T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

GÜNÜBİRLİK VE HASTANEDE YATARAK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN KORKU DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Bilkay BASKIN

Referans no: 10183645

EDİRNE - 2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK

GÜNÜBİRLİK VE HASTANEDE YATARAK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN KORKU DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Bilkay BASKIN

Destekleyen Kurum:

Tez No:

EDİRNE - 2019

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Bilkay BASKIN tarafından tez başlığı "Günübirlik ve Hastanede Yatarak Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Korku Düzeylerinin Değerlendirilmesi" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **28/06/2019** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza

JÜRİ BAŞKANI

Prof. Dr. Ümmü Yıldız Fındık

İmza

ÜYE

Doç.Dr.Tülin YILDIZ

İmza

ÜYE

Dr.Öğretim Üyesi Şeher ÜNVER

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince yardım ve desteği için değerli hocam Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'a, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi hocalarıma, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi ve asistanlarına, bu araştırmada yer alan hastalara, hemşirelere ve her zaman destekçim olan aileme içtenlikle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 4

- **CERRAHİNİN TANIMI** 4
- **GÜNÜBİRLİK CERRAHİNİN TANIMI** 5
- **CERRAHİNİN HASTA ÜZERİNE ETKİLERİ** 9
- **HEMŞİRELİK BAKIMI** 11
- **YATARAK CERRAHİDE HEMŞİRELİK BAKIMI** 12
- **GÜNÜBİRLİK CERRAHİDE HEMŞİRELİK BAKIMI** 16
- **KORKU VE HEMŞİRELİK BAKIMI** 19

GEREÇ VE YÖNTEMLER 21

BULGULAR 25

TARTIŞMA 34

SONUÇLAR 39

ÖZET 41

SUMMARY 42

KAYNAKLAR 44

TABLOLAR LİSTESİ 52

ÖZGEÇMİŞ 53

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)

AORN : Association of periOperative Registered Nurses (Amerikan Ameliyathane Hemşireleri)

Ark. : Arkadaşları

ASA : American Society of Anesthesiologists (Amerikan Anestezi Uzmanları Derneği)

CDC : Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)

CKÖ : Cerrahi Korku Ölçeği

ERAS : Enhanced Recovery After Surgery (Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü)

FASA : Federated Ambulatory Surgery Association (Birleşik Devletler Ambulatuar Cerrahi Birliği)

IAAS : International Association for Ambulatory Surgery (Uluslararası Ambulatuar Cerrahi Derneği)

KOAH : Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

NSAID : Nonsteroidal Antienflamatuar Drugs (Steroid Olmayan Antienlamatuar İlaç)

PADSS : Post Anesthesia Discharge Scoring System (Anestezi Sonrası Taburculuk Skorlama Sistemi)

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

Yy : Yüzyıl

GİRİŞ VE AMAÇ

Cerrahi girişim hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek kontrollü travma olarak tanımlanır (1). Türkiye Sağlık İstatistikleri Kurumu'na göre 2016 yılında 4.772.229 cerrahi girişim yapılmıştır. Bunlardan 514.296'sı büyük cerrahi girişim, 1.625.004'ü orta derece cerrahi girişim ve 2.632.929'u küçük cerrahi girişim olarak uygulanmıştır (2).

Cerrahi girişim büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun, hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkilemektedir. Cerrahi girişime karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajı ve yaşam tarzının değişmesi cerrahi girişimin genel etkileridir. Cerrahi girişimin psikolojik etkileri korku, endişe, anksiyete ve depresyon olabilmektedir. Hastalar cerrahi girişimi kabul ettiği andan itibaren bilinmeyen korkusu yaşamaya başlamaktadırlar. Bu dönemde hastalarda görülen diğer korkular arasında cerrahi girişim sonrası ağrı, kanser olma olasılığı, organ kaybı, ölüm tehlikesi, işini kaybetme, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma korkusu yer almaktadır (3,4).

Bunun yanında hastanede yatan hastalar, aile ve arkadaşlarından ayrı, yabancı bir çevrede ve tanımadığı bireylerle ortak bir yaşamı paylaşmak zorunda kalmaktadır (5). Bu durum hastada endişe ve korku yaratmaktadır. Cerrahi girişim öncesi yaşanan anksiyete ve korku, iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastanın yaşadığı huzursuzluk hissine; uyumda yetersizlik, düşünce sürecinde değişiklik, etkisiz inkâr ve savunucu baş etme davranışları da eşlik edebilmektedir. Ayrıca hastanın yaşadığı korkular ile artan anksiyete düzeyi cerrahi sonrası daha fazla komplikasyona ve yatış süresine neden olabilmektedir (5,7).

Günübirlik cerrahi, hastaların cerrahi girişim öncesi dönemi evde geçirmelerini ve cerrahi girişim oldukları gün içerisinde taburcu olabilmelerini sağlamakta ve cerrahi girişimin psikolojik etkilerini azaltmada anahtar rol oynamaktadır (8,9).

Dünyada ve Türkiye'de günübirlik cerrahi girişimleri, tıpta ve hasta bakımında yaşanan gelişmelere paralel olarak artmaktadır. Avrupa ülkelerinde elektif cerrahi girişimlerin %65'inin günübirlik cerrahi olarak yapıldığı bildirilmektedir (6,8). Türkiye'de ise 2015 yılı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre yılda 2.177.167 cerrahi girişim gerçekleşmiş olup bu cerrahi girişimlerin 851.359 tanesi günübirlik olarak uygulanmıştır (13).

Günübirlik cerrahi uygulamaları; lokal anestezi altında küçük günübirlik cerrahi uygulamalar (sünnet, sistoskopi, göz ameliyatları, tüm açık yaraların dikilmesi, tüm küçük cerrahi girişimler ve patoloji için biyopsi alınması), genel anestezi veya nöroaksiyal blok altında büyük günübirlik cerrahi uygulamalar (herni onarımı, laparoskopik cerrahi, artroskopi, kırık redüksiyonu, tonsillektomi) ve hastanede yatarak yapılan günübirlik cerrahi uygulamalar olarak üçe ayrılmaktadır. Günübirlik cerrahi uygulamaları, klinikler veya poliklinikler içinde kurulan ünitelerde ve hastanenin faaliyet gösterdiği farklı binalarda kurulan ünitelerde uygulanmaktadır (14).

Günübirlik cerrahi uygulamalarının hastanede yatarak cerrahi girişim geçiren hastalara göre; enfeksiyon riskini, gereksiz yatak işgalini ve maliyeti azaltması, hastaların yaşam düzenini çok az değiştirmesi, erken mobilizasyonu, organ fonksiyonlarının daha hızlı geri dönmesi, cerrahi girişim sonrası komplikasyonların az olması ve hastaların erken rehabilitasyonu, hastanın günlük yaşam aktivitelerine hızlı dönmesi gibi yararları bulunmaktadır (14-16). Hastaların cerrahi girişimden önceki ve sonraki geceyi evinde geçireceği düşüncesi, anksiyete ve korkularını azaltmaktadır (14). Günübirlik ve hastanede yatarak cerrahi girişim geçirecek hastaların korkularının azaltılmasında hemşirelik bakım girişimleri önemli rol oynamaktadır (4). Hemşireler tarafından girişim öncesi yazılı ve sözlü yapılan hasta bilgilendirmesinin korkuları azalttığı, anksiyete düzeyini düşürdüğü, girişim sonrası kısa sürede bilincin kazanılmasını sağladığı, ağrı kontrolünü kolaylaştırdığı ve erken taburculuğa ortam hazırladığı belirtilmektedir. Cerrahi girişim öncesi dönemde hastaların yaşadığı korku düzeyinin bilinmesi hemşirelik bakım planının oluşturulmasında önemlidir (13,14). Hemşireler, hasta ile yaptıkları görüşmelerde, korku nedenlerini belirlemekte ve sorun odaklı girişimlerde bulunmaktadırlar. Cerrahi girişim öncesi korkuların giderilmesi cerrahi girişim sonrasının komplikasyonsuz olarak geçirilmesini sağlamaktadır (14).

Yapılan araştırmalara bakıldığında günübirlik ve hastanede yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların korku düzeylerini değerlendiren araştırmaların az olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmanın amacı, günübirlik ve hastanede yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların korku düzeylerinin değerlendirilmesidir.

GENEL BİLGİLER

CERRAHİNİN TANIMI

Cerrahi, insan organizmasında ortaya çıkan patolojik olayları durdurmak, hafifletmek ya da bazı yapıları çıkararak sorunu ortadan kaldırmak amacıyla yapılan, planlı anatomik değişimleri kapsar (17). Diğer bir deyişle cerrahi, hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek "kontrollü travma" olarak kabul edilir (1,16). Cerrahi tedavi günümüzde günübirlik olarak, tanılama, rekonstrüktif, palyatif ve estetik amaçlı yapıldığı gibi birçok farklı klinik durumlarda planlı ve acil bir girişim olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (22). Günümüzde kullanılan modern cerrahi bugünkü haline gelene kadar çeşitli aşamalardan geçmiştir. Cerrahiyi tarihsel süreçte incelediğimizde, hastalıkların insanlık tarihi kadar eski olduğunu ve hastalık için yapılan cerrahi tedavinin de insanın başlangıcından beri var olduğu belirtilmektedir (17). Tarihsel süreçte ilk cerrahi tedavi kraniyel dekompresyondur ve kafa travmaları, epilepsi tedavisinde kullanılan bir tedavi yöntemi olarak ortaya konulmuştur (17). Onaltıncı yüzyılda (yy)'da enfeksiyonları önleme ve yaraları dağlama yerine damarın bulunularak bağlanması gibi cerrahi teknikleri geliştirmesi, cerrahi alandaki gelişmelerin önünü açmıştır. Ondokuzuncu yy'da anestezi, cerrahi alanda hızla kabul görmüştür (17-19).

Ülkemizde ise modern cerrahinin temellerini Dr. Cemil Topuzlu atmıştır. Gelişen anestezi, reanimasyon ve cerrahi teknikler ile birlikte organ transplantasyonlarına, protez cerrahisine ve mikro cerrahiye yönelmiştir (20).

Günümüzde cerrahideki teknolojik gelişmeler, cerrahi girişim sayısını arttırmıştır (19). Türkiye sağlık istatistiklerine göre 2010 yılında 8.614.789 cerrahi girişim yapılmıştır. Bunlardan 1.709.902'si büyük cerrahi girişim, 1.120.325'i orta derece cerrahi girişim ve 4.784.062'si küçük cerrahi girişimler olarak uygulanmıştır (2). Cerrahi girişim oranları

karşılaştırıldığında, 2016 yılında da 4.772.229 cerrahi girişim yapılmıştır. Bunlardan 514.296'sının büyük cerrahi girişim, 1.625.004'ünün orta derece cerrahi girişim ve 2.632.929'unun da küçük cerrahi girişimler olarak uygulandığı görülmüştür. Aradan geçen altı yıl boyunca ameliyat oranlarının yaklaşık olarak 2 kat azaldığı ve küçük cerrahi girişimlerin yapılma oranlarının çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir (35).

GÜNÜBİRLİK CERRAHİNİN TANIMI

Günübirlik cerrahi, hastaların ameliyat olacakları gün hastaneye kabul edilip, aynı gün taburcu olmalarını sağlayan cerrahi girişimlerdir (5,16,36). Günübirlik cerrahinin temelleri, 20. yy'ın başlarında, İskoçya'daki bir çocuk hastanesinde yaptığı çalışmalarla James Nicoll tarafından atılmıştır (6,22). Nicol tarafından fıtık, fimozis, mastoid hastalık, yarık damak ve spina bifida tanısı almış birçok çocuğa günübirlik cerrahi girişim uygulanmış ve başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Nicol 1909'da, 8,988 pediatrik olguda cerrahi tedavilerin başarılı geçtiğini açıklamış, 1948'de herni onarımı yapılan günübirlik cerrahi hastasında 14. günde komplikasyon gelişmiş ve bu durum basına yansımıştır. Günübirlik cerrahi gelişmeleri 1955'e kadar durmuş fakat 1955'te erken ambulasyonu desteklediği için günübirlik cerrahi alanında tekrar ilerleme kaydedilmiştir (22).

Birçok hekimin de 1960 sonrası hastalarını hastaneye yatırmadan ameliyat girişimini uygulamaya başladığı görülmektedir. Michigan'da The Butleer Worth Hastanesi (1961), günübirlik cerrahi programına göre kurulmuş olup 1962'de de ABD (Amerika Birleşik Devletleri)'nde, California Üniversitesinde ilk günübirlik cerrahi ünitesi kurulmuştur, 1963-67 yılları arasında 879 günübirlik cerrahi girişimin yapıldığı bildirilmektedir (9).

