

**GÜNÜBİRLİK CERRAHİ HASTALARININ
AMELİYAT ÖNCESİ KAYGI DÜZEYLERİ**

Gülten BİÇER SOY

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL
Yüksek Lisans Tezi – 2015**

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GÜNÜBİRLİK CERRAHİ HASTALARININ
AMELİYAT ÖNCESİ KAYGI DÜZEYLERİ**

Gülten BİÇER SOY

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL**

**MALATYA
2015**

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Gülten BİÇERSOY'un "Günöbirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri "** konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27/07/2015

Prof. Dr. Behice ERCİ
İnönü Üniversitesi
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Seviş POLAT
Bozok Üniversitesi
Üye

Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2015 tarih ve 2015/..... sayılı Kararıyla da uygun görölmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Günübirlık Cerrahinin Tanımı	3
2.2. Günübirlık Cerrahinin Tarihçesi	3
2.3. Günübirlık Cerrahinin Avantajları ve Dezavantajları.....	5
2.3.1. Günübirlık Cerrahinin Avantajları.....	5
2.3.2. Günübirlık Cerrahinin Dezavantajları	5
2.4. Günübirlık Cerrahi Uygulamaları	6
2.5. Günübirlık Cerrahide Hasta Seçimi	8
2.6. Günübirlık Cerrahide Hemşirelik Bakımı.....	9
2.6.1. Günübirlık Cerrahi Öncesi Hemşirelik Bakımı	9
2.6.1.1. Günübirlık Cerrahi Öncesi Fiziksel Hazırlık ve Hemşirenin Rolü.....	10
2.6.1.2. Günübirlık Cerrahi Öncesi Psikolojik Hazırlık ve Hemşirenin Rolü	12
2.6.1.3. Günübirlık Cerrahi Öncesi Sosyal Durumun Değerlendirilmesi ve Hemşirenin Rolü	13
2.6.1.4. Günübirlık Cerrahi Öncesi Yasal Prosedürlerin Tamamlanması ve Hemşirenin Rolü....	14
2.6.1.5. Hasta ve Yakınlarının Günübirlık Cerrahi Sonrası İle İlgili Bilgilendirilmesi ve Hemşirenin Rolü	14
2.6.2. Günübirlık Cerrahi Sırasında Hemşirelik Bakımı	15
2.6.3. Günübirlık Cerrahi Sonrası Hemşirelik Bakımı	16
2.7. Kaygı.....	16
2.7.1. Kaygı Kavramının Tanımı	16
2.7.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı	17
2.7.3. Kaygı Nedenleri.....	18
2.7.4. Kaygının Birey Üzerindeki Etkileri	19
2.7.5. Günübirlık Cerrahi Hastalarında Kaygı ve Hemşirelik Yönetimi	20
3. MATERYAL VE METOT	21

3.1. Araştırmanın Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	21
3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu	22
3.4.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği.....	22
3.5. Verilerin Toplanması	24
3.6. Verilerinin Değerlendirilmesi	24
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	24
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
KAYNAKLAR	42
EKLER.....	53
EK -1: Özgeçmiş.....	53
EK-2: Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi İzin Belgesi.....	54
Ek-3: Malatya Klinik Araştırmaları Etik Kurulu İzin Formu	55
EK- 4: Bilgilendirilmiş Olur Formu	57
EK -5: Hasta Tanıtım Formu	58
EK-6: Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği.....	61

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin her aşamasında bana yol gösteren, zaman ayıran, yüreklendiren, bilgi ve tecrübelerini paylaşan, desteğini her zaman hissettiğim danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL'a, istatistiksel ve bilimsel katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye, hastanemizde bilimsel çalışma ortamı sunan Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi yöneticisi Sayın Op. Dr. Ali KASAP'a, kaynakların toplanması ve tezimin yazılma aşamasında bilgi ve tecrübesine başvurduğum Sayın Dr. Nurcan BİLGİÇ'e, veri toplama aşamasında katkıda bulunan Sorumlu Hemşire Gülcan KARAKUŐ'a, Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi Günöbirlik Cerrahi Bölümü hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca beraber yol aldığım fedakâr arkadaşım Güllü SAĞLAM'a, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim arkadaşlarıma, araştırmaya katılan hasta ve ailelerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yaşamımın her aşamasında bana yardım eden, cesaretlendiren, hayat boyu öğrenci olan biriyle evli olduğu için hiç yakınmayan, gösterdiği sabır ve anlayış için eşim Gürbüz'e, sevgili çocuklarım Bengü ve Ahmet Arda'ya da kısacık yaşamda paylaşabileceğimiz anlardan çalmama göz yumdukları için sevgiyle teşekkür ediyorum.

Gülten BİÇERSOY

ÖZET

Günübirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri

Amaç: Araştırma günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma Şubat 2013-Haziran 2015 tarihleri arasında, İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde yürütüldü. Araştırmanın evrenini belirtilen klinikte günübirlik cerrahi uygulanan tüm yetişkin hastalar oluşturdu. Örneklemi ise bu hastalar arasından olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemiyle seçilen, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 255 hasta oluşturdu. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplandı. Hastaların tanıtıcı özelliklerini belirlemek için Hasta Tanıtım Formu, kaygı düzeylerini belirlemek için Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği kullanıldı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, t testi, ANOVA ve Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların günübirlik cerrahi öncesi durumluk (46.93 ± 13.24) ve sürekli (44.56 ± 10.91) kaygılarının orta düzeyde olduğu belirlendi. Yaşı 51 ve üzerinde, kadın, okuryazar olmayan, çalışmayan, geliri giderinden az olan, kronik hastalığı olan, daha önce ameliyat deneyimleyen ve olumsuz ameliyat deneyimi olan hastaların sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak da önemli olduğu saptandı.

Sonuç: Bu araştırmanın sonucunda, günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi dönemde orta düzeyde kaygı yaşadıkları belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Ameliyat öncesi, günübirlik cerrahi, hemşirelik, kaygı düzeyi, yetişkin hasta.

ABSTRACT

The Preoperative Anxiety Levels of Day Surgery Patients

Aim: This study was carried out to determine pre-operative anxiety levels of day surgery patients.

Material and method: This descriptive study was conducted between February 2013 and June 2015 in the General Surgery Clinic of İzmir Buca Seyfi Demirsoy State Hospital. The study population consisted of adult patients who were hospitalized in the general surgery clinic of the above-named clinic to be operated due to day surgery. The sample included 255 patients, who were elected from these patients by way of non-probability random sampling, who met the study inclusion criteria and who volunteer to participate to study. Researcher with face to face interviews were collected by patients. The patients who were hospitalized in the general clinic in the preoperative period were administered a Patient Description Form to identify their descriptive characteristics, anxiety was measured objectively using the State Trait Anxiety Inventory. Number, percentage, mean, standard deviation, t-test, ANOVA and Kruskal Wallis tests were used for statistical analysis of the data.

Results: The State Anxiety Inventory average day surgery was (46.93 ± 13.24) and The Trait Anxiety Inventory average was (44.56 ± 10.91) determined that the medium level of anxiety. Patients who are higher and 51 years, women, non educated, non workers, income is less than expenses, with chronic diseases, before having surgery experience with negative surgical experience the state anxiety inventory scores were average higher and in this case it was determined to be statistically significant.

Conclusion: At the end of the research, preoperative anxiety of day surgery patients were determined to live moderately.

Key words: Preoperative, day surgery, nursing, level of anxiety, adult patient.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AORN	: Association of Perioperative Registered Nurses
ASA	: Amerikan Society of Anesthesiologists
BKİ	: Beden kitle indeksi
DKÖ	: Durumluk Kaygı Ölçeği
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
KOAH	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
MI	: Miyokard infarktüsü
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SKÖ	: Sürekli Kaygı Ölçeği
SPSS	: Statistical packet for the social science
SSS	: Santral sinir sistemi
SUT	: Sağlık uygulama tebliği

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 3.1. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği'nden alınan puanlara göre kaygı düzeyinin sınıflanması	23

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Günübirlilik cerrahinin uygulandığı durumlar	7
Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	26
Tablo 4.2. Hastaların tıbbi özelliklerine göre dağılımı	27
Tablo 4.3. Hastaların evde bakımı ile ilgili özelliklerine göre dağılımı	28
Tablo 4.4. Hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları	29
Tablo 4.5. Hastaların ameliyat öncesi dönemde kaygı duydukları konular	29
Tablo 4.6. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	30
Tablo 4.7. Hastaların bazı tıbbi özelliklerine göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	32
Tablo 4.8. Hastaların evde bakım ile ilgili bazı özelliklerine göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	33

1. GİRİŞ

Günübirlik cerrahi, günübirlik cerrahi için uygunluğu belirlenen hastaların, planlı olarak ameliyata alınmasını ve ameliyat oldukları gün içerisinde taburcu olabilmelerini sağlayan girişimler olarak tanımlanmaktadır (1-3).

ABD’de 1970’lerde gündeme gelen bu uygulama, 1980’lerde tüm cerrahi işlemlerin %16’sını, 1990’da %51’ini, 1993’de %53,8’ini oluştururken 2000’li yıllarda bu oran %70'lere yükselmiştir (4). Amerikan Ulusal Sağlık Servisi’nin yakın bir gelecekte tüm elektif cerrahi girişimlerin %75’inin günübirlik olarak yapılacağı varsayımını ileri sürdüğü belirtilmektedir (5). Geçmişte tartışılan bir uygulama olmasına karşın, bugün dünyanın hemen her yerinde günübirlik cerrahiye destekleyen pek çok görüş ve uygulamadan söz edilmektedir (5-7). Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinin karşılaştırmalı araştırmalarında; ilerleyen yıllarda ameliyatların %75’inin günübirlik cerrahi şeklinde yapılacağı öngörülmektedir (3, 5).

Türkiye’de, günübirlik cerrahi ile ilgili yazılı kesin veriler bulunmamakla birlikte, geçmişten günümüze günübirlik cerrahi uygulamalarında hissedilir derecede artış olduğu gözlenmektedir (8, 9).

Son yıllarda anestezi, cerrahi teknik, asepsi ve bakım alanlarında hızlı ilerlemelerin yaşanması, 1970’den başlayarak yaygınlaşan evde bakım standartlarının geliştirilmesi, taburculuk eğitimi ve öz bakım girişimlerinin desteklenmesi, günübirlik cerrahinin gelişimini etkileyen en önemli faktörler olarak gösterilmektedir. Ayrıca ameliyat sonrası dönemde bilincin kısa sürede kazanılması, erken mobilizasyon, bağımlılık süresinin kısalması yaşam kontrolünün kısa sürede elde edilmesi, erken iyileşmenin sağlanması, hastane maliyetinin daha düşük olması ve en önemlisi hastanede yatış süresinin kısa olması günübirlik cerrahinin tercih edilmesine neden olmaktadır (10-12).

İster hastanede yatarak ister günübirlik olsun cerrahi girişimler, birey için gerginlik, korku, endişe, kaygı ve heyecan gibi duyguları beraberinde getirmektedir (3, 12).

Bu duygulardan biri olan kaygı, günlük yaşantımızda sıkça kullanılan bir kavram olmasına karşın tanımlanması zordur. Üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık duygusu, acizlik gibi duygu durumlarının birini veya çoğunu içerebilmektedir (9, 13, 14).

Günübirlik cerrahi hastalarının özellikle, ameliyat günü hastaneye gelmeden önce, hastaneye kabul ve ameliyat öncesi işlemler sırasında yaşadıkları zaman baskısı ve tanıdık olmayan cerrahi çevreye kısa sürede oryante olmaya çalışmak gibi nedenlerle kaygı yaşadıkları bildirilmektedir (15, 16).

Günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi yaşadığı kaygı, iyileşme sürecine de yansiyarak birçok olumsuz etkiye yol açabileceği için önem kazanmaktadır (14). Özalp ve arkadaşları günübirlik cerrahi uygulanan hastalarla yaptıkları çalışmada; ameliyat öncesi yüksek kaygı düzeyine sahip olan hastaların, ameliyat sonrası ağrı ve analjezik gereksiniminin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (17). Özol ve arkadaşları günübirlik cerrahi uygulamaları nedeniyle artan kaygı durumunun, hastanın vücut direncini azaltarak, enfeksiyonlara yatkınlığını arttırdığını bulmuşlardır (18).

Günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi fizyolojik hazırlıkları kadar psikolojik hazırlıkları da önemlidir ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Günübirlik cerrahi öncesinde hasta hemşire ilişkisi kısa bir süre içinde gerçekleşmektedir. Bu kısa sürede hasta ile iletişimde bulunan ilgili alan hemşiresinin önemli sorumlulukları arasında, bireyin kaygı düzeyinin değerlendirilmesi ve kaygının giderilmesi ilk sıralarda gösterilmektedir. Oysa literatürde günübirlik cerrahi hastasının kaygı düzeyinin değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (2, 14, 16, 19).

Bu çalışmanın, günübirlik cerrahi planlanan hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeylerinin belirlenmesi, hastalara uygulanacak hemşirelik girişimleri için yol gösterici olması ve nitelikli bakımın sağlanması açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeylerini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Günübirlik Cerrahinin Tanımı

Günübirlik cerrahi; hastaların ameliyat olacakları gün hastaneye kabul edilip, aynı gün taburcu olmalarını sağlayan bir organizasyon ile gerçekleştirilen cerrahi girişimlerdir (2, 20-23). Ayaktan cerrahi olarak da adlandırılan bu girişimler; genel, bölgesel (rejyonel) veya lokal anesteziyle uygulanmaktadır. Genellikle 2 saatten az süren girişimler sonrası anestezi uyanma odasında 3-4 saat kalan hastalar, aynı gün evlerine taburcu edilmektedir (24-27).

Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nin (SGK-SUT) 2.1.2.b bendinde günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler; sağlık kurumlarında yatış ve taburculuk işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan işlemler olarak tanımlanmaktadır. Bu bendin c maddesinde ise; genel, bölgesel/lokal, intravenöz veya inhalasyon anestezi ile gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi işlemlerin neler olduğu açıklanmaktadır (28, 29).

2.2. Günübirlik Cerrahinin Tarihçesi

Florence Nightingale 1900’lü yıllarda İngiltere’de yaptığı çalışmalardan sonra, hastaların yatış sürelerinin azaltılarak, en kısa sürede evlerine gitmelerinin hastane enfeksiyonunu azalttığını savunmuştur (30). Bu görüşü günübirlik cerrahi uygulamalarının tercih edilme nedenleri ile benzerlik göstermektedir.

1899-1908 yılları arasında İskoçya Glasgow Royd Çocuk Hastanesi'nde Nicoll tarafından 8988 günübirlik çocuk cerrahisi uygulanmıştır. Bu hastaların yarısını 3 yaşından küçük çocuklar oluşturmuştur. Tavşan dudak, yarı damak, fitik gibi ameliyatlara gerçekleştirilmiş ve hiçbir komplikasyon oluşmadığı görülmüştür. Nicoll’ün bu başarısı ve felsefesi, özellikle çocukların mümkün olduğu kadar kısa sürede evlerine geri dönmesi konusundaki ısrarı, dünya çapında kabul görmüştür (3, 31).

1918 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nin (ABD) Iowa Sioux şehrinde hastalara ayaktan cerrahi girişimleri uygulamak amacıyla ilk kez bir klinik kurulmuştur (32).

Günübirlik cerrahi 1940’lı yıllarda hekim muayenehanelerinde sık bir şekilde uygulanmıştır. Uygulanan cerrahi girişimler arasında abse drenajı, tonsillektomi,

sistoskopi, anorektal girişimler, ağrı tedavisi, yara bakımı, kırık redüksiyonu ve küçük fitik onarımları yer almaktadır (33).

