pansuman ve hareketle birlikte ağrının artacağı endişesi hastanın hareketlerini kısıtlamasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda hastaların ameliyattan sonra ilk günde şiddetli yorgunluk ve güçsüzlük yaşadıkları, izleyen günlerde ise bu yakınmalarının azaldığı belirlenmiştir. Yorgunluk, kas ağrısı hastanın günlük yaşantısını olumsuz yönde etkilediğinden hemşirenin, evde yorucu aktivitelerden uzak durması ve mümkün olduğu kadar dinlenmesi konusunda hastaya bilgi vermesi gerekmektedir (Tepe ve ark. 2010, Costa 2011, Kayahan ve Sertbaş 2007, Bellani 2008).

2.9.8 Sağlık Personeline Ulaşma ve Yeterli Yardım Alma İle İlgili Sorunlar

Hastaların ameliyattan sonra sağlık çalışanlarından evde bakıma yönelik olarak yeterli yardım alamamaları iyileşme sürecini etkileyen sorunlardan biridir. Hastalar, ameliyattan sonra evde bakım, gelişen sorunlar ve çözümleri gibi konularda hemşire ve hekimden yardım almaya gereksinim duyabilirler (Dolgun 2010, Gilmartin 2007, Sarihasan ve diğ. 2008). Evde yaşanan diğer bir sorun, hasta ve yakınlarının reçete edilen ilaçların yan etkileri, diğer ilaçlarla etkileşimleri, hangi yolla, nasıl ve ne sıklıkla kullanılması gerektiğini bilememeleridir. Bu nedenle hemşirenin, taburcu olmadan önce reçete edilen ilaçların yan etkileri, diğer ilaçlarla etkileşimleri, hangi yolla, nasıl ve ne sıklıkla kullanılması gerektiği konusunda mutlaka hasta ve yakınlarına sözel ve yazılı olarak bilgi vermesi önemlidir. Hemşire; taburcu olmadan önce kontrole gelme tarihi, acil durumlarda iletişim kuracakları kişilerin telefon

numaraları ve arama zamanını içeren bilgileri hasta ve yakınlarına yazılı olarak vermelidir. Böylece hasta evde sorun yaşadığında sağlık çalışanlarına kolaylıkla ulaşabilmelidir. (Tepe ve ark. 2010, Şal Sarıca 2007, Şalviz ve Alkış 2010, Rhodes ve diğ 2007, Dedeoğlu 2010).

2.10. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi

Günübirlik cerrahi girişim sonrası hastaların hastanede kalış süresi 1-6 saat gibi kısa bir süreyi kapsadığından, ameliyat sonrası bakımın en iyi koşullarda ve nitelikli bir biçimde gerçekleştirecek planlamaların yapılması gerekir. Günübirlik cerrahi hastası ile yatan hasta arasındaki en önemli farklılıklardan bir diğeri de günübirlik cerrahide hasta-hemşire ilişkisinin çok kısa bir süre içinde gerçekleşmesi, hasta eğitiminin, girişim kararından hemen sonra başlatılması ve taburculuk sonrasında da sürdürülmesi gerekliliğidir (Gül ve ark. 2008, Malak ve ark. 2010, Türe 2006). Ayrıca girişim öncesi eğitimin, hastanın anksiyete düzeyini azalttığı, girişim sonrasında ise kısa sürede bilincin kazanılmasını sağladığı, ağrı kontrolünü kolaylaştırdığı ve erken taburculuğa ortam hazırladığı da bilinmektedir (Akçalı ve ark. 2009, Liu 2008).

Sağlık bilimlerinde bilimsel bilginin her geçen gün biraz daha artması, teknoloji ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler tedavi seçeneklerini de arttırmıştır. Hemşirelik bakımının odağı hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır. Literatürde ve yapılan pek çok çalışmada eğitim, danışmanlık, yan etkilerin kontrolü ve hastanın sorunları ile baş etmesinde yardım konusunda bakım sorumluluğunu üstlenen hemşirelerin hastaların yaşam kalitesini arttırmada etkili oldukları vurgulanmaktadır. Bu nedenle sağlık bakım profesyoneli olarak hemşirelerin gelişen tedavi uygulamalarında, hastaların yaşadıkları sorunların giderilmesi ya da azaltılmasına yönelik girişimleri geliştirmeye, hastalık ve tedaviye uyumlarını desteklemeye yönelik girişimleri uygulama sorumluluğu bulunmaktadır (Rosen ve ark. 2008, Rhodes ve ark. 2006, Çay 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma KKTC' nin başkenti olan Lefkoşa ilçesinde bulunan Yakın Doğu Üniversitesi Hastane'sinde, 10 Aralık 2014-31 Mart 2015 tarihleri arasında gününbirlik cerrahi uygulanan hastalar üzerinde yapılmıştır. YDÜ Hastanesi 20 Temmuz 2010 tarihinde hizmete açılmış olup, uluslar arası standartlar ve Joint Commision International (JCI) akreditasyon kriterlerine uygun olarak yapılmıştır. 22' si özel olmak üzere 209 tek kişilik hasta odası, ameliyathane, 30 yataklı yoğun bakım, 17 yataklı yeni doğan bakım ünitesine sahiptir. Gününbirlik cerrahi yapılan alanlar ise şöyledir;

- ✓ Genel Cerrahi (herni onarımı, pilonidal sinüs, meme biyopsi vs)
- ✓ Üroloji (üretral dilatasyon, sistoskopi, renal biyopsi vs.)
- ✓ Ortopedi (artroskopiler, kırık redüksiyonu, tenektomi vs.)
- ✓ Kulak Burun Boğaz (septoplasti nazal polip eksizyonu vs)
- ✓ Kalp Damar Cerrahisi (varis ameliyatları vs.)
- ✓ Kadın Doğum (gebelik sonlandırma, kist eksizyonu vs.)
- ✓ Göz (katarak vs.)
- ✓ Plastik Cerrahi (rinoplasti, meme büyütüp küçültme, liposakşın vs.)

Tüm bu alanlarda haftada en az 10 gününbirlik cerrahi işlem yapılmaktadır. İşlemden sonra hastalar 3-6 saat içerisinde taburcu edilmektedir. Taburculuk eğitimi hekim ve hemşireler tarafından sözel olarak verilmekte olup yazılı materyal verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Yakın Doğu Üniversite Hastanesi'nde, 10 Aralık 2014-31 Mart 2015 tarihleri arasında gününbirlik cerrahi uygulanan, çalışmaya katılmaya istekli 18 yaş üstü ve iletişim kurulabilir tüm hastalar çalışma kapsamına alınmıştır. Tüm alanlarda yapılan gününbirlik ameliyat sayısı aylık olarak bakıldığında 50 hasta olarak belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda 160 hastaya ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve YDÜ hastane başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. Hastalara soru formu uygulanmadan önce araştırmanın amacı ile ilgili açıklama yapıp, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Formları Çalışmada, araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanmış olan 3 soru formu kullanılmıştır.

1) Tanıtıcı Bilgiler Formu: Bu formda hastanın demografik verileri, iletişim bilgileri ve genel sağlık durumuna ilişkin sorular yer almakta ve toplam 15 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

2) İşlem Sonrası Değerlendirme Formu: Hastaya uygulanan günübirlik cerrahi işlem hakkında, hastanın ameliyat sonrası yaşadığı kanama bulantı kusma gibi komplikasyonlar ve ameliyat sonrası klinikte kalma süresinin belirlenmesine yardımcı olacak sorular yer almaktadır. Toplam 12 sorudan oluşmaktadır (EK 2).

3) Taburculuk İzlem Formu: Bu formda; hastaların evde ilk 24 saat içerisinde yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, kanama, kabızlık, gaz, ağızdan sıvı alma gibi sorunlar yaşayıp yaşamadığını belirleyen sorular ve hastaların yaşadıkları deneyimler ve bunlarla baş etme durumu, giyinme soyunma yemek yeme gibi günlük aktiviteleri yerine getirmeye yönelik yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesine yönelik sorular yer almaktadır. Bu sorular Roper- Logan-Tierney'in Günlük Yaşam Aktiviteleri modeli (GYA) 12 günlük yaşam aktivitesi baz alınarak hazırlanmıştır. Bunun nedeni son yıllarda kabul gören bu model hemşireler tarafından benimsenmiş olup hemşirelik sürecinde uygun bir baz oluşturması ve Abraham Maslow'un insan gereksinimleri hiyerarjisi modeline dayalı olmasıdır (Ay ve diğ. 2007, Çatal 2008, Türkmen 2013), (EK 3).

3.5.2. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması

Formun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini kontrol etmek amacıyla Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Günübirlik Cerrahi ünitesinde, bir haftalık süre içerisinde günübirlik cerrahi uygulanan 10 hastaya ön uygulama yapıp veri toplama formlarında anlaşılır olmayan sorular bulunmadığı ve formlarda

değişiklik yapılması gereksinimi olmadığından ön uygulama yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veriler 10 Aralık 2014- 31 Mart 2015 tarihleri arasında araştırmacı tarafından, ilk aşamada, tanıtıcı bilgiler formu ile gününbirlik cerrahi hastalarının üniteye yatışı yapıldığında dosyasından ve kendisiyle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. İkinci aşamada işlem sonrası değerlendirme formu ile hasta işlem sonrası kliniğe geldiğinde yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Üçüncü aşamada taburculuk izlem formu ile; hasta taburcu olduktan 24 saat sonra telefon görüşmesi ile araştırmacı tarafından sorular sorulup cevaplar işaretlenmiştir. Taburculuk izlem formundaki sorular hasta taburculuktan 7 gün sonra kontrol için hastaneye geldiğinde, hastayla yüz yüze görüşülerekte sorulmuş olup 2-7 günlük süre içerisinde bir farklılık olup olmadığı belirlenmiştir.

3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Anket formundan elde edilen veriler elektronik ortama aktarıldıktan sonra, kodlama sırasında oluşabilecek olası hatalar için tekrar gözden geçirilmiş ve hatalardan arındırılmıştır. Elektronik ortama aktarılan verilerin istatistiksel çözümlemesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) paket programının 20.0'nci sürümü kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyet, yaş grubu, gelir ve çalışma durumu gibi tanıtıcı özellikleri frekans analizi yapılarak frekans dağılım tabloları ile gösterilmiştir. Hastaların, genel sağlık durumları, müdahale yapılan klinik, anestezi türü ve işlem sonrası görülen semptomlar, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bilgi alma durumları, taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde ve 2-7 gün sonra ev ortamında yaşadığı güçlükler, taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde ve 2-7 gün sonra ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlükler frekas analizleri yapılarak frekans tabloları ile gösterilmiştir. Hastaların cinsiyet, yaş grubu, kronik hastalık ve ameliyat sonrası taburculuk eğitimi alma durumlarına göre ilk 24 saat içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı çapraz tablolarla gösterilmiştir. Ayrıca Hastaların ameliyat oldukları klinik/servislere göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat ve 2-7 gün içinde ev ortamında ağrı, yorgunluk/güçsüzlük, Bulantı-Kusma, Akıntı-Kanama ve İştahsızlık/Klinik yaşama durumlarını saptamak amacıyla çapraz tablolar oluşturulmuştur.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların sosyo demografik özellikleri (N=160)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	96	60,00
Erkek	64	40,00
Yaş grubu		
25 yaş ve altı	28	17,50
26-35 yaş arası	60	37,50
36-45 yaş arası	19	11,88
46-55 yaş arası	21	13,13
56 yaş ve üzeri	32	20,00
Çalışma Durumu		
Çalışan	76	47,50
Çalışmayan	84	52,50
Gelir durumu		
Gelir Giderden Az	17	10,63
Gelir Gider denk	127	79,38
Gelir Giderden Çok	16	10,00
Sosyal güvence		
Var	154	96,25
Yok	6	3,75
Yaşadığı yerleşim yeri		
Şehir	106	66,25
Köy/Kasaba	54	33,75
Toplam	160	100,00

Tablo 4.1.'de araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.1. incelendiğinde araştırmaya katılan hastaların %60,00'inin kadın olduğu görülmektedir. Hastaların %17,50'si 25 yaş ve altı, %37,50'si 26-35 yaş arası, %11,88'i 36-45 yaş arası , %13,13'ü 46-55 yaş arası ve %20,00'si 56 yaş ve

üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %47,50'si çalışan ve %52,50'si çalışmayan hastalardan oluşmaktadır. Hastaların %10,63'ü gelirlerinin giderlerinden az olduğunu, %79,38'i gelir ve giderlerinin denk olduğunu ifade etmiştir. Hastaların büyük bir çoğunluğunun (%96,25) sosyal güvencesi bulunmaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %66,25'i şehirde ve %33,75'i köyde ikamet etmektedir.