ABD, Kanada, İngiltere ve Avustralya'da, 1970 ve 1980'lerde günübirlik cerrahi üniteleri kurulmuştur. Tıbbi dergilerde, işlemlerin çeşitliliğini ve günübirlik cerrahinin nasıl yapılması gerektiğini kapsayacak şekilde bir dizi makale yayınlanmıştır. Günübirlik cerrahinin gelişmesiyle birlikte, ilgili ekipler bu alanda kalite standartlarını, genişleme, eğitim ve araştırmayı teşvik etmek için bir araya gelerek dernekler kurmuşlardır. Bunların ilki şimdi FASA (Federated Ambulatory Surgery Association) olarak bilinen Ayaktan Cerrahi Merkezlerinin Gelişimi Derneği olup 1974 yılında ABD'de kurulmuştur (22). IAAS (International Association for Ambulatory Surgery), 12 ulusal derneği, 1995 yılında üye olarak kabul etmiştir (29). 1996 yılında Kanada'da Genel Cerrahlar Birliği'nin toplantısı, günübirlik cerrahi konusunu irdelemek üzerine yapılmıştır. Bu toplantıda Dr. Douglas günübirlik cerrahinin geleneksel cerrahiye bir alternatif olduğunu vurgulamış, hastaların

evlerine daha çabuk döndüğünü ve erken mobilizasyonun iyileşmeye yardımcı olduğunu belirtmiştir. Böylece uzun süre yatakta kalmanın yarattığı komplikasyonları engellediğini savunmuştur (24).

Son yıllarda birçok ülkede günübirlik cerrahi oranları giderek artmıştır. ABD'de, 1985'ten 1994'e kadar bir gün bazında günübirlik cerrahi %34'ten %61'e ve İngiltere'de 1989'dan 2003'e kadar bu oran %15'ten %70'e yükselmiştir. Günümüzde ABD ve Avrupa ülkelerinde elektif cerrahi işlemlerin %60-70'i günübirlik cerrahi olarak uygulanmaktadır (37). Günübirlik cerrahinin faydaları sağlık çalışanları, hastalar ve sigorta fonları tarafından ortaya konulmuştur ama her hastane için sonuçlar aynı değildir. İngiltere ve Galler'de 2003-2004 yılları arasında günübirlik inguinal herni onarımı için genel oran %42 iken; özel hastanelerde bu oran %5 ile %90 arasında değişmiştir (22). Ülkemizde günübirlik cerrahi uzun yıllardır çeşitli branşlarda uygulansa da bu konuya özgü günübirlik cerrahi ünitesi olan kurum sayısının oldukça az olduğu belirtilmektedir (37). Türkiye'de ilk hastane merkezli günübirlik cerrahi ünitesi 1998 yılında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde açılmıştır. Ülkemizdeki günübirlik cerrahi üniteleri ve faaliyetleri hakkında yeterli veri bulunmamaktadır. Bununla birlikte büyük şehirlerde, Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde günübirlik cerrahi ünitelerinin olduğu bilinmektedir (16,38). Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi bünyesinde 20 Mart 2015 tarihinde günübirlik girişimsel hastaların tanı ve tedavi amacıyla yatırıldığı Gündüz Servisi hizmete açılmış olup 19 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir (29).

Günübirlik cerrahinin yaygın kullanımı, tıpta teknolojik gelişmeleri, anestezi uygulamaları, sağlık hizmetlerinin maliyet etkinliğinin iyileştirilmesine ihtiyaç duyulması, cerrahi bekleme süresinin azaltılması hasta yönünden de günlük yaşam aktivitelerine daha kısa sürede dönmesi gibi önemli faydalar sağlamaktadır (36). Günübirlik cerrahide genellikle iki saatten az süren girişimler sonrası anestezi uyanma odasında üç-dört saat kalan hastalar, aynı gün evlerine taburcu edilmektedir. Bununla birlikte günümüzde birçok günübirlik cerrahi ünitesi 23 saat yatış politikasıyla da çalışmaktadır (9) Günübirlik cerrahinin hastaların kişisel alışkanlık ve rutinlerinin minimum düzeyde bozması, kişiye ev ortamı rahatlığında iyileşme olanağı sağlaması ve cerrahi sonrasında normal hayata dönüşü hızlandırması gibi avantajlara sahip olması, özellikle batıda yaşayanlar tarafından tercih edilmesini sağlamaktadır (27,28,30).

Ancak günübirlik cerrahi sonrası oluşan bulantı ve kusma, gaz çıkaramama, iştah değişiklikleri ve midede şişkinlik gibi şikayetler hastaların aynı gün taburculuğunun

ertelenmesine neden olabilmektedir (5). Günübirlik cerrahi uygulaması geçiren hastaların ameliyattan sonra en az 24-48 saat evde bakım alması gerekmektedir. Hastaya evde bakım verecek kişi ya da kişilere yeterli bilgilendirme yapılmaması, bakımın sürdürülmesini engelleyebilmektedir. Acil bir durumda uygun desteğin sağlanması zor olabilmektedir. Bu olumsuz durumların yaşanmamasında hemşireler anahtar rol oynamaktadırlar (13,24).

Günübirlik Cerrahinin Uygulandığı Durumlar

Günübirlik cerrahi girişimler, tanı ve tedavi amacıyla yaygın olarak uygulanmaktadır (16) (Tablo 1).

Tablo 1. Günübirlik cerrahinin uygulandığı durumlar

Genel Cerrahi	**Üroloji**
-Herni onarımı (inguinal, femoral, umblikal, paraumblikal, epigastrik)	- Sünnet
-Varikoz venlerin ligasyonu ya da çıkarılması - Anal darlık ya da anal fissür onarımı	- Hidrosele ilişkin cerrahi
-Bening tümörler, sebase kistlerin çıkarılması	- Vazektomi
-Memedeki solid dokuların çıkarılması	- Üretraldilatasyon
-Papillom, ben gibi oluşumların çıkarılması	- Testiküler biyopsi
-Lipomun çıkarılması	-Sistoskopi (stent yerleştirilmesi ya da çıkarılması, biyopsi alınması vb.)
-Eldeki sinir sıkışmasının düzeltilmesi	- Epididimal kistlerin çıkarılması
-Pilonidal sinüs onarımı	- Renal biyopsi
	- Varikosele ilişkin cerrahi
Ortopedik Cerrahi	**Pediyatrik Cerrahi**
-Karpal-Tunnel Sendromunun düzeltilmesi	-Sünnet
-Dupuytren kontraktürüne ilişkin cerrahi	-Hidrosele ilişkin cerrahi
-Hallus vagusa ilişkin cerrahi	-Orşiopeksi
-Trigger fingere ilişkin cerrahi	-İnguinal herniektomi
-Ayak parmağındaki tırnak batmasının düzeltilmesi	-Umblikal herni onarımı
-İnterfalangial bölgelerde yapışıklığın düzeltilmesi	**Jinekolojik Cerrahi**
- Artroskopik menisektomi	- Dilatasyon ve küretaj
-İğne, kaplama, tel ve vidaların çıkarılması	- Laparoskopi
-Kırık redüksiyonu	- Kolposkopi
-Artroskopi	- Serviksin koter ya da lazer ile tedavisi
-Parmak amputasyonu	- Bartolin kistlerinin çıkarılması
-Nöromanın çıkarılması	- Gebeliğin sonlandırılması
- Tenotomi	- Laporoskopik kısırlaştırma
-Ganglionektomi	- Servikal polipektomi
-Diş Cerrahisi	- Vulva kistlerinin çıkarılması
	Oftalmik Cerrahi
	- Katarakta ilişkin cerrahi
	- Şaşılığın düzeltilmesi
	- Şalazyona ilişkin cerrahi
	- Excimer lazer

Tablo 1. (devamı) Günübirlik cerrahinin uygulandığı durumlar

Kulak- Burun- Boğaz Cerrahisi	Plastik Cerrahi
-Buruna ilişkin cerrahi (septoplasti, rinoplasti, septorinoplasti)	-Büyük kulakların düzeltilmesi
-Miringoplasti	-Buruna ilişkin cerrahi (septoplasti, rinoplasti, septorinoplasti)
-Timpanoplasti	-Endoskopik sinüs cerrahisi
-Kulağa tüp takılması	-Damak yarığının düzeltilmesi
-Tonsillektomi	-Memelerin büyütülmesi
-Nazal polip eksizyonu	-Meme ucu ve areolanın yeniden şekillendirilmesi
-Endoskopik sinüs cerrahisi	-KarpalTunnel Sendromunun düzeltilmesi
-Direkt larengoskopi/faringoskopi (biyopsi alınması, kist eksizyonu vb.)	-Z plastiler
-Submukozanın çıkarılması	-Blefaroplasti
-Antral yıkama	-Dokuyu büyüten malzemelerin konulması
-Nazal kırığın redüksiyonu	-Deri lezyonlarının çıkarılması
-Yabancı cisimlerin çıkarılması	-Liposakşın
	-Üretralmeatotomi ve dilatasyon

Günübirlik cerrahi uygulamalarında hasta seçiminde ilk adım tüm elektif cerrahi hastalarının bu yöntem için aday olduğunun dikkate alınmasıyla başlar ve bu uygulama için uygun olan hastaların seçimi bundan sonraki aşamada gerçekleşir (6). Günübirlik cerrahiye uygun hastaların seçiminde yapılacak işlemin özellikleri, anestezi tekniği, hastanın tıbbi öz geçmişi ve varsa eşlik eden hastalıkları ve psikososyal faktörler göz önünde bulundurulmalıdır (37). Bilgilendirilmiş yazılı izin alınması, uygulanacak girişimin 60 dakikayı aşmaması, yapılacak işlemin taburculuk sonrası parenteral analjezik uygulamasını gerektirecek kadar ağrı oluşumuna neden olmaması, girişimin özel bir hemşirelik bakımı gerektirmemesi, ameliyat sonrası kanama ve dren olasılığı olmaması, evde bakım koşullarının yeterli olması gibi kriterlere göre hasta değerlendirilmelidir (6).

Hasta kontrol altına alınamamış diyabet, angina pektoris, kalp yetmezliği, 2 yıl içinde geçirilmiş miyokard infarktüsü, dirençli hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, epilepsi atağı, anemi, gebelik, hepatit B, AIDS, ilaç kullanımı, malign hipertermi öyküsü, mental bozukluk gibi bir hastalık mevcut ise günübirlik cerrahi uygulanmamaktadır (39).
Günübirlik cerrahi öncesi hasta seçimi aşamasında, cerrahi girişimi planlayan ve uygulamaya karar veren cerrah, hastayı cerrahi öncesi konsülte eden hekim ve uygulama sırasında anesteziyi uygulayacak olan anestezi uzmanı birinci derecede sorumludur (5).

CERRAHİ GİRİŞİMİN HASTA ÜZERİNE ETKİLERİ

Cerrahi girişim büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun, hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkilemektedir. Cerrahi girişime karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajı ve yaşam tarzının değişmesi cerrahi girişimin en genel etkileridir.

Stres tepkisi, cerrahi girişimin fizyolojik ve psikolojik etkilerine yanıt olarak oluşan sinirsel ve hormonal değişikliklerdir (59). Cerrahi girişim hipofiz bezini ve sempatik sinir sistemini aktive eder. Adrenal hormonlardan kortizol, norepinefrin ve epinefrin yüksek düzeyde salgılanır. Bu durumda fizyolojik olarak kalp hızı artar, kan basıncı yükselir. Psikolojik olarak hastada yorgunluk, halsizlik ve davranış değişiklikleri gözlenir (41). Stres tepkisi ile insan bedeni, kendisini travmadan korumaya ve homeostatik dengeyi sürdürmeye çalışmaktadır (59).

Deri, bedenin mikroorganizmalara karşı ilk savunma yeridir. Deri sağlam olduğunda mikroorganizmalar bedene kolaylıkla giremez. Fakat cerrahi insizyon normalde steril olan dokuların, steril olmayan çevre ile temas etmesine ve kontaminasyon meydana gelmesine neden olur. En iyi cerrahi teknik ve aseptik koşullarda bile ameliyat olacak hasta için enfeksiyon riski daima vardır (52,53).

Cerrahi insizyon ile dokuların kesilmesi kan damarlarının da kesilmesine neden olmaktadır. Hemostazı sağlamak için damar uçları kapatılır. Kan kaybının artması ameliyat sırası veya sonrasında hastada şoka neden olabilmektedir (52).