ABD’de 1960’larda daha fazla hekim, hastaları hastaneye yatırmaksızın ameliyat yapmaya başlamıştır. 1961’de Michigan’da The Butleer Worth Hastanesi, günübirlük cerrahi programına göre kurulmuştur (34).

Bilinen ilk özel günübirlük cerrahi merkezi 1968 yılında A.B.D.’de Rhode Island’da açılmış fakat ekonomik sorunlar nedeniyle kısa sürede kapatılmıştır. 1970 yılında Dr. Wallace Reed ve John Ford tarafından Arizona’nın Phoenix eyaletinde kurulan özel merkez (Phoenix Surgicenter) ise günümüzde halen çalışmalarına devam etmektedir (33). Günübirlük Cerrahi Birliği Federasyonu’nun yaptığı araştırmada ABD’de 1996 yılına kadar 3000’in üzerinde özel merkezin açıldığı saptanmıştır (3).

1970’den başlayarak evde bakım standartlarının gelişmesinin, günübirlük cerrahinin ilerlemesinde çok önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır. Ayrıca gelişen cerrahi teknikler, günübirlük cerrahi ve küçük invaziv girişimlerin çeşitli alanlarda uygulanmasına olanak sağlamıştır (21).

1996 yılında Kanada’da Genel Cerrahlar Birliği’nin toplantısında ilk kez günübirlük cerrahinin önemi gündeme getirilmiştir (35).

1999 yılında Perioperatif Kayıtlı Hemşireler Derneği (Association of Perioperative Registered Nurses, AORN), günübirlük cerrahideki hızlı gelişim sürecinin farkına varmış ve “Günübirlük Cerrahi İlke ve Uygulamaları” kılavuzunun ilk baskısını yayınlamıştır (26, 31, 36, 37).

Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service) Günübirlük Cerrahi İş Merkezi Raporu’nda, İngiltere’de yeni bin yılda tüm elektif cerrahi girişimlerin %50’sinin günübirlük cerrahi girişimlerden oluşacağını, yapılacak bazı düzenlemelerle bu oranının %80’e ulaşabileceğini belirtmiştir (3).

Günümüzde endoskopik prosedürler (laparoskopi, artroskopi gibi), jinekoloji, göz, plastik cerrahi ve ortopedi alanındaki birçok girişim günübirlük olarak gerçekleştirilmektedir (38). Günübirlük cerrahi, hemşireler için de günübirlük endoskopi ve dental cerrahi gibi yeni çalışma alanlarının oluşmasına zemin hazırlamıştır (26, 32, 36).

Türkiye’de günübirlük cerrahi ile ilgili kesin veriler bulunmamakla birlikte, 1980’lerde başladığı, 1990 sonrası ise arttığı görülmektedir. İlk hastane merkezli günübirlük cerrahi ünitesi 1998’de İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi’nde

açılmıştır (7). Türkiye’de de günübirlilik cerrahiye ilgi gün geçtikçe artmakta ve birçok merkezde günübirlilik cerrahi üniteleri kurulmaktadır (39).

2.3. Günübirlilik Cerrahinin Avantajları ve Dezavantajları

2.3.1. Günübirlilik Cerrahinin Avantajları

Hastanede yatış süresi ile enfeksiyon gelişme oranları arasında doğru orantı olduğundan, günübirlilik cerrahi ile hastane enfeksiyonları gelişme riski azalmaktadır. Ayrıca hastane enfeksiyonları nedeniyle artan ölüm oranlarının günübirlilik cerrahiye, elektif cerrahiye göre avantajlı duruma getirdiği belirtilmektedir (40). Günübirlilik cerrahi acil ve daha kompleks cerrahi girişimler için kaynakların daha etkili ve verimli kullanımını sağlamakta, ameliyatların iptal edilme olasılığını azaltmakta, hastaların girişim için bekleme sürelerini kısaltmaktadır (21, 36). Hastanede yatan hastalar, aile ve arkadaşlarından ayrı, yabancı bir çevrede ve tanımadığı bireylerle ortak bir yaşamı paylaşmak zorunda kalmaktadır. Bu durum hastada endişe yaratmaktadır. Bu nedenle günübirlilik cerrahi, hastaların anksiyete ve kaygı düzeyini azaltmaktadır (1, 36). Günübirlilik cerrahi ayrıca hastaların ameliyat sonrası şikayetlerini azaltmakta, normal yaşama uyumlarını hızlandırmakta, işe erken dönüşü sağlamakta ve toplumsal işgücü kaybını azaltmaktadır (41-44). Günübirlilik yapılan ameliyatlar hem hasta hem de kurum için maliyeti azaltmaktadır (31, 45-49). Günübirlilik cerrahi ile A.B.D’de yıllık cerrahi maliyetleri açısından %15-30, İngiltere’de ise %40 oranında tasarruf sağlandığı bildirilmektedir (3, 50).

2.3.2. Günübirlilik Cerrahinin Dezavantajları

Günübirlilik cerrahi sonrası oluşan bulantı ve kusma, gaz çıkaramama, iştah değişiklikleri ve midede şişkinlik gibi şikayetler hastaların aynı gün taburculuğunun ertelenmesine neden olabilmektedir (50-54). Ayrıca akut ağrının yetersiz tedavisi, hastanın hastanede kalış süresinin uzamasına, taburcu edildikten sonra yeniden hastaneye başvurmak zorunda kalmasına, yaşam kalitesinin azalmasına ve kronik ağrı gelişmesine yol açabilmektedir (22, 51, 52, 54, 55). Günübirlilik cerrahi uygulaması geçiren hastaların ameliyattan sonra en az 24-48 saat evde bakım alması gerekmektedir

(15, 54). Hastaya evde bakım verecek kişi ya da kişilere yeterli bilgilendirme yapılmaması bakımın sürdürölmesini engelleyebilmektedir (56-59).

2.4. Günöbirlik Cerrahi Uygulamaları

Günöbirlik cerrahi uygulamaları;

a) Lokal anestezi altında küçük ayaktan cerrahi uygulamalar (göz ameliyatları, tüm açık yaraların dikilmesi, tüm küçük cerrahi girişimler ve patoloji için biyopsi alınması),

b) Genel anestezi veya nöroaksiyal blok altında büyük ayaktan cerrahi uygulamalar,

c) Hastanede yatarak yapılan ayaktan cerrahi uygulamalar olarak üçe ayrılmaktadır (35, 60-62).

Tablo 2.1. Günübirlık Cerrahinin Uygulandığı Durumlar

Genel Cerrahi <ul style="list-style-type: none">-Herni onarımı (inguinal, femoral, umblikal, paraumblikal, epigastrik)-Varikoz venlerin ligasyonu yada çıkarılması-Anal darlık yada anal fissür onarımı-Bening tümörler, sebace kistlerin çıkarılması-Memedeki solid dokuların çıkarılması-Papillom, ben gibi oluşumların çıkarılması-Lipomun çıkarılması-Eldeki sinir sıkışmasının düzeltilmesi-Pilonidal sinüs onarımı	Üroloji <ul style="list-style-type: none">-Sünnet-Hidrorese ilişkin cerrahi-Vazektomi - Üretral dilatasyon-Testiküler biyopsi-Sistoskopi (stent yerleştirilmesi yada çıkarılması, biyopsi alınması vb.)-Epididimal kistlerin çıkarılması-Renal biyopsi-Varikosele ilişkin cerrahi-Penis yapışıklıklarının ayrılması
Ortopedik Cerrahi <ul style="list-style-type: none">-Karpal-Tunnel Sendromunun düzeltilmesi-Dupuytren kontraktürüne ilişkin cerrahi-Hallus vagusa ilişkin cerrahi-Trigger fingere ilişkin cerrahi-Ayak parmağındaki tırnak batmasının düzeltilmesi-İnterfalangial bölgelerde yapışıklığın düzeltilmesi-Artroskopik menisektomi-İğne, kaplama, tel ve vidaların çıkarılması-Kırık redüksiyonu-Artroskopi-Parmak amputasyonu-Nöromanın çıkarılması-Bursanın çıkarılması-Tenotomi-Ganglionektomi	Jinekolojik Cerrahi <ul style="list-style-type: none">-Dilatasyon ve küretaj-Laparoskopi-Kolposkopi-Serviksin koter yada lazer ile tedavisi-Bartolin kistlerinin çıkarılması-Gebeliğin sonlandırılması-Laporoskopik kısırlaştırma-Servikal polipektomi-Vulva kistlerinin çıkarılması
Pediyatrik Cerrahi <ul style="list-style-type: none">-Sünnet-Hidrorese ilişkin cerrahi-Orşiopeksi-İnguinal herniektomi-Umblikal herni onarımı	Oftalmik Cerrahi <ul style="list-style-type: none">-Katarakta ilişkin cerrahi-Şaşılığın düzeltilmesi-Şalazyona ilişkin cerrahi-Excimer lazer
Kulak- Burun- Boğaz Cerrahisi <ul style="list-style-type: none">-Buruna ilişkin cerrahi (septoplasti, rinoplasti, septorinoplasti)-Miringoplasti-Timpanoplasti-Kulağa tüp takılması-Tonsillektomi-Nazal polip eksizyonu-Endoskopik sinüs cerrahisi-Direkt larengoskopi yada faringoskopi (biyopsi alınması, kist eksizyonu vb.)-Submukozanın çıkarılması-Antral yıkama-Nazal kırığın redüksiyonu-Yabancı cisimlerin çıkarılması	Plastik Cerrahi <ul style="list-style-type: none">-Büyük kulakların düzeltilmesi-Buruna ilişkin cerrahi (septoplasti, rinoplasti, septorinoplasti)-Endoskopik sinüs cerrahisi-Damak yarığının düzeltilmesi-Memelerin büyütülmesi-Meme ucu ve areolanın yeniden şekillendirilmesi-Karpal-Tunnel Sendromunun düzeltilmesi-Z-plastiler-Blefaroplasti-Dokuyu büyüten malzemelerin konulması-Deri lezyonlarının çıkarılması-Liposuction-Üretral meatotomi ve dilatasyon
Dental Cerrahi <ul style="list-style-type: none">-Diş ile ilgili girişimler	

Kaynak: Çilingir D, Bayraktar N. Günübirlık cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 1: 69–81.

Günübirlik cerrahi uygulamaları klinikler veya poliklinikler içinde kurulan ünitelerde ve hastanenin faaliyet gösterdiği farklı binalarda kurulan ünitelerde uygulanmaktadır. Bunun yanı sıra özel kuruluşlar tarafından açılan merkezlerde de günübirlik cerrahi uygulanmaktadır (36).

2.5. Günübirlik Cerrahide Hasta Seçimi

Günübirlik cerrahi uygulamalarında ilk adım hastaların bu yöntem için uygun olup olmadığının değerlendirilmesidir. Bir cerrahi uygulamanın günübirlik yapılabilmesi için; işlem 60 dakikayı aşmamalı, parenteral analjezik uygulamasını gerektirecek kadar ağrı oluşumuna neden olmamalı, özel bir hemşirelik bakımı gerektirmemeli, hastada kontrol edilmesi gereken bir dren ve buna bağlı kanama olasılığı olmamalı, hastanın evde bakım koşulları uygun olmalı ve evde hastaya bakacak bir kişi olmalıdır (35, 63-65).

Hasta seçiminde ayrıca hasta güvenliği ile ilgili önlemlerin alınmış olması, girişimi gerçekleştirecek ekibin tanımlanması, işlem sırasında kullanılacak teknolojik olanaklar ve ekonomik faktörlerin belirlenmesi de önemlidir (36, 63, 64).

Günümüzde tüm hastaların günübirlik cerrahi için uygun olduğu düşünülse de aşağıda belirtilen durumlarda yeniden değerlendirme yapılmalıdır:

- Diyet yoluyla kontrol altına alınamayan diyabet,
- Kalp yetmezliği (angina pectoris, pacemaker kullanımı),
- Geçirilmiş myokard infarktüsü (son iki yılda),
- Hipertansiyon tanısı (60 yaşın altında 160/100 mmHg, 60 yaşın üzerinde 180/100 mmHg),
- Kronik solunum sistemi hastalığı (astım v.b.),
- Artrit (boyun, çene ve ellerde aktivite sınırlamasına neden olan),
- Daha önce geçirilmiş ameliyat sonrası ortaya çıkan epilepsi atağı,
- Kan hastalığı (orak hücreli anemi v.b.),
- Gebelik,
- Bulaşıcı hastalık durumu (Hepatit B, HIV v.b.),
- Girişim sonrası idrar retansiyonu olasılığı,
- İlaç, alkol ve madde kullanımı,
- Günübirlik cerrahi öncesi yüksek ateş olması,
- Allerji öyküsü,

-Fizyolojik veya psikolojik nedenlerle oluşan mental durum bozuklukları (1, 66).

Günübirlik cerrahi öncesi hasta seçimi aşamasında, işlemi planlayan ve uygulamaya karar veren cerrah, hastayı uygulama öncesi konsülte eden hekim ve uygulama sırasında anesteziyi uygulayacak olan anestezi uzmanı birinci derecede sorumludur (35, 67).

2.6. Günübirlik Cerrahide Hemşirelik Bakımı

Günübirlik cerrahi ekibi genellikle; klinik sorumlu hekimi, uzman cerrah, asistanlar, anestezi hekimi, günübirlik cerrahi hemşiresi, fizyoterapist ve diğer teknik personelden oluşmaktadır (1, 21). Günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat sonrası hastanede kalış süresi ortalama 1-6 saati kapsamaktadır (1, 36). Hastanın hastanede kaldığı süre içinde en fazla iletişim kurduğu ve birlikte en uzun zaman geçirdiği meslek grubu ise hemşirelerdir. Bu durum özellikle ekip ile hasta arasındaki iletişim ve koordinasyonun sağlanmasında hemşirelerin önemli roller üstlenmelerini gerektirmektedir (32).

Günübirlik cerrahi hastasının hemşirelik bakım standartları, yatan hastalardan oldukça farklıdır. Hastaların ameliyat sonrası hastanede kalış süresi kısa olduğu için hemşirelik bakımının planlanması iyi yapılmalıdır (1, 31, 37).

Günübirlik cerrahide hemşirelik bakımı ameliyat öncesi, sırası ve sonrası olarak üçe ayrılmaktadır:

2.6.1. Günübirlik Cerrahi Öncesi Hemşirelik Bakımı

Günübirlik cerrahide ameliyat öncesi hemşirelik bakımı, AORN'un standartlarına ve Sağlık Kurumlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO) tarafından yayınlanan hasta güvenliği uygulamalarına uygun olarak oluşturulmaktadır (1, 30, 37).

Günübirlik cerrahi hastasının ameliyat öncesi hazırlığı, yatan hastaların hazırlığına benzer ve bir o kadar da önemlidir (33-36). Günübirlik cerrahi hastası ile yatan hasta arasındaki en önemli farklılıklardan biri, günübirlik cerrahide hasta-hemşire ilişkisinin çok kısa bir süre içinde gerçekleşmesi gerektiğidir (13). Hemşire, günübirlik cerrahi uygulanacak hasta ile ilk karşılaştığı andan itibaren bakım hizmetlerini

planlamaya başlamalıdır. Hemşirelik bakımı bütüncül bakış açısıyla bireye özgü gerçekçi hedeflere temellendirilmelidir (7, 36).

2.6.1.1. Günübirlik Cerrahi Öncesi Fiziksel Hazırlık ve Hemşirenin Rolü

Günübirlik cerrahi öncesi hasta ile yapılan görüşme, fiziksel hazırlığın ilk aşaması ve hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır. Hemşire görüşme yapmadan önce hasta dosyasını kontrol etmeli, aynı soruların tekrarından kaçınılmalıdır. Hasta ile ilgili önemli bilgileri kayıt etmeli ve ekip ile paylaşmalıdır (1, 13, 29). Görüşme sırasında kullanılan kelimeler hastanın cerrahi süreci anlaması açısından önemli olduğundan, tıbbi dil kullanmaktan kaçınılmalıdır. Toplanan veriler mutlaka kayıt altına alınmalıdır (37).