Tablo 4.2. Hastaların genel sağlık durumları (N=160)

Genel Sağlık Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik rahatsızlığı bulunması durumu		
Yok	118	73,75
Var	42	26,25
Rahatsızlık türü (n=42)		
Hiper tansiyon	27	64,29
Diyabet	13	30,95
Tiroid bozukluğu	2	4,76
Düzenli ilaç kullanma durumu		
Yok	121	75,63
Var	39	24,38
Daha önce cerrahi müdahale yapılması		
Yok	125	78,13
Var	35	21,88
Toplam	160	100,00

Araştırma kapsamına alınan hastaların genel sağlık durumları incelendiğinde; %73,75'inin doktor tarafından konmuş kronik bir rahatsızlığının bulunmadığı görülmektedir. Kronik rahatsızlığı bulunan hastaların %64,29'u Hipertansiyon hastası, %30,95'i diyabet ve %4,76'sı tiroid bozukluğu hastası olduğunu belirtmiştir. Hastaların %24,38'i düzenli olarak ilaç kullanmakta olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %78,13'ü daha önce herhangi bir cerrahi müdahaleye maruz kalmadıklarını, %21,88'i daha önce cerrahi müdahale yaşadıklarını belirtmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların müdahale yapılan klinik, anestezi türü ve işlem sonrası görülen semptomlar (N=160)

Cerrahi İşlem ve Semptomlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cerrahi İşlemin Uygulandığı Klinik		
Üroloji	22	13,75
Genel cerrahi	20	12,50
Kulak-Burun-Boğaz	16	10,00
Göz	21	13,13
Kalp-Damar Cer	8	5,00
Kadın doğum	39	24,38
Plastik cerrahi	18	11,25
Ortopedi	16	10,00
Anestezi Türü		
Genel	104	65,00
Lokal	56	35,00
İşlem sonrası hastane görülen semptomlar*		
Ağrı	112	70,00
Halsizlik/Yorgunluk	83	51,88
İştahsızlık	31	19,38
Korku/Endişe	84	52,50
Bulantı- kusma	68	42,50

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların cerrahi müdahalenin yapıldığı klinik/servis, aldıkları anestezi türü ve cerrahi müdahale sonrası görülen semptomlara göre dağılımı Tablo 4.3.'te verilmiştir.

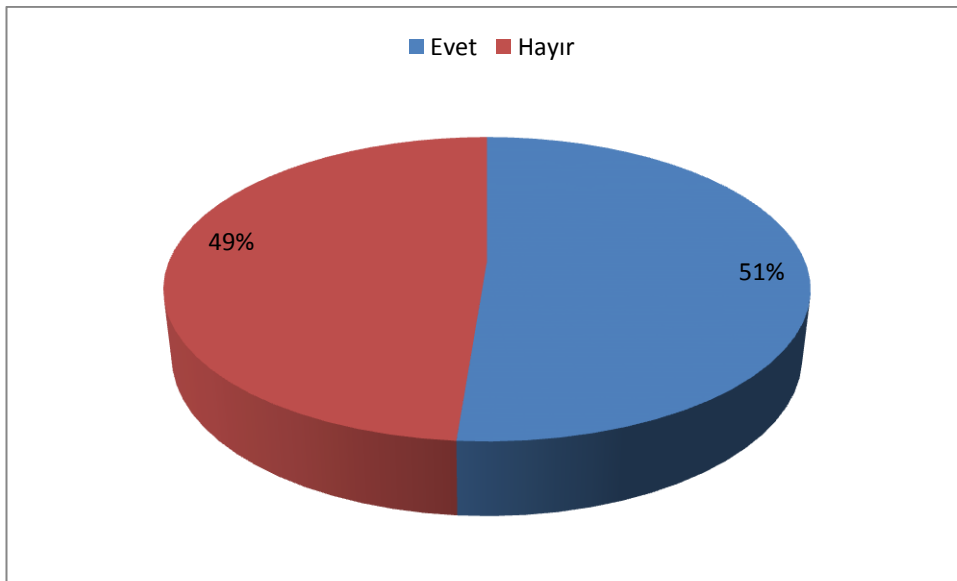
Tablo 4.3.'e göre hastaların %13,75'i üroloji servisinde, %12,50'si genel cerrahi, %10,00'u Kulak-Burun-Boğaz, %13,13'ü göz, %5,00'i kalp-damar cerrahisi, %24,38'i kadın doğum, %11,25'i plastik cerrahi ve %10,00'ı ortopedi servisinde gününbirlik cerrahi müdahale yaşamıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %65,00'i genel anestezi ve %35,00'i lokal anesteziyle cerrahi müdahale görmüştür. Yapılan cerrahi müdahale sonrasında hastaların %70,00'inde ağrı, %51,88'inde halsizlik/yorgunluk, %19,38'inde iştahsızlık, %52,50'sinde korku/endişe ve %42,50'sinde bulantı/kusma semptomları görülmüştür.

Tablo 4.4. Hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bilgi alma durumları (N=160)

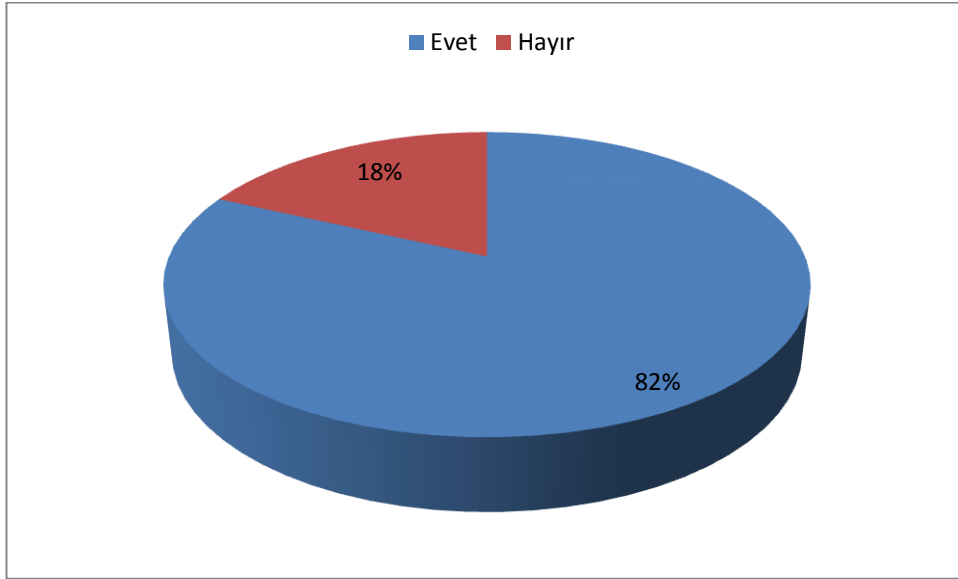
Ameliyat Öncesi Bilgi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ameliyat öncesinde, ameliyata ilişkin detaylı bilgi alma durumu		
Evet	145	90,63
Hayır	15	9,38
Bilgi veren(n=145) *		
Hekim	100	69,00
Hemşire	54	37,00
Ameliyat Sonrası taburculuk eğitimi alma durumu		
Evet	116	72,50
Hayır	44	27,50
Eğitim veren (n=116)*		
Hekim	112	96,55
Hemşire	34	29,00

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

Şekil 1. Hastaların verilen taburculuk eğitimini yeterli bulma durumlarına göre dağılımı



Şekil 2. Hastaların evde bakımları için yazılı materyal verilmesini isteme durumlarına göre dağılımı



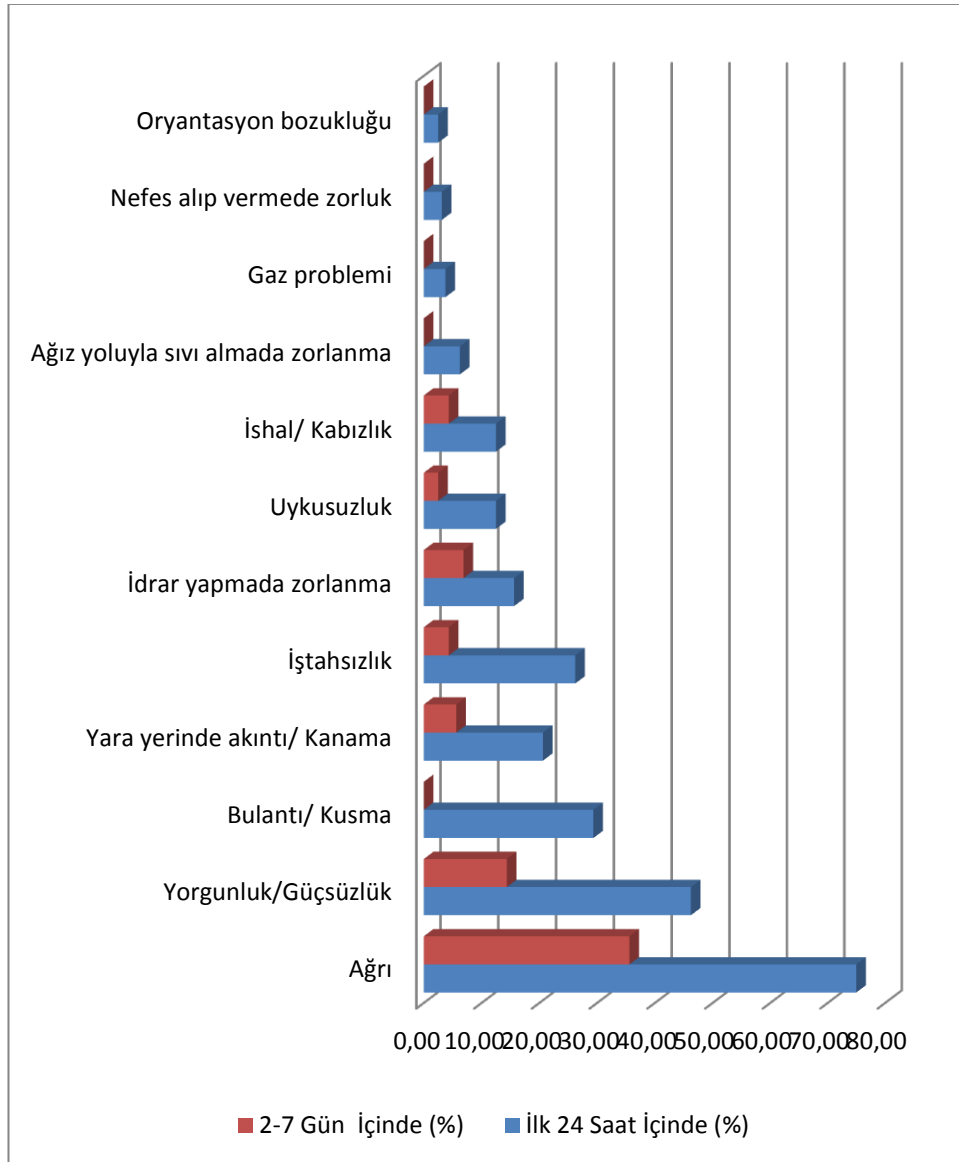
Tablo 4.4.'te verilen hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bilgi alma durumlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan hastaların %90,63'ünün ameliyat öncesinde ameliyata ilişkin detaylı bilgi aldığı görülmektedir. Ameliyat öncesinde doktordan bilgi alan hastaların oranı %69,00 ve hemşireden bilgi alanların oranı %37,00'dir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %72,50'si ameliyat sonrası taburculuk eğitimi aldığını ifade etmiştir. Taburculuk eğitimi alan hastaların %96,55'i doktordan ve %29,00'u hemşireden eğitim almıştır. Şekil 1.'deki sonuçlar incelendiğinde araştırma kapsamına alınan hastaların %51,00'i verilen taburculuk eğitimini yeterli bulmuş, %49,00'u ise verilen eğitimi yeterli bulmamıştır. Ayrıca hastaların %82,00'si taburculuk sonrası evde bakımları için yazılı materyal verilmesini istemektedir.