Ameliyat sonrasında cerrahinin türüne göre birçok komplikasyon gelişebilir dolayısıyla organ fonksiyonları iyi değerlendirilmelidir. Özellikle abdominal ve pelvik ameliyatlarda bağırsaklara çok fazla dokunulması sonucu bağırsak motilitesinde yavaşlama, distansiyon ve ağrı gelişebilmektedir (54). Bazen ameliyatla organın bir kısmı veya tamamı çıkarılabilir. Örneğin beyin tümörü ameliyatından sonra hastada görme ya da işitme bozuklukları, denge ve yürüyüş bozuklukları, davranış değişiklikleri, kol ve bacakta uyuşma gibi komplikasyonlar gelişebilir (55).

Beden imajı, bireyin kendi bedeninden ne ölçüde memnun olduğunu belirten bir kavramdır. Birey, bir kültür çevresi içinde doğup yetişmekte ve yetiştiği kültüre özgü davranış kalıpları ve düşünceler sisteminden etkilenerek beden imajına yön vermektedir. Beden imajı yaşadığı toplumda kişinin kendini algılama biçimidir (106). Örneğin mastektomi ve histerektomi geçiren bir hasta için meme ve uterus kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanabilmekte ve bu durum kadının beden imajında olumsuz

değişime neden olabilmektedir. Aynı zamanda bir ekstremitenin ampute edilmesi de beden imajında olumsuz değişikliğe neden olur. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastanın bu yeni durumu kabullenip, durumuna alışma sürecinde hastaya danışmanlık hizmeti verilerek yardımcı olunmalıdır (52).

Cerrahi girişimler belli sorunları çözümlerken, yeni sorunlar oluşturabilir. Taburculuk sonrası hastalar sıklıkla pansuman, alçı, harekete yardımcı cihazlar, ilaçlar (dozu, etkileşimi, yan etkileri), diyet ve egzersizler gibi sayısız girişimlere, hatta ekstremite ya da organ kaybına maruz kalırlar. Dahası, bu hastaların aynı anda başka sağlık problemleri de bulunduğundan, iyileşme dönemlerinde cerrah ve hemşirenin en önemli rolü hastayı ameliyat travmasıyla ve olası sorunlarla baş etmesine yardımcı olmaktır (66).

Cerrahi girişim tek başına her hasta için stres ve gerilim yaratıcıdır. Bunun yanında hasta için hastanede yatma, aile ve arkadaşlarından ayrı, yabancı bir çevrede ve tanımadığı bireylerle ortak bir yaşamı paylaşmak zorunda kalma düşünceleri psikolojik olarak hastada anksiyete ve korku yaratmaktadır. Korku ve anksiyete birbiri ile aynı olmayan, benzerlik gösteren iki terimdir. Korku, nedeni bilinen ve dıştan gelen bir tehdit/tehlike karşısında hissedilen, kişiyi savunmaya iten, fiziksel ve ruhsal belirtiler veren duygu; anksiyete ise, nedeni bilinmeyen, karmaşık ve içsel kaynaklı bir tehdide verilen tepkidir. Dolayısıyla birey karşı karşıya kaldığı herhangi bir olayı tehdit olarak algılarsa bu durum, korkuyu; aynı duruma gerçeğin dışında anlamlar yüklenmesi ise kaygıyı ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla durum ya da olaya gerçekçi olarak fiziksel bir tehdit olarak bakılıyorsa korku, fizikselliğin dışında düşünceler üretiliyorsa kaygı yaşanmaktadır (94). Cerrahi işlem uygulanacak olan hasta, ağrı ve acıdan kurtuluş umudu taşımasının yanı sıra, işlemin kendisinden kaynaklanacak yeni ağrı ve acıları düşünmekte ve korkularını kaygıya dönüştürmektedir (73). Diğer bir tanımla korku bir tehlike veya tehlike düşüncesi karşısında duyulan kaygı, üzüntüdür ya da hayatta yaşanan bazı deneyimlerden ya da kötü olaylardan oluşan bir duygudur (46,47). Korku tehlikenin uzaklaşması ile birlikte kaybolur (19). Korkular iki şekilde ele alınmaktadır. İlk biçimdeki korkuda dışsal faktörler etkili olurken ikinci tip korku da ise içsel öğeler etkili olur. İlk tip korkuda bireyler korkularının sebepleriyle yüzleşmekteyken, ikinci tip korku da herhangi bir yüzleşme söz konusu değildir, bireyler içsel olarak kendilerini korkutmaktadırlar. İçsel etkilerden kaynaklı korkular genel olarak bireylerin geçmiş deneyimlerden kaynaklı olarak açığa çıkmaktadır (47).

Çoğu zaman bireylerin korkularını yansıtma biçimleri farklıdır. Bazı hastalarda ameliyatı kabullenmeme, uyumsuzluk, kavgacı ya da çökkün davranışlar vardır. Bazılarında

ise hasta ameliyatı kabullenmiş görünür ya da gerçekten kabullenmiştir (5,6,7,10,42). Tüm bunlar hastaların tepki eşiğine, geçmiş yaşantılarına ve psikolojik yönelimine bağlıdır (42). Hastaların psikolojik yöneliminde, ağrı ve acıdan kurtulma umudunun yanı sıra, işlemin kendisinden kaynaklanacak yeni ağrı ve acılar, bunlara ek olarak da anestezi ile bilincini yitirerek yaşayacağı bilinmezliğin korkusu vardır. Cerrahide yaşanan korku kaynakları; ölüm korkusu, bedenin zarar göreceği korkusu, anestezi sırasında kimliğini ve denetimini yitireceği korkusu, ağrı duyma, ameliyat sonrası başkalarına bağımlı kalma ve evde bakabilecek kimsenin olmayacağı yönünde korkular olarak sayılabilmektedir. Bunlara ek olarak hastanın ekonomik durumu, ev yaşantısı, sosyal güvence durumu, işini kaybetme korkusu, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma düşünceleri de hastanın endişe ve korkularını arttırmaktadır (3,4,10,72,73). Cerrahi korku prevalansını etkileyebilecek bazı faktörler de cerrahinin tipi veya etkisi, ameliyat öncesine kadar geçen süre, ameliyatla ilgili önceki deneyim, cerrahi prosedür hakkında ameliyat öncesi yeterli bilgi sağlanması, yaş ve cinsiyet olarak sayılabilmektedir (40).

Cerrahi girişim öncesi yaşanan anksiyete ve korku, iyileşme sürecini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastaların korku ve anksiyeteleri arttığında ameliyata bağlı bazı risk faktörleri de artar. Örneğin bunlar, morbidite ve mortalite oranlarında artış, yara iyileşmesinde gecikme, hastanede kalış süresinin uzaması, analjezik ihtiyacının artması, anestezik ajanların yüksek miktarlarda uygulanma gereksinimine yol açabilmektedir (6,7,43). Cerrahi uygulanacak hastaların %60-80 oranında değişen düzeylerde ameliyat öncesi kaygı, korku ve anksiyete yaşadığı belirtilmektedir (45). Başka bir araştırmada hastaların ameliyat öncesinde %52'sinin ameliyat ve tedaviye ilişkin korku yaşadığı saptanmıştır. Hastaların ameliyathaneye gelmeden önce yaşadıkları deneyimleri incelendiğinde ise %35'inin anesteziye ilişkin korku yaşadığı, %52'sinin ameliyat ve tedaviye ilişkin korku yaşadığı saptanmıştır (33).

HEMŞİRELİK BAKIMI

Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında verilen hemşirelik bakımında hemşire, hasta savunucusu rolünü kullanarak hastanın konforunun, güvenliğinin sağlanmasında, mahremiyetinin, saygınlığının, psikolojik ve fizyolojik durumunun korunmasında, cerrahi alanın kontrolünde, asepsi ilkelerinin sürdürülmesinde ve doğru hasta pozisyonlarının verilmesinde hasta gereksinimlerini bir temele dayandırarak yürüten uzman kişidir. Tüm rol

ve sorumluluklarını göz önünde bulundurarak hastanın bakım gereksinimlerini karşılamaktadır (31,32).

YATARAK CERRAHİDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hastalar ameliyat öncesi dönemde fizyolojik ve psikolojik yönden taburculuğu da kapsayacak şekilde hazırlanır. Ameliyat öncesinde iyi hazırlanmış bir hasta, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemlerde kendisini neler beklediğinin farkına varır, korkularıyla yüzleşir ve baş etme yöntemleri geliştirir (60). Planlanmış ameliyat için hazırlık hastanın kliniğe yatırılmasından, ameliyat öncesi geceye kadar dönemdeki hazırlık, ameliyattan önceki gece hazırlığı, ameliyat günü hazırlığı olmak üzere üç aşamada gerçekleşir (52). Hastanın durumunun ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi için hemşire, hasta ve yakınlarıyla iletişime geçer, kapsamlı bir anamnez alır. Hastanın ameliyat öncesi yaptırdığı laboratuvar tetkikleri, elektrokardiyogram ve radyolojik testleri içeren hasta dosyasından gerekli verileri toplar ve topladığı verilere göre hemşirelik bakım planını düzenler (60).

Hemşireler hasta ile ilk görüşmelerinde, hastanın önceki ameliyatını, hastalık ve alerji varlığını, diyet kısıtlamasını, sürekli kullandığı ilaçları ve alternatif ürünleri, inançlarına yönelik gereksinimlerini, sosyoekonomik özelliklerini ve ameliyat sonrasında kendisine bakacak kişilerin varlığını sorgulamalıdırlar. Bu aşamada hasta ile hemşire arasında güvenli bir iletişim kurulduğunda, hastalar sormak istediklerini hemşirelere kolaylıkla sorabilmektedirler (52). Ameliyat öncesi hazırlık, psikolojik, fizyolojik, yasal hazırlık ve ameliyat öncesi hasta bilgilendirmesi olmak üzere 4 aşamada uygulanmaktadır (52,59).

Hastanede yatma ve cerrahi girişim hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı olmayıp aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır. Ameliyat öncesi kaygı yakın zamandaki cerrahiye verilen normal duygusal bir cevaptır ve cerrahi planlanan hastaların % 60-80'inde görülmektedir. Hastaneye yatmanın ve cerrahi girişimi beklemenin yanı sıra, ameliyatın hasta için taşıdığı anlam, ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında yaşanabilecek durumlara yönelik bilgi yetersizliği, olası olumsuz sonuçlar, ameliyat sonrası ağrı, günlük işlerin kesintiye uğraması, kontrol kaybı, yabancı ve aileden uzak bir çevrede bulunmak ve çeşitli tıbbi uygulamalar anksiyete ve korku nedenleri arasında yer almaktadır (61,63). Hastanın anksiyete ve korkuları ile baş edebilmesinde bilgilendirmenin rolü büyüktür. Ameliyat öncesi dönemde hasta bilgilendirmesi, hastanın cerrahi girişimin her bir evresinde ne olacağını bilmesine, fiziksel ve ruhsal yönden kendini daha iyi algılamasına ve cerrahi

girişim sonuçlarının daha iyi olmasına katkı sağlamaktadır. Hemşire hasta iletişimi burada kilit rol oynamaktadır (62).

Bu aşama, önceden var olan tıbbi durumların tedavisine veya en aza indirilmesine ve hastaya cerrahi deneyim yoluyla bilgi ve destek sağlamaya yöneliktir (59). Fizyolojik hazırlıkta yaş önemli bir parametredir. Çünkü bebekler ve yaşlıların ameliyat riskleri yüksektir. Yaşlı hastaların yaşlılığa bağlı atheroskleroz, kardiovasküler, pulmoner ve renal sistemlerinde varolan sorunların ameliyat sonrasında problem oluşturma riskleri fazladır (52). Ağrı ile ilgili deneyimleri sorgulanır baş etme yöntemleri hakkında bilgi alınır. Beslenme durumu, son dönemde kiloda hızlı bir düşüş veya artış var mı öğrenilir. Beslenme yetersizliği olan hastaların ameliyat öncesinde oral, enteral veya parenteral yollarla, protein ve karbonhidrattan yüksek diyetle beslenmesi sağlanır. Obez hastaların ise konjestif kalp yetmezliği, diyabet ve hipertansiyon gibi metabolik sorunları kontrol altına alındıktan sonra ameliyata karar verilir. Sıvı elektrolit dengesi bedendeki tüm sistemleri etkileme özelliğine sahip olduğu için eksik elektrolitler yerine koyularak, elektrolit dengesi sağlanmalıdır (62).