Hasta ile görüşme sırasında; tıbbi durum değerlendirilmeli, yaş, beden ağırlığı, fizik muayene ve laboratuvar tetkik sonuçları, radyolojik ve konsültasyon işlemleri sorgulanmalıdır (32, 68-71).

Tıbbi durumu değerlendirmek için Amerikan Anesteziyoloji Derneği (American Society of Anesthesiologists, ASA) tarafından önerilen hasta sınıflama kriterleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- **Sınıf I:** Organik, fizyolojik, biyokimyasal ve psikiyatrik bir yetersizliğin olmaması, var olan cerrahi sorunun lokalize ve herhangi bir sistemik yetersizliğin olaya eşlik etmemiş olması,
- **Sınıf II:** Hafif/orta düzeyde sistemik bir sorun olmasına karşın bunun cerrahi girişime engel olmaması ve cerrahi yöntemlerle tedavi edilebilir olması,
- **Sınıf III:** Herhangi bir nedenden kaynaklanan ciddi sistemik yetersizlik ya da hastalığın söz konusu olması ancak bu yetersizliğin düzeyini belirlemenin mümkün olmaması,
- **Sınıf IV:** Cerrahi girişimle düzeltilemeyecek, yaşamı tehdit edici yetersizlik olması,
- **Sınıf V:** Yaşama şansının çok az olması.

ASA'ya göre genellikle, I.ve II. sınıf grubuna giren hastaların günübirlik cerrahi için en uygun adaylar olduğu, ancak fizyolojik parametrelerin çok iyi kontrol altına alınabileceğine karar verilen III. sınıf hastaların da aday olarak düşünülebileceği bildirilmektedir (1, 36).

Günübirlik cerrahide yaş önemli bir parametredir. İleri yaşlarda ortaya çıkan sağlık sorunları günübirlik cerrahi uygulamalarını olumsuz etkilemektedir. Royal Cerrahlar Koleji, günübirlik cerrahide üst yaş sınırını 65-70 olarak önermektedir (21). Günübirlik cerrahinin alt yaş sınırı 1 olarak kabul edilse de bazı durumlarda kriterlerin uygunluğu sağlaması halinde daha küçüklere de günübirlik cerrahi uygulanmaktadır (72-74).

Bir diğer parametre olan hastanın kilo durumu (özellikle obezite durumu) tüm cerrahi yöntemlerde olduğu gibi günübirlik cerrahide de önemli bir sorun oluşturmaktadır. Hastaların aşırı kilolu olması anestezi, cerrahi işlem ve bakım uygulamalarında girişim süresinin uzamasına ve iyileşmenin gecikmesine neden olmaktadır. Hastanın beden kitle indeksinin 30-33 arasında olması ve masif obezite (BKİ'nin %40'dan fazla olması) durumu değerlendirilmelidir (24).

Fiziksel muayene, hasta değerlendirmesinde bir başka önemli parametredir. Hastanın solunum, kardiyovasküler, nörolojik, kas/iskelet, gastrointestinal ve genitouriner sistemleri değerlendirilmelidir (53, 70, 75, 76).

Solunum sisteminin değerlendirilmesi sırasında; hastanın son 6 ay içinde ilerleme ve/veya akut alevlenme gösteren, kronik tedavi gerektiren astım / KOAH durumu, geçirilmiş majör havayolu cerrahisi, anormal havayolu anatomisi, üst veya alt havayolu tümörü veya obstrüksiyonu, evde ventilasyon desteği ve takibi gerektiren kronik respiratuar distress öyküsü olup olmadığı incelenmelidir. Solunum sisteminin değerlendirme sonuçları, hastanın ameliyathaneye transferinde, anestezinin güvenle verilmesinde, ameliyat sırası ve sonrası verilecek pozisyonun belirlenmesinde belirleyici olmaktadır (77).

Kardiyovasküler sistem değerlendirmesi sırasında; koroner arter hastalığı, anjina, MI öyküsü, semptomatik aritmiler, kontrolsüz hipertansiyon (>160/110), konjestif kalp yetmezliği öyküsü ve kullanılan ilaçlar değerlendirilmelidir (1). Ayrıca hastanın yaşam bulguları, ekstremitte perfüzyonu, deri rengi, ısısı, kanın pıhtılaşma durumu değerlendirilmelidir (55, 68).

Nörolojik sistemin değerlendirilmesi sırasında; hastanın nöbet öyküsü, SSS hastalıkları (multiple skleroz gibi), miyopati ve diğer kas hastalıkları, gerçeği değerlendirme durumu, dikkat/algılama, uyum ve iletişim yeteneği kontrol edilmeli, travmadan korunma durumu değerlendirilmelidir (68, 78, 79).

Kas iskelet sisteminin değerlendirilmesinde; kifoz, skolyoz, servikal veya torasik spinal hasar varlığının olup olmadığı temporomandibuler eklem hastalığı ve hareket yeteneği değerlendirilmelidir (68).

Gastrointestinal sistem ve beslenme durumunun değerlendirilmesinde; aşırı kilo ve aşırı zayıflık durumu değerlendirilmelidir. Ayrıca hastanın kronik bulantı kusma yakınmalarının olup olmadığı, bağırsak alışkanlıkları, karaciğer sorunu ve anemi öyküsü kontrol edilmelidir (80).

Genitoüriner sistemin değerlendirilmesinde; böbrek ve mesane fonksiyonunun yeterliliğinin belirlenmesi için, erkeklerde prostat öyküsü, idrar akımı azalması, testis ödemi ve üretral akıntı kontrol edilmelidir. Kadınlarda ise menstruasyon düzeni, son menstruasyon tarihi, vaginal akıntı ve yanma, oral kontraseptif ilaç kullanımı, hamilelik, memede kitle varlığı sorgulanmalıdır (64).

2.6.1.2. Günübürlük Cerrahi Öncesi Psikolojik Hazırlık ve Hemşirenin Rolü

Günübürlük cerrahi öncesi hasta ve ailesinin psikolojik hazırlığı önemlidir. Psikolojik hazırlığın ilk aşamasında yapılması gereken, hasta ve yakınlarına eğitim vermektir. Bu eğitimin amacı kaygı düzeyini azaltarak iyileşme sürecini hızlandırmak ve normal yaşama en kısa sürede geçişi sağlamaktır (81, 82).

Sözlü ve yazılı olarak yapılması gereken eğitimin, girişim kararından hemen sonra multidisipliner bir yaklaşımla başlatılması ve taburculuk sonrasında da sürdürülmesi gerekmektedir (13, 82). Bazı gelişmiş ülkelerde hasta ve yakınlarına ameliyat öncesi tanıtım ziyaretleri düzenlenmekte ve ameliyat öncesi evlerinde izleyebilecekleri eğitim videoları hazırlanmaktadır (36).

Hasta ve yakınlarına verilecek eğitimin içeriği hastaneden hastaneye değişiklik göstermekle birlikte belirli konuları içermelidir. Bunlar; hastalığın niteliği, uygulanacak ameliyat, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası yapılması gerekenler, ameliyata ilişkin tüm riskler ve gelişebilecek komplikasyonlar, hastanede geçirilecek süre, ameliyat saati, hastanın üniteye alınması gereken saat, aç kalma durumu, hastanenin fiziki olanakları, değerli eşyaların kaydı ve güvenliği, cerrahi süreçte kendisine eşlik edecek kişi, yanında getirmesi gereken resmi ve özel belgeler vb. konuları kapsamalıdır (82, 83).

Ameliyat öncesi yapılan eksiksiz değerlendirme ve hasta eğitimi, hastanın rahatlığını ve memnuniyetini etkilemekte ve bu sayede süreçle ilgili ertelemeler ve iptallerin önüne geçilmektedir (36).

Günöbirlik cerrahi hastasının ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı sırasında; kaygı düzeyinin, kaygı düzeyini etkileyen faktörlerin ve cerrahi girişime karşı gösterilen bireysel yanıtların belirlenmesi, hemşirelik sürecinin planlanması ve uygulanması aşamasında önem kazanmaktadır (29, 84).

Günöbirlik cerrahi öncesi kaygı durumunda;

- Hastanın kaygı düzeyi uygun değerlendirme araçları ile belirlenmeli,
- Kaygı yaratan nedenleri tanınması ve tanımlamasına yardım edilmeli,
- Kaygı belirtilerini ortaya çıkaran geçmiş yaşantısındaki deneyimleri ifade etmesi sağlanmalı,
- Duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verilmeli ve soru sorması için cesaretlendirilmeli,
- Kaygı ile başa çıkma yöntemleri değerlendirilmeli, uygun yöntemleri kullanması sağlanmalı (müzik dinleme, egzersiz v.b.) ve yeni yöntemler geliştirilmeli,
- Güçlü yönlerini ve yeteneklerini kullanması için desteklenmeli,
- Çevredeki kaygı düzeyini arttıran uyaranlar (ışık, eşya gibi) mümkün olduğunca azaltılmalı,
- Konfor ve güvenliğini sağlayacak uygun bir çevre oluşturulmalı,
- Tüm bakım ve tedavi yöntemleri açıklanmalı,
- Mümkün olduğunca hastanın yanında bulunarak kendini güvende hissetmesi sağlanmalı ve sıcak bir ortam oluşturulmalı,
- Kaygısını arttırmamak için yanındayken sakin olunmalı,
- Hasta kaygılıyken ayrıntılara odaklanamayacağı için açıklama yaparken basit ve kısa cümleler kullanılmalı,
- Kaygısını azaltmak için gerekirse hekim istemine göre anksiyolitik ilaçlar verilerek, ilacın etkileri ve yan etkileri yönünden gözlenmelidir (29).

2.6.1.3. Günöbirlik Cerrahi Öncesi Sosyal Durumun Değerlendirilmesi ve Hemşirenin Rolü

Günöbirlik cerrahi öncesi hastanın ev koşulları ve evde bakım sorumluluğunu üstlenebilecek birinin olup olmadığı değerlendirilmelidir. Hastanın hastaneye geliş ve gidişinin bir saattten uzun olup olmadığı, bu süre içerisinde yanında bir yakınının olup

olmayacağı, iletişim kurulacak kişi / kişilerin varlığı değerlendirmeye alınmalıdır. Ameliyat sonrası bakımı üstlenecek kişi / destekleyicinin hasta beklentilerinin farkında olması için hemşirenin bu bireyleri bilgilendirmesi önemlidir (84).

Hemşire günübirlik cerrahi uygulamasının her aşamasında hasta ve ailesini bilgilendirmeli, aile üyelerinin bekleyebilecekleri bir bekleme alanını göstermeli ve girişimi yapacak ekiple görüşmesini sağlamalıdır (29, 31, 36).

2.6.1.4. Günübirlik Cerrahi Öncesi Yasal Prosedürlerin Tamamlanması ve Hemşirenin Rolü

Hastanın sağlık güvencesi sorgulanmalı, ameliyat sonrasında ödemelerin Sağlık Uygulama Tebliği'ne (SUT) göre yapılacağı konusunda bilgi verilmelidir (28, 29). Hastaya uygulanacak olan işlem ne olursa olsun mutlaka bilgilendirilmiş izin formu okunarak imza altına alınmalı ve dosyalanmalıdır. 18 yaş altı ve imza ehliyeti olmayanların yasal vasilerinden bilgilendirilmiş izin alınmalıdır (44).

2.6.1.5. Hasta ve Yakınlarının Günübirlik Cerrahi Sonrası İle İlgili Bilgilendirilmesi ve Hemşirenin Rolü

Günübirlik cerrahi sonrası hastaların kısa sürede eve taburcu edilmesi, ameliyat sonrası erken dönemde bakım sorumluluğunun hasta ve yakınlarına geçmesine neden olmaktadır (9, 11). Bu nedenle hem hastanın hem de bakımını üstlenecek kişi/destekleyicinin, taburculuk sonrası evde ortaya çıkabilecek komplikasyonlar ve bu komplikasyonların tedavi ve bakımı konusunda bilgilendirilmesi önemlidir (85, 86). Hastaya evde bakım verecek kişinin yardım veya bakım için istekli, fiziksel olarak yeterli güçte, öğrenme kapasitesi yüksek, gerçekçi beklentileri olan, evde gerekli koşulları sağlayabilecek ve hastanın gereksinim duyacağı yardımlar konusunda planlı düşünebilen bir kişi olması gereklidir (2, 63).

Başta ABD ve İngiltere olmak üzere bir çok ülkenin günübirlik cerrahi merkezlerinde hemşireler, taburcu olan hastanın fiziksel ve psikolojik durumlarının izlemine özellikle ilk 24 saat içinde telefon veya bilgisayar bağlantısı ile devam etmektedir. Hemşirelik bakımında teknolojinin etkin kullanımı hastalarda güven duygusunun oluşumunu ve öz bakım girişimlerini desteklemektedir (2, 31, 87, 88). Hasta taburcu olduktan sonra, telefon veya bilgisayar ile yapılan görüşmeler sırasında

hemşire hastaya, kanama, ağrı, bulantı ve kusma, iştahsızlık, konstipasyon, sıvı alımı ve atımı, ilaçların etkinliği ve günlük yaşam aktiviteleri (kendi kendine giyinme-soyunma, banyo yapma ve evin bakımı vb.) gibi konular hakkında sorular sormaktadır. Herhangi bir sorun belirlendiği zaman hasta kayıtları incelenerek önerilerde bulunulmakta, gerekirse hasta hekime yönlendirilmektedir. Bazı durumlarda (akıntı/ sızıntı vb.) hasta yaşadığı bölgedeki evde bakım hemşiresi tarafından da ziyaret edilmekte, sorun çözümlenemezse hasta günübirlik cerrahi ünitesi ya da acil servise çağrılmaktadır (2, 89-92).

Carroll ve arkadaşları günübirlik cerrahi hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların evlerine döndükten sonra en sık ağrı, bulantı ve kusma, Erkal ise ağrı, yorgunluk ve bulantı şikayetleri olduğunu belirlemişlerdir (52, 93).

Yapılan bir çalışmada hasta ve yakınlarının taburculuk sonrası ağrı, bulantı ve kusma gibi yakınmaları iyi yönetemediklerinde kaygı yaşadıkları belirlenmiştir (94). Pieper ve arkadaşları günübirlik cerrahi uygulanan hastalarla yaptıkları çalışmada; hastaların ve yakınlarının yara bakımı, ağrı yönetimi, komplikasyonların takibi, beslenme ve yaşam kalitesi konularında kaygılı olduklarını belirlemişlerdir (90).

Bu bilgiler hasta ve yakınlarının günübirlik cerrahi sonrası için bilgilendirilmelerinin önemini ortaya koymaktadır.

2.6.2. Günübirlik Cerrahi Sırasında Hemşirelik Bakımı

Günübirlik cerrahide ameliyat sırası hemşirelik bakımı, herhangi bir operasyon geçirecek veya invaziv uygulama yapılacak hastaya uygulanan AORN standartlarıyla aynıdır.

Ameliyat başlamadan önce hastanın kimlik ve dosya kontrolü yapılarak eksik bilgileri tamamlanmalı, uygulama yapılacak taraf işaretlenmeli, olası kontrendikasyonlar ve allerji bilgileri kayıt altına alınmalı, hastanın ameliyathaneye güvenli bir şekilde transferi sağlanmalı, işlem için uygun pozisyon verilmeli, gerekli sedasyon uygulanmalı, monitorizasyon sağlanmalı, herhangi bir olumsuzluk durumunda gerekli girişimler uygulanmalı ve ünitenin prosedürüne göre uygun bir şekilde kayıt edilmelidir (13, 39).