Tablo 4.55. Hastaların taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde ve 2-7 gün içinde ev ortamında yaşadığı güçlüklerin dağılımı (N=160)*

	İlk 24 Saat İçinde (%)	2-7 Gün İçinde (%)
Ağrı	75,00	35,62
Yorgunluk/Güçsüzlük	46,25	14,38
Bulantı/ Kusma	29,37	-
Yara yerinde akıntı/ Kanama	20,63	5,63
İştahsızlık	26,25	4,35
İdrar yapmada zorlanma	15,63	6,88
Uykusuzluk	12,50	2,50
İshal/ Kabızlık	12,50	4,35
Ağız yoluyla sıvı almada zorlanma	6,25	-
Gaz problemi	3,75	-
Nefes alıp vermede zorluk	3,13	-
Oryantasyon bozukluğu	2,50	-

**Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.*

Şekil 3. Hastaların taburcu edildikten 24 saat ve 2-7 gün içinde ev ortamında yaşadığı güçlüklerin dağılımı



Araştırma kapsamına alınan hastaların taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde ve 2-7 gün içinde ev ortamında yaşadığı güçlüklerin dağılımı Tablo 5.'te verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %75,00'i taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde ağrı, %46,25'i yorgunluk/güçsüzlük, %29,37'si bulantı kusma, %20,63'ü yara yerinde akıntı/kanama, %26,25'i iştahsızlık, %15,63'ü idrar yapmada zorlanma, %12,50'si uykusuzluk, %12,50'si ishal/kabızlık, %6,25'i ağız yoluyla sıvı almada zorlanma, %3,75'i gaz problemi, %3,13'ü nefes alıp vermede zorluk ve %2,50'si oryantasyon bozukluğu problemleri yaşamıştır.

Hastaların taburcu olduktan 2-7 gün içinde yaşadıkları problemler incelendiğinde; %35,62'sinin ağrı, %14,38'inin yorgunluk/güçsüzlük, %5,63'ünün yara yerinde akıntı/kanama, %4,35'inin iştahsızlık, %6,88'inin idrar yapmada zorlanma ve %2,50'sinin uykusuzluk problemi yaşadığı saptanmıştır. Hastalar taburcu olduktan 2-7 gün içinde bulantı/kusma, ağız yoluyla sıvı almada zorlanma, gaz problemi, nefes alıp vermede zorluk ve oryantasyon bozukluğu gibi problemler yaşamamıştır.

Tablo 4.6. Hastaların taburcu edildikten 2-7 gün içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı (N=160)

Aktiviteler	İlk 24 Saat İçinde (%)								2-7 Gün İçinde (%)							
	Zorlanmadım		Zorlandım ama yaptım		Yardımla yaptım		Yapamadım		Zorlanmadım		Zorlandım ama yaptım		Yardımla yaptım		Yapamadım	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yürüme ve gezinme	30	18,75	103	64,38	27	16,88	-	-	155	96,88	5	3,13	-	-	-	-
Merdiven çıkma	25	15,63	127	79,38	8	5,00	-	-	151	94,38	8	5,00	-	-	-	-
Kişisel bakım	15	9,38	120	75,00	25	15,63	-	-	144	90,00	16	10,00	-	-	-	-
Banyo yapma	13	8,13	108	67,50	15	9,38	24	15,00	144	90,00	2	1,25	14	8,75	-	-
Giyinme- soyunma	18	11,25	111	69,38	31	19,38	-	-	160	100,00	-	-	-	-	-	-
Yeme- içme	126	78,75	31	19,38	2	1,25	-	-	133	83,13	11	6,88	16	10,00	-	-
Tuvalete gitme	20	12,50	129	80,63	11	6,88	-	-	32	20,00	-	-	-	-	-	-
Telefon kullanabilme	158	98,75	-	-	1	0,63	-	-	32	20,00	-	-	-	-	-	-
Evin bakımı	-	-	-	-	11	6,88	149	93,13	21	13,13	-	-	-	-	11	6,88
Alışveriş yapma	-	-	-	-	11	6,88	148	92,50	130	81,25	4	2,50	11	6,88	15	9,38

Tablo 4.6.'da araştırma kapsamına alınan hastaların taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde ve 2-7 gün içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı verilmiştir.

Hastaların %18,75'i taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde yürüme ve gezinme aktivitelerini zorlanmadan yaptığını, %64,38'i zorlanarak yaptığını, %16,88'i yardımla yaptığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %15,63'ü taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde merdiven çıkma aktivitesini zorlanmadan yaptığını, %79,38'i zorlanarak yaptığını, %5,00'i yardımla yaptığını ifade etmiştir. Hastaların %9,38'inin kişisel bakımlarını zorlanmadan yaptıkları, %75,00'inin zorlanarak yaptıkları, %15,63'ünün yardımla yaptığı saptanmıştır. Hastaların %8,13'ü banyo yapmada zorlanmadığını, %67,50'si zorlanarak banyo yaptığını, %9,38'i yardımla banyo yaptığını ve %15,00'i taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde banyo yapamadığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %11,25'i giyinme-soyunma aktivitesini zorlanmadan , %69,38'i zorlanarak ve %19,38'i yardım alarak yapmıştır. Hastaların %78,75'i yeme-içmede zorlanmadığını, %19,38'i zorlanarak yaptığını ve %1,25'i yardım alarak yaptığını ifade etmiştir. Hastaların %12,50'si tuvalete gitmekte zorlanmadığını, %80,63'ü zorlanarak ve %6,88 zorlanarak tuvalete gittiğini belirtmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %98,75'i telefon kullanmada herhangi bir problem yaşamadığını belirtmiştir. Hastaların %93,13'ü evin bakımı ve alışveriş aktivitelerini gerçekleştiremediğini belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların taburcu edildikten 2-7 gün içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı incelendiğinde;

Araştırma kapsamına alınan hastaların %3,13'ünün yürüme ve gezinme, %5,00'inin merdiven çıkma, %10,00'unun kişisel bakımlarını, %1,25'inin banyo yapma, %6,88'inin yeme içme, %5,00'inin tuvalete gitme ve %2,50'sinin alışveriş yapma aktivitelerini zorlanarak yaptığı saptanmıştır. Hastaların %3,75'i banyo yapma, %3,75'i yeme-içme ve % 6,88'i alışveriş yapma aktivitelerini yardımla yaptıklarını ifade etmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %6,88'i evin bakımı ve %9,38'i alışveriş yapma aktivitelerini yapamadıklarını ifade etmiştir.

Tablo 4.7. Hastaların cinsiyetlerine göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde ve 2-7 gün içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı (N=160)

Yaşanan Problem	İlk 24 Saat İçinde (%)				2-7 Gün İçinde (%)			
	Kadın(n=96)		Erkek(n=64)		Kadın(n=96)		Erkek(n=64)	
	n	%	N	%	N	%	n	%
Ağrı	73	76,04	47	73,44	31	32,29	26	40,63
Yara yerinde akıntı/ Kanama	20	20,83	13	20,31	6	6,25	3	4,69
Nefes alıp vermede zorluk	4	4,17	1	1,56	-	-	-	-
Oryantasyon bozukluğu	3	3,13	1	1,56	-	-	-	-
İştahsızlık	31	32,29	11	17,19	6	6,25	1	1,56
Uykusuzluk	13	13,54	7	10,94	2	2,08	1	1,56
Yorgunluk/Güçsüzlük	43	44,79	21	32,81	15	15,63	8	12,50
Bulantı/ Kusma	31	32,29	16	25,00	-	-	-	-
İshal/ Kabızlık	9	9,38	11	17,19	5	5,21	2	3,13
Gaz problemi	5	5,21	1	1,56	-	-	-	-
Ağız yoluyla sıvı almada zorlanma	2	2,08	8	12,50	-	-	-	-
İdrar yapmada zorlanma	6	6,25	19	29,69	1	1,04	10	15,63

Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyetlerine göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadıkları güçlüklerin dağılımı incelendiğinde; kadın hastaların %76,04'ünün ağrı, %20,83'ünün yara yerinde akıntı/kanama, %4,17'sinin nefes alıp vermede zorlanma, %3,13'ünün oryantasyon bozukluğu, %32,29'unun iştahsızlık, %13,54'ünün uykusuzluk, %44,79'unun yorgunluk/güçsüzlük, %32,29'unun bulantı/kusma, %9,38'inin ishal/kabızlık, %5,21'inin gaz problemi, %2,08'inin ağız yoluyla sıvı almada zorlanma ve %6,25'inin idrar yapmada zorlanma problemi yaşadıkları saptanmıştır. Erkek hastaların ise %73,44'ünün ağrı, %20,31'inin yara yerinde akıntı/kanama, %1,56'sını nefes alıp vermede zorlanma, %1,56'sının oryantasyon bozukluğu, %17,19'unun iştahsızlık, %10,94'ünün uykusuzluk, %32,81'inin yorgunluk/güçsüzlük, %25,00'ini bulantı/kusma, %17,19'unun ishal/kabızlık, %1,56'sının gaz problemi, %12,50'sinin ağız yoluyla sıvı almada zorlanma ve %29,69'unun idrar yapmada zorlanma problemi yaşadıkları saptanmıştır. Hastaların cinsiyetlerine göre taburcu olduktan 2-7 gün içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadıkları güçlüklerin dağılımı incelendiğinde; kadın hastaların %32,29'u ağrı, %6,25'i yara yerinde akıntı kanama, %6,25'i iştahsızlık, %2,08'i uykusuzluk, %15,63'ü yorgunluk/güçsüzlük, %5,21'i ishal/kabızlık problemi yaşamıştır.

Tablo 4.8. Hastaların yaş gruplarına göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde ve 2-7 gün içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı (N=160)

Yaşanan Problem	İlk 24 Saat İçinde (%)										2-7 Gün İçinde (%)									
	25 yaş ve altı		26-35 yaş arası		36-45 yaş arası		46-55 yaş arası		56 yaş ve üzeri		25 yaş ve altı		26-35 yaş arası		36-45 yaş arası		46-55 yaş arası		56 yaş ve üzeri	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ağrı	9	32,14	22	36,67	8	42,11	9	42,86	9	28,13	23	82,14	45	75,00	17	89,47	17	80,95	18	56,25
Yara yerinde akıntı/ Kanama	2	7,14	3	5,00	1	5,26	1	4,76	2	6,25	6	21,43	12	20,00	2	10,53	2	9,52	11	34,38
Nefes alıp vermede zorluk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	6,67	-	-	-	-	1	3,13
Oryantasyon bozukluğu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5,00	-	-	-	-	1	3,13
İştahsızlık	0	0,00	0	0,00	1	5,26	2	9,52	4	12,50	7	25,00	13	21,67	6	31,58	7	33,33	9	28,13
Uykusuzluk	-	-	-	-	-	-	1	4,76	2	6,25	3	10,71	9	15,00	2	10,53	3	14,29	3	9,38
Yorgunluk/Güçsüzlük	3	10,71	4	6,67	3	15,79	5	23,81	8	25,00	14	50,00	23	38,33	8	42,11	9	42,86	10	31,25
Bulantı/ Kusma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	28,57	16	26,67	7	36,84	6	28,57	10	31,25
İshal/ Kabızlık	2	7,14	1	1,67	2	10,53	2	9,52	-	-	6	21,43	8	13,33	-	-	3	14,29	3	9,38
Gaz problemi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7,14	4	6,67	-	-	-	-	-	-
Ağız yoluyla sıvı almada zorlanma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	10,71	6	10,00	-	-	-	-	1	3,13
İdrar yapmada zorlanma	0	0,00	1	1,67	3	15,79	3	14,29	4	12,50	3	10,71	6	10,00	5	26,32	5	23,81	6	18,75

Tablo 4.8.'de araştırma kapsamına alınan hastaların yaş gruplarına göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde ve 2-7 gün içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadıkları güçlüklerin dağılımı verilmiştir.