Hastanın sağlık durumu sistemlere göre değerlendirildiğinde kardiovasküler sistem için ameliyat riskini arttıran, kalbe ilişkin sorunlar arasında angina pektoris, hipertansiyon, son altı ay içerisinde geçirilmiş myokard infarktüsü sorgulanmalı ve antiaritmik, antihipertansif ilaçları ameliyat öncesinde de verilmek üzere hasta bilgilendirilmelidir. Ameliyat öncesinde kan basıncı takibi yapılması önemlidir. Kan basıncı yüksek olduğunda yüksek kanama riski nedeniyle hastanın ameliyatı ertelenebilir. Kardiovasküler sisteme ilişkin sorunları olan hastaların ameliyat sonrası monitörizasyon gerekebilmektedir (52).

Pulmoner sistemde kronik solunum yolu hastalığı olan hastalar için kan gazı testleri, akciğer röntgeninin değerlendirilmesi önemlidir. Hastalarda varolan KOAH ve astım hastalıkları, hipoksemi ve atelaktazi komplikasyon riskini arttırabilmektedir. Üst solunum yolu infeksiyonu, bronkospazm ve laringospazm riskini arttırabileceğinden ameliyatın ertelenmesi gerekebilmektedir (31). Nörolojik olarak hastanın bilinç düzeyi, çevre ve zaman uyumu kontrol edilerek mental durum değerlendirilir. Üriner sistem öyküsünde böbrek fonksiyonları ve prostat hipertrofisi değerlendirilir. Hepatik yönden sarılık, pıhtılaşma sorunları kontrol edilir. Endokrin sistemde de diyabet ve tiroid fonksiyonlar değerlendirilerek ameliyat öncesi değerlendirilerek hasta ötiroidi haline getirilir (62).

Ameliyattan önceki gece derin solunum, dönme egzersizleri ve spirometre kullanımı hastaya öğretilir (31,52).

Yasal hazırlık sürecinde, hastanın karar vermesini kolaylaştıran aydınlatılmış onam, karar verme için gerekli olan tüm bilgilerin açıkça bireye verilmiş olmasını gerektirir. Böyle bir yazılı onay hastayı yasal izni olmadan ameliyat yapılmasından, cerrahı da yetkisiz ameliyat yaptığı iddialarından korumaktadır. İmzalı onay formu için hiçbir hasta zorlanmamalı ve acele ettirilmemelidir. İmzalanan onay formu hasta dosyasına konulmakta ve hastayla birlikte ameliyathaneye gönderilmektedir (62). Hastanın ameliyat sırası döneminin geçtiği ortam çok boyutlu, dinamik ve multidisipliner ekibin çalıştığı kapalı bir alandır. Cerrahi hemşireleri, bu karmaşık alanda birden fazla risk taşıyan hastaların bakımı ile karşı karşıya kalmaktadır (64). Ameliyat sırası dönem boyunca hasta, hasta nakli, hasta pozisyonu, cerrahi ekipman uygulaması (örneğin turnike uygulaması gibi) cilt hazırlığında kullanılan kimyasal ajan, X ışını veya lazer uygulaması, genel anestezi ile bozulmuş gaz değişimi, batın içerisinde unutulan spançlar ve enfeksiyon gibi nedenlerle hastanın zarar görme olasılığı yüksektir (59). Bu sebeple birden fazla disiplinin aralarında sağlanan bilgi akışının düzenli ve hata riskinin az olması çalışanların aralarındaki iletişimin ne kadar iyi olduğuna bağlıdır (64).
Ameliyat sonrası dönem ise hastanın ameliyathaneden ayrılması ile başlar ve taburcu olana kadar geçen süreyi içerir. Ameliyat sonrası dönem süreci homeostatik dengenin yeniden düzenlenmesi, ağrının kontrol altında tutulması, komplikasyonların önlenmesi, hastanın kendi solunumunu sürdürmesi, öz bakıma olabildiğince katılımın sağlanması ve taburculuk işlemlerine yönelik hasta eğitimi verilmesini içerir (65).

Ameliyat sonrası dönemde hastanın aldığı anestezi türü ve süresi oldukça önemlidir. Ameliyat sonrası hastaya iyi bir bakım verilmeli ve hasta çok dikkatli izlenmelidir. Bu izleme ameliyat ve anestezi etkileri kaybolana, refleksler geri gelene ve yaşam bulguları dengeli bir durum alana kadar sürdürülür.
Ameliyat sonrası bakım; ayılma ünitesinde ve klinikte bakım olmak üzere aşamadan oluşmaktadır.

Ayılma ünitesinde ameliyat sonrası bakım:

- Hastanın ayılma ünitesine alındığı saat kaydedilir, hemşire hasta ile sözel iletişim kurarak kendini tanıtmalı, hastaya adıyla seslenip bilinç düzeyini değerlendirmelidir.
- Yapılan işlemler hakkında hastayı bilgilendirmeli ve hasta güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler almalı, hastanın ısıtılması sağlanmalıdır.
- Hastanın solunum yolunun açıklığını sağlamak için hastaya uygun pozisyon verilmeli ve yaşam bulguları stabil oluncaya kadar 15 dk da bir ölçülüp kayıt edilmelidir.

- Bulantı-kusma takibi yapılmalı ve aspirasyon olasılığına karşı yatak başı 30° kaldırılıp hasta başı yan çevrilmelidir.
- Cilt rengi ve nemi kontrol edilmeli, yara pansumanı ıslaklık ve kanama açısından değerlendirilmeli, IV sıvılar; sıvının cinsi, miktarı ve gidiş hızı, kan veriliyorsa, hızı ve reaksiyon belirtileri izlenmelidir.
- Üretral ve diğer kateterlerinden gelen sıvı miktarı, varsa drenlerinden gelen drenaj ve özellikleri kayıt edilmelidir.

  Hastanın durumu stabil olduğunda hastanın gönderileceği servise bildirildikten sonra, dosyası ve ayılma ünitesindeki izlem formuyla birlikte hasta gönderilmelidir (11,13).

  Serviste ameliyat sonrası bakım:
- Hemşire hastanın yatağa alınırken güvenlik önlemlerini almalıdır. Kateter ve drenlerin yerinde olup olmadığını kontrol ederken hastaya kendini tanıtmalı, yer-zaman uyumunu değerlendirmelidir.
- Hastanın yaşam bulguları gerektiği sıklıkta izlenmelidir. Hareket aktivitesinde bağımlı olduğu sürece temel gereksinimlerinin karşılanması için hasta yakını bilgilendirilmeli ve hemşire gerektiğinde çağrı zilini kullanması öğretilmelidir.
- Hasta yapılan tedavi ve girişimler hakkında bilgilendirilmeli, hastanın fiziksel ve psikolojik gereksinimleri karşılanıp hastaya güvende olduğu hissettirilmelidir (65,66,69).

Hastaların servise alındıktan sonraki ameliyat sonrası bakım hedefleri; kardiyovasküler ve solunum fonksiyonlarını sürdürmek, yeterli beslenme ve boşaltımı sağlamak, sıvı-elektrolit dengesini ve renal fonksiyonu sürdürmek, istirahati sağlamak, yara iyileşmesini sağlamak, hareketi sağlamak, komplikasyonları önlemek ve psikolojik destek sağlamaktır (66).

Günümüzde cerrahi alanda olan gelişmelere göre cerrahi sonrası iyileşmeyi hızlandırmak amacıyla ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) Protokolleri geliştirilmiştir. ERAS Protokolleri'ne göre;

- Erken oral beslenmenin sağlanması; hastalar ameliyattan sonraki ikinci saatte oral sıvı, dördüncü saatte katı gıda almaya teşvik edilmelidir. Yeterli oral beslenme sağlanıncaya kadar oral beslenme solüsyonları ile desteklenmelidir. Bunun yanında ameliyat sonrası yapılan oksijen tedavisi bulantı ve kusmayı azaltmaktadır.
- Kateterlerin erken dönemde çıkarılması; enfeksiyon riskine karşı önlem olarak ameliyat sırasında takılan üriner, santral venöz ve diğer kateterlerin ameliyat sonrası erken dönemde çıkarılması önerilmektedir.

- Nonopioid oral analjezi/NSAID ve epidural analjezi kullanılması; ameliyat sonrası hasta ağrı kontrolünde opioid analjeziklerin kullanılmasının gastrointestinal sistemi, solunum fonksiyonlarını, santral sinir sistemini negatif yönde etkilediği belirlenmiştir. Ağrı kontrolünün mümkün olduğunca opiodlardan kaçınılarak epidural ve oral analjeziklerle sağlanması önerilmektedir.
- Erken mobilizasyon; ameliyat sonrası yatak istirahatı uzadıkça insülin rezistansı artar, kaslarda zayıflama ve kas kütlesi kaybı gelişir. Bunun yanı sıra pulmoner fonksiyonlarda bozukluk olur ve tromboemboli riski artar. Bu sebeplerle, hastanın ameliyat günü 2 saat, takip eden günlerde ise taburcu olana kadar günde 6 saat yatak dışında kalması sağlanmalıdır (67,68).

Ameliyat sonrası dönemde hemşire ortaya çıkabilecek komplikasyonlara karşı bilinçli olmalı ve hastaya verilen taburculuk eğitimi kapsamında hastayı da bilgilendirmelidir. Ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonları olarak solunum sistemine ilişkin; atelaktazi, pnömoni, hipoksi; kardiovasküler sistemine ilişkin: hipotansiyon, pulmoner ödem; nörolojik olarak beyin iskemisi, deliryum; ürolojik olarak idrar retansiyonu, akut böbrek yetmezliği, üriner enfeksiyon; vücut ısısı sorunları olarak hipertermi/hipotermi; kanama, hipovolemik şok, bulantı-kusma, abdominal distansiyon, akut mide dilatasyonu, hıçkırık, paralitik ileus gelişebilmektedir. Geç dönem komplikasyonlar olarak da akciğer embolisi, tromboflebit, yara enfeksiyonu, yara açılması, peritonit, akut parotid ve basınç yaralanması olarak ortaya çıkmaktadır (65,66).

Taburculuk eğitiminde hastaya verilecek diğer bilgiler; kendi kendine bakım, pansuman-yara bakımı, kullanacağı ilaçlar ve yan etkileri, hijyenik bakım, yapılmaması gereken aktiviteler, uygulanacak diyet ve egzersizler, kontrol için sağlık kurumuna ne zaman ve nasıl başvuracağı konusundaki bilgileri içerir (66,68).

GÜNÜBİRLİK CERRAHİDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Günübirlik cerrahi için ameliyat öncesi hazırlık aşamaları yatarak cerrahi tedavi görecek hastalar ile aynıdır. Hemşire daha az komplikasyon gelişebilecek hastalar ile çalışmaktadır. Günübirlik cerrahi hastalarının bakım ekibinde hemşireler önemli rol üstlenmektedir. Sürecin her aşamasında hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi, hastanın ünitede ameliyat sonrası bakımı ve evde izlemi, hastanın gereksinimlerinin belirlenip çözüm geliştirilmesi ve ekibin diğer üyeleriyle işbirliği konusunda önemli rolleri vardır (51). Karahan ve ark. (81)'nın günübirlik cerrahi hastasının evde izlemi ile ilgili 53 hasta ile yaptıkları araştırmada; hastalar cerrahi

hemşiresi tarafından izlem formu aracılığı ile takip edilmiştir. Taburculuk sonrasında da hastalar 24. ve 72. saatler ve 7-10. günlerde telefon ile aranmış ve yaşadıkları güçlükler bir izlem formuna kaydedilmiştir Sonuç olarak hastaların taburculuk sonrası günlük yaşam aktivitelerinden en fazla yürüme/hareket etme, merdiven çıkma, giyinme ve soyunma gibi aktiviteleri gerçekleştirmekte güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Hastaların tamamına yakını evde bakabilecek kimseleri olduğu için daha az zorlandıklarını ifade etmişlerdir.

Günübirlik cerrahi için hasta seçimi önemli bir aşamadır. ASA (American Society of Anesthesiologists), anestezi ve günübirlik cerrahi için uygunluğu ve ameliyat öncesi sağlık durumunu değerlendirmek için sınıflandırma sistemi kullanmaktadır. Bu sınıflamaya göre hastalar;

Class I: Sağlıklı hasta (cerrahi girişim gerektiren durum dışında hastalığı olmayan bireyler,

Class II: Ameliyat olmasına neden olan duruma ya da herhangi bir hastalığa bağlı olarak orta dereceli sistemik hastalığı olan hastalar,

Class III: Ciddi sistemik rahatsızlığı olan hastalar,

Class IV: Yaşamı tehdit edici, sistemik rahatsızlığı olan hastalar,

Class V: 24 saatten daha fazla yaşaması mümkün olmayan, ölmek üzere olan hastalar olarak sıralanmaktadır.

Bu sınıflandırmaya göre, Class I ve II olan hastalar, günübirlik cerrahi için uygun olan hastalardır (16).