2.6.3. Günübirlik Cerrahi Sonrası Hemşirelik Bakımı

Hasta ameliyattan çıktıktan sonra, uygun pozisyon verilmeli, yaşam bulguları izlenmeli, kanama, bulantı- kusma ve bilinç takibi yapılmalı, yaşanan sorunlara yönelik uygun hemşirelik girişimleri planlanmalı ve uygulanmalı, gerektiğinde hekime bilgi verilmeli, ameliyata özel izlemler yapılmalıdır (8, 30).

Hastaların günübirlik cerrahi ünitesinden taburcu olabilmesi için bazı kriterleri taşınması gerekir. Genel ve lokal- bölgesel anestezi için taburculuk kriterleri bir çok aşamada aynıdır. Bu kriterler şu şekilde sıralanmaktadır; hastanın ameliyat sonrasında yaşam bulguları normal değerlerde olmalı, hasta ayağa kalkabilmeli, uyanık ve oryante olmalı, ekstremitelerinde duyarlar geri dönmüş ve dolaşım yeterli olmalı, oral sıvı alımını tolere edebilmeli, idrar çıkışı olmalı, son bir saat içinde ağrı kesiciye ihtiyaç duymamış olmalı, ameliyat yerinden aşırı miktarda kanama ve akıntı olmamalıdır (8).

2.7. Kaygı

2.7.1. Kaygı Kavramının Tanımı

Kaygı (anksiyete) sözcüğü, Hint-Germen kökenli “sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa” anlamına gelen “angh” sözcüğünden türemiştir. Kaygıya ilişkin eski yazılı kanıt milattan önce 3000’lerde yazılan Gılgamış Destanı’dır. Bu destanda Gılgamış kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir. Kaygı belirtileri, çok eski zamanlardan beri birçok hekimin ve yazarın dikkatini çekmiş ve çeşitli yazılarda dile getirilmiştir. Mani, histeri ve paronaya gibi terimleri psikiyatriye kazandırmış olan Hipokrata göre, her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir. Hipokratın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde, korkudan ve amaçsız anksiyete (aimless anxiety) olarak adlandırdığı bir durumdan söz ettiği bilinmektedir (30).

Türkçe’de kaygı terimi; bunaltı, endişe, anksiyete gibi terimlerle adlandırılmaktadır. Cüceloğlu bu durumu “kötü bir şey olacakmış hissi, hoş olmayan bir endişe hali ya da nedensiz bir korku” şeklinde ifade etmektedir (95). Psikiyatrik açıdan ise kaygı, somatik belirtilerin eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik hali olarak tanımlanmaktadır (95-97).

Bir başka tanıma göre kaygı; insan yapısında var olan, çevresel ve psikolojik olaylara gösterilen duygusal tepki, dar anlamda ise kaynağı ve başlangıcı bilinçli

olmamasına rağmen bilinçli bir şekilde hissedilen, beraberinde terleme, renk değişikliği gibi fizyolojik belirtilerin de görüldüğü bir yaşantı şekli olarak tanımlanmaktadır. Kaygı geleceğe yönelik endişe ve gerginlik hissetme durumudur (98).

Evrensel bir insan deneyimi olan kaygının, yaşamın sürdürülmesi ve uyum davranışının gelişmesinin sağlanmasında önemli olduğu kabul edilmektedir. Yaşam süreci içinde güvenlik ya da gereksinimlerin karşılanmasını tehlikeye düşürecek herhangi bir etmen söz konusu olduğunda kaygı ortaya çıkmaktadır (30).

Freud kaygıyı üçe ayırmaktadır;

1-Objektif/Gerçek Kaygı: Tehlike kaynağı bireyin dışındadır. Kaygı, benlik alt benliğin gereksinimlerine doyum sağlamaya çalışırken, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında ortaya çıkan durumdur. Zaman zaman tüm bireyler tarafından yaşanmaktadır.

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

3-Ahlak/Moral Kaygı: Bireyin duyduğu içsel suçluluk, utanma, vicdan azabı gibi duyguların yarattığı manevi bir sıkıntı durumudur. Bireyin, duygu, düşünce ve belleğindeki çelişkiler ve çatışmalar sonucu ortaya çıkar (98).

Horney, kaygı ve korku kavramını sıkça birlikte kullanarak bu iki kavram arasındaki yakınlığı ifade etmiştir. Yalom ise var olmanın getirileriyle yüzleşmeden kaynaklanan çatışmanın kaygıya neden olduğunu bildirmektedir (99-101).

2.7.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı

Kaygı, tehlikeyle baş etmek için uyum sağlayıcı bir mekanizma, temel ve çok yönlü bir duygu durumudur (102). Tehlikeli koşulların yarattığı geçici duruma bağlı olarak durağan kaygı türü “durumluk kaygı”; içten kaynaklanan, bireye öz değerlerinin tehdit edildiği hissini veren, bireyin içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlamasına yol açan kaygı türü ise “sürekli kaygı” olarak tanımlanmaktadır (25).

Cattel ve Scheier tarafından ilk kez yapılan faktör analizi çalışmaları ile birbirinden farklı özellikleri olan durumluk ve sürekli kaygı türlerinin tanımlanmasına başlanmıştır. Bu faktör analizinden sonra Spielberger ve arkadaşları ise iki faktörlü kaygı kuramını geliştirmişlerdir. İki kaygı türü farklı özelliklere sahip olmasına rağmen her ikisinin de temelinde bir kaygı süreci bulunmaktadır. Subjektif korkuyla birlikte

otonom sinir sistemindeki uyarılma olarak tanımlanan durumluk kaygı, hem sürekli kaygının hem de kaygı sürecinin ilk basamağını oluşturmaktadır. Bu tip kaygı bireyin, içinde bulunduğu durumu tehdit eden ve tehlike yaratan biçimde algılamasından ve yorumlamasından kaynaklanmaktadır. Bilinçli olarak hissedilebilen durumluk kaygı, anlık gerilim, korku ve dehşet duyguları şeklinde de tanımlanmaktadır. Sürekli kaygı ise görelî olarak bireyde var olan kaygı eğilimini göstermekte olup, durumluluk kaygının yoğunlaşması ve süreklilik kazanması hali olarak tanımlanmaktadır (33).

Spielberger ve arkadaşları durumluk ve sürekli kaygı arasında devamlı bir etkileşim olduğunu kanıtlamışlardır. Sürekli kaygı düzeyinin yüksek olması, durumluk kaygı düzeyini de yükseltmektedir. Durumluk kaygı düzeyinin yükselmesi ve süresinin uzaması da sürekli kaygı düzeyini yükseltmektedir. Bununla birlikte stresli durumlardan, sürekli kaygısı yüksek olan kişilerin, düşük olan kişilerden daha fazla etkilendikleri saptanmıştır (30, 103, 105).

Öner ve Le Compte kaygıyı insanın temel duygularından biri olarak kabul etmekte; durumluk kaygıyı bireyin içinde bulunduğu stresli (baskılı) durumdan dolayı hissettiği subjektif korku olarak, sürekli kaygıyı ise bireyin kaygı yaşantısına yakın olması şeklinde tanımlamaktadır (105). Öner ve Le Compte durumluk kaygıyı kinetik enerjiye, sürekli kaygıyı da potansiyel enerjiye benzetmiştir. Kinetik enerji gibi durumluk kaygı da, belirli bir zaman diliminde ortaya çıkan olay ya da reaksiyondur. Sürekli kaygı ise potansiyel enerji gibi belirli bir tepki gösterme yatkınlığıdır (105, 106).

2.7.3. Kaygı Nedenleri

Günlük yaşam içerisinde bireyin kaygı duymasına neden olan birtakım faktörler vardır. Kaygıya yol açan nedenler çocukluk ve yetişkinlik çağında farklılıklar göstermektedir. Çocukluk çağında, ayrılık, bir ebeveynin kaybı, korkular, yeni bir kardeşin doğumu, ani ortam değişiklikleri gibi durumlar kaygı nedenleri arasında sayılmaktadır. Yetişkinlik döneminde ise bireyin yaşamında gerçekleşen başarı, yeni iş, terfi, kariyer değişiklikleri, cinsel gelişme, gebelik, ebeveyn olma gibi olumlu olayların yanı sıra başkaları tarafından kabul görmeme, başarısızlık, servet kaybı, işsizlik, boşanma, saldırı, tecavüz gibi prestij kaybına neden olan değişimler etken olarak sayılmaktadır (107, 108).

Ayrıca yaşamın herhangi bir döneminde bireyin kendini güvende hissetmemesine yol açan beslenme, giyim ve barınma ile ilgili çevresel olaylar ve kültürel baskı, taşınma, göç gibi toplumsal olaylar kaygıya neden olabilmektedir. Ergenlik, emeklilik, yaşlılık gibi bazı yaşam dönemleri ve bireyin kayıp duygusu yaşamasına yol açan ölüm, organ ve fonksiyon kaybı gibi durumlarda kaygı nedeni olarak kabul edilmektedir. Bunların yanı sıra hastalık ve hastaneye yatma gibi belirsizlik içeren yaşam deneyimleri, kaygı ile birlikte korku, öfke, çaresizlik, gerginlik ve depresyon gibi duyguların yaşanmasına yol açabilmektedir (30).

2.7.4. Kaygının Birey Üzerindeki Etkileri

Kaygının birey üzerindeki etkileri fizyolojik, algısal, davranışsal, psikolojik ve bilişsel olarak beş bölümde incelenmektedir:

Fizyolojik etkiler sempatik sinir sistemi ile ilgilidir. Bu etkiler sonucu; kalp atım hızı ve solunum sayısı artmakta, kan basıncı yükselmektedir. Ayrıca bireyde ağız kuruluğu, yutmada güçlük, bulantı, kusma, iştah kaybı, diyare, konstipasyon, sık idrara çıkma, terleme, titreme, baş ağrısı, baş dönmesi, uykusuzluk, bayılma, yorgunluk ve kas gerginliği oluşabilmektedir (30, 109).

Algısal etkiler ise bireyin görme, işitme, koklama, tat alma, dokunma gibi duyu yollarının farkındalığını artırmaktadır (30, 110, 111).

Davranışsal etkiler sonucu birey bilinçli veya bilinçsiz olarak anksiyete yaratan durumdan kaçma, dona kalma, yerinde duramama, uykuya dalmada güçlük ya da uyuma eğilimi gibi davranışlar gösterebilmektedir (30, 112, 113).

Psikolojik etkiler sonucu korku, tedirginlik, huzursuzluk, güvensizlik, çekingenlik, çaresizlik, sinirlilik, öfke, depresyon, sersemleme hali, aşırı gerginlik, konsantrasyon güçlüğü, kendini ve başkalarını eleştirme/suçlama eğilimi, libidoda azalma, kontrolü kaybetme görülmektedir (30, 113, 114).

Bilişsel etkiler ile bireyin öğrenme, kavrama, düşünme, yargılama, karar verme ve problem çözme yeteneği, çevreye karşı ilgisi, dikkat ve yaratıcılığı azalmaktadır (30, 115-118).

2.7.5. Günübirlik Cerrahi Hastalarında Kaygı ve Hemşirelik Yönetimi

Günübirlik cerrahi hastaları diğer cerrahi hastalarına benzer şekilde kaygı duymaktadır (32). Kindler ve arkadaşları 2000 yılında yapmış oldukları bir çalışmada, günübirlik cerrahi öncesi hastaların %60-80'inin orta düzeyde kaygı yaşadığını saptamışlardır (30). Yapılan bir diğer çalışmada günübirlik cerrahi hastaların %85'inin ameliyat günü kaygılı olduğu ve %50'sinin bilgi alamadıklarında kaygı düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada planlı ve acil cerrahi hastaları kadar günübirlik cerrahi hastalarının da kaygı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (63).

Bu hastalarda, taşikardi, kan basıncında yükselme, baş ağrısı, göğüs ağrısı, kas gerginliğine bağlı ağrı, yorgunluk, bulantı, terleme, titreme, ağız kuruluğu, yutma güçlüğü, mide şikâyetleri, korku, huzursuzluk, kötü bir şey olacaktıymış hissi, depresyon, dikkati toplayamama, isteksizlik, güçsüzlük, çaresizlik gibi kaygı belirtileri görülebilir (32).

Günübirlik cerrahi öncesinde hastaların kaygı düzeyini, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyimi, uygulanacak cerrahi işleminin türü, zorluk ve risk derecesinin etkileyebileceği belirtilmektedir (119, 120).

Günübirlik cerrahi öncesi hastaların hissettiği kaygı ve stres, yara iyileşme sürecini etkilemekle birlikte, uygulama sonrası olumsuz birçok etkinin ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (121, 122). Bu süreçte uygulanan nitelikli hemşirelik bakımının hasta ve ailesinin kaygısının azaltılmasında etkili olduğu vurgulanmaktadır (32).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, günübirlık cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Şubat 2013 – Haziran 2015 tarihleri arasında yapıldı. Bu klinik 66 yataklı olup 18 hemşire, 12 hekim, 2 personel ve 2 tıbbi sekreter ile hizmet vermektedir. Bu 66 yatağın 14 tanesi (Günübirlık Cerrahi Bölümü) günübirlık cerrahi hastaları için kullanılmaktadır. Hekim tarafından günübirlık cerrahi için uygun olduğu belirlenen hastalar, bu bölüme kabul edilerek ameliyat edilmekte ve 24 saat içinde taburculukları gerçekleştirilmektedir. Hastaların işlem öncesi hazırlık, işlem sonrası bakım, takip ve taburculuk eğitimlerinden bu klinikte çalışan hemşireler sorumludur. Gündüz shiftinde (08:00-16:00) 2 hemşire ve 1 tıbbi sekreter, gece shiftinde (16:00-08:00) ise 1 hemşire günübirlık cerrahi hastaları ile ilgilenmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini belirtilen klinikte günübirlık cerrahi uygulanacak olan tüm yetişkin (18-64 yaş) hastalar oluşturdu. Bu hastalar arasından, iletişim kurulabilen, herhangi bir kaygı bozukluğu ya da diğer bir psikiyatrik tanısı olmayan ve olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen hastalar örnekleme dahil edildi. Örnekleme hacmi güç analizi ile hesaplandı. Etki büyüklüğü 0.25, yanılıgı düzeyi 0.05 ve evreni temsil gücü 0.90 alınarak örnekleme büyüklüğü 255 kişi olarak belirlendi.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler Hasta Tanıtım Formu (Ek-5) ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek-6) kullanılarak toplandı.

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu

Bu form araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirildi (22, 23, 27, 30, 33, 36). Hastaların, tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, sosyal güvence, yaşanılan yer, çalışma durumu, gelir durumu), tıbbi öyküsü (ameliyat türü, kronik hastalık varlığı, hastaneye yatma ve ameliyat deneyimi, hastaneye yatış sayısı), evde bakım ile ilgili özellikler ve ameliyat öncesi dönemde kaygı duyulan konuları değerlendiren toplam 18 sorudan oluştu.

3.4.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, ABD’de, Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Öner ve Le Compte tarafından Türkçe’ye çevirisi yapılan ölçeğin güvenilirliği 1976, geçerliliği ise 1977 yılında yapılmıştır (100, 102). Ölçeğin güvenilirliği durumluk kaygı ölçeği için ön testte 0.83, son testte 0.92, sürekli kaygı ölçeği için ön testte 0.86 son testte 0.92 arasında bulunmuştur (123). Bu araştırmada cronbach alfa katsayısı durumluk kaygı ölçeği için 0.94, sürekli kaygı ölçeği için 0.91 olarak bulundu.