25 yaş ve altı yaş grubunda yer alan hastaların %82,14'ü ağrı, %21,43'ü yara yerinde akıntı/kanama, %25,00'i iştahsızlık, %10,71'i uykusuzluk, %50,00'si yorgunluk/güçsüzlük, %28,57'si bulantı/kusma, %21,43'ü ishal/kabızlık, %7,14'ü gaz problemi, %10,71'i ağız yoluyla sıvı almada zorlanma ve %10,71'i idrar yapmada zorlanma problemi yaşamıştır. 26-35 yaş grubunda yer alan hastaların %75,00'inin ağrı, %20,00'sinin yara yerinde akıntı/kanama, %6,67'sinin nefes alıp vermede zorlanma, %5,00'inin oryantasyon bozukluğu, %21,67'sinin iştahsızlık, %15,00'inin uykusuzluk, %38,33'ünün yorgunluk/güçsüzlük, %26,67'sinin bulantı/kusma, %13,33'ünün ishal/kabızlık, %6,67'sinin gaz problemi, %10'unun ağız yoluyla sıvı almada zorlanma ve %10,00'unun idrar yapmada zorlanma problemi yaşadıkları saptanmıştır. Araştırmaya katılan 35-45 yaş grubu hastaların %89,47'si ağrı, %10,53'ü yara yerinde akıntı/kanama, %31,58'i iştahsızlık, %10,53'ü uykusuzluk, %42,11'i yorgunluk/güçsüzlük, %6,84'ü bulantı/kusma ve %26,32'si idrar yapmada zorlanma problemi yaşamıştır. 46-55 yaş grubunda yer alan hastaların %80,95'i ağrı, %9,52'si yara yerinde akıntı/kanama, %33,33'ü iştahsızlık, %14,29'u uykusuzluk, %42,86'si yorgunluk/güçsüzlük, %28,57'si bulantı/kusma, %14,29'u ve %23,81'i idrar yapmada zorlanma problemi yaşamıştır. Araştırmaya katılan 56 yaş ve üzeri yaş grubunda yer alan hastaların %25,25'inin ağrı, %33,38'inin yara yerinde akıntı/kanama, %3,13'ünün nefes alıp vermede zorlanma, %3,13'ünün oryantasyon bozukluğu, %28,13'ünün iştahsızlık, %9,38'inin uykusuzluk, %31,25'inin yorgunluk/güçsüzlük, %31,25'inin bulantı/kusma, %9,38'inin ishal/kabızlık, %3,13'ünün ağız yoluyla sıvı almada zorlanma ve %18,75'nin idrar yapmada zorlanma problemi yaşadığı tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan 25 yaş ve altı yaş grubunda yer alan hastaların %32,14'ünün taburcu olduktan 2-7 gün içinde ağrı, %7,14'ünün yara yerinde akıntı/kanama, %10,71'inin yorgunluk/güçsüzlük ve %7,14'ünün ishal/kabızlık problemi yaşadıkları tespit edilmiştir. 26-35 yaş grubunda yer alan hastaların %36,67'sinin ağrı, %5'inin yara yerinde akıntı/kanama, %6,67'sinin yorgunluk/güçsüzlük, %1,67'sinin ishal/kabızlık ve %1,67'sinin idrar yapmada

zorlanma problemi yaşadıkları saptanmıştır. Araştırmaya kapsamına alınan 36-45 yaş grubu hastaların %42,11'inin ağrı, %5,26'sının yara yerinde akıntı/kanama, %5,26'sının iştahsızlık, %15,79'unun yorgunluk/güçsüzlük, %10,53'ünün ishal/kabızlık ve %15,79'unun idrar yapmada zorlanma problemi yaşadıkları saptanmıştır. 46-55 yaş grubunda yer alan hastaların %42,86'sı ağrı, %4,76'sı yara yerinde akıntı/kanama, %9,52'si iştahsızlık, %4,76'sı uykusuzluk, %23,81'inin yorgunluk güçsüzlük, %9,52'si ishal/kabızlık ve %14,29'u idrar yapmada zorlanma problemi yaşamıştır. 56 yaş ve üzeri yaş grubunda yer alan hastaların %28,13'ünün ağrı, %6,25'inin yara yerinde akıntı/kanama, %12,50'sinin iştahsızlık, %6,25'inin uykusuzluk, %25,00'inin yorgunluk/güçsüzlük ve %12,50'sinin idrar yapmada zorlanma problemi yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4.9. Kronik hastalığı bulunan hastaların kronik hastalık türlerine göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde ve 2-7 gün içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı (N=160)

Yaşanan Problem	İlk 24 Saat İçinde (%)						2-7 Gün İçinde (%)					
	Hipertansiyon		Diyabet		Trioid Bozukluğu		Hipertansiyon		Diyabet		Trioid Bozukluğu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ağrı	5	18,52	5	38,46	1	50,00	17	62,96	9	69,23	2	100,00
Yara yerinde akıntı/ Kanama	1	3,70	2	15,38		0,00	8	29,63	4	30,77	-	-
Nefes alıp vermede zorluk	-	-	-	-	-	-	1	3,70	-	-	-	-
Oryantasyon bozukluğu	-	-	-	-	-	-	1	3,70	-	-	-	-
İştahsızlık	6	22,22	-	-	1	50,00	4	14,81	3	23,08	1	50,00
Uykusuzluk	2	7,41	1	7,69	-	-	1	3,70	2	15,38		
Yorgunluk/Güçsüzlük	12	44,44	7	53,85	-	-	9	33,33	2	15,38	1	50,00
Bulantı/ Kusma	-	-	-	-	-	-	8	29,63	4	30,77	-	-
İshal/ Kabızlık	1	3,70	1	7,69			1	3,70	1	7,69	1	50,00
Gaz problemi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ağız yoluyla sıvı almada zorlanma	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7,69	-	-
İdrar yapmada zorlanma	1	3,70	1	7,69	-	-	6	22,22	2	15,38	1	50,00

Tablo 4.9.'da doktor tarafından tanısı konmuş kronik rahatsızlığı hastaların, hastalık türlerine göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı problemleri dağılımı verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan ve hipertansiyon rahatsızlığı bulunan hastaların %62,96'sının ağrı, %29,63'ünün yara yerinde akıntı/kanama, %3,70'inin nefes alıp vermede zorlanma, %3,70'inin oryantasyon bozukluğu, %14,81'inin iştahsızlık, %3,70'inin uykusuzluk, %33,33'ünün yorgunluk/güçsüzlük, %29,63'ünün bulantı/kusma, %3,70'inin ishal/kabızlık ve %22,22'sinin idrar yapmada zorlanma problemi yaşadıkları saptanmıştır. Diyabet hastalarının %69,23'ünün ağrı, %30,77'sinin yara yerinde akıntı/kanama, %23,08'inin iştahsızlık, %15,38'inin uykusuzluk, %15,38'inin yorgunluk/güçsüzlük, %30,77'sinin bulantı/kusma ve %15,38'inin idrar yapmada zorlanma problemi yaşadıkları saptanmıştır. Tiroid bozukluğu olan hastaların tamamı taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde ağrı, %50'si iştahsızlık, yorgunluk/güçsüzlük, ishal/kabızlık ve idrar yapmada zorlanma problemi yaşamıştır. Doktor tarafından tanısı konmuş kronik rahatsızlığı hastaların, hastalık türlerine göre taburcu olduktan 2-7 gün içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı problemleri incelendiğinde; Hipertansiyon rahatsızlığı bulunan hastaların %18,52'sinin ağrı, %3,70'inin yara yerinde akıntı/kanama, %22,22'sinin iştahsızlık, %44,44'ünün yorgunluk/güçsüzlük, problemi yaşadıkları saptanmıştır. Araştırmaya katılan Diyabet hastalarının %38,46'sının ağrı, %15,38'inin yara yerinde akıntı ve kanama, %7,69'unun uykusuzluk, %53,85'inin yorgunluk/güçsüzlük, %7,69'u ishal/kabızlık ve %7,69'unun idrar yapmada zorlanma problemi yaşadıkları tespit edilmiştir. Tiroid bozukluğu olan hastaların %50'si hastaneden taburcu olduktan 2-7 gün içinde ağrı ve iştahsızlık sorunu yaşamıştır.

Tablo 4.10. Hastaların ameliyat sonrası taburculuk eğitimi alma durumlarına göre ilk 24 saat içinde ve 2-7 gün içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı güçlüklerin dağılımı (N=160)

Yaşanan Problem	İlk 24 Saat İçinde (%)		2-7 Gün İçinde (%)	
	Eğitim Alan		Eğitim Almayan	
	n	%	N	%
Ağrı	89	76,72	31	70,45
Yara yerinde akıntı/ Kanama	21	18,10	12	27,27
Nefes alıp vermede zorluk	5	4,31	-	-
Oryantasyon bozukluğu	4	3,45	-	-
İştahsızlık	29	25,00	13	29,55
Uykusuzluk	13	11,21	7	15,91
Yorgunluk/Güçsüzlük	47	40,52	17	38,64
Bulantı/ Kusma	26	22,41	21	47,73
İshal/ Kabızlık	14	12,07	6	13,64
Gaz problemi	6	5,17	-	-
Ağız yoluyla sıvı almada zorlanma	9	7,76	1	2,27
İdrar yapmada zorlanma	18	15,52	7	15,91

Ameliyat sonrası taburculuk eğitimi alan hastaların %76,72'sinin ağrı, %18,10'unun yara yerinde akıntı/kanama, %4,31'inin nefes alıp vermede zorlanma, %3,45'inin oryantasyon bozukluğu, %25,00'inin iştahsızlık, %11,21'inin uykusuzluk, %40,52'sinin yorgunluk/güçsüzlük, %22,41'inin bulantı/kusma, %12,07'sinin ishal/kabızlık %5,17'sinin gaz problemi, %7,76'sinin ağız yoluyla sıvı almada zorlanma ve %15,52'sinin idrar yapmada zorlanma problemi yaşadıkları saptanmıştır. Ameliyat sonrası taburculuk eğitimi almayan hastaların ise %70,45'inin ağrı, %27,27'sinin yara yerinde akıntı/kanama, %29,55'inin iştahsızlık, %15,91'inin uykusuzluk, %38,64'ünün yorgunluk/güçsüzlük, %47,73'ünün bulantı/kusma, %13,64'ünün ishal/kabızlık, %2,27'sinin ağız yoluyla sıvı almada zorlanma ve %15,91'inin idrar yapmada zorlanma problemi yaşadıkları saptanmıştır

Hastaların 2-7 gün içinde ev ortamında karşılaştıkları sorunlar incelendiğinde; Ameliyattan sonra taburculuk eğitimi alan hastaların %22,41'inin ağrı, %2,59'unun yara yerinde akıntı/kanama, %3,45'inin iştahsızlık, %1,72'sinin uykusuzluk, %8,62'sinin yorgunluk/güçsüzlük, %1,72'sinin ishal/kabızlık ve %1,04'ü idrar yapmada zorlanma problemi yaşadıkları saptanmıştır. Ameliyattan sonra taburculuk eğitimi alan hastaların ise %47,73'ünün ağrı, %13,64'ünün yara yerinde akıntı/kanama, %6,82'sinin iştahsızlık, %2,27'sinin uykusuzluk, %29,55'inin yorgunluk/güçsüzlük, %11,36'sinin ishal/kabızlık ve idrar yapmada zorlanma problemi yaşamış oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.11. Hastaların ameliyat oldukları klinik/servislere göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat ve 7 gün içinde ev ortamında ağrı yaşama durumlarına göre dağılımı (N=160)

Klinik	İlk 24 Saat İçinde		2-7 gün içinde	
	n	%	N	%
Kalp-Damar Cer.	5	62,50	2	25,00
Ortopedi	11	68,75	7	43,75
Göz	8	38,10	2	9,52
Plastik cerrahi	15	83,33	9	50,00
Üroloji	15	68,18	8	36,36
Kulak-Burun-Boğaz	14	87,50	9	56,25
Genel cerrahi	19	95,00	12	60,00
Kadın doğum	33	84,62	8	20,51

Araştırma kapsamına alınan kalp-damar cerrahisinde ameliyat olmuş hastaların %62,50'sinin, ortopedi servisinde ameliyat olmuş hastaların %68,75'inin, göz ameliyatı olmuş hastaların %38,10'unun, plastik cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %83,33'ünün, üroloji kliniğinde ameliyat olmuş hastaların 68,18'inin, Kulak-Burun-Boğaz servisinde ameliyat olmuş hastaların %87,50'sinin, genel cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %95,00'inin ve kadın doğum servisinde ameliyat olmuş hastaların %84,62'sinin taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde ağrı problemi yaşadıkları saptanmıştır. Kalp-damar cerrahisinde ameliyat olmuş hastaların %25,00'inin, ortopedi servisinde ameliyat olmuş hastaların %43,75'inin, göz servisinde ameliyat olmuş hastaların %9,52'sinin, plastik cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %50,00'sinin, üroloji servisinde ameliyat olmuş hastaların.%36,36'sinin,kulak burun boğaz servisinde ameliyat olmuş hastaların %56,25'inin, genel cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %60,00'inin ve kadın doğum servisinde ameliyat olmuş hastaların %20,51'inin taburcu olduktan 2-7 gün içinde ağrı problemi yaşadıkları saptanmıştır.