Günübirlik cerrahi hastalarına durumu daha ciddi olan ve yatarak cerrahi girişim geçirip daha uzun süre hastanede kalması gereken hastalara göre minör cerrahi girişimler geçirirler. Bu nedenle hasta seçiminde de hastaların sağlık özellikleri, ek hastalıkları yatarak cerrahiye göre daha azdır. Hastanın fiziksel değerlendirilmesi daha az zaman alır (23,24)

Fiziksel değerlendirmede hasta yine yaş, beslenme durumu, ağrı, elektrolit dengesi, sistem fonksiyonları, sigara kullanımı, sürekli kullanılan ilaçlar sorgulanmaktadır (6,16). Eğer hastada hipertansiyon, KOAH, diyabet, astım, epilepsi, tıkayıcı uyku apnesi, anemi varsa hasta ameliyat olmadan önce dikkatli bir şekilde kontrol altına alınmakta sonra günübirlik cerrahiye karar verilmektedir (39,51).

Ameliyat tarihi belirlendikten sonra hekim tarafından hangi anestezi çeşidinin daha uygun olacağı konusunda değerlendirme yapılır. Hastalara ameliyat gününe kadar yapacakları uygulamalar ve dikkat etmeleri gereken konular, sözlü olarak açıklanır ve yazılı rehber halinde verilir (6,16,31). Hastalar genel olarak;

- Açlık süresi: Hastanın anestezi alıp almayacağına göre değişim göstermektedir. Günübirlik anestezide berrak sıvılar 2 saat, hafif yiyecekler 6 saat, ağır, yağlı yiyecekler için 8 saat açlık süresi yeterli olup; sistoskopi ve cilt ameliyatı gibi lokal anestezi gerektiren durumlarda aç kalınmasına gerek kalmamaktadır (82).
- Antikoagülan ilaç kullanımı: Minör endoskopik işlemler, sistoskopi ve cilt ameliyatlarında antikoagülan tedavinin kesilmesine gerek kalmamaktadır. Ancak majör ameliyatlarda antikoagülan tedavi 4-5 gün önce kesilmelidir (76).
- Alkol alımı: Hasta ameliyata gelmeden önce anestezik ilaçlarla etkileşim göstereceği için alkol almamalıdır (78).
- Hastanın yanında getirmesi ve getirmemesi gereken eşyalar: Hastanın yanında fazla miktarda nakit ve pahalı takı, saat getirmemesi ihtiyacı olanların giyim ve hijyen ihtiyacının karşılanmasına yönelik eşyalar olarak önerilmektedir (66,106).
- Ameliyat öncesi evde cilt hazırlığı: CDC (Centers for Disease Control and Prevention) verilerine göre cerrahi bölge etrafındaki tüyler insizyon bölgesinde çalışılmasına engel olmadığı sürece temizlenmemelidir. Eğer tüyler temizlenecekse ameliyattan hemen önce tıraş makinesi ya da tüy dökücü krem ile temizlenmeli, jilet kullanılmamalıdır. Hastaya ameliyata gelmeden önce normal bir banyo yapması ve ameliyat bölgesini antiseptik bir sabunla yıkanması önerilmektedir (75,76,83).
- Refakatçi bulundurma : Minör cerrahi olsa da hastanın evde bakacak biri ile görüşmesi önerilmektedir. Servise geleceği saat, hangi durumlarda hekim veya hemşireyi arayabileceği ve nasıl ulaşabileceği konularında bilgilenmiş olmalıdır (29,31).

Ameliyat günü geldiğinde hasta üniteye kabul edilir. Kimlik doğrulaması yapılıp kol bandı takılır. Vital bulguları kontrol edilir. En son yeme içme saati kaydedilir. Lens, takı, gözlük, diş protez, oje, makyaj varsa çıkarılır. Varsa sürekli kullandığı ilaçlarını alıp almadığı kontrol edilir. Önlük ve bone giydirilir. Dosyası yapılan test sonuçları açısından kontrol edilerek hasta ameliyathaneye teslim edilir (6,16,31).

Hasta ameliyattan çıktıktan sonra yaşam bulguları, kanama, bulantı- kusma takibi yapılır ve bilinç yönünden değerlendirilir. Uygun pozisyon verilir. Ameliyata özel izlemler (örneğin sistoskopi yapılan hastalarda saatlik idrar takibi gibi) yapılır. Hastaya uygulanan spinal/epidural/genel anestezi ameliyat sonrası hemşirelik bakımının planlanmasında önemlidir. Örneğin spinal anestezi alan hastaların alt ekstremitelerini 4 saat hareket ettirmemeleri ve ekstremitelerin renk, ısı, hareket açısından takip edilmeleri gerekmektedir. Bu hastalarda genel anestezi alanlara göre idrar retansiyonu daha sık görülür, takibi gereklidir.

Hasta aldığı anestezi türü ve ameliyatına göre ortalama 2-4 saat günübirlik cerrahi ünitesinde kalması sağlanır (6,29).

Günübirlik cerrahi hastasının taburculuğu için acele edilmemelidir. Minimum kalış süresi şartına uyulmalı bununla birlikte gereksiz erteleme de yapılmamalıdır. Bu süreçte hemşire ve hastalar arasındaki iletişim iyi olmalı ve hastalar kendilerini güvende hissetmelidirler. PADSS (Post Anesthesia Discharge Scoring System)'e göre standarda dayalı olarak vital bulgular, aktivite ve bilinç düzeyleri, bulantı ve kusma, ağrı ve cerrahi kanama açısında uygun olma durumu değerlendirilmektedir (70,71). Ayrıca oral alımın başlaması, idrarını yapabilmesi, analjezik alımından sonra 1 saat geçmiş olması da gerekmektedir. Bir hastayı taburcu etme kararı verildiğinde, hasta ve bakıcısına, işleme özel olarak yazılı broşür verilmelidir. Bu broşür; hastanın deneyimleyebileceği normal ve anormal durumları, yara bakımını gün aşırı herhangi bir sağlık kurumunda yaptırılabileceği, sütürlerin bir hafta sonra kontrole gelindiğinde alım zamanına karar verileceği, pansuman bölgesini su geçirmeyecek şekilde sararak duş alınabileceği bilgilerini içermelidir. Ameliyat öncesi 24 saat alkol alınmaması, makine ve araç kullanılmaması gerektiği vurgulanmalıdır. Günlük yaşam aktivitelerine dönüş zamanı için her gün yapılan aktivitelerin biraz daha arttırılarak normal duruma dönüleceği, ilaçların yan etkileri, diğer ilaçlarla etkileşimi bilgisi verilmelidir. Herhangi bir problem olması halinde ulaşılabilinecek telefon numaraları, seksüel aktiviteye başlama zamanı (ameliyatın niteliğine göre değişmektedir), işe başlama zamanı (yapılan işin ve ameliyatın niteliğine göre değişmektedir) hakkındaki bilgileri de içermelidir. Yeşilyurt (58), Taşdemir ve ark. (78), Doğu (79)'un çalışmalarında hastalara yeterli ve planlı bilgi verilmesinin anksiyete, stres ve ameliyat sonrası komplikasyonları azalttığı, memnuniyeti artırdığı ve işe dönüşü hızlandırdığı saptanmıştır.

KORKU VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hastanede yatarak gerçekleşen cerrahi girişimlerde, ameliyat öncesi anksiyete ve korku; ameliyat esnasında daha fazla anestetik madde kullanılmasına, ameliyat sonrası ağrı buna bağlı olarak analjezik ihtiyacının artmasına, daha fazla komplikasyon (bulantı, kusma, yorgunluk, taşikardi, solunum sistemi problemleri vb.) ortaya çıkmasına, hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (6,7,43,73). Bazı araştırmalar ameliyat öncesi anksiyetesi orta düzeyde olan hastaların, ameliyat sonrası duygusal uyumu en iyi olan hastalar olduğu sonucunu vermiştir. Ameliyat sonrası anksiyete düzeyi yüksek olanlarda tıbbi komplikasyon oranı da daha yüksek belirlenmiştir (72). Cerrahi

sürecin her aşamasında hasta ile birlikte cerrahi hemşiresinin anksiyete ve korkuya yaklaşımı da profesyonel olmalı, anksiyete ve korkunun ameliyat öncesi ve sonrası giderilmesinin cerrahi hemşiresinin bakım hedeflerinden biri olmalıdır. Ancak hemşire korku tanısını ameliyat öncesi psikolojik hazırlık aşamasında koymalı, hastanın psikolojik öyküsünü detaylı sorgulamalı, bireysel etmenlerini değerlendirmelidir (79). Bunu yaparken hastanın duygularını ifade etmesine izin verilmeli, sorduğu sorular, yavaş, sakin, akıcı bir dille yanıtlanmalıdır. Hasta ile iletişimde hasta ile göz teması kurulmalı, hastanın yabancı olduğu hastane ortamına uyum sağlayacak bilgiler verilmelidir. Hastaya korkusunun kabul edilir ve normal olduğunu söyleyerek hastaya güven verilmeli, alaycı tavırdan sakınılmalıdır (74). Hastanın korkularının kaynağının cerrahi girişim türüne göre farklılık göstereceği de önemsenmelidir. Örneğin hasta vertebra cerrahisi geçirecekse sakat kalma korkusunun, meme biyopsi cerrahisi geçirecekse de kanser olma korkusu yaşayacağı düşünülerek, cerrahi girişim türüne göre psikolojik destek verilmesi daha olumlu sonuçlar alınmasını sağlar (72). Eğer hasta ile iletişim kurulmasına engel bir durum varsa veya hasta yoğun bakımda takip edilen entübe bir hasta ise kan basıncı, nabız, solunum hızında artma, terleme, solgunluk, bulantı, kusma, diyare, sık idrara çıkma, pupil dilatasyonu ve bayılma gibi belirtiler korkuya bağlı olduğu bilinmeli, ameliyat hakkında kısa ve kesin ifadeler kullanılarak hastaya bilgi verilmelidir (74). Ancak hastanın anksiyete düzeyi yüksek ve hasta korkuları ile baş etmede sıkıntı yaşıyorsa, sözel iletişim hastanın ajitasyonunu arttırabilir. Dolayısıyla sözel bilgilendirmenin yanı sıra, aromatik yağlar, gevşeme egzersizleri, terapötik dokunma, ailesi ile görüşme, müzik dinleme gibi girişimler de kullanılmaktadır (73,74).

Günübirlik cerrahide hasta en fazla 23 saat hastanede kalmakta ve ameliyattan sonraki ilk geceyi evinde geçirmektedir. Hastanın minör cerrahi girişim geçirmiş olsa da evde 24-48 saat kendisine bakım verecek bir kişiye ihtiyaç duymaktadır. Hasta ameliyat öncesinde anestezi, ağrı, sakat kalma korkuları yaşarken taburculuktan sonra evde geçireceği sürecin korkularını yaşamaya başlamaktadır. Bu korkular, ameliyattan sonraki bilinmeyenlerle ilgili olmaktadır. Hastanın öğrenmesi gereken bilgilerin verilmesi, korku ve anksiyetesinin azaltılmasında yardımcı rol oynamaktadır. Etkili bir taburculuk eğitimi sözel iletişim yoluyla yapılırken hastaya yazılı broşür halinde verilmesi, hastanın taburcu olduktan 24 saat içinde telefonla aranması, iyileşme döneminde hastaya yardımcı bilgiler verilmesi, komplikasyon varlığı araştırılması iyileşme sürecine önemli katkı sağlamaktadır (25,30,80).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE TİPİ

Günübirlik ve hastanede yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların korku düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma; Kırklareli Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Lüleburgaz Devlet Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde Mart 2018-Mart 2019 tarihleri arasında yapıldı.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Bu araştırmada örneklem sayısının belirlenebilmesi için gerekli kaynak incelemeleri yapıldı ve Pinto ve ark.'nın (2017) "A comparison of predictors and intensity of acute postsurgical pain in patients undergoing total hip and knee arthroplasty" isimli çalışmadaki bulguların (kalça artroplastisi yapılan hastalarda cerrahi korku ölçeği puan ortalaması=11,6±14,9) dahilinde, %95 güven düzeyinde, %5 tolerans öngörerek her grup 136 kişiden oluşmak üzere örnekleme alınacak en az kişi sayısı 272 birey olarak hesaplanmıştır. Ancak araştırmanın süresinin bitmesi, serviste ulaşılabilen vaka sayısının yeterli olmaması nedeniyle araştırma 236 örneklemde bitirilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

Hastaların;

- 18 yaş ve üzeri,
- Günübirlik ve hastanede yatarak cerrahi girişim geçirmiş olan,

- Çalışmaya katılmaya gönüllü,
- Sözel iletişim kurmasını engelleyen herhangi bir sorunu olmayan hastalar araştırmaya dahil edildi.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H_1: Hastanede yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların korku düzeyleri günübirlik cerrahi geçiren hastalara göre daha yüksektir.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma veri toplama araçları olarak hastaların bireysel ve sağlık özelliklerini belirleyici soruları içeren kişisel bilgi formu ve Cerrahi Korku Ölçeği (Surgical Fear Instrument) kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada hastalar için kullanılan kişisel bilgi formu; hastaların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu); yapılan cerrahi girişim ile ilgili (cerrahi tipi, cerrahi türü, daha önce günübirlik cerrahi girişim geçirme durumu, cerrahi girişime ne zaman karar verdiği, günübirlik cerrahi girişime nasıl karar verdiği ve seçme nedeni, cerrahi girişimle ilgili korkularının varlığı ve varsa bu korkularının neler olduğu) ile ilgili bilgilerini içerecek şekilde araştırmacı tarafından geliştirilmiş, 12 sorudan oluşan veri toplama aracıdır (Ek 1).

Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ)

Günübirlik ve yatarak cerrahi girişim geçirmiş hastaların korku düzeylerinin değerlendirmek amacıyla kullanıldı (Ek 2). Cerrahi korku ölçeği, 2014 yılında Theunissen (10) tarafından geliştirilmiş olup Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği 2016 yılında Bağdigen (94) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 0-10 arası numerik skala içeren 8 maddeden oluşmaktadır. Bu sorular ameliyat, anestezi, ağrı, yan etkiler, ameliyattan dolayı sağlığın kötüleşmesi, ameliyatın başarısız geçmesi, ameliyattan sonra tamamen iyileşememe, iyileşme sürecinin uzaması korkuları ile ilgilidir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 80'dir. Cerrahi korku ölçeğinden alınan yüksek puanlar korku düzeylerinin yüksekliğini ifade etmektedir (10) (Ek 3). Ölçek günübirlik ve yatarak cerrahi gruplarının ikisine de cerrahi girişim öncesi uygulanmış olup günübirlik cerrahi hastalarına ameliyattan çıkıp servise

alındıktan sonra, yatarak cerrahi girişim geçirmiş hastalara ise cerrahi girişimden 24 saat sonra uygulanmıştır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik, güvenirlik çalışmasında; orijinalinde (10) Cronbach's Alpha katsayısı 0,76–0.92 arasında iken Bağdigen (94) çalışmasında 0,93 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,90 olarak belirlendi.

VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından hastalara araştırmanın amacı ve yöntemi açıklandı. Araştırmaya 118 günübirlik cerrahi hastası ve 118 yatarak cerrahi hastası katıldı. Veriler, hastaların kendi odalarında yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacının kendisi tarafından ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası olmak üzere yaklaşık 30 dakikada toplandı.

1. Basamak – Bilgilendirme

Araştırmaya başlamadan önce servis yönetici hemşireleri araştırma hakkında bilgilendirildiler. Daha sonra araştırmaya katılmayı kabul eden, örnekleme uygun hastalar, hasta odalarında uygun oldukları bir zamanda ziyaret edildiler.

Araştırmanın amacı ve içeriği hakkında kendilerine bilgi verildi ve soruları cevaplandırıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözlü izin alındı.

2. Basamak- Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan literatür bilgisi dahilinde hazırlanan kişisel bilgi formunu ve cerrahi korku ölçeğini, iki grup olan günübirlik ve yatarak cerrahi hastalarından ameliyat öncesinde doldurmaları istendi. Günübirlik cerrahi hastaları ameliyattan çıkıp servise alındıktan sonra, yatarak cerrahi hastalarından da ameliyattan 24 saat sonra sadece cerrahi korku ölçeğini tekrar doldurmaları istendi.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın uygulanabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan (Ek 4) ve Kırklareli Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden (Ek 5) gerekli izinler alındı. Cerrahi korku ölçeğinin kullanımı için Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapan Bağdigen'den (Ek 6) izin alındı. Araştırmanın yapılacağı klinik yöneticilerine, servis sorumlu hemşirelerine, servis hemşirelerine ve araştırmaya katılma

kriterlerine uygun olan hastalara araştırmanın amacı ve uygulanışı hakkında açıklama yapıldı. Hastaların ve hemşirelerin verdikleri bilgilerin sadece bu araştırma için kullanılacağı söylendi ve araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair sözlü izinleri alındı.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Gruplu değişkenler arasındaki ilişki ki-kare analizi ile test edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma, Mart 2018-Mart 2019 tarihleri arasında, günübirlik ve hastanede yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların korku düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla 118 günübirlik cerrahi, 118 yatarak cerrahi girişim geçirecek/geçirmiş hasta ile yapıldı. Araştırmadan elde edilen veriler normal dağılıma uygunlukları değerlendirilerek uygun istatistiksel testler ile analiz edildi ve tablolar şeklinde sunuldu.

Tablo 1'de hastaların bireysel değişkenlerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamaları 50,8±18,8 olarak bulundu. Hastaların %40,2'sinin kadın, %59,7'sinin erkek olduğu belirlendi. Hastalardan okuryazar olmayanlar %6,35, ilköğretim ve lise mezunu %86,8, yükseköğretim mezunu %6,75 oranlarında olduğu belirlendi. Hastaların %33,4'ünün çalışıyor, %66,5'inin çalışmıyor durumda olduğu belirlendi. Majör cerrahi geçiren hastaların oranının %25,8, minör cerrahi geçiren hastaların oranının %74,1 olduğu belirlendi.

Tablo 1. Hastaların bireysel özellikleri

		Günübirlik cerrahi (n=118)		Yatarak cerrahi (n=118)		Toplam (n=236)	
Yaş Ort±SS 50,8±18,8		54,0±18,3 (19-89)		47,7± 19,4 (18-88)		50,8±18,8	
		N	%	N	%	N	%
Cinsiyet	Kadın	49	41,5	46	39,0	95	40,2
	Erkek	69	58,5	72	61,0	141	59,7
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	9	7,60	6	5,10	15	6,35
	İlköğretim ve lise	104	88,1	101	85,6	205	86,8
	Yükseköğretim	5	4,20	11	9,30	16	6,75
Meslek	Çalışıyor	30	25,4	49	41,5	79	33,4
	Çalışmıyor	88	74,6	69	58,5	157	66,5
Cerrahi	Majör Cerrahi	0	0	61	51,7	61	25,8
	Minör Cerrahi	118	100	57	48,3	175	74,1

Tablo 2'de hastaların korku nedenlerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalardan, bana ne olacağına ilişkin korku yaşayanların oranı %65,1, yaşamayanların oranı %34,9; yatarak cerrahi girişim geçiren hastalardan bana ne olacağına ilişkin korku yaşayanların oranı %53,6, yaşamayanların oranı %46,4 olarak belirlendi (Tablo 2).

Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalardan ameliyat sonrası sakat kalmaya ilişkin korku yaşayanların oranı %25,6, yaşamayanların oranı %74,4; yatarak cerrahi girişim geçiren hastalardan ameliyat sonrası sakat kalmaya ilişkin korku yaşayanların oranı %48,2, yaşamayanların oranı %51,8 olarak belirlendi (Tablo 2).

Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalardan ameliyat sonrası uyanamamaya ilişkin korku yaşayanların oranı %7,00 yaşamayanların oranı %93,0; yatarak cerrahi girişim geçiren hastalardan ameliyat sonrası uyanamamaya ilişkin korku yaşayanların oranı %25,0 yaşamayanların oranı %75,0 olarak belirlendi (Tablo 2).

Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalardan kanser olmaya ilişkin korku yaşayanların oranı %9,30, yaşamayanların oranı %90,7; yatarak cerrahi girişim geçiren hastalardan kanser olmaya ilişkin korku yaşayanları oranı %3,60, yaşamayanların oranı %96,4 olarak belirlendi (Tablo 2).

Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalardan evde bakabilecek kimsenin olmamasına ilişkin korku yaşayanların oranı %4,70, yaşamayanların oranı %95,3; yatarak cerrahi girişim geçiren hastalardan evde bakabilecek kimsenin olmamasına ilişkin korku yaşayanların oranı %10,7, yaşamayanların oranı %89,3 olarak belirlendi (Tablo 2).

Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalardan evde ağrıyı kontrol edememeye ilişkin korku yaşayanların oranı %20,9, yaşamayanların oranı %79,1; yatarak cerrahi girişim geçiren hastalardan evde ağrıyı kontrol edememeye ilişkin korku yaşayanların oranı %14,3, yaşamayanların oranı %85,7 olarak belirlendi (Tablo 2).

Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalardan ameliyat sonrası kötü yara izine ilişkin korku yaşayanların oranı %16,3, yaşamayanların oranı %83,7; yatarak cerrahi girişim geçiren hastalardan ameliyat sonrası kötü yara izine ilişkin korku yaşayanların oranı %7,10, yaşamayanların oranı %92,9 olarak belirlendi (Tablo 2).

Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalardan hastane ortamına uyum sağlayamamaya ilişkin korku yaşayanların oranı %18,6, hayır diyenler %81,4; yatarak cerrahi girişim geçiren hastalardan hastane ortamına uyum sağlayamamaya ilişkin korku yaşayanların oranı %8,90, yaşamayanların oranı %91,1 olarak belirlendi (Tablo 2).

Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalardan ölüme ilişkin korkusu yaşayanların oranı %4,70, yaşamayanların oranı %95,3; yatarak cerrahi girişim geçiren hastalardan ölüme ilişkin korku yaşayanların oranı %16,1, yaşamayanların oranı %83,9 olarak belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların korku nedenleri

Değişkenler		**Günübirlik Cerrahi**		**Yatarak Cerrahi**	
		n	**%**	**n**	**%**
Bana ne olacağı korkusu	Evet	28	%65,1	30	%53,6
	Hayır	15	%34,9	26	%46,4
Sakat kalma korkusu	Evet	11	%25,6	27	%48,2
	Hayır	32	%74,4	29	%51,8
Ameliyat sonrası uyanamama korkusu	Evet	3	%7,00	14	%25,0
	Hayır	40	%93,0	42	%75,0
Kanser olma korkusu	Evet	4	%9,30	2	%3,60
	Hayır	39	%90,7	54	%96,4
Evde bakabilecek kimsenin olmaması korkusu	Evet	2	%4,70	6	%10,7
	Hayır	41	%95,3	50	%89,3
Evde ağrıyı kontrol edememe korkusu	Evet	9	%20,9	8	%14,3
	Hayır	34	%79,1	48	%85,7
Kötü yara izi korkusu	Evet	7	%16,3	4	%7,10
	Hayır	36	%83,7	52	%92,9
Hastane ortamına uyum sağlayamama korkusu	Evet	8	%18,6	5	%8,90
	Hayır	35	%81,4	51	%91,1
Ölüm korkusu	Evet	2	%4,70	9	%16,1
	Hayır	41	%95,3	47	%83,9

Tablo 3'te hastaların sağlık özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan günübirlik cerrahi hastalarından, daha önce günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalar %38,1, geçirmeyen hastalar %61,9; yatarak cerrahi hastalarından, daha önce günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalar %28,0, geçirmeyen hastalar %72,0 oranlarında olduğu belirlendi (Tablo 3).

Hastaların cerrahi girişim geçirmeye karar verme zamanlarına bakıldığında günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların %55,9'unun bir hafta önce, %33,1'inin bir ay önce, %11,0'inin bir aydan fazla önce; yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların %61,0'ının bir hafta önce, %31,4'ünün bir ay önce, %7,60'ının bir aydan fazla önce karar verdiği belirlendi (Tablo 3).

Günübirlik cerrahi hastalarının cerrahi girişime nasıl karar verdiklerine bakıldığında %38,1'inin kendi kararı, %61,9'unun doktorun isteği ile karar verdikleri belirlendi. Günübirlik cerrahi hastalarının, cerrahi girişimi seçme nedenlerine bakıldığında, %88,1'inin hastanede yatmayı gerektirmemesi, %1,70'inin ekonomik olması, %10,2'sinin enfeksiyon riskinin az olması amaçlarıyla olduğu belirlendi (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların sağlık özellikleri

		Günübirlik		Yatarak	
		n	%	n	%
Daha önce günübirlik cerrahi geçirme durumu	Evet	45	%38,1	33	%28,0
	Hayır	73	%61,9	85	%72,0
Cerrahi girişim geçirmeye ne zaman karar verildiği	Bir hafta önce	66	%55,9	72	%61,0
	Bir ay önce	39	%33,1	37	%31,4
	Bir aydan fazla	13	%11,0	9	%7,60
Günübirlik cerrahi girişime nasıl karar verildiği	Kendi kararı	45	%38,1		-
	Doktorun isteği	73	%61,9		-
Günübirlik cerrahi girişimi seçme nedeni	Ekonomik olması	2	%1,70	-	-
	Hastanede yatmayı gerektirmemesi	104	%88,1	-	-
	Enfeksiyon riskini en aza indirmek amacıyla	12	%10,2	-	-

Tablo 4'te hastaların ameliyat öncesi ve sonrası korkuları değerlendirildiğinde, günübirlik cerrahi girişim geçirenlerin puan ortalamalarının ameliyat öncesi 16,8±18,7, ameliyat sonrası 11,2±17,4 olduğu ve ameliyat öncesi korku düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu (t=4,08, p=0,00) belirlendi.