Ölçeğin özellikleri literatürde şu şekilde sıralanmaktadır:

1. 14 yaş üstü bireylere uygulanabilir.
2. Uygulama sürecinde zaman sınırlaması yoktur. Ölçek ortalama 10 dakikada yanıtlanabilir.
3. Ölçeğin her biri 20 maddelik iki bölümü bulunmaktadır:
 - a) Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ): Bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.
 - b) Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ): Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler.
4. Bireysel ve grup olarak uygulanabilir.
5. Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. İki ölçek bir arada uygulanacaksa önce DKÖ, sonra SKÖ uygulanmalıdır.
6. Kaygı ile ilgili yapılacak çalışmaların öncesinde ve sonrasında kullanılabilir.
7. DKÖ’de bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesi ve ölçeğin maddelerini okurken o anki duygularının şiddetine göre; 1 (Hemen hiç), 2 (Biraz), 3 (Oldukça), 4 (Tamamen) gibi dört seçenekten bir

tanmesini işaretlemesi istenmektedir. SKÖ'de ise, bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini, duygularının sıklık derecesine göre; 1 (Hemen Hiç), 2 (Biraz), 3 (Oldukça), 4 (Tamamen) gibi dört seçenekten bir tanesini işaretlemesi istenmektedir.

8. Ölçeklerde, doğrudan ya da düz ve tersine dönmüş iki tür ifade bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları belirtir. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36, ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade bulunmaktadır.

9. Ölçeğin hesaplaması yapılırken doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer DKÖ için 50, SKÖ için ise 35' dir.

10. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Büyük puan yüksek kaygı düzeyini, küçük puan ise düşük kaygı düzeyini belirtir. Uygulamalarda saptanan ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir (102, 104, 105, 124-128).

	Puan Durumu	Kaygı Düzeyi
	0-19 arası puan	Kaygı yok
Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği	20-39 arası puan	Hafif düzeyde kaygı
	40-59 arası puan	Orta düzeyde kaygı
	60-79 arası puan	Ağır düzeyde kaygı
	80 ve üzeri puan	Panik düzeyde kaygı

Şekil 3.1. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği'nden alınan puanlara göre kaygı düzeyinin sınıflanması

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Mayıs-Temmuz 2013 tarihleri arasında hafta içi her gün, 08:00-17:00 saatleri arasında, yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacının kendisi tarafından toplandı. Öncelikle kliniğe kabulü yapılan, araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan ve henüz ameliyathaneye çağrılmamış hastalara araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama araçları tanıtıldı ve eksiksiz doldurmalarının önemi vurgulandı. Formlar verildikten sonra hastaların yanından ayrılmayarak beklendi, anlaşılmayan sorular cevaplandırıldı ve formlar kontrol edildikten sonra toplandı. Okuma- yazma bilmeyen hastalara araştırmacı tarafından sorular okundu ve verilen yanıtlar doğrultusunda formlar dolduruldu. Her bir hasta soruları ortalama 20 dakikada yanıtladı.

3.6. Verilerinin Değerlendirilmesi

Hastalardan elde edilen verilerin istatistiksel çözümlenmesi SPSS (*Statistical Packet for the Social Science*) 15.0 paket programında yapıldı. Verilerin istatistiksel analizinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, değişkenlerin karşılaştırılmasında veri özelliklerine göre t testi, ANOVA, Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında ve $p < 0.05$ önem düzeyinde değerlendirildi.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi'nden (Ek-2) ve Malatya Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (Ek-3) yazılı izinler alındı. Ayrıca hastalara araştırma hakkında bilgi verildikten sonra, gönüllü olanlardan sözlü ve yazılı izin alındı (Ek-4). Araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hastalara araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesine uyuldu. Hastaların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "Özerklik" ilkesine, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesine uyulmasına özen gösterildi. Elde

edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksiz ve Güvenlik” ilkesi yerine getirildi (129, 130).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılıkları, örneklemin olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile belirlenmiş olması nedeniyle sonuçların sadece araştırmanın yapıldığı gruba genellenebilmesidir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=255)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş Ort±SS: 41.8 ±0.8		
18- 28 yaş	56	22.0
29-39 yaş	55	21.5
40-50 yaş	63	24.7
51 ve üzeri yaş	81	31.8
Cinsiyet		
Kadın	120	47.1
Erkek	135	52.9
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	29	11.4
İlkokul-ortaokul	73	28.6
Lise	87	34.1
Yüksekokul ve üzeri	66	25.9
Medeni Durum		
Evli	173	67.8
Bekar	82	32.2
Sosyal Güvence		
Var	247	96.9
Yok	8	3.1
Yaşanılan Yer		
İl	148	58.1
İlçe	86	33.7
Kasaba/Köy	21	8.2
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	118	46.3
Çalışmıyor	137	53.7
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	63	24.7
Gelir gidere eşit	151	59.2
Gelir giderden fazla	41	16.1

Araştırmaya katılan hastaların %31.8'inin 51 ve üzeri yaş grubunda, %52.9'unun erkek, %34.1'inin lise mezunu, %67.8'inin evli, %96.9'unun sosyal güvenceye sahip

olduğu, %58.1'inin il merkezinde yaşadığı, %46.3'ünün çalıştığı ve %16.1'inin gelirinin giderinden fazla olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların tıbbi özelliklerine göre dağılımı

Tıbbi zellikler	Sayı	%
Ameliyat türü (S=255)		
Kitle Eksizyonu	198	77.6
Abse Drenajı	40	15.7
Yabancı Cisim ıkartılması	10	3.9
Flep	7	2.8
Kronik hastalık (S=255)		
Var	89	34.9
Yok	166	65.1
Hastane deneyimi (S=255)		
Var	112	43.9
Yok	143	56.1
Hastaneye yatış sayısı (S=112)		
1-3 kez	59	52.7
4-6 kez	28	25.0
7 kez ve zeri	25	22.3
Ameliyat Deneyimi (S=255)		
Var	92	36.1
Yok	163	63.9
Olumsuz Ameliyat Deneyimi (S=92)		
Var	38	41.3
Yok	54	58.7

Hastaların bazı tıbbi özellikleri incelendiğinde; %77.6'sına kitle eksizyonu uygulandığı, %65.1'inin herhangi bir kronik hastalığının olmadığı, %43.9'unun daha önce hastaneye yatığı, %52.7'sinin 1-3 kez yatış yaptığı, %63.9'unun ameliyat deneyiminin olmadığı ve %41.3'nn olumsuz bir ameliyat deneyimi olduğu saptandı (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların evde bakımı ile ilgili özelliklerine göre dağılımı (n=255)

Evde Bakım Özellikleri	Sayı	%
Evde bakım veren varlığı		
Var	217	85.1
Yok	38	14.9
Evde bakım konusunda bilgi alma		
Evet	170	66.7
Hayır	85	33.3
Bilgi Kaynağı		
Hekim	108	42.4
Hemşire	70	27.5
Akrabalar	37	14.4
TV, dergi, broşür, internet	22	8.6
Diğer (hasta, hasta yakını)	18	7.1
Bilgi alınan konular*		
Ameliyat ve anestezi	142	55.7
Ameliyat bölgesinin kontrolü, ağrı ve enfeksiyon belirtileri	140	54.9
Ameliyat sonrası beslenme, boşaltım, banyo, egzersiz, ilaç kullanımı ve işe dönüş zamanı	136	53.3
Ameliyat sonrası kontrol zamanı ve tekrar başvuru yapmayı gerektiren konular	123	48.2

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %85.1'ine evde bakım verecek birinin olduğu, %66.7'sinin evde bakım konusunda bilgi aldığı, %42.4'ünün bu bilgiyi hekimden aldığı ve %55.7'sinin ameliyat ve anestezi konusunda bilgi aldığı belirlendi (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları (n=255)

Ölçekler	En az	En çok	Ort±SS
Durumluk Kaygı Ölçeği	29.00	75.00	46.93 ± 13.24
Sürekli Kaygı Ölçeği	23.00	64.00	44.56 ± 10.91

Hastaların gününbirlik cerrahi öncesi durumluk kaygı ölçeği puan ortalamasının 46.93±13.24, sürekli kaygı ölçeği puan ortalamasının ise 44.56±10.91 olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hastaların ameliyat öncesi dönemde kaygı duydukları konular (n=255)

Kaygı duyulan konular *	Sayı	%
Ameliyat sonrası evde ağrı yaşama	167	65.5
Taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunlar (ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık, kişisel bakımda yetersizlik gibi)	145	56.9
Dış görünümünde değişiklik olması	91	35.7
Ameliyatı yapacak hekimi tanımama ve iletişim kuramama	88	34.5
Anesteziyi uygulayacak hekimi tanımama ve iletişim kuramama	50	19.6
Hemşirelerle iletişim kuramama	45	17.6
Patoloji sonucunun olumsuz çıkması ve sorunun tekrar etmesi	30	11.8
Erken taburcu edilme	22	8.6
Ameliyat sonrası bulantı ve kusma yaşama	14	5.5

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların %65.5'inin ameliyat sonrası ağrı duyma, %56.9'unun taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunlar ve %35.7'sinin dış görünümünde değişiklik olması konusunda kaygılı oldukları saptandı (Tablo 4.4).

Tablo 4.6. Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=255)

Özellikler	Sayı	Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		Ort±SS		Ort±SS	
Yaş					
18-28 yaş	56	42.80±5.88		46.19±5.74	
29-39 yaş	55	42.81±6.07		47.70±6.27	
40-50 yaş	63	43.60±7.75		47.76±4.93	
51 ve üzeri yaş	81	44.25±5.36		49.18±5.61	
Test ve p değeri		F=0.841	p=0.473	F=3.138	p=0.026
Cinsiyet					
Kadın	120	43.56±6.28		49.79±5.30	
Erkek	135	43.37±6.20		46.14±5.51	
Test ve p değeri		t=0.239	p=0.811	t=5.371	p=0.000
Eğitim Düzeyi					
Okur yazar değil	29	44.86±5.30		51.17±4.57	
İlkokul-ortaokul	73	44.13±7.66		48.58±5.93	
Lise	87	42.13±5.63		47.19±5.96	
Yüksekokul ve üzeri	66	43.86±5.57		46.46±4.90	
Test ve p değeri		KW _x ² = 4.745		KW _x ² =16.645	p=0.001
		p=0.191		p=0.001	
Medeni Durum					
Evli	173	43.56±6.49		48.20±5.44	
Bekar	82	43.26±5.85		47.12±6.19	
Test ve p değeri		t=0.346	p=0.729	t=1.422	p=0.156
Yaşanılan Yer					
İl	148	43.18±6.37		47.47±5.60	
İlçe	86	44.19±6.36		48.19±5.67	
Kasaba/Köy	21	42.42±5.17		49.19±6.50	
Test ve p değeri		KW _x ² =1.720		KW _x ² =1.704	
		p=0.423		p=0.426	

Tablo 4.6'nın devamı

Çalışma Durumu			
Çalışıyor	118	43.52±6.41	46.87±5.41
Çalışmıyor	137	43.38±6.13	49.13±5.84
Test ve p değeri		t=0.177 p=0.860	t=3.192 p=0.002
Gelir Durumu			
Gelir giderden az	63	43.44±6.21	50.03±6.09
Gelir gidere eşit	151	43.39±6.39	47.62±5.10
Gelir giderden fazla	41	43.78±6.13	45.36±6.13
Test ve p değeri		F=0.062 p=0.940	F=9.152 p=0.000

Araştırmaya katılan hastaların incelenen tüm tanıtıcı özelliklerine göre DKÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında görülen farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmadı ($p>0.05$). Ancak 51 yaş ve üzerinde, kadın, okur yazar olmayan, çalışmayan ve geliri giderinden az olan hastaların SKÖ'den daha yüksek puan aldıkları ve bu sonuçların istatistiksel olarak da önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hastaların diğer tanıtıcı özelliklerine göre SKÖ'den aldıkları puanlar arasında görülen farklılıklar ise istatistiksel açıdan önemli bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.6)

Tablo 4.7. Hastaların bazı tıbbi özelliklerine göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tıbbi Özellikler	Sayı	Durumluk Kaygı Ort±SS	Sürekli Kaygı Ort±SS
Ameliyat Türü (S=255)			
Kitle eksizyonu	198	43.57±6.23	47.71±5.70
Abse drenajı	40	43.25±6.14	48.77±5.92
Yabancı cisim çıkartılması	10	39.60±6.83	45.30±5.53
Flep	7	47.28±5.96	50.42±3.35
Test ve p değeri		KWx ² =6.352 p=0.096	KWx ² =5.220 p=0.156
Kronik hastalık (S=255)			
Var	89	43.62±6.23	49.01±5.62
Yok	166	43.37±6.32	47.24±5.67
Test ve p değeri		t=0.186 p=0.853	t=3.098 p=0.002
Hastane deneyimi (S=255)			
Var	112	43.38±6.07	49.08±5.73
Yok	143	43.53±6.46	46.89±5.51
Test ve p değeri		t=0.677 p=0.501	t=0.728 p=0.469
Hastaneye yatış sayısı (S=112)			
1-3 kez	59	43.03±6.70	48.08±6.57
4-6 kez	28	43.46±5.52	50.71±4.25
7 kez ve üzeri	25	44.12±5.19	49.64±4.64
Test ve p değeri		KWx ² =1.113 p=0.573	KWx ² =3.694 p=0.158
Ameliyat deneyimi (S=255)			
Var	92	43.31±6.47	49.03±5.95
Yok	163	43.55±6.19	47.19±5.47
Test ve p değeri		t=0.289 p=0.773	t=2.493 p=0.013
Olumsuz ameliyat deneyimi (S=92)			
Var	38	43.42±4.63	49.78±5.43
Yok	54	43.47±6.53	47.52±5.69
Test ve p değeri		t=0.048 p=0.961	t=2.279 p=0.023

Tablo 4.7 incelendiğinde, kronik hastalığı olan, daha önce ameliyat deneyimleyen ve olumsuz ameliyat deneyimi olan hastaların SKÖ'den daha yüksek

puan aldıkları ve bu sonuçların istatistiksel olarak da önemli olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Hastaların diğer tıbbi özelliklerine göre DKÖ ve SKÖ'den aldıkları puanlar arasında görülen farklılıklar ise istatistiksel açıdan önemli bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Hastaların evde bakım ile ilgili bazı özelliklerine göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=255)

Evde Bakım Özellikleri	Sayı	Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		Ort±SS		Ort±SS	
Evde bakım veren varlığı					
Var	217	43.79±4.58		48.00±6.34	
Yok	38	42.97±6.80		47.60±6.95	
Test ve p değeri		t=0.523	p=0.601	t=0.296	p=0.767
Evde bakım konusunda bilgi alma					
Evet	170	43.43±6.51		47.73±5.82	
Hayır	85	43.52±5.82		48.10±5.49	
Test ve p değeri		t=0.113	p=0.911	t=0.488	p=0.619
Bilgi kaynağı					
Hekim	108	44.75±6.26		47.49±4.82	
Hemşire	70	41.51±5.89		48.42±7.03	
Diğer hasta/hasta yakını	18	42.16±4.27		48.00±6.24	
TV, dergi, broşür, internet	22	42.36±5.29		45.45±5.69	
Akrabalar	37	44.67±7.40		49.21±4.66	
Test ve p değeri		KW _x ² =18.390		KW _x ² =9.622	
		p=0.001		p=0.047	

Hastaların evde bakım ile ilgili bazı özelliklerine göre, durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, evde bakım konusunda hekimden bilgi alan hastaların DKÖ'den en yüksek, hemşireden bilgi alanların ise en düşük puanı aldıkları ve bu sonucun istatistiksel olarak da önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bilgi kaynağı "akrabalar" olan hastaların SKÖ'den en yüksek, "TV, dergi, broşür, internet" olanların ise en düşük puanı aldıkları ve bu sonuçların da istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı (Tablo 4.8)

5. TARTIŞMA

Hastaların ameliyat olacakları gün hastaneye yattığı ve aynı gün içinde taburcu olduğu gününbirlik cerrahi uygulamaları, dünyada ve Türkiye’de sık tercih edilmeye başlamıştır. Gününbirlik cerrahi hastası ve yakınlarının özellikle, ameliyat günü hastaneye gelmeden önce, hastaneye kabul ve ameliyat öncesi işlemler sırasında yaşadıkları zaman baskısı gibi nedenlerle kaygı yaşadıkları bildirilmektedir (15, 16, 17, 131). Bu nedenle gününbirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeylerinin ve kaygı duydukları konuların belirlenerek, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırma ile gününbirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeyleri belirlendi ve sonuçlar benzer hasta gruplarından elde edilen bulgular ile kıyaslanarak tartışıldı.