Tablo 4.12. Hastaların ameliyat oldukları klinik/servislere göre ilk 24 saat ve 7 gün içinde ev ortamında yorgunluk/güçsüzlük yaşama durumlarına göre dağılımı (N=160)

Klinik	İlk 24 Saat İçinde		2-7 gün içinde	
	n	%	N	%
Kalp-Damar Cer.	2	25,00	-	-
Ortopedi	9	56,25	4	25,00
Göz	2	9,52	-	-
Plastik cerrahi	11	61,11	5	27,78
Üroloji	8	36,36	3	13,64
Kulak-Burun-Boğaz	9	56,25	4	25,00
Genel cerrahi	11	55,00	7	35,00
Kadın doğum	22	56,41	-	-

Tablo 4.12.'de araştırma kapsamına alınan hastaların, ameliyat oldukları klinik/servislere göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat ve 7 gün içinde ev ortamında yorgunluk/güçsüzlük yaşama durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Kalp-damar cerrahisinde ameliyat olmuş hastaların %25,00'inin , ortopedi servisinde ameliyat olmuş hastaların %56,25'inin, göz servisinde ameliyat olmuş hastaların %9,52'sinin, plastik cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %61,11'inin, üroloji servisinde ameliyat olmuş hastaların %36,36'sının, Kulak-Burun-Boğaz servisinde ameliyat olmuş hastaların %56,25'inin, genel cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %55,00'inin , kadın doğum servisinde ameliyat olmuş hastaların %56,41'inin taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde yorgunluk/güçsüzlük problemi yaşadıkları saptanmıştır. Taburcu olduktan 2-7 gün içinde ortopedi servisinde ameliyat olan hastaların %25,00'inde, plastik cerrahi servisinde ameliyat olan hastaların %27,78'inde, üroloji servisinde ameliyat olmuş hastaların %13,64'ünde, Kulak-Burun-Boğaz servisinde ameliyat olmuş hastaların %25,00'inde, genel cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %35,00'inde yorgunluk/güçsüzlük problemi görülmüştür.

Tablo 4.13. Hastaların ameliyat oldukları klinik/servislere göre ilk 24 saat ve 7 gün içinde ev ortamında bulantı/kusma yaşama durumlarına göre dağılımı (N=160)

Klinik	İlk 24 Saat İçinde		2-7 gün içinde	
	n	%	n	%
Kalp-Damar Cer.	1	12,50	-	-
Ortopedi	6	37,50	-	-
Göz	1	4,76	-	-
Plastik cerrahi	11	61,11	-	-
Üroloji	6	27,27	-	-
Kulak-Burun-Boğaz	10	68,75	-	-
Genel cerrahi	6	30,00	-	-
Kadın doğum	5	12,82	-	-

Hastaların, ameliyat oldukları klinik/servislere göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat ve 7 gün içinde ev ortamında bulantı/kusma yaşama durumlarına göre dağılımı Tablo 4.13.'te verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kalp-damar cerrahisinde ameliyat olmuş hastaların %12,50'sinin , ortopedi servisinde ameliyat olmuş hastaların %37,50'sinin, göz servisinde ameliyat olmuş hastaların %4,76'sının, plastik cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %61,11'inin, üroloji servisinde ameliyat olmuş hastaların %27,27'sinin, Kulak-Burun-Boğaz servisinde ameliyat olmuş hastaların %68,75'inin, genel cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %30,00'unun ve kadın doğum servisinde ameliyat olmuş hastaların %12,82'sinin taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde bulantı/kusma problemi yaşadıkları tespit edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastalar taburcu olduktan 2-7 gün içinde bulantı/kusma problemi yaşamamıştır.

Tablo 4.14. Hastaların ameliyat oldukları klinik/servislere göre ilk 24 saat ve 7 gün içinde ev ortamında yara yerinde akıntı/kanama yaşama durumlarına göre dağılımı (N=160)

Klinik	İlk 24 Saat İçinde		2-7 gün içinde	
	n	%	N	%
Kalp-Damar Cer	-	-	-	-
Ortopedi	1	6,25	-	-
Göz	3	14,29	1	4,76
Plastik cerrahi	2	11,11	-	-
Üroloji	3	13,64	-	-
Kulak-Burun-Boğaz	8	50,00	3	18,75
Genel cerrahi	5	25,00	-	-
Kadın doğum	11	28,21	5	12,82

Tablo 4.14.'te Araştırma kapsamına alınan hastaların, ameliyat oldukları klinik/servislere göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat ve 7 gün içinde ev ortamında yara yerinde akıntı/kanama yaşama durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.14. incelendiğinde ortopedi servisinde ameliyat olmuş hastaların %6,25'inin, göz servisinde ameliyat olmuş hastaların %14,29'unun, plastik cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %11,11'inin, üroloji servisinde ameliyat olmuş hastaların %13,64'ünün, kulak-burun-boğaz servisinde ameliyat olmuş hastaların %50,00'sinin, genel cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %25,00'inin ve kadın doğum servisinde ameliyat olmuş hastaların %28,21'inin taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde yara yerinde kanama/akıntı problemi yaşadıkları tespit edilmiştir. Ameliyattan 2-7 gün içinde göz servisinde ameliyat olmuş hastaların %4,76'sında, kulak-burun-boğaz servisinde ameliyat olmuş hastaların %18,75'inde ve Kadın doğum servisinde ameliyat olmuş hastaların %12,82'sinde yara yerinde kanama/akıntı problemi görülmüştür.

Tablo 4.15. Hastaların ameliyat oldukları klinik/servislere göre ilk 24 saat içinde ev ortamında ağrı yaşama durumlarına göre dağılımı (N=160)

Klinik	İlk 24 Saat İçinde		2-7 gün içinde	
	n	%	N	%
Kalp-Damar Cer	1	12,50	-	-
Ortopedi	4	25,00	-	-
Göz	-	-	-	-
Plastik cerrahi	7	38,89	-	-
Üroloji	4	18,18	1	4,55
Kulak-Burun-Boğaz	9	56,25	2	12,50
Genel cerrahi	4	20,00	1	5,00
Kadın doğum	13	33,33	3	7,69

Tablo 4.15.'te hastaların, ameliyat oldukları klinik/servislere göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat ve 7 gün içinde ev ortamında iştahsızlık yaşama durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Araştırmaya katılan kalp-damar cerrahisinde ameliyat olmuş hastaların %12,50'sinin ortopedi servisinde ameliyat olmuş hastaların %25,00'inin, plastik cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %38,89'unun, üroloji servisinde ameliyat olmuş hastaların %18,18'inin, kulak-burun-boğaz servisinde ameliyat olmuş hastaların %56,25'inin, genel cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %20,00'sinin ve kadın doğum servisinde ameliyat olmuş hastaların %33,33'ünün taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde yara yerinde kanama/akıntı problemi yaşamış oldukları saptanmıştır. Ameliyat oldukları klinik/servislere göre taburcu olduktan 2-7 gün içindeki iştahsızlık problemi yaşama durumları incelendiğinde, üroloji servisinde ameliyat olmuş hastaların %4,55'inin, Kulak-Burun-Boğaz servisinde ameliyat olmuş hastaların %12,50'sinin, genel cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %5,00'inin ve kadın doğum servisinde ameliyat olmuş hastaların %7,69'unun iştahsızlık problemi yaşadığı tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Günübirlik cerrahi sonrası, hastaların evde yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda 2 ana başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Hastaların taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde ve 2-7 gün içinde ev ortamında yaşadığı güçlükler

5.2. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ilk 24 saat içinde ve 2-7 gün içinde evde yaşadığı güçlükler

5.1. Hastaların Taburcu Edildikten Sonra ilk 24 saat içinde ve 2-7 Gün İçinde Ev Ortamında Yaşadığı Güçlükler

Literatür incelendiğinde, günübirlik cerrahide üst sınır olarak 65-70 yaş belirtilmekle olup geçmişte yaş sınırının en önemli nedeninin yaşlılık süreciyle ortaya çıkan sağlık sorunları olduğu, günümüzde ise yaş ve ilave sağlık sorunlarının bu girişim için engel teşkil etmediği bilinmektedir (Çay 2014, Çilingir ve Bayraktar 2006, Aktaş 2007)

Araştırma kapsamına alınan hastaların %65,00'i genel anestezi ve %35,00'i lokal anesteziyle cerrahi müdahale görmüştür. Yapılan cerrahi müdahale sonrasında, hastaların %70,00'inde ağrı, %51,88'inde halsizlik/yorgunluk, %19,38'inde iştahsızlık, %52,50'sinde korku/endişe ve %42,50'sinde bulantı/kusma semptomları görülmüştür. Gilmartin ve Wright (2008) yapmış olduğu çalışmada, günübirlik cerrahi işlem geçiren hastaların en fazla ağrı ve yorgunluk yaşadıklarını, Rawal (2008) ise müdahaleden sonra en fazla bulantı kusma ve iştahsızlık semptomlarının gerçekleştiğini saptamıştır. Ameliyat öncesi doktordan bilgi alan hastaların oranı %69,00 ve hemşireden bilgi alanların oranı %37,00'dir. Ameliyat öncesinde ve sonrasında bilgi alan hastalar, bilgi almayan hastalara göre daha az sorun yaşamıştır. Sarica (2007) çalışmasında hastaların %71,4' ünün günübirlik cerrahi girişime ilişkin bilgilendirildiklerini saptamıştır. Çullu (2007) çalışmasında hastaların %55,2' sinin bilgilendirildiğini, ve bilgilendirilen hastaların daha az sorun yaşadığını belirlemiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %75,00'i taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde ağrı, %46,25'i yorgunluk/güçsüzlük, %29,37'si bulantı kusma, %20,63'ü yara