Yatarak cerrahi girişim geçirenlerin puan ortalamalarının ameliyat öncesi 27,0±19,7, ameliyat sonrası 24,9±20,1 olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (t=1,44, p=0,15) belirlendi (Tablo 4).

Hastaların korku düzeyleri günübirlik veya yatarak tedavi olma durumlarına göre değerlendirildiğinde yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların, günübirlik cerrahi hastalarına göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası korku puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlendi (Tablo 4) (Sırasıyla t =-4,07, p=0,00, t=-5,58 p=0,00).

Tablo 4. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Korku Düzeyleri

Ameliyat Korkusu	**Ameliyat Öncesi(n=)**	**Ameliyat Sonrası(n=)**	**İstatistik**	
	Ort±SS	Ort±SS	t	p
Günübirlik Cerrahi	16,8 ±18,7	11,2±17,4	4,08	0,00
Yatarak Cerrahi	27,0±19,7	24,9±20,1	1,44	0,15
	t =-4,07 p=0,00	t=-5,58 p=0,00		

Tablo 5'te hastaların nedenlerine göre korku düzeyleri değerlendirildiğinde; bana ne olacağı korkusunu hissetmesi açısından evet ya da hayır diyen günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların, ameliyat öncesi korku düzeyleri (t=1,00 p=0,32) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=1,00 p=0,32) ve yatarak cerrahi girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi (t=1,90, p=0,06) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=1,52, p=0,13) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi.

Hastaların sakat kalma korkusu hissetmesi açısından evet ya da hayır diyen günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların, ameliyat öncesi korku düzeyleri (t=1,05 p=0,29) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=1,34 p=0,18) ve yatarak cerrahi girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi (t=1,38 p=0,17) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=1,19 p=0,23) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 5).

Hastaların ameliyattan sonra uyanamama korkusu hissetmesi açısından evet diyen günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların, ameliyat öncesi korku düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek olduğu belirlendi(t=3,86, p=0,00) (Tablo 5). Günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların ameliyat sonrası korku düzeyinin (t=3,62, p=0,22) ve yatarak cerrahi girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi (t=0,80, p=0,42) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=-0,54, p=0,58) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 5).

Kanser olma korkusunu hissetmesi açısından evet ya da hayır diyen günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların, ameliyat öncesi korku düzeyleri (t=0,82, p=0,41) ile ameliyat

sonrası korku düzeylerinin (t=1,52, p=0,13) ve yatarak cerrahi girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi (t=1,18, p=0,24) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=0,72, p=0,47) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 5).

Evde bakabilecek kimsesinin olmaması korkusunu hissetmesi açısından evet ya da hayır diyen günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların, ameliyat öncesi korku düzeyleri (t=1,502, p=0,141) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=0,82, p=0,41) ve yatarak cerrahi girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi korku düzeyleri (t=0,25, p=0,80) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=0,64, p=0,52) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 5).

Evde ağrıyı kontrol edememe korkusunu hissetmesi açısından evet ya da hayır diyen günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların, ameliyat öncesi korku düzeyleri (t=0,43, p=0,66) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=-0,40, p=0,68) ve yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat öncesi korku düzeyleri (t=1,88, p=0,06) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=0,47, p=0,63) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 5).

Kötü yara izi korkusunu hissetmesi açısından evet ya da hayır diyen günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların, ameliyat öncesi korku düzeyleri (t=-0,05, p=0,95) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=-0,38, p=0,70) ve yatarak cerrahi girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi korku düzeyleri (t=-0,65, p=0,51) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=-0,37, p=0,70) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 5).

Hastane ortamına uyum sağlayamama korkusu hissetmesi açısından evet ya da hayır diyen günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların, ameliyat öncesi korku düzeyleri (t=0,66, p=0,50) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=-0,31, p=0,75) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 5).

Yatarak cerrahi girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi hastane ortamına uyum sağlayamama korku düzeyi (t=1,99, p=0,05) istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu ancak ameliyat sonrası korku düzeyinin de (t=1,89 p=0,06) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 5).

Ölüm korkusu hissetmesi açısından evet diyen günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların, ameliyat öncesi korku düzeyleri (t=1,99, p=0,05) istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu, ameliyat sonrası korku düzeyinin (t=2,27 p=0,51) ve yatarak cerrahi girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi korku düzeyleri (t=1,11, p=0,27) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=1,40, p=0,16) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların nedenlerine göre korku düzeyleri

		Günübirlik Cerrahi				Yatarak Cerrahi			
Korku Nedenleri		**Ameliyat Öncesi**		**Ameliyat Sonrası**		**Ameliyat Öncesi**		**Ameliyat Sonrası**	
		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS	
Bana ne olacağı korkusu	Evet	31,3±20,9	t=1,00 p=0,32	18,2±20,0	t=1,00 p=0,32	33,0±22,7	t=1,90 p=0,06	38,6±19,2	t=1,52 p=0,13
	Hayır	24,9±17,8		18,4±19,1		39,2±18,3		30,5±20,1	
Sakat kalma korkusu	Evet	34,5±19,1	t=1,05 p=0,29	25,0±27,0	t=1,34 p=0,18	42,37±15,6	t=1,38 p=0,17	38,1±18,8	t=1,19 p=0,23
	Hayır	27,2±20,1		16,0±16,0		35,5±20,5		31,8±20,6	
Ameliyat sonrası uyanamama korkusu	Evet	66,3±11,7	t=3,86 p=0,00	53,0±37,6	t=3,62 p=0,22	42,2±22,5	t=0,80 p=0,42	32,3±22,9	t=-0,54 p=0,58
	Hayır	26,3±17,5		15,7±15,4		37,6±17		35,7±19,0	
Kanser olma korkusu	Evet	37,0±23,8	t=0,82 p=0,41	32,2±17,3	t=1,52 p=0,13	54,0±14,1	t=1,18 p=0,24	45,0±8,48	t=0,72 p=0,47
	Hayır	28,2±19,7		16,9±19,3		38,2±18,5		34,5±20,1	
Evde bakabilecek kimsenin olmaması korkusu	Evet	49,5±7,77	t=1,502 p=0,14	29,5±4,95	t=0,82 p=0,41	40,6±20,4	t=0,25 p=0,80	39,8±26,2	t=0,64 p=0,52
	Hayır	28,0±19,8		17,8±19,7		40,6±20,4		34,3±19,2	
Evde ağrıyı kontrol edememe korkusu	Evet	31,6±22,2	t=0,43 p=0,66	16,0±12,1	t=-0,40 p=0,68	50,0±11,9	t=1,88 p=0,06	38,0±13,9	t=0,47 p=0,63
	Hayır	28,4±19,6		18,9±21,1		36,9±18,8		34,3±20,7	
Kötü yara izi korkusu	Evet	28,7±20,6	t=-0,05 p=0,95	15,7±12,6	t=-0,38 p=0,70	33,0±22,7	t=-0,65 p=0,51	31,2±13,6	t=-0,37 p=0,70
	Hayır	29,1±20,1		18,8±20,6		39,2±18,3		35,1±20,3	
Hastane ortamına uyum sağlayamama korkusu	Evet	33,3±20,0	t=0,66 p=0,50	16,3±17,2	t=-0,31 p=0,75	54,2±16,2	t=1,99 p=0,05	50,6±14,8	t=1,89 p=0,06
	Hayır	28,1±20,1		18,8±20,1		37,3±18,1		33,3±19,7	
Ölüm korkusu	Evet	54,2±16,2	t=1,99 p=0,05	47,5±45,9	t=2,27 p=0,51	45,1±22,1	t=1,11 p=0,27	43,3±17,0	t=1,40 p=0,16
	Hayır	37,3±18,1		16,9±17,3		37,6±17,7		33,2±20,1	

Tablo 6'da hastaların sağlık özelliklerine ilişkin korku düzeyleri değerlendirildiğinde; hastaların daha önce günübirlik cerrahi geçirme durumları açısından evet ya da hayır diyen günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların, ameliyat öncesi korku düzeyleri (t=0,48, p=0,63) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=0,29, p=0,77) ve yatarak cerrahi girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi (t=-0,25, p=0,79) ve ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=0,58, p=0,56) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 6).

Hastaların cerrahi girişim geçirmeye karar verme zamanları açısından bir hafta önce/bir ay önce/bir aydan fazla diyen günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların, ameliyat öncesi korku düzeyleri (F=0,21 p=0,80) ve ameliyat sonrası korku düzeylerinin (F=2,28 p=0,10) ve yatarak cerrahi girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi (F=0,27 p=0,75) ve ameliyat sonrası korku düzeyleri (F=1,29, p=0,27) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 6).

Hastaların günübirlik cerrahi girişime nasıl karar verdikleri açısından, günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların ameliyat öncesi korku düzeyleri (t=-0,76 p=0,44) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (t=0,75 p=0,45) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 6).

Hastaların günübirlik cerrahi girişimi seçme nedenleri açısından, günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların ameliyat korku düzeyleri (F=0,66 p=0,51) ile ameliyat sonrası korku düzeylerinin (F=0,35 p=0,69) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların sağlık özelliklerine ilişkin korku düzeyleri

		Günübirlik Cerrahi				Yatarak Cerrahi			
		Ameliyat Öncesi		**Ameliyat Sonrası**		**Ameliyat Öncesi**		**Ameliyat Sonrası**	
		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS		Ort±SS	
Daha önce günübirlik cerrahi geçirme durumu	Evet	17,8±19,3	t=0,48 p=0,63	11,8±18,0	t=0,29 p=0,77	26,2±20,6	t=-0,25 p=0,79	26,6±18,7	t=0,58 p=0,56
	Hayır	16,1±18,4		10,8±17,1		27,3±19,5		24,2±20,7	
Cerrahi girişim geçirmeye ne zaman karar verildiği	Bir hafta önce	16,1±17,9	F=0,21 p=0,80	13,8±18,8	F=2,28 p=0,10	27,2±20,5	F=0,27 p=0,75	27,2±21,4	F=1,29 p=0,27
	Bir ay önce	18,4±19,5		6,46±10,8		25,6±19,1		20,7±16,7	
	Bir aydan fazla	15,5±21,2		12,1±23,2		31,1±16,9		23,3±22,0	
Günübirlik cerrahi girişime nasıl karar verildiği	Kendi kararı ile	15,1±18,0	t=-0,76 p=0,44	12,7±20,9	t=0,75 p=0,45	-	-	-	-
	Doktorun isteği ile	17,8±19,2		10,2±14,8		-		-	
Günübirlik cerrahi girişimi seçme nedeni	Ekonomik olması	2,50±3,53	F=0,66 p=0,51	2,50±3,53	F=0,35 p=0,69	-	-	-	-
	Hastanede yatmayı gerektirmemesi	16,8±19,4		11,1±17,5		-		-	
	Enfeksiyon riskini en aza indirmek amacıyla	19,0±12,7		13,5±17,5		-		-	

TARTIŞMA

Tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırma, Mart 2018-Mart 2019 tarihleri arasında Lüleburgaz Devlet Hastanesi, Cerrahi 1-2 Kliniklerinde günübirlik ve hastanede yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların korku düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Araştırmaya katılan hastaların (n=236) yaş ortalamaları 50,8±18,8 olarak bulundu. Hastaların, %59,7'sinin (n=141) erkek, %86,8'inin (n=205) ilköğretim ve lise mezunu olduğu, %66,5'inin (n=157) çalışmadığı ve %74,1 (n=175) minör cerrahi girişim geçirdiği belirlendi (Tablo 1).