Bu araştırmada hastaların ameliyat öncesi dönemde durumluk (46.93 ± 13.24) ve sürekli (44.56 ± 10.91) kaygılarının orta düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Literatür incelendiğinde gününbirlik genel cerrahi ameliyatları öncesi kaygı düzeyini belirleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (14, 16, 19, 57). Bunlardan biri olan Ala’nın çalışmasında, gününbirlik tiroidektomi ameliyatı öncesi hastaların DKÖ puan ortalamasının orta, SKÖ puan ortalamasının hafif düzeyde olduğu bulunmuştur (57).

Gününbirlik genel cerrahi hastalarından farklı olarak; Muğlalı ve Kömerik’in gününbirlik ağız cerrahisi uygulanacak hastalarla yaptıkları çalışmada, ameliyat öncesi dönemde hastaların yaklaşık yarısının orta düzeyde durumluk ve sürekli kaygı (42.57 ± 8.03 , 42.44 ± 9.99) yaşadıkları saptanmıştır (125). Gökğündüz’ün koroner anjiyografi işlemi uygulanacak hastalarla yaptığı çalışmada işlem öncesi DKÖ puan ortalaması 40.04 ± 3.68 , SKÖ puan ortalaması 48.30 ± 6.10 olarak bulunmuştur (90). Wetsch ve arkadaşlarının çalışmasında ise, artroskopi ve karpal tünel sendromu ameliyatı öncesi hastaların DKÖ puan ortalamasının orta, SKÖ puan ortalamasının hafif düzeyde olduğu saptanmıştır (15).

Literatür incelendiğinde, gününbirlik olmayan ameliyatlar öncesi de gününbirlik cerrahi hastalarında olduğu gibi hafif veya orta düzeyde kaygı yaşandığını gösteren çalışmalara rastlanmaktadır (16, 23, 30, 57, 90, 125, 126, 128). Yıldız’ın yaptığı çalışmada, elektif cerrahi öncesi hastaların hem DKÖ hem de SKÖ puan ortalamasının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (30). Çetinkaya ve Karabulut’un batın ameliyatı olacak hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların ameliyattan 24 saat önce DKÖ puan

ortalamasının hafif, SKÖ puan ortalamasının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (23). Fındık ve Topçu farklı bir kaygı ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada, gününbirlik cerrahi hastalarının anksiyetesinin hafif düzeyde olduğunu ve hastaların planlı cerrahi girişim geçirecek hastalardan daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadıklarını belirlemişlerdir (126). Gününbirlik cerrahi için hastaneye yatan hastaların, tüm cerrahi hastalarında olduğu gibi sevdiklerinden ayrı kaldıkları, hastane ortamında yabancılaşma hissi yaşadıkları, tanımadığı kişilerle aynı ortamı paylaşmak zorunda kaldıkları, bilmediği aletler ve işlemlerle tedavi edildikleri, sağlık personelinin kullandığı tıbbi terminolojiyi anlayamadıkları, yeme-içme, uyku ve dinlenme gibi fizyolojik gereksinimlerini karşılamakta zorluk çektikleri için durumluk ve sürekli kaygılarının orta düzeyde yükseldiği düşünülmektedir.

Gününbirlik cerrahi hastalarının, ameliyat sabahı evde uyuyakalma, hastaneye gelirken kullanacağı aracı kaçırmama, trafik yoğunluğu nedeniyle hastaneye geç kalma ve ameliyat sonrası eve dönüş ile ilgili endişeler nedeniyle kaygı düzeylerinin arttığı bildirilmektedir (15, 16). Bu bilgiler zaman kısıtlılığının gününbirlik cerrahi hastalarının kaygısını artırdığını düşündürmektedir. Ancak bu çalışmada hastaların önemli bir bölümünün (% 65.5) ameliyat sonrası evde ağrı yaşamaktan kaygı duydukları belirlendi (Tablo 4.5). Jawaid ve arkadaşları gününbirlik genel cerrahi hastaları ile yaptığı çalışmada, hastaların önemli bir bölümünün (%78.8) ameliyat sonrası evde ağrı yaşama ve herhangi bir komplikasyon gelişme olasılığı (%87.0) nedeniyle kaygı duyduklarını saptamıştır (40). Ancak Güven'in gününbirlik ortopedi ameliyatı olacak hastalarla (%21.8), Turhan'ın ise elektif cerrahi ameliyatı olacak hastalarla (% 16.7) yaptıkları çalışmalarda, hastaların daha az bir bölümünün ameliyat sonrası ağrı yaşama konusunda kaygı duydukları belirlenmiştir (22, 36). Bu araştırma sonucu Jawaid ve arkadaşlarının çalışma sonucu ile benzerlik gösterirken, Güven'in ve Turhan'ın çalışma sonuçlarından farklıdır. İster gününbirlik ister planlı cerrahi olsun, hastaların ameliyat öncesi dönemde ameliyat sonrası ağrı yaşama konusunda kaygılanmaları beklenen bir sonuçtur. Ancak bu çalışmada olduğu gibi gününbirlik cerrahi hastalarında bu kaygının yüksek oranda olmasının, hastaların kısa sürede taburcu olmalarından ve evde ağrı ile baş edememe düşüncesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca alışkın oldukları ameliyat sonrası iyileşme sürecini, hastanede geçirmek yerine ev ortamında yaşayacak olmaları kaygıyı arttırmış olabilir.

Bu araştırmada hastaların yarısından fazlasının taburculuk sonrası evde çeşitli sorunlarla (ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık gibi) karşılaşacağı konusunda kaygı duyduğu belirlendi. ilingir ve Bayraktar yaptığı çalışmada, günübirlik cerrahi hastalarının taburcu olduktan sonra evde etkili solunum, yara bakımı, ateş, ağrı, uykusuzluk, sağlık çalışanlarına ulaşmakta güçlük yaşama gibi konularda kaygı düzeylerinin arttığını saptamışlardır (2). Mitchell yaptığı meta analiz çalışmasında, günübirlik cerrahi hastalarının taburculuk sonrası oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olmak istediklerini, bilgi edinemediklerinde kaygı düzeylerinin yükseldiğini belirlemiştir (114). Bu araştırmada, hastaların yarısından fazlasına hekim ve hemşireler tarafından evde bakım konusunda bilgi verilmesine karşın (Tablo 4.3), hastaların evde yaşanacak olası sorunlar konusunda kaygı duymaları, verilen eğitimin istedik düzeyde etkili olmadığını düşündürmektedir. Yanısıra istedikleri zaman sağlık ekiplerine ulaşamama ve gerekli şekilde desteklenememe konusunda duydukları endişe araştırma sonucunu etkilemiş olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların çok az bir bölümünün ameliyat sonrası bulantı-kusma yaşama konusunda kaygı duyduğu saptandı (Tablo 4.5). Gilmartin ve Wright günübirlik cerrahi hastaları ile yaptıkları çalışmada, bulantı ve kusmanın hastalarda hafif düzeyde kaygıya neden olduğunu belirlemişlerdir (78). Güven'in ortopedi kliniğinde günübirlik cerrahi uygulama geçirecek hastalar ile yaptığı çalışmada, hastaların çok az bir bölümünün (%4) uygulama sonrası bulantı-kusma yaşamaktan ve bu durumu ynetememekten dolayı kaygı yaşadığı belirlenmiştir (36). Araştırma sonucu Gilmartin ve Wright ile Güven'in sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında, yaşın ilerlemesi ile birlikte hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeyinin arttığı ancak sadece sürekli kaygıdaki artışın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Yıldız'ın çalışmasında, yaşın ilerlemesi ile birlikte ameliyat öncesi hem durumluk hem de sürekli kaygının arttığı ancak bu durumun istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (30). Ramsey, elektif cerrahi için hastanede yatan orta yaş grubundaki hastaların anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu saptamıştır (132). Kayhan'ın elektif cerrahi planlanan hastalarla, Salkım'ın ise kapalı kolesistektomi ameliyatı olacak hastalarla yaptığı çalışmalarda, bu araştırma sonucuna benzer şekilde yaş arttığıca sürekli kaygı düzeyinin arttığı fakat bu durumun istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (103, 130). Bu alışma sonuçlarının aksine bazı

çalışmalarda yaşın ameliyat öncesi kaygı düzeyi üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir (36, 130). Yaşın ilerlemesi ile birlikte eř kayıpları, çocukların evden ayrılması, aile tipinin değişmesi, bedensel ve zihinsel işlevlerin azalması nedeniyle başkalarının bakımına ihtiyaç duyma gibi durumların ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu bağlamda bu araştırmaya katılan hastaların yaşın ilerlemesi ile birlikte kaygı düzeylerinin artmasında benzer faktörlerin etkili olduğu düşünölmektedir.

Bu araştırmada kadın hastaların hem durumluk hem de sürekli kaygılarının erkek hastalardan daha yüksek olduğu ancak sadece sürekli kaygı puanının daha yüksek olmasının istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Literatürde kadınların ameliyat öncesi hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğunu belirleyen bir çok çalışma yer almaktadır. Aykent genel cerrahi hastaları ile, Turhan ve Kayhan ise elektif cerrahi planlanan hastalarla yaptıkları çalışmalarda, kadınların ameliyat öncesi durumluk kaygı düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğunu ve bu farklılığın istatistiksel olarak da önemli olduğunu belirlemişlerdir (22, 102, 130). Koivula ve arkadaşları koroner arter bypass ameliyatı, Boker ve arkadaşları genel cerrahi ameliyatı, Güz ve arkadaşları ise lomber disk herni ameliyatı öncesi kadın hastaların sürekli kaygı düzeyinin erkek hastalardan daha yüksek olduğunu, ancak bu farklılığın istatistiksel olarak önemli olmadığını belirlemişlerdir (86, 115, 119). Yıldız'ın çalışmasında ise kadın ve erkek hastaların ameliyat öncesi DKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmazken, kadın hastaların SKÖ puan ortalamalarının erkek hastalara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (30). Kadın hastaların ameliyat öncesi sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösteren bu araştırma ve diğer çalışma sonuçlarının aksine, kadın ve erkek hastalar arasında fark olmadığını belirleyen çalışmalar da yer almaktadır. Jenkins ve arkadaşları günöbirlik cerrahi hastaları ile, Çetinkaya ve Karabulut ise yatarak batın ameliyatı olan hastalarla yaptıkları çalışmalarda sürekli kaygı düzeyinin cinsiyetten etkilenmediğini belirlemişlerdir (23, 79). Kadın hastaların sürekli kaygı düzeylerinin; duygularını daha yoğun yaşamaları, ev ve ailelerinden ayrı kalma, kendilerinde olumsuz bir durum gelişmesi halinde evdeki rutinlerinin aksayacağı ve çocuklarının bakımlarını kimin üstleneceği endişesini daha fazla hissetmeleri nedeniyle artmış olabileceği düşünölmektedir.

Bu araştırmada eğitim düzeyi azaldıkça hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeyinin arttığı, ancak sadece sürekli kaygı düzeyindeki artışın istatistiksel açıdan

önemli olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Bazı çalışmalarda bu araştırma ile benzer sonuçlar bulunmuştur. Koivula ve arkadaşları çalışmalarında, eğitim süresi az olanların eğitim süresi fazla olanlara oranla iki kat daha fazla kaygı duyduğunu saptamışlardır (119). Yıldız'ın çalışmasında, elektif cerrahi hastaların da eğitim düzeyi arttıkça ameliyat öncesi SKÖ puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiştir (30). Farklı olarak bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyi arttıkça kaygı düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Jawaid ve arkadaşların yaptığı çalışmada, 12 yıl ve üzeri eğitim alan hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeylerinin yükseldiği belirlenmiştir (40). Literatür incelendiğinde bu çalışmaların aksine eğitim düzeyinin ameliyat öncesi kaygı düzeyini etkilemediğini gösteren çalışmalara da rastlanmaktadır (36, 40). ASA (Amerikan Society of Anesthesiologists) eğitim düzeyinin artmasının, kaygı düzeyini artıran bir risk faktörü olduğunu bildirmiştir (36, 38). Spielberger, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin, daha çok sorguladıklarını, araştırdıklarını, bilgileri arttıkça da her konuda daha bilinçli kararlar verebildiklerini ve etkin baş etme stratejileri geliştirdiklerini ve bu nedenle kaygı düzeylerinin yükseldiğini belirtmektedir (103). Bu araştırma sonuçları ile literatür uyum göstermektedir.

Çalışmayan hastaların ameliyat öncesi durumluk kaygı düzeyinin çalışan hastalardan düşük olması istatistiksel açıdan önemli bulunmazken, sürekli kaygı düzeyinin daha yüksek olması istatistiksel olarak da önemli bulundu (Tablo 4.6). Bazı çalışma sonuçları bu araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Fındık ve Topçu'nun yaptığı çalışmada da, çalışmayan hastaların gününbirlik cerrahi girişimlerden önce daha yüksek anksiyete yaşadıkları bulunmuştur (126). Yıldız'ın çalışmasında çalışan ve çalışmayan hastaların ameliyat öncesi DKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmazken, çalışmayan hastaların SKÖ puan ortalamalarının çalışan hastalara göre daha yüksek olması istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (30). Bu araştırmadan farklı olarak, Koivula ve arkadaşları çalışan hastaların emekli olanlardan iki kat daha fazla kaygı duyduğunu belirlemişlerdir (119). Hastaların herhangi bir işte çalışmamalarının gelir durumlarını olumsuz etkilediği, bu nedenle sürekli kaygı düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Ayrıca gelecekte ortaya çıkabilecek komplikasyonlarla maddi yetersizlikler nedeniyle başedememe düşüncesinin sürekli kaygıyı arttırdığı söylenebilir.

Bu bilgileri destekler şekilde, hastaların gelir durumu azaldıkça sürekli kaygı düzeyinin arttığı ve bu durumun istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi (Tablo

4.6). Türe'nin çocuğu ameliyat olmak için hastanede yatan anneler ile yaptığı çalışmada, sosyal güvencesi olmayan annelerin ameliyat öncesi durumluk kaygı düzeylerinin, Yıldız'ın çalışmasında ise çalışmayan hastaların ameliyat öncesi sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu farklılıkların istatistiksel olarak da önemli olduğu bulunmuştur (30, 33). Bu araştırmaya katılan günöbirlik cerrahi hastalarının da sürekli kaygı düzeyinin Yıldız'ın çalışmasına benzer şekilde gelir durumundan etkilendiğı görölmektedir. Hastalık, hastaneye yatma ve ameliyat olma sürecinin yol açtığı ekonomik sorunların özellikle gelir durumu iyi olmayan hastalarda oluşturduğu yoğun baskının kaygı düzeyini artırdığı söylenebilir.

Kronik hastalığı olan hastaların ameliyat öncesi hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu, ancak sadece sürekli kaygı düzeyindeki artışın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi (Tablo 4.7). Berg ve arkadaşlarının ortopedi, genel cerrahi ve üroloji kliniklerinde günöbirlik cerrahi hastaları ile yaptıkları çalışmada, kronik hastalığı olanların ameliyat sonrası özbakımlarını yapmakta zorlandıkları belirlenmiştir (51). Bu araştırmada da hastaların kronik hastalıkları nedeni ile ameliyat sonrası yeme-içme, kendi öz bakımlarını yerine getirebilme, ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonlar vb. durumlardan dolayı endişe duydukları için kaygılarının yükselmiş olabileceğı düşünölmektedir.