yerinde akıntı/kanama, %26,25'i iştahsızlık, %15,63'ü idrar yapmada zorlanma, %12,50'si uykusuzluk, %12,50'si ishal/kabızlık, %6,25'i ağız yoluyla sıvı almada zorlanma, %3,75'i gaz problemi, %3,13'ü nefes alıp vermede zorluk ve %2,50'si oryantasyon bozukluğu problemleri yaşamıştır. Günübirlik cerrahi üniteleri hastaların kendi ev ortamlarına kısa sürede dönebilmelerine olanak sağlasa da günübirlik cerrahiye ve taburculuk sonrası döneme iyi hazırlanamayan hastalar bazı sorunlar ile karşılaşabilmektedir. Günübirlik cerrahi gerçekleştirilen bireylerde belirlenen en yaygın sorun ağrıdır. Günübirlik cerrahi sonrası ağrı, hastaların taburcu olmasını geciktiren veya yatan hasta haline gelmesine neden olan en önemli unsurlardan birisidir. Yeterli analjezi sağlamak için önlem alınan hastalarda bile %5,25 oranında değişen ağrı nedeniyle hastaların yeniden hastaneye yatırıldığı veya hastaların ilgili sağlık kuruluşu ile temasa geçip yardım istedikleri bildirilmektedir (Aktaş 2008). Bellani (2008) ve Rawal'ın (2008) yapmış oldukları çalışmalarda günübirlik cerrahi ünitesinden taburcu olduktan sonraki ilk gün hastalar %44'u şiddetli ağrı, %40,7'si orta ve %15,4'u hafif ağrı yaşadıklarını tarif etmişlerdir. Dal ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada hastaların taburculuktan sonra evde yaşadıkları sorunların en fazla ağrı, ödem, egzersiz ve öz bakıma ilişkin sorunlar olduğu belirlenmiş olup hastaların büyük çoğunluğu (%70,9) evde ağrı sorunu yaşamıştır. Hastaların %21,6'sı ağrı sorununun üç hafta, %30,2'si iki hafta ve %22,3'ü bir hafta sürdüğünü belirtmiştir. Ağrı ile baş etmek amacıyla hastaların %67,6'sı ilaç kullandığını, %50,4'ü dinlendiğini, %5,8'i hastaneye gittiğini belirtmiştir. Hastaların %42,4'ü bu çözüm yollarına rağmen ağrı sorununun kısmen çözüldüğünü ifade etmiştir..Yukardaki çalışmalar bizim bulgumuzu desteklemekte olup, günübirlik cerrahi girişim sonrası yaşanan sorunlardan biri olan ağrının giderilmesine yönelik çözüm önerilerinin dikkate alınması ve uygulanması gerektiğini düşündürmektedir. Çilingir ve Bayraktar'ın (2009) burun ameliyatı geçiren hastaların ameliyat sonrası ilk 3 gün içinde evde yaşadıkları sorunlar ve bu sorunların çözümlenmesine yönelik uygulamaları belirlemek amacıyla 110 hastada yaptıkları çalışmada, taburculuk sonrası ameliyat bölgesinde kanama, akıntı/sızıntı gibi sorunlar yaşadığı, bu sorunların günübirlik cerrahi girişimler sonrası sıklıkla görüldüğü belirtilmektedir. Benzer şekilde Erkal (2007) tarafından yapılan bir çalışmada günübirlik cerrahi ünitesinde sistoskopi gerçekleştirilen ve taburculuk

sonrası üç gün telefon görüşmesi yoluyla takip edilen hastalarda yorgunluk, aktivite sınırlılığı ve sıvı alımında yetersizlik en fazla iletilen sorunlardır. Gilmartin ise (2007) yapmış olduğu çalışmada, hastaların ameliyattan sonra ilk günde şiddetli yorgunluk ve güçsüzlük yaşadıkları, izleyen günlerde ise bu yakınmalarının azaldığı belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda hastaların ilk 24 saat içerisinde yaşadığı güçlüklerde yorgunluk ağrıdan sonra ikinci sıradadır. Hastaların taburcu olduktan 2-7 gün sonra yaşadıkları problemler incelendiğinde; %35,62'sinin ağrı, %14,38'inin yorgunluk/güçsüzlük, %5,63'ünün yara yerinde akıntı/kanama, %4,35'inin iştahsızlık, %6,88'inin idrar yapmada zorlanma ve %2,50'sinin uykusuzluk problemi yaşadığı saptanmıştır. Hastalar taburcu olduktan 2-7 gün içinde bulantı/kusma, ağız yoluyla sıvı almada zorlanma, gaz problemi, nefes alıp vermede zorluk ve oryantasyon bozukluğu gibi problemler yaşamamıştır. Yapılan bir çalışmada herni onarımı yapılan ve gününbirlik cerrahi ünitelerinden taburcu olan hastalarda semptom sıkıntısının ameliyat sonrası 7. güne kadar devam ettiği belirlenmiştir (Tepe ve diğ. 2010). Gilmartin ve Wright (2007) yapmış oldukları çalışmalarında bulantı ve kusmanın bazı hastalarda 5.günde sonlandığını ve insidansının %7 olduğunu belirlemişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada ise gününbirlik cerrahi ünitesinden taburcu olan 55 göz hastasının taburculuk sonrası 8. günde, bulantı ve kusmaya yönelik deneyimlerini incelemişlerdir (Kanan ve diğ. 2010).

Yukarıda belirtilen çalışma sonuçları ile benzer olarak çalışmamızda da hastaların gününbirlik cerrahi girişim sonrası çeşitli sorunlar yaşadıkları görülmekte ve yaşanan sorunların bazıları literatürlerle farklılıklar göstermekte olup, bu farklılığın sebebinin uygulanan cerrahi girişimlerin türünün farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde gününbirlik cerrahi girişimin dezavantajlarından biri olarak hastaların evde kendi bakımlarının sürdürülememesinin olduğu bildirilmektedir (Türe 2006, Aktaş Tekin 2008). Çalışmamızda gününbirlik cerrahi girişim sonrası ilk 24 saat içinde hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken yaşadıkları sorunların dağılımı incelendiğinde; %64,38'inin yürüme ve gezinmede, %79,38'i merdiven çıkmada, %75,00'inin kişisel bakımlarını yerine getirmede %67,50'sinin banyo yapmada, %69,38'nin giyinme-soyunma aktivitesini yerine getirmede zorlandığı belirlenmiştir. Cerrahi işlem gerçekleştirilen hastaların bakım

gereksinimleri, ilk üç gün daha fazla olmakta ve bu dönemde hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte daha fazla zorlanabilmektedirler. Gününbirlik cerrahi sonrası taburcu olan hastaların hareket etmekte, yara bakımında, konsantrasyonda, araba kullanma ve ev işlerini yapmakta güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (Gilmartin 2007, Oğlak 2007, Mattila ve diğ.2005, Yavuz 2010). Bizim bulgularımızda gününbirlik cerrahi işlem sonrası taburcu olan hastaların, ilk 24 saat içerisinde yaşadığı güçlüklerin ameliyat sonrası 2-7. Günde azaldığı görülmüştür. Tepe ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu çalışmada hastaların taburculuk sonrası günlük yaşam aktivitelerinden en fazla yürüme/hareket etme, merdiven çıkma, giyinme ve soyunma gibi aktiviteleri geçeleştirmekte güçlük yaşadıkları belirlenmiştir.

Hastaların tamamında bakımını üstlenecek yakınlarının olması, bu kişilerin ev işleri, yemek yapmak gibi aktiviteleri üstlenmeleri ya da hastaların ev işlerini ameliyat öncesinde yapmaları ve yemeklerini hazırlamaları bu aktivitelerinde daha az zorlandıklarını belirtmelerine katkı sağlamış olabileceği düşünülmektedir. Diğer taraftan az sayıda hasta tarafından belirtilmiş olmakla birlikte yemek yapmak, evin bakımı ve alışveriş yapmak gibi aktivitelerde 2-7. günde de desteğe gereksinimleri olduğu belirlenmiştir.

5.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre ilk 24 Saat İçinde ve 2-7 gün İçinde Evde Yaşadığı Güçlükler

Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyetlerine göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde ev ortamında günlük yaşam aktivitelerinde yaşadıkları güçlüklerin dağılımı incelendiğinde; kadın hastaların %76,04'ünün ağrı yaşarken erkek hastalarda bu oranın %73,44 olduğu görüldü. Mattila ve arkadaşlarının (2005) çalışma kapsamında yer alan hastaların %59,5'ini bayanların oluşturduğu çalışmada; hastaların ameliyat sonrası birinci gün %54'ünün, ameliyat sonrası yedinci gün ise %32'sinin ağrı yaşadığını belirtmiştir. Gününbirlik cerrahi gerçekleştirilen bireylerde belirlenen en yaygın sorun ağrıdır (Bellani 2008, Rawal 2008). Bellani'nin (2008) çalışmada gününbirlik cerrahi ünitesinden taburcu olan hastalar ilk gün şiddetli ağrı yaşadıklarını tarif etmişlerdir. Bizim çalışmamızda kadın hastaların ağrıdan sonra en fazla %44,79'unun yorgunluk/güçsüzlük ve 32,29 oranla

bulantı/kusma, problemi yaşadıkları, erkek hastaların ise %32,81'inin yorgunluk/güçsüzlük, %25,00'inin bulantı/kusma yaşadıkları belirlendi. Ameliyat sonrası 2-7. günde bu problemlerin büyük oranda azaldığı görüldü. Mitchell (2007) çalışmasında kadınların erkeklere göre daha fazla komplikasyon yaşamaya eğilimli oldukları bildirilmektedir. Çalışmamızda yaş gruplarına bakıldığında en fazla ağrıyı %89,47 oranla 35-45 yaş grubu hastaların yaşadığı, hipertansiyon rahatsızlığı bulunan hastaların %62,96'sının diyabet hastalarının ise %69,23'ünün ağrı problemi yaşamış olduğu saptandı. Alvarez (2006) çalışmasında yaşın, ameliyat sonrası ağrı algılanmasına neden olan faktörlerden biri olmadığını belirtmiştir. Leardi ve arkadaşlar (2008), yaş ortalamasının 62 olduğu çalışmada; hastaların hastaneden ayrıldıkları süre içerisinde %10'unun şiddetli, %45'inin orta düzeyde ağrı yaşadığını bildirmişlerdir. Nitekim literatürde yaşın ilerlemesiyle birlikte sinir sisteminde bozukluklar oluştuğu, bu durumun 65 yaş üstü hastalarda ağrı duyarlılığının azalmasına nedenle olmakla birlikte; yaşlılarda ağrı bildirimlerinin de azaldığı belirtilmektedir (Karan 2008, Mitchell 2007, Aktaş 2007). Bizim çalışmamızda literatürle uyum göstermektedir.

Günübirlik cerrahi uygulamalarında istenilen başarının elde edilmesi ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hasta ve ailesine iyi bir eğitim ve bakımın verilmesiyle mümkündür. Çilingir ve Bayraktar'ın (2006) günübirlik cerrahi ile ilgili çalışmasında; hastaların şu anki durumları, cerrahi girişimin nasıl yapılacağı ve sonucu, evde bakımın sürdürülmesi konularında endişeleri olduğunu belirlemiştir. Literatürde belirtilenlerin aksine çalışmamızda bakım/destek gereksinimi olduğunu ifade edenlerin endişelerinin olmadığı sonucuna varılmış, bunun nedeninin ise hastaların evde bakımlarına yardımcı olacak yetişkin bireylerin olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda taburculuk eğitimi alan hastaların %22,41'inin ağrı, %2,59'unun yara yerinde akıntı/kanama, %3,45'inin iştahsızlık, %1,72'sinin uykusuzluk, %8,62'sinin yorgunluk/güçsüzlük, %1,72'sinin ishal/kabızlık ve %1,04'ü idrar yapmada zorlanma problemi yaşadıkları saptandı. Şal Sarıca (2007) çalışmasında hastaların %71,4'ünün günübirlik cerrahi girişime ilişkin bilgilendirildiğini bilgilendirilen hastaların %50'sinin ağrı yaşadığı ve bununla baş etmede zorlandığı saptanmıştır. Bulgumuz Şal Sarıca'nın çalışmasında belirtilen bulgularla benzerlik göstermektedir. Çullu (2007) hastaların cerrahi girişim öncesi

dile getiremedikleri düşünce ve isteklerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; hastaların %55,2'sinin bilgilendirildiğini, bu bilgilendirmenin çoğunlukla (%81) hekim tarafından yapıldığını, hastaların %6'sının evde bakıma yönelik bilgilenebilir gereksinimi olmakla birlikte evde bakıma ilişkin bilgilendirilmediklerini, yapılan bilgilendirilmenin de hastaların %50,3'ünün gereksinimlerine uygun olmadığını belirlemişlerdir. Çullu'nun çalışmasına göre bizim çalışmamızda yüz güldürücü bulgular elde edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %72,50'si ameliyat sonrası taburculuk eğitimi aldığını ifade etmiştir. Taburculuk eğitimi alan hastaların %96,55'i doktordan ve %29,00'u hemşireden eğitim almıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %51,00'i verilen taburculuk eğitimini yeterli bulmuş, %49,00'u ise verilen eğitimi yeterli bulmamıştır. Ayrıca hastaların %82,00'si taburculuk sonrası evde bakımları için yazılı materyal verilmesini istemektedir. Literatürde sözel verilen bilginin tam anlaşılamayacağı ve zamanla unutulabileceği gerçeğinden hareketle eğitimin mutlaka yazılı olarak verilmesi gerektiğinin altı çizilmiştir. Yazılı verilen bilginin aynı zamanda hastaların hastanede yattıkları süre içinde ve taburcu olduktan sonra yaşadıkları belirsizlikleri ortadan kaldırmada önemli rol oynadığı, hastaların çoğunluğunun yazılı eğitim materyali istediği belirtilmiştir (Tepe ve diğ.2010, Türkmen 2013).