Çay (13) hastaların cerrahi girişim sonrasını değerlendirdiği araştırmasında yaş ortalamasını 50,3±17,6 olarak; Fındık ve Topçu (64) acil, planlı ve günübirlik cerrahi girişimlerde ameliyat öncesi kaygı durumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmalarında yaş ortalamasını 49,20±16,64 olarak bulmuşlardır. Almalki ve ark.'nın (96) yatarak cerrahide ameliyat öncesi anksiyete düzeyini değerlendirdikleri araştırmalarında hastaların %58'ini (n:161) erkek olarak; Güven (22) günübirlik cerrahide ameliyat sonrası anksiyete düzeylerinin değerlendirdiği araştırmasında hastaların %65'ini (n:55) erkek olarak belirlemişlerdir. Güven (22) yine aynı araştırmada hastaların %98'ini ilköğretim mezunu olarak belirlemiştir. Bereket (94) günübirlik cerrahide ameliyat sonrası anksiyeteyi değerlendirdiği araştırmasında hastaların %58'ini ilköğretim ve lise mezunu olarak belirlemiştir. Yıldız (93) ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyini değerlendirdiği araştırmasında, hastaların %52'sinin çalışmıyor olduklarını, Biçersoy (5) günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeylerini değerlendirdiği araştırmasında hastaların

%54'ünün çalışmıyor olduklarını belirlemişlerdir. Araştırmaların sonuçları bireysel özelliklerin benzer olduğunu gösterdi.

Hastaların korku nedenleri değerlendirildiğinde günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların %65,1 oranında bana ne olacağı, %25,6 oranında sakat kalma korkuları yaşadıkları, yatarak cerrahi girişim grubundaki hastaların %53,6 oranında bana ne olacağı, %48,2 sakat kalma korkuları yaşadıkları belirlendi (Tablo 2).

Jawaid ve ark. (40) planlı cerrahi girişim geçiren hastaların anksiyete düzeylerini değerlendirdikleri araştırmalarında %45'inin bana ne olacağı ve %75'inin sakat kalma korkuları yaşadıklarını belirlemişlerdir. Nigussie ve ark. (91) ameliyat öncesi anksiyeteyi değerlendirdikleri araştırmalarında hastaların %24'ünün bana ne olacağı ve %30'unun sakat kalma korkuları yaşadıklarını belirlemişlerdir. Bu araştırmanın sonuçları ile araştırmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir. Dayılar ve ark. (84) ise kolon ameliyatı öncesi hastaların anksiyete nedenlerini değerlendirdikleri araştırmalarında hastaların %23'ünün sakat kalma korkusu yaşadıklarını belirlemişlerdir. Masjedi ve ark. (90) hastaların ameliyat sırası ve sonrası bilincin yerine gelmemesinden %69 oranında korku yaşadıklarını belirlemişlerdir. Çullu (89) araştırmasında ameliyat öncesi hastaların %91'inin terk edilme korkusu ve vücut bütünlüğünde bozulma; ameliyat sonrası ise %80'inin terk edilme korkusu yaşadıklarının belirlemişlerdir. Araştırmaların sonuçları cerrahi hastalarının çeşitli nedenlerle korku yaşadıklarını göstermekte, araştırmamızın sonuçları ile benzerlik göstermemektedir.

Hastaların sağlık özellikleri değerlendirildiğinde, günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların %61,9'unun daha önce günübirlik cerrahi girişim geçirmedikleri, %55,9'unun cerrahi girişime bir hafta önce karar verdikleri, %61,9'unun cerrahi girişime doktorun isteği ile karar verdikleri, %88,1'inin cerrahi girişimi hastanede yatmayı gerektirmediği için seçtikleri belirlendi (Tablo 3). Çay'ın (13) günübirlik cerrahi hastaları ile yaptığı araştırmasında hastaların %97'sinin hekim önerisiyle günübirlik cerrahi seçimine karar verdiği, Sarıca'nın (24) günübirlik ve yatarak cerrahi hastaları ile yaptığı araştırmasında günübirlik cerrahi kararının %81'inin hekim tarafından karar verildiğini, Güven'in (21) günübirlik cerrahi hasta ve hasta yakınları ile yaptığı araştırmasında da günübirlik cerrahi kararının %73'de hekim tarafından karar verildiğini, günübirlik cerrahi girişimi seçme nedenini de hastanede yatmayı gerektirmemesi olarak seçen hastaların oranını %45 olarak belirlemişlerdir. Araştırmaların sonuçları hastalar tarafından günübirlik cerrahinin seçilme nedenlerinin benzer olduğunu göstermiştir.

Yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların %72'sinin daha önce günübirlik cerrahi girişim geçirmedikleri, %61'inin bir hafta önce cerrahi girişime karar verdikleri belirlendi (Tablo 3). Literatürde araştırma sonuçlarına benzer sonuçlara ulaşılamamıştır. Ancak cerrahi uygulamalarda ilerleyen teknolojiye paralel hastaların hastaneye yatma ve taburculuk süreleri azalmıştır (106). Bu nedenle hastaların günübirlik cerrahi girişim geçirme ve karar verme bulgularının bu süreçten etkilendiğini düşünmekteyiz.

Hastaların korku düzeyleri değerlendirildiğinde, günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat öncesi korku düzeyinin, ameliyat sonrası korku düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlendi (t=4,08, p=0,00) (Tablo 4).

Literatürü incelediğimizde hastaların ameliyat öncesi ve sonrası korku düzeyleri ile ilgili araştırmaların yeterli olmadığı, hastaların korku ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki kurularak karşılaştırma yapılan araştırma örneklerinin çoğunluğu anksiyete ile ilgili olmuştur. Dursun (103) kalp damar cerrahisi planlanan hastalarda ameliyat öncesinde cerrahi korku ve anksiyeteyi değerlendirdiği araştırmasında cerrahi korku ölçeği toplam puanını 29,04 ± 10,31, durumluk anksiyete puanını 39,56 ± 9,37 olarak belirleyerek anksiyete ve korku düzeylerinin benzer olduğunu belirlemiştir.

Gilabert ve ark.'nın (100) günübirlik cerrahi hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası anksiyeteyi değerlendirdikleri araştırmalarında, ameliyat öncesi anksiyete düzeyini yüksek olarak belirlemişlerdir. Diğer araştırmacılar günübirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeylerini değerlendirdikleri araştırmalarında hastaların kaygı düzeylerini Alacadağ (9) yüksek, Biçersoy (5) orta düzeyde olduğunu belirlemişlerdir. McLeod (102) minör plastik cerrahi örnekleminde, ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerini değerlendirdiği araştırmasında, ameliyat öncesi anksiyete puanını yüksek belirlemiştir. Bereket (93) günübirlik göz ameliyatı olan hastalarla yaptığı araştırmasında, ameliyat sonrası anksiyete düzeyini hafif kaygılı olarak belirten hastaların çoğunlukta olduğunu belirlemiştir. Yine Fogitt (99)'un katarakt cerrahisi hastalarıyla yaptığı pilot araştırmada ameliyat öncesi ön değerlendirmedeki anksiyete düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir.

Bu araştırma ve diğer çeşitli cerrahi girişim geçiren hasta örnekleminde yapılan araştırmaların sonuçları hastaların günübirlik cerrahi girişim öncesi anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla hastaların ameliyat öncesi korku düzeylerinin de yüksek olduğu kabul edilebilir.

Yatarak cerrahi geçiren hastaların, günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalara göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası korkuları düzeyleri istatistiksel olarak daha yüksek belirlendi (sırasıyla: t =-4,07 p=0,00; t=-5,58 p=0,00) (Tablo 4).

Literatürde günübirlik cerrahi girişim ile yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların korku düzeylerini araştıran araştırmalar bulunmamaktadır. Tartışma ameliyat öncesi ve sonrası hastaların anksiyeterilerini araştıran araştırmalarla yazılmıştır. Araştırmalarda; Akinsulore ve ark.'nın (87) ve Yıldız'ın (92) yatarak cerrahi girişim geçiren hastalarda, Yılmaz' (73) ve Çetin'in (20) planlı cerrahi hastalarıyla yaptığı araştırmada, Taşdemir ve ark.'nın (78) majör ve minör cerrahi girişim geçiren hastalarla yaptıkları araştırmada, Bakr ve ark.'nın (104) yaptığı majör genel cerrahi hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerini yüksek belirlemişlerdir.

Ameliyat öncesi ve sonrası hastaların anksiyete düzeylerinin yüksek olması ve dolayısıyla korku düzeylerinin yüksek olduğu kabul edilebilir bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımı destekler şekilde, Parris ve ark. (105) planlı laparoskopik cerrahi hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon, sinirlilik ve şüphe düzeyini ölçmüşler, ameliyat öncesi yüksek olan anksiyete ve diğer parametrelerin düzeylerinin, ameliyat sonrasında giderek azaldığını belirlemişlerdir. Fındık ve Topçu (63) farklı bir kaygı ölçeği kullanarak yaptıkları araştırmalarında, hastaların cerrahi girişime alınış şekline göre anksiyete puanları; planlı cerrahi girişimlerde ve günübirlik cerrahi girişimlerde ortalamanın biraz altında belirlemişlerdir.

Araştırmaların sonuçları yatarak cerrahi girişim geçiren ameliyat öncesi ve sonrası hastaların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu dolayısıyla korku düzeylerinin yüksek olduğunu gösterdi. Aynı zamanda bu bulgular günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların korku düzeylerinin daha az olduğunu gösterdi.

Bu bulgu 'H_1: Hastanede yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların korku düzeyleri günübirlik cerrahi geçiren hastalara göre daha yüksektir.' hipotezini doğrulamaktadır.

Hastaların korku nedenleri arasında günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyattan sonra uyanamama ve ölüm korkuları puanı, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlendi (sırasıyla: t=3,86 p=0,00 t=1,99 p=0,05) (Tablo 5). Yapılan benzer araştırmalardan; Çelik ve Edipoğlu'nun (100) yaptığı ameliyat öncesi anestezi ile ilgili anksiyete ve korkuları değerlendiren araştırmalarında ölüm korkusunun hafif düzeyde, Turhan ve ark. (88) yaptıkları araştırmada da ameliyat öncesi dönemde en fazla kaygı nedeninin ameliyat sonrası uyanamamak olduğu belirlenmiştir. Araştırmaların sonuçları benzerlik

göstermekte ve aynı zamanda günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların anesteziden uyanma ve ölüm korkusu ile ilgili yeterince hazırlanmadıklarını düşündürdü.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı'nda yapılan ve 'Günübirlik ve yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların korku düzeylerinin değerlendirilmesi' amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlara varılmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların (n=236) yaş ortalamaları 50,8±18,8 olarak bulundu. Hastaların, %59,7'sinin (n=141) erkek, %86,8'inin (n=205) ilköğretim ve lise mezunu olduğu, %66,5'inin (n=157) çalışmadığı ve %74,1 (n=175) minör cerrahi girişim geçirdiği belirlendi (Tablo 1).
- Hastaların korku nedenleri değerlendirildiğinde günübirlik cerrahi girişim grubundaki hastaların %65,1 oranında bana ne olacağı, %25,6 oranında sakat kalma korkuları yaşadıkları, yatarak cerrahi girişim grubundaki hastaların %53,6 oranında bana ne olacağı, %48,2 sakat kalma korkuları yaşadıkları belirlendi (Tablo 2).
- Hastaların sağlık özellikleri değerlendirildiğinde, günübirlik cerrahi girişim hastalarının %61,9'unun daha önce günübirlik cerrahi girişim geçirmedikleri, %55,9'unun cerrahi girişime bir hafta önce karar verdikleri, %61,9'unun cerrahi girişime doktorun isteği ile karar verdikleri, %88,1'inin cerrahi girişimi hastanede yatmayı gerektirmediği için seçtikleri; yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların %72,0'ının daha önce günübirlik cerrahi girişim geçirmedikleri, %61,0'ının bir hafta önce cerrahi girişime karar verdikleri belirlendi (Tablo 3).
- Hastaların korku düzeyleri değerlendirildiğinde, günübirlik cerrahi girişim hastaların ameliyat öncesi korku düzeyinin, ameliyat sonrası korku düzeyine göre istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlendi ($p<0,05$). Yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların, günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalara göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası korkuları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4).

- Hastaların korku nedenleri arasında günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyattan sonra uyanamama ve ölüm korkuları düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 5).

ÖNERİLER

Günübirlik ve hastanede yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların korku düzeylerinin değerlendirildiği bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Günübirlik cerrahi girişim geçirecek hastaların ameliyat öncesi korkularının azaltılmasını,
- Yatarak cerrahi girişim geçirecek hastaların ameliyat öncesi ve sonrası korkularının azaltılmasını,
- Günübirlik cerrahi