Ameliyat deneyimi olan ve olmayan hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında, ameliyat deneyimi olan hastaların sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel açıdan da önemli olduğu bulundu (Tablo 4.7). Benzer şekilde Fındık ve Topçu da çalışmalarında, geçmiş cerrahi deneyimi olan hastaların ameliyat öncesi daha fazla anksiyete yaşadıklarını saptamışlardır (126).

Araştırmada olumsuz ameliyat deneyimi olan hastaların sürekli kaygı düzeylerinin olmayan hastalardan daha yüksek olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu (Tablo 4.7). Jawaid'in çalışmasında da daha önce olumsuz günöbirlik cerrahi uygulaması geçiren hastaların kaygı düzeylerinin olumsuz yönde etkilendiğı belirlenmiştir (40). Bulgular Jawaid'in çalışma sonucu ile paralellik göstermektedir. Hastaların daha önceki ameliyatlarda yaşadıkları ağrı, bulantı kusma gibi durumlar, öğrenilmiş negatif deneyimler ve ameliyat sonrası ortaya çıkan komplikasyonlar gibi nedenlerle kaygı düzeylerinin arttığı düşünölmektedir.

Araştırmada hekimden bilgi alan hastaların durumluk kaygı düzeylerinin, akrabalarından bilgi alan hastaların ise hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeylerinin

yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.8). Yapılan farklı çalışmalarda akraba ve yakınların daha önceki olumsuz ameliyat deneyimlerini hastalarla paylaşması nedeniyle, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin arttığı bulunmuştur (14, 34). Araştırma sonucunu, hekimlerin cerrahi girişim hakkında anlık ve kısa süreli bilgi vermesi, işlem sonrası ile ilgili hastayı rahatlatıcak şekilde ayrıntılı bir açıklama ve yeterli bilgi vermemesi ve akrabaların da yetersiz bilgi ve geçmiş olumsuz ameliyat deneyimlerini abartılı bir şekilde aktarmasının etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda; hastaların günübirlik cerrahi öncesi durumluk ve sürekli kaygılarının orta düzeyde olduğu belirlendi. Yaşı 51 ve üzerinde, kadın, okuryazar olmayan, çalışmayan, geliri giderinden az olan, kronik hastalığı olan, daha önce ameliyat deneyimleyen, olumsuz ameliyat deneyimi olan ve evde bakım konusunda akrabalarından bilgi alan hastaların sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu sonuçların istatistiksel olarak da önemli olduğu belirlendi. Hastaların diğer özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında görülen farklılıklar istatistiksel açıdan önemli bulunmadı.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Günübirlik cerrahi öncesinde hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin belirlenerek, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Özellikle bu araştırma ile sürekli kaygı düzeyi daha yüksek olduğu belirlenen hasta gruplarında, kaygıyı artıran nedenlerin belirlenerek nedene yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanması,
- Günübirlik cerrahi hastalarına ve evde bakımı destekleyecek yakınlarına sınırlı olan zaman diliminde, günübirlik cerrahi, öncesi, sırası, sonrası ve evde bakım ile ilgili ayrıntılı, yazılı ve sözlü eğitimin verilmesi,
- Hastalara akrabalarının önceki olumsuz deneyimlerinden etkilenmemesi için her ameliyatın bireye özel olduğunun vurgulanması,
- Gereksinimleri olduğunda destek ve danışmanlık alabilecekleri bir sistemin oluşturulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aksoy G, Sayın Yazıcı Y. Günübirlik cerrahide hasta hazırlığı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004, 8: 39-46.
2. Çilingir D, Bayraktar N. Günübirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 1: 69-81.
3. Defazio-Quinn DM. Ambulatory surgery. *Nursing Clinics of North America* 1997, 32: 377-86.
4. Takemura Y, Ishida H, Inoue Y, Etal. Yield and cost of individual common diagnostic tests in new primary care outpatient in Japan. *Clin Chem, Clinical Chemistry* 2002, 48: 42-54.
5. Yellen E, Davis, G. Patient satisfaction in ambulatory surgery. *AORN Journal* 2002, 74: 483-97.
6. Akyolcu N. Günübirlik Cerrahi Hemşireliğinde Profesyonel Öncelikler. İçinde: *Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı*, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 2003: 61-70.
7. Dramalı, A. Günübirlik Cerrahide Tarihçe. İçinde: *Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı*, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 2003: 35-8.
8. Yavuz M. Günübirlik Cerrahi Hastaların Bakımı İçin Hemşire Bakım Formu Geliştirilmesi ve Formun Kalite Güvenliğinin İzlemi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1998.
9. Dolgun E. Günübirlik Cerrahide Çocuk Hastaların Hemşirelik Bakımı İçin Yeniden Yapılanma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi 2003.
10. Wasowicz DK, Schmitz RF, Borghans HJ, De Groot RRM, Go PMNYH. Growth potential of ambulatory surgery in the netherlands. *Ambulatory surgery* 2000, 8: 7-11.
11. Akçalı DT, Çoşkun D. Günübirlik anestezi prensipleri. *Anestezi Dergisi* 2009, 17: 117-32.
12. Yavuz M, Dramalı A. Pediatrik günübirlik cerrahide hasta ve ailesinin taburculuğa hazırlanması ve taburcu edilme kriterleri, *Hemşirelik Forumu* 1998, 1: 266-69.

13. Johnson JH. Ambulatory surgery. In: JC Rathrock (ed). *Perioperative Nursing Care Planning*, 1st ed. Mosby St Louis, 1996: 467-84.
14. Calvin R, Lane P. Preoperative uncertainty and state anxiety and nursing intervention among cardiac surgical patients. *Orthopedicia Nursing* 1999, 18: 61-6.
15. Wetcsh WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Heinz-Erian P, Benzer A. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *British Journal of Anaesthesia* 2009, 103: 199-205.
16. Cooke M, Chaboyer W, Schluter P, Hiratos M. The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *Issues and Innovations in Nursing Practice* 2005, 52: 47-55.
17. Özalp G, Sarioğlu R, Tuncel G, Aslan K, Kadioğulları N. Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003, 47: 26-9.
18. Özol D, Koçak OM, Çoşkunol İ, Egemen A. Tüberkülozlu hastalarda kaygı durumu değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları Dergisi* 2005, 16: 66-70.
19. Erdil F, Elbaş NÖ. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, 4. Baskı. Ankara, Aydoğdu Ofset, 2001: 10-137
20. Dönder DB. Ameliyat Öncesi Hastaların Duygulanım ve Duygu Durumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2005.
21. Leske JS. Crit care nurse. *Interventions To Decrease Family Anxiety* 2002, 22: 61-5.
22. Turhan Y. Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti İle İlişkisi. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2007.
23. Çetinkaya F, Karabulut N. Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010, 13: 2
24. Mindgarden Inc. State-Trait Anxiety Inventory for Adults. <http://www.mindgarden.com/products/staisad.htm> 22 Mayıs 2014.

25. Gürsoy A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2001, 1: 23-9.
26. Erbaş YC. Beyin cerrahisinde günübürlük cerrahi uygulamalar ve sonuçlarımız. *Ortadoğu Medical Journal* 2011, 3: 177-80.
27. Özcengiz D. Anesteziyle İlgili Bilgilendirmede Kullanılan Farklı Yaklaşımların Çocukları Günübürlük Cerrahi Müdahale Geçiren Ebeveynlerin Durumluk Kaygılarına Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikolojik ve Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2006.
28. Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Uygulama Tebliği, 2014.
29. Sosyal Güvenlik Kurumu, Fatura İnceleme Usul ve Esasları, www.sgk.gov.tr 18 Ocak 2015.
30. Yıldız D. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi, 2011.
31. Lemos P, Pinto A, Morais G, Pereira J, Loureiro R, Teixeira S, Nunes CS. Patient satisfaction following day surgery. *Journal Of Clinical Anesthesia* 2009, 21: 200-5.
32. Sarıca ES. Günübürlük Cerrahi Kararını Etkileyen Değişkenler, Hastaların Yöntem Hakkındaki Bilgi Ve Memnuniyet Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2007.
33. Türe A. Çocuklara Yönelik Günübürlük Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, 2006.
34. James D. Patient perceptions of day surgery. *British Journal of Perioperative Nursing* 2000, 10: 466-72.
35. Gilmartin J, Wright K. The nurse's role in day surgery: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2007, 1: 183-90.
36. Güven B. Günübürlük Cerrahide Hasta Ve Hasta Yakınlarının Ameliyat Sonrasına İlişkin Endişelerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009.

37. Sadler GP, Richards H, Watkins G, Foster ME. Day case surgery. The only choice, *Ann R Coll Surg Engl* 1992, 74: 130-3.
38. Akçabay M, Preoperatif değerlendirme ve premedikasyon, www.med.gazi.edu.tr/posts/download?id=20728 10 Temmuz 2014.
39. Erden İA, Pamuk G, Öcal T, Aypar Ü. Günübürlük cerrahi ünitesinde pediatrik hastaların ailelerinin memnuniyetinin değerlendirilmesi. *Anestezi Dergisi* 2006, 14: 192-7.
40. Jawaid M, Mushtag A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences* 2007, 12: 145-8.
41. Ayaz AB, Varlıklı O. Günübürlük cerrahi sonrası yaşam kalitesi algısı ve kaygı düzeyi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2012, 25: 312-20.
42. Bellani ML. Psychological aspects in day case surgery. *International Journal of Surgery* 2008, 6: 544-6.
43. McIntosh S, Adams J. Anxiety and quality of recovery in day surgery: a questionnaire study using hospital anxiety and depression scale and quality of recovery score. *Int J Nurs Pract*, 2011, 17: 85-92.
44. Nkyekyer K. Day-case laparoscopy in a Ghanaian teaching hospital: The patients' perspective. *Tropical Doctor* 1996, 26: 147-50.
45. Buğra A. Kapitalizm, yoksulluk ve Türkiye'de sosyal politika. Osmanlı Bankası Arşiv ve Araştırma Merkezi. www.obarsiv.com/cagdas_turkiye_seminerleri 02 Kasım 2014.
46. Erden S. Cerrahi hemşirelerinin ağrı ve ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 4: 54-69.
47. Gökbayrak Ş. Türkiye'de sosyal güvenliğin dönüşümü. *Çalışma ve Toplum Dergisi* 2010, 141-62.
48. İstanbulluoğlu H. Güleç M, Oğur R. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, *Dirim Tıp Dergisi* 2010, 85: 86-99.
49. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik. www.saglik.gov.tr 28 Kasım 2014.
50. T.C. Sağlık Bakanlığı. Günübürlük Cerrahi Oranı. www.saglik.gov.tr 02 Aralık 2014.

51. Berg K, Arestedt K, Kjellgren K. Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients (a phenomenographic study). *International Journal of Nursing Studies* 2013, 1: 1-9.
52. Carroll NV, Miederhoff P, Cox FM, Hirsch JD. Postoperative nausea and vomiting after discharge from outpatient surgery centers. *Anesthesia & Analgesia* 1995, 80: 903-9.
53. Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. *Ağrı Dergisi* 2006, 18: 36-43.
54. Pearson A, Richardson M, Peels S, Cairns M. The care of patients whilst in the day surgery unit (a systematic review). *Health Care Reports*, 2004, 2: 22-54.
55. Watson JW, Chung F, Chan VWS, Mc Gillion M. Pain management following discharge after ambulatory same-day surgery. *Journal of Nursing Management* 2004, 12: 153-61.
56. Operational Guide. Day Surgery. www.nhs.int. 12 Aralık 2013.
57. Ala S. Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemşirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2007.
58. Narinder Rawal Organisation. Function and implementation of acute pain service. *Anesthesiology Clin N Am* 2005, 30: 211-25.
59. Oğuzalp H, Pamuk AG, Öcal T. Gününbirlik cerrahide ebeveyn anksiyetesinin ve beklentilerinin değerlendirilmesi. *Türk Anestesi Reanimasyon Dergisi* 2009, 38: 208-16.
60. Pellino TA, Gordon DB, Engelke ZK. Use of nonpharmacologic interventions for pain and anxiety after total hip and total knee arthroplasty. *Orthopaedics Nursing* 2005, 24: 182-90.
61. Mitchell M. Constructing information booklets for day-case patients. *Ambulatory Surgery* 2001, 9: 37-45.
62. Mitchell M. A patient-centred approach to day surgery nursing. *Nursing Standard* 2010, 24: 40-6.
63. Day Case and Short Stay Surgery. *Published by The Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland The British Association of Day Surgery*. 2011.

64. Sarihasan B, Kelsaka E, Taş N. Günübirlık anestezi uygulaması. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Dergisi*, 2008, 52: 111-5.
65. Department of Health . Day Surgery, Operational Guide. 2002.
66. Ely C. Day Surgery Workbook. www.staff.city.ac.uk 02 Eylül 2014.
67. Anestezi Uygulama Kılavuzları. Preoperatif hazırlık. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği* 2005, 1-7.
68. Anestezi Uygulama Kılavuzları. Postoperatif hazırlık. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği*. 2006, 1-12
69. Lellan K. *Management of Pain*. 1st ed. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd, 2006: 67-75
70. Toftgaard C. Day surgery development. *Ambulatory Surgery* 2009: 15: 4-10.
71. Aygin D. Perioperatif bakımda güncel yaklaşımlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012, 15: 1.
72. Sinha S, Srinivas G, Montgomery J, DeFriend D. Outcome of day-case inguinal hernia in elderly patients: How safe is it?. *Journal of Hernia* 2007, 11: 253-6.
73. Smith I. Dissecting the myths of day surgery: The anaesthetist's view. *Journal of Perioperative Practice* 2006, 16: 244 -8.
74. Gülme S. Günübirlık Çocuk Cerrahisi Olgularında Oral Midazolam İle Premedikasyon. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Medeniyet Üniversitesi, 2008.
75. Friedman Z, Chung F, Wang D. Ambulatory surgery adult patient selection criteria a survey of canadian anesthesiologist. *Can J. Anesthesia* 2004, 51: 437-43.
76. World Health Organization. Day Surgery and General Anaesthesia: What Makes Patients Anxious?, www.who.int 01 Aralık 2014.
77. Gül R. Göğüs-kalp damar cerrahisinde günübirlık anestezi. *Göğüs-Kalp-Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2009, 15: 123-9.
78. Gilmartin J, Wright K. Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing* 2008, 17: 2418-25.
79. Jenkins K, Grady D, Wong J, Correa S, Armanious S, Chung F. Post-operative recovery: Day surgery patients' preferences. *Br.J.Anaesthesia* 2001, 86: 272-4.

80. Kuğu N, Berkan Ö, Akyüz G, Doğan O. Ameliyat olan ve olmayan kronik vasküler hastalığı olan olgularda anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001, 2: 213-21.
81. Mitchell MJ. Day surgery and general anaesthesia: What Makes Patients Anxious?, *Day Surgery Australia* 2010, 9: 8-16.
82. Diagnostic Tests In New Primary Care Outpatient In Japan. *Clin Chem, Clinical Chemistry* 2002, 48: 42-54.
83. Güneş P. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaları Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2001.
84. Pearson A, Richardson M, Cairns M. Best practice in day surgery units: a review of the evidence. *Ambulatory Surgery* 2004, 11: 49-54.
85. Reid J. Making day surgery safer: Patient safety first's five 4 steps for perioperative care. *The Journal of One Day Surgery* 2009, 19: 97-100.
86. Güz H, Doğanay Z, Güz T. Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2003, 40: 36-9.
87. Walker KJ, Smith AF. Premedication for anxiety in adult day surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, 4: 2-6
88. Çevik K, Özpınar S. Ağrı, ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemler ve sağlık profesyonellerinin rolü. *Uluslar arası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi* 2014, 1: 77-84.
89. Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicky P, Frattaroli M, Sidor D, Palleschi MT, Burns J, Berdarski D, Garretson B. Discharge information needs of patients after surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2006, 33: 281-90.
90. Gökgündüz Ö. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilecek Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi , Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2005.
91. Wicklin N, Forster J. The effects of a personal versus a factual approach videotape on the level of preoperative anxiety of same-day surgery patients. *Patient Educ Couns* 1994, 23: 107-14.
92. Karahan A. Günübirlilik cerrahiye takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2010, 3: 38-48.