Cerrahi işlem gerçekleştirilen hastaların bakım gereksinimleri, ilk üç gün daha fazla olmakta ve bu dönemde hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte daha fazla zorlanabilmektedirler (Gilmartin 2007, Çilingir ve Bayraktar 2006). Bizim çalışmamızda araştırma kapsamına alınan hastaların, ameliyat oldukları klinik/servis lere göre taburcu olduktan sonra ilk 24 saat ve 2-7 gün içinde ev ortamında yaşadığı güçlüklerin dağılımına bakıldığında; ağrı ve yorgunluk semptomları en fazla genel cerrahi hastalarında, bulantı kusma, akıntı/ kanama ve iştahsızlık semptomları ise en fazla KBB hastalarında görülmüştür. Bulantı ve kusma, cerrahi işlem gerçekleştirilen hastalarda taburculuk sonrası uzayan bir komplikasyon olabilmektedir (Gilmartin ve Wright 2007, Rawal 2008). Wright (2007) yapmış olduğu çalışmada günübirlik cerrahi ünitesinden taburcu olan 55 kulak burun boğaz hastasının ameliyat sonrası 8. Günde en fazla bulantı kusma yaşadığını saptamıştır. Türe ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada hastaların taburculuk öncesi yaşadıkları sorunların kliniklere göre dağılımı incelendiğinde; diğer kliniklere göre ağrının en fazla ortopedi, uyku halinin

jinekoloji; yorgunluğun en fazla göz; akıntı ve sızıntının jinekoloji ve KBB kliniklerinde görüldüğü belirlenmiştir. Gültürk 'ün 2012 de yaptığı çalışmasında hastaların ameliyat sonrası birinci gün yaşadıkları sorunların kliniklere göre dağılımı yer almakta olup diğer kliniklere göre ağrının göz ve KBB kliniklerinde daha az görülmesi; yorgunluğun jinekoloji ve göz; akıntı/sızıntının jinekoloji kliniklerinde daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Costa (2011) çalışmasında taburculuk öncesi dönemde en yüksek ağrı insidansının ortopedi hastalarında görüldüğünü (%16,1) ve hastaların %5,3'ünün ilk 24 saatte ortadan şiddetliye doğru değişen ağrı yaşadıklarını saptamıştır. Rawal (2008) ise çalışmasında hastaların %65'inin cerrahi tipine göre ortadan şiddetli düzeye değişen ağrı yaşadıkları ve bunların da %41'inin ortopedik cerrahi girişim geçiren hastalar olduğunu belirlemiştir .Bulgumuz belirtilen çalışma sonuçları ile benzerlik götse.rmekte olup, bu durumun uygulanan cerrahi girişim türünden kaynaklandığı görülmektedir.

Sonuç olarak; Kıbrıs'ta ve Türkiye'de ameliyat öncesi dönemde hastaların bilgilendirilmesinde hekimlerin aktif rol oynadığı, hasta eğitiminde önemli rol ve sorumlulukları bulunan hemşirelerin bu sorumluluklarını yerine getirmedikleri ya da çok az yerine getirdikleri görülmektedir. Literatüre göre; günübirlik işlem uygulanacak olan hastaların kliniğe kabulünden taburculuğuna kadar olan sürenin kısa olması nedeniyle hemşirenin hastayı ameliyat öncesi değerlendirmesi, hasta ve ailesine ameliyat öncesi gerekli bilgilendirmeyi yapması, ameliyat sonrası hastanın izlenmesi ve gereksinimleri doğrultusunda bakım verilmesi ve ameliyat sonrası sorunların gözlenmesinin kısıtlandığı belirlenmiştir (Matrom 2009, Erkal 2008 Özkum 2011). Bu durumun hemşirelerin artmış iş yüküne bağlı olarak eğitime ilişkin sorumluluklarına önem gösterememelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Günübirlik cerrahi sonrası hastaların evde yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- ✓ Çalışmada kadın hastaların çoğunlukta olup, %79,38'i gelir ve giderlerinin denk olduğunu ve neredeyse tamamının sosyol güvencesinin olduğu,
- ✓ Hastaların %73,75'inin doktor tarafından konmuş kronik bir rahatsızlığının bulunmadığı, %26,25'inin ise doktor tarafından tanısı konmuş bir kronik rahatsızlığı olduğu,
- ✓ Araştırmaya katılan hastaların %78,13'ü daha önce herhangi bir cerrahi müdahaleye maruz kalmadığı, %21,88'i daha önce cerrahi müdahale yaşadığı,
- ✓ Hastaların %13,75'i üroloji servisinde, %12,50'si genel cerrahi, %10,00'u kulak,burun,boğaz (KBB), %13,13'ü göz, %5,00'i.kalp damar cerrahisi, %24,38'i kadın doğum, %11,25'i plastik cerrahi ve %10,00'ı ortopedi servisinde günübirlik cerrahi müdahale yaşadığı,
- ✓ Hastaların %65,00'i genel anestezi ve %35,00'i lokal anesteziyle cerrahi müdahale gördüğü,
- ✓ Yapılan cerrahi müdahale sonrasında hastaların %70,00'inde ağrı, %51,88'in de halsizlik/yorgunluk, %19,38'inde iştahsızlık, %52,50'sinde korku/endişe ve %42,50'sinde bulantı/kusma semptomları görüldüğü,
- ✓ Hastaların %90,63'ünün ameliyat öncesinde ameliyata ilişkin detaylı bilgi aldığı, ameliyat öncesinde doktordan bilgi alan hastaların oranı %69,00 ve hemşireden bilgi alanların oranı %37,00 olduğu,
- ✓ Hastaların %72,50'si ameliyat sonrası taburculuk eğitimi aldığı, %96,55'i doktordan ve %29,00'u hemşireden eğitim almış olduğu,
- ✓ Araştırma kapsamına alınan hastaların %51,00'i verilen taburculuk eğitimini yeterli bulduğu, %49,00'u ise verilen eğitimi yeterli bulmadığı. Ayrıca hastaların %82,00'si taburculuk sonrası evde bakımları için yazılı materyal verilmesini istediği,

- ✓ Hastaların taburcu edildikten ilk 24 st içinde en fazla ağrı, yorgunluk, güçsüzlük, bulantı kusma, iştahsızlık, yara yerinde akıntı kanama ve uykusuzluk yaşadığı,
- ✓ Hastaların taburcu edildikten 2-7 gün içinde en fazla ağrı, yorgunluk güçsüzlük ve akıntı, kanama yaşadığı,
- ✓ Hastaların taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde ev ortamında; yürüme ve gezinme merdiven çıkma, kişisel bakım, giyinme-soyunma ve banyo yapmada zorlandığı telefon kullanmada herhangi bir problem yaşamadığı ve hastaların evin bakımı ve alışveriş aktivitelerini gerçekleştiremediği,
- ✓ Cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında ağrının kadın ve erkek hastalarda en fazla yaşandığı, yorgunluk ve güçsüzlüğün ağrıyı takip ettiği, kadınların erkek hastalara göre daha fazla ağrı yaşadığı,
- ✓ Araştırmada 35-45 yaş grubunun en fazla ağrı yaşadığı,
- ✓ Araştırmada; Doktor tarafından tanısı konmuş hipertansiyon rahatsızlığı bulunan hastaların %62,96'sının ağrı, diyabet hastalarının %69,23'ünün ağrı, yaşadığı,
- ✓ Ameliyat sonrası taburculuk eğitimi alan hastaların, taburculuk eğitimi almayan hastalara göre daha az güçlük yaşadığı,
- ✓ Kalp-damar cerrahisinde ameliyat olmuş hastaların %62,50'sinin, ortopedi servisinde ameliyat olmuş hastaların %68,75'inin, göz ameliyatı olmuş hastaların.%38,10'unun, plastik cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %83,33'ünün, üroloji kliniğinde ameliyat olmuş hastaların 68,18'inin, KKB servisinde ameliyat olmuş hastaların %87,50'sinin, genel cerrahi servisinde ameliyat olmuş hastaların %95,00'inin ve kadın doğum servisinde ameliyat olmuş hastaların %84,62'sinin taburcu olduktan sonra ilk 24 saat içinde ağrı problemi yaşadığı, 2-7 gün sonra bu semptomların gözle görülür oranda azaldığı belirlendi.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hastaların günübirlik cerrahi girişim sonrası evde yaşayacağı olası güçlükler ve evde bakımına ilişkin bilgilendirmede hemşirelerin etkin rol alması,
- Günübirlik cerrahi müdahale sonrası ağrı yönetiminin, etkinliğini artırmak üzere hemşirelik girişimlerini gözden geçirilmesi
- Hastalara yazılı eğitim materyali verilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Aktaş, Tekin E. (2008). Günübirlık Artroskopik Diz Cerrahisinde İntıartıküler Uygulanan Bupivakain, Fentanil, Prednizolon Karışımının Tek Doz ve İnfüzyon Olmak Üzere Postoperatif Analjezi Açısından Karşılaştırılması. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Akçalı, D., Coşkun, D., Çelebi H. (2009). Günübirlık Anestezi Prensipleri. Anestezi Dergisi; 17 (3): 117 – 132
- Alvarez SL. (2006). Management of Postoperative Acute Pain in Ambulatory Surgery. Arboleda, Madrid.
- Ay, F., Ertem, U., Özcan, N., Güneş, B. Ve Ark. (2007). Temel Hemşirelik ve Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. Medikal Yayıncılık. İstanbul.
- Bellani, ML. (2008). Psychological aspects in daycase surgery. International Journal of Surgery 6, 44-46.
- Costa , MJ. (2011). The Perioperative Experience of The Lived Perioperative Abulatory Surgery Patients. Soociatinof Operating Room 74(6):874-881.
- Çatal, E., Dicle, A. (2008). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlilik ve Güvenirlık Çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 1(1) : 19-32.
- Çay E. (2011). Günübirlık Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek lisans tezi. İstanbul.
- Çilingir, D., Bayraktar, N. (2009). Burun Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası İlk Üç Gün İçinde Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Bu Sorunların Çözömlenmesine Yönelik Uygulamaları. Türkiye Klinikleri 1: 71-89.
- Çilingir, D., Bayraktar, N. (2006). Günübirlık Cerrahi Süreci ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 69-81.
- Dal, Ü., Bulut, H., Güler, Demir, S. (2012). Cerrahi İşlem Uygulanan Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. Bakırköy Tıp Dergisi Cilt 8, Sayı 1, 34-40.
- Dedeoğlu A. (2010). Hastaların Anestezi ile İlgili Temel Bilgilerinin ve Endişelerinin Değerlendirilmesi. DÜ. Tıp Fakölteı Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı,Uzmanlık Tezi, Diyarbakır.

- Doğu, Ö. (2013) Cerrahi Girişim Planlanan Hastaların Eğitim Gereksinimlerinin Karşılansması ve Eğitimin Hasta Bireyin Psikolojik Hazırlığına Etkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 3(3): 10-13.
- Dolgun, E. (2010). Hastaların Ameliyat Öncesi Döneme Ait Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Dergisi, 3(3): 10-16.
- Ead H.(2006). From Alderete to PADSS: Reviewing discharge criteria after ambulatory surgery. *Journal of Perianesthesia* , 21(4): 259-267.
- Erem Y. (2006). Günübirlik Anestezi Öncesi Yapılan Tetkikler. H.Ü. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Erkal, S. (2007). Patient's experiences at home after day case chytoscopy. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1118-1124.
- Gilmartin, J. (2007). Contemporary Day Surgery: Patients' Experience of Discharge and Recovery. *Journal of Clinical Nursing*, 16;1109-1117.
- Gül, R., Göksu, S., Mızrak, A., Öner, Ü. (2008). Günübirlik Cerrahi Ünitemizde İlk Sekiz Aylık Uygulamalarımız. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 14: 23-27.
- Gültürk, E (2012). "Günübirlik Cerrahiye Başvuran Kadınların Perioperatif Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Ve Karşılansma Durumu" Yüksek lisans tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Antalya.
- Ismail S., Khan FA., Ahmed A., Shah K. (2007). Premedication in surgical day case patients. *J Park Med Assoc* 57(1): 37-38.
- İşgör, A. (2007). "Günübirlik Cerrahi Kararını Etkileyen Değişkenler, Hastalarının Yönten Hakkındaki Bilgi ve Memmuniyet Düzeyleri" Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü . İstanbul.
- Kanan, N., Öztekin, D., Altun ,Uğraş ,G. (2010). Kulak Ameliyatı Geçiren Hastaların Evde Bakım Konusunda Bilgilendirilme Durumu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 14:1 24-38.
- Kayahan M, Sertbaş G. (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 8; 52-61
- Koçalışlı, S., Yılmaz, K. (2014). Günübirlik Cerahi Hemşiresinin Tele-Nursing Yöntemiyle Evde İzlem Rolü. *Evsad Evde Sağlık Hizmetleri Derneği*.

<http://evsad.org.tr/modules/TDMDownloads/singlefile.php?cid=3&lid=26>

Erişim Tarihi: 27.10.2014.

- Leardi S, Pietroletti R, Gianfranco A, Ciofani E, Blasis G, Bastiano W. (2008). Multidisciplinary day surgery unit. *Chirurgia Italiana*, 60(3): 395-400.
- Liu MC., Chen CC. (2008). Postoperative care after geriatric ambulatory surgery: several specific considerations. *International Journal of Gerontology*, 2(3): 98-101.
- Malak AT, Dramalı A, Yücesoy K. (2010). Effects of counseling on some care outcomes among patients with brain tumour: pain, seizure, constipation, infection, dispatch conditions. *Nobel Med*; 6:25-31.
- Mattila K., Toivonen J., Janhunen L., Rosenberg H., Hynynen M. (2005). Post discharge symptoms after ambulatory surgery: first-week incidence, intensity, and risk factors. *Anesth Analg*, 101: 1643-1650.
- Manchikant, L., Singh, V., Falco, FJ., Cash, KM., Fellows, B. (2008). Cervical medial branch blocks for chronic cervical facet joint pain: a randomized, double-blind, controlled trial with one-year follow-up; 33: 1813-1820.
- Mc Millan R. (2005). Day Surgery. In: *Principles of Care in Different Environments*. Eds: Woodhead K, Wicker P. Edinburg, pp. 99-219.
- Mitchell M.(2007). Nursing intervention for day-case laparoscopic cholecystectomy. *Nursing Standarts*, 22(6):35-41.
- Mottram, A. (2009). Day Surgery Contemporary Approaches to Nursing Care. *Nurse Education in Practice*. Cilt: 9, sayı: 6, sayfa: 17.
- Oğlak, S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. *Turkish Journal Of Geriatrics*;10: 100-108.
- Oğuz E, Ökten F. (2010). Rejyonel Anestezi. İçinde: *Anestezi Güncel Konular*. Eds: Özatamar O, Batislam Y, Özgencil GE, Alkaya F. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, pp. 45-54.
- Özcengiz D.(2006).Anesteziyle İlgili Bilgilendirmede Kullanılan Farklı Yaklaşımların Çocukları Günübirlik Cerrahi Müdahale Geçiren Ebeveynlerin Durumluluk KaygılarınaEtkisi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana

- Özel S. (2010). Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Özkum, İzveren A., Dal, Ü (2011). Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 36-44.
- Öztürk H, Çilingir D, Hindistan S. (2011). Hastaların Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hemşirelerin Yaptığı Hasta Eğitimlerini Değerlendirmesi. Dokuz Eylül Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 4(4):153-158.
- Rawal N (2008). Postdischarge complication and rehabilitation after ambulatory surgery. *Current Opinion in Anesthesiology*. 21: 736-742.
- Rhodes, L., Miles, G., Pearson, A. (2006). Patient Subjective Experience Satisfaction During the Peri Operative Period in the Day Surgery Setting: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Practice* 12, 178-192.
- Rosen S, Svensson M, Nilsson U. (2008). Calm or not calm:the question of anxiety in the perianesthesia patient. *Journal Perianesthesia*, 23(4): 273-246
- Sarihasan, B., Kelsaka, E., Taş, N. (2008). Günübirlik Anestezi Uygulaması. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*. 25 (3): 111-115.
- Sohonen, R., Livonen, M., Valimaki, M. (2007). Day Case Surgery Patients' Health Related Quality of Life. *International Journal of Nursing Practice*. 13: 121-129.
- Şal Sarıca E. (2007). Günübirlik Cerrahi Kararını Etkileyen Değişkenler, Hastaların Yöntem Hakkındaki Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Şalviz EA., Alkış N. (2010). Postoperatif Bulantı, Kusma, İçinde Anesteziye Güncel Konular. Editörler: Özatamar O, Batislam Y, Özgencil GE, Alkaya F. *Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul*, 24: 427-437.
- Tan, M., Özdelikara, A., Polat, H. (2013). Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Flornance Naightingale Hemşirelik Dergisi*. Cilt 21, Sayı 1: 1-8.
- Taşdemir, N., Çelik Şenol S. (2010). Hastaların Cerrahi Girişim Sonrası Abdominal Distansiyona Yönelik Deneyimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 26 (3): 11-22.

- Tepe, A., Doğan, N., Abbasoğlu, A., Kav, S., Karahan, A. (2010). Günübirlik Cerrahi Takiben Hastaların Ev Ortamındaki Deneyim ve Güçlükleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 3, 38-48.
- Türkmen, E. (2013). Klinik Kalitede Bakım. 2. Hemşirelikte Etkililik Sempozyumu. İstanbul. <http://www.iagb.gov.tr/file/SUNUMLAR/02/07.pdf>
Erişim tarihi; 27.10.14
- Yavuz M. (2010). Günübirlik Cerrahi, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitap Evi. Adana. S: 373-386.
- Yin, W., Bogduk, N. (2008). The nature of neck pain in a private pain clinic in the United States. Pain Medicine 9:196-203.
- Warren Stomberg M, Segerdahl M, Rawal N, Jakobsson J, Brattwall M. (2008). Clinical practice and routines for day surgery in Sweden: implications for improvement in nursing interventions. Journal of Peri Anesthesia Nursing, 23(5):311-320.
- Wig, J. (2005). The Current Status of Day Care Surgery. A Review. Indian Journal Anesthetist, 49(6):459-466.

EK 1:**I. İLETİŞİM BİLGİLERİ;**

1. Adınız Soyadınız : 2. Ev Telefonunuz :

3. Cep Telefonunuz : 4. Yakınınızın Tel.No:.....

II. TANITICI ÖZELLİKLER;

5. Cinsiyetiniz: () 1. Kadın () 2. Erkek

6. Yaşınız : 7. Kilonuz:.....

8. Medeni Durumunuz: () 1. Evli () 2. Bekar

9. Eğitim Durumunuz :

() 1. Okur-Yazar Değil () 2. Okur-yazar () 3. İlköğretim

() 2. Lise () 3. Lisans () 4. Lisansüstü

10. En uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri aşağıdakilerden hangisidir?

() 1. Şehir Merkezi () 2. Köy/Kasaba

11. Çalışma durumunuz nedir ?

() 1. Çalışan () 2. Çalışmayan

12. Gelir Durumunuz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır ?

() 1. Gelir Giderden Az () 2. Gelir Gider Denk () 3. Gelir Giderden Fazla

13. Sosyal Güvenceniz var mıdır?

() 1. Var () 2. Yok

III. GENEL SAĞLIK DURUMUNA İLİŞKİN BİLGİLER

14. Daha önce tanısı konmuş herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?

() 1. Yok () 2. Var (Belirtiniz:.....)

15. Düzenli olarak kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?

() 1. Yok () 2. Var (Belirtiniz:.....)

16. Daha önce tanısı konmuş herhangi bir cerrahi müdahaleniz oldu mu?

() 1. Hayır () 2. Evet (Belirtiniz:.....)

17. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede herhangi bir fiziksel engellilik durumunuz var mı?

() 1. Yok () 2. Var (Belirtiniz:.....)

EK 2: UYGULANAN GÜNÜBİRLİK CERRAHİ İŞLEM VE TABURCULUĞA İLİŞKİN BİLGİLER

1. Uygulanan Cerrahi İşlem ve Klinik:

- () Üroloji () Genel cerrahi.....
 () KBB..... () Göz
 () Kalp-Damar Cer..... () Kadın doğum.....
 () Nöroloji..... () Plastik cerrahi.....
 () Diğer :

2. Cerrahi işlemde hangi anestezi türü uygulandı? () Genel () Lokal

3. İşlem sonrasında hasta da aşağıdaki semptomlardan hangisi veya hangileri bulunmaktadır?

- () Ağrı () Halsizlik/Yorgunluk () İştahsızlık
 () Korku/Endişe () Bulantı- kusma () Diğer.....

4. Ameliyat öncesinde, ameliyata ilişkin detaylı bilgi ve taburculuk eğitimi verildi mi?

- () Evet () Hayır

4.1.Cevabınız “Evet” ise hangi konularda eğitim verildi?.....

4.2. Cevabınız “Evet” ise kim tarafından verildi? () Hekim () Hemşire () Diğer.....

5. Ameliyat sonrasında taburculuk eğitimi verildi mi?

- () Evet () Hayır

5.1.Cevabınız “Evet” ise hangi konularda eğitim verildi?.....

5.2.Cevabınız “Evet” ise kim tarafından verildi? () Hekim () Hemşire () Diğer.....

5.3. Cevabınız “Evet” ise verilen taburculuk eğitimi sizin için yeterli oldu mu?

- () Evet () Hayır

5.4. Başka hangi konularda bilgi almak isterdiniz?.....

5.5 Kimden almak isterdiniz? () Hekim () Hemşire () Diğer.....

6. Ameliyat sonrası evde bakıma ilişkin yazılı eğitim materyali verildi mi?

- () Evet () Hayır

6.1. Cevabınız “Hayır” ise verilmesini ister miydiniz? () Evet () Hayır

7. Taburculuk sonrası evde bakımınıza yardımcı olacak biri var mıdır?

- () Evet () Hayır

ONAM FORMU**GÜNÜBİRLİK CERRAHİ SONRASI HASTLARIN EVDE YAŞADIKLARI
GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ**

Sayın Katılımcı;

Adım Özlem Aydoğdu Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik programında yüksek lisans yapmaktayım. Günübirlik cerrahi uygulanan hastaların taburcu olduktan sonra evde yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla bu çalışmayı yapıyorum. Bu nedenle size, şimdi ve taburcu olduktan 24 saat sonra telefonla arayarak ve 7 gün sonra kontrole geldiğinizde, sağlık durumunuz hakkında bazı sorular sormak istiyorum. Bu sorulara cevap vererek hemşirelerin daha etkili taburculuk eğitimi yapmasına katkı sağlamış olacaksınız. Soruları cevaplamak ortalama 20 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya katılma konusunda gönüllü olmanız esastır. Bilgileriniz yalnız araştırma için kullanılacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederim.

Tarih

Özlem Aydoğdu

Yakın Doğu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Katılımcı

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı İle Görüşen Araştırmacı:

Adı, Soyadı: Özlem Aydoğdu

İmza:

EK-5: Etik Kurul Onay Formu

EK-6: Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onay Formu

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı ilk ve orta öğrenimini Mehmetçik' te, lise öğrenimi 20 Temmuz Fen Lisesi/ Lefkoşa' da tamamlamıştır. 2009-2010 yılları arasında Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Lisans, 2015 yılında Cerrahi Hemşireliğinde Yüksek Lisans Programından mezun olmuştur. 2010-2014 yılları arasında Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastane'sinde cerrahi servisinde görev yaptıktan sonra 2015 yılında Dr Akççek/ Girne Hastane'sin de göreve başlamış olup ve halen çalışmaktadır.