93. Erkal S. Patients' experiences at home after day case cystoscopy. *Journal of Clinical Nursing* 2007, 16: 1118-24.
94. Report and Recommendations of the Australian Day Surgery Council. www.surgeons.org/wedo/adsc/index.html 09 Nisan 2014.
95. Cüceloğlu D. *İnsan ve Davranışı*, 7. Baskı. İstanbul, Remzi Kitapevi, 1997: 65-97.
96. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri* 2001, 4: 182-6.
97. Kaya M, Varol K. İlahiyat fakültesi öğrencilerinin durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve kaygı nedenleri. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dergisi* 2004, 1: 31-63.
98. Freud S. *Psikanalize Giriş*. Koptagel G (Çeviren). 3.Baskı. İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi. 1984.
99. Büyüköztürk Ş. Araştırmaya yönelik kaygı ölçeğinin geliştirilmesi eğitim yönetimi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi* 1997, 3: 453-64.
100. Kartopu S. Lise öğrenci ve öğretmenlerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2012, 17: 147-70.
101. Gregory J. Pain management and orthopaedic care. *Orthopaedics and Trauma Nursing* 2005, 1: 140-64.
102. Kayhan C. Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2003.
103. Spielberger CD. *Theory and Research on Anxiety, Anxiety and Behavior*, 3rd ed. New York, Academic Press Inc, 1971: 3-20.
104. Spielberger CD. *Anxiety : Current Trend in Theory and Research*, 1st ed. New York, Akademik Press Inc, 1972: 20-31.
105. Öner N, Le Compte A. *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, 2. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. 1985.
106. Yaylacı A. Genel Anestezi Altında Dental Tedavi Gören Çocuk Hastaların Ebeveynlerinin Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi. Dişhekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2010.

107. Vaughn F, Wichowski H, Bosworth G. Does preoperative anxiety level predict postoperative pain?. *Journal of AORN* 2007, 85: 589-604.
108. Ward DM. Pre-operative anxiety management in a day surgery unit, Prifysgol Bangor University. www.bangor.ac.uk 22 Aralık 2014.
109. Cooke M, Chaboyer W, Schluter P, Hiratos M. The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *Journal of Advanced Nurse* 2005, 52: 47-55.
110. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007, 8: 113-20.
111. Kulik JA, Moore PJ, Mahler HIM. Stress and affiliation: Hospital roommate effects on preoperative anxiety and social interaction. *Health Psychol* 1993, 12: 118-24.
112. Mitchell M. Anxiety management: a distinct nursing role in day surgery. *Ambulatory Surgery* 2000, 8: 119-27.
113. Mitchell MJ. Patient anxiety and conscious surgery. *Journal of Peri-operative Practice* 2009, 19: 168-73.
114. Mitchell MJ. Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. *Journal of Advanced Nursing* 2011, 1: 126-37
115. Boker A, Brownell L, Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Can J Anaesthesia* 2002, 49: 792-8.
116. De Witte JL. Preoperative alprazolam reduces anxiety in ambulatory surgery patients: a comparison with oral midazolam. *Journal of Anesthesia and Analgesia* 2002, 95: 1601-6.
117. Gül R. Günübirlık cerrahi ünitemizde ilk sekiz aylık uygulamalarımız. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2008, 14: 23-7.
118. Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları S, Doğan S. Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri* 2009, 12: 90-8.
119. Koivula M. Fear and in-hospital social support for coronary artery bypass grafting patients on the day before surgery. *International Journal of Nursing Studies* 2002, 39: 415-27.

120. Özusta Ş. Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri uyarlama geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995, 10: 34-8
121. Sarı İ, Yenigün Ö, Altıncı EE, Öztürk A, Evren E. Temel psikolojik ihtiyaçların tatmininin genel öz yeterlik ve sürekli kaygı üzerine etkisi. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2011, 9: 149-56.
122. Yıldırım M, Mızrak C, Sevinç FY. Cerrahi hastalarında ortak oda kullanımının ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2013, 8: 55-68.
123. Öztürk A. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğretmenlik Programındaki Öğrencilerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Durumları ile Akademik Başarıları Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2008
124. Pfisterer M, Ernst EM, Hirlekar G, Maser P, Shaalan AK, Haigh C, Upadhyaya B. Postoperative nausea and vomiting in patients undergoing day-case surgery: an international, observational study. *Ambulatory Surgery* 2001, 9: 13-8.
125. Muğlalı M, Kömerik N. Ağız cerrahi ve anksiyete. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2005, 8: 83-8.
126. Fındık ÜY, Topçu SY. Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2012, 1: 22-33.
127. Salkım Ö. Kapalı Kolesistektomi Ameliyatı Öncesi Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Hastaların Bilgi Düzeyine ve Ameliyat Sonrası Kaygı ve Ağrı Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2010.
128. Aykent R. Hastalar Arasında Anestezinin İmajı, Anesteziye Bağlı Endişe Nedenleri ve Preoperatif Anksiyete Değerlendirilmesi. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2001.
129. Bayık A. Hemşirelik Araştırmalarında Etik. İçinde: Erefe İ (editörler). *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç Ve Yöntemleri*, 1. Baskı. İstanbul, Ofset Baskı, 2006: 27-48.
130. Ulusoy MF, Uçar H. *Araştırma Etiği*, Ankara: 72. Tasarım Ltd. Şti. 2002

131. Özberksoy A. Meme Kanseri Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Dönemde Bilgilendirici ve Eğitici Hemşirelik Yaklaşımının Ameliyat Sonrası Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2006.
132. Ramsey MAE. A survey of pre-operative fear. *Anaesthesia* 1972, 27: 396-402.

EKLER

EK -1: Özgeçmiş

1979 yılında Çanakkale’de doğdu. İlk ve orta öğrenimini Çanakkale’de tamamladı. Çanakkale Sağlık Meslek Lisesi’nden 1997’de mezun oldu. 2002 yılında Malatya İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünü kazandı ve 2006 yılında aynı okuldan mezun oldu. 1998-1999 yılları arasında Gaziantep Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Acil Servis’de, 1999-2002 yılları arasında Hatay Doğum ve Çocuk Bakımevi Ameliyathanesi’nde, 2002-2007 yılları arasında Malatya Acil Yardım ve Kurtarma Komuta Kontrol Merkezi’nde, 2007-2010 yılları arasında Malatya Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi’nde, 2010-2014 yılları arasında İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi 3. Basamak Genel Yoğun Bakım Servisi’nde sorumlu hemşire ve süpervizör hemşire olarak çalışmış olup, 2014 yılından itibaren aynı hastanede Diyabet Eğitim Hemşiresi olarak çalışmaktadır. 2012 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı’nda lisansüstü eğitime başlamıştır. Evli ve iki çocuk annesidir.

Gülten BİÇERSOY

EK-2: Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi İzin Belgesi

06.05.2013
Hiz. Md
7

06.05.2013

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUMU
İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği
Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi

HASTANE YÖNETİCİLİĞİ MAKAMINA,

DAHİLİ

Hastaneniz Genel Yoğun Bakım Ünitesinde sorumlu hemşire olarak çalışmaktayım. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans yapıyorum. Mayıs-Temmuz 2013 tarihleri arasında “**Günübirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri**” konulu tez çalışmamı hastaneniz Genel Cerrahi Kliniğinde yapabilmem için gerekli iznin tarafıma verilmesi hususunda;

Gereğini olurlarınıza arz ederim.

Hemşire
Gülten BİÇERİSOY

EK-1: Hasta Tanıtım Formu
EK-2: Durumluk- Süreklilik Kaygı Ölçeği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BUCA SEYFİ DEMİRSOY
DEVLET HASTANESİ
HASTANE YÖNETİCİLİĞİ
06.05.2013

Uygundur

Op.Dr. Ali KASAP
Buca Seyfi Demirsoy Devl.Hast.
Hastane Yöneticisi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BUCA SEYFİ DEMİRSOY DEVLET HASTA
NESİ

Tarih: 06.05.2013 15:16

Gelen evrak

2013-6016



Ek-3: Malatya Klinik Araştırmaları Etik Kurulu İzin Formu

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU					
BAŐURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“ Günübirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri ”			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2013/70			
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr. Meral Ucuzal			
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu			
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
	FAZ 4	<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	<input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ	<input type="checkbox"/>	
	ULUSAL	<input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŐÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>			
	SİĞORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTŐESİ	<input type="checkbox"/>			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	Tarih: 13.06.2013			
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiŐ ıalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerőekleřtirilmesinde etik ve biyomedikal sağlıkta bulunmadıkta toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hamza KARABİBER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hamza KARABİBER	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Saim YOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Ahmet KARADAĞ	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Alaadin POLAT	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. H.Birgöl CUMURCU	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusuf YAKUPOĞULLARI	Tıbbi Mikrobiyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Neslihan ŞİMŞEK	Diş Hekimliği	İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Ömer Murat AYDIN	Nükleer Tıp Uzmanı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Hasan KONAN	Sivil Üye	Zaloglu Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı

* :Toplantıda Bulunma

EK- 4: Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın katılımcı;

Bu anket formu “Günübirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri” adlı araştırma kapsamında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, bu çalışmanın Helsinki Deklarasyonu’nda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler kesinlikle araştırmacıda saklı kalacak ve toplanacak veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu araştırmanın niteliği açısından son derece önemlidir. Bu nedenle sorulara doğru yanıtlar vermenizi rica eder işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih.....:

Adresi.....:

İmzası.....:

Açıklamayı yapan araştırmacının;

Adı Soyadı.....:

İmzası.....:

EK -5: Hasta Tanıtım Formu

HASTA TANITIM FORMU

Bu araştırma ameliyat öncesi kaygı düzeyinizi belirlemek amacı ile planlanmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırmanın amacına ulaşması açısından sorulara vereceğiniz yanıtlardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma sizin tedavi ve bakımınızı etkilemeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Gülten Biçersoy

Anket No:

Ameliyat Türü:

1- Kaç Yaşındasınız?

2- Cinsiyet

1- Kadın 2- Erkek

3-Medeni durumunuz nedir?

1- Bekar 2- Evli

4- Eğitim düzeyiniz nedir?

1- Okur-yazar değil 2- İlk-orta okul

3- Lise 4- Yüksekokul ve üzeri

5- Nerede yaşıyorsunuz?

1- İl 2- İlçe 3- Kasaba/köy

6- Aylık ortalama gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1- Gelir giderden az 2- Gelir gidere eşit 3- Gelir giderden fazla

7- Çalışıyor musunuz?

1- Evet 2- Hayır

8- Sosyal güvenceniz var mı?

1- Evet 2- Hayır

9- Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1- Evet 2- Hayır

10- Daha önce hastaneye yattınız mı?

1- Evet 2- Hayır

11- Yanıtınız evet ise kaç kez yattınız?.....

12- Daha önce ameliyat oldunuz mu?

1- Evet 2- Hayır

13- (12. soruya yanıtınız evet ise) daha önce olduğunuz ameliyatla ilgili olumsuz bir durum yaşadınız mı?

1- Evet 2- Hayır

14- Ameliyat sonrası dönemde evde bakımınızla ilgilenecek kimse var mı?

1- Evet 2- Hayır

15- Bu ameliyatınız ve ameliyat sonrası evde bakımınıza ilişkin bilgi aldınız mı?

1- Evet 2- Hayır

16- Yanıtınız evet ise bu bilgiyi nereden aldınız?

1- Hekim 2- Hemşire 3- Akrabalar

4- TV, dergi, broşür, internet gibi 5- Diğer (hasta, hasta yakını gibi).....

17-15. soruya yanıtınız evet ise bilgi aldığınız konuların yanına (X) işareti koyunuz.

() Ameliyat ve anestezi

() Ameliyat sonrası beslenme, boşaltım, banyo, egzersiz, ilaç kullanımı ve işe dönüş zamanı

() Ameliyat bölgesinin kontrolü, ağrı ve enfeksiyon belirtileri

() Hastaneye tekrar başvurmayı gerektiren durumlar

() Kontrol zamanı

() Diğer

18-Ameliyatınız ile ilgili ne tür kaygılarınız var? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() Ameliyatı yapacak olan hekimi tanımama ve iletişim kuramama

() Anesteziyi uygulayacak olan hekimi tanımama ve iletişim kuramama

() Hemşireler ile iletişim kuramama

- () Ameliyat sonrası evde ağrı
- () Ameliyat sonrası bulantı- kusma
- () Ameliyat sonrası dış görünümünde değişiklik
- () Erken dönemde taburcu olma
- () Taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunlar (ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık, kişisel bakımda yetersizlik gibi)
- () Diğer (patoloji sonucunun olumsuz çıkması ve tekrar etmesi gibi).....

EK-6: Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği

DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra şu anda kendinizi nasıl hissettiğinizi tek bir rakamı daire içine alarak belirtiniz.

	HEMEN Hiç	BİRAZ	OLDUKÇA	TAMAMEN
1-Kendimi sakin hissediyorum	1	2	3	4
2-Kendimi güvende hissediyorum	1	2	3	4
3-Huzursuzum	1	2	3	4
4-Pişmanlık duygusu içindeyim	1	2	3	4
5-Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4
6-İçimde bir sıkıntı hissediyorum	1	2	3	4
7-İleride olabilecek kötü olayları düşünerek üzülüyorum	1	2	3	4
8-Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
9-Kendimi kaygılı hissediyorum	1	2	3	4
10-Kendimi rahat içinde hissediyorum	1	2	3	4
11-Kendime güvenim olduğumu hissediyorum	1	2	3	4
12-kendimi sinirli hissediyorum	1	2	3	4
13-İçimde bir huzursuzluk var	1	2	3	4
14-Çok gergin olduğumu hissediyorum	1	2	3	4
15-Sükûnet içindeyim	1	2	3	4
16-Halimden memnunum	1	2	3	4
17-Endişe içindeyim	1	2	3	4
18-Kendimi fazlasıyla heyecanlı ve şaşkın hissediyorum	1	2	3	4
19-Kendimi neşeli hissediyorum	1	2	3	4
20-Keyfim yerinde	1	2	3	4

SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra genel olarak kendinizi nasıl hissettiğinizi tek bir rakamı daire içine alarak belirtiniz.

	HEMEN HIÇ	BİRAZ	OLDUKÇA	TAMAMEN
1-Keyfim yerinde	1	2	3	4
2-Çabuk yoruluyorum	1	2	3	4
3-Olur olmaz hallere ağlayacak gibi olurum	1	2	3	4
4-Diğerleri kadar mutlu olmayı isterdim	1	2	3	4
5-Çabuk karar verdiğim için fırsatları kaçıırım	1	2	3	4
6-Kendimi dinç hissederim	1	2	3	4
7-Sakin, kendime hakim ve soğuk kanlıyım	1	2	3	4
8-Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	1	2	3	4
9-Gerçekten çok önemli olmayan endişelerim var	1	2	3	4
10-Mutluyum	1	2	3	4
11-Her şeyi kötü tarafından alırım	1	2	3	4
12-Kendime güvenim yok	1	2	3	4
13-Kendimi güvende hissederim	1	2	3	4
14-Kendimi hüznü (kederli) hissederim	1	2	3	4
15-Sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçırım	1	2	3	4
16-Hayatımdan memnunum	1	2	3	4
17-Aklımdan bazı önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder	1	2	3	4
18-Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki unutamam	1	2	3	4
19-Tutarlı insanım	1	2	3	4
20-Son zamanlarda beni düşündüren konular yüzünden gerginlik ve huzursuzluk içindeyim	1	2	3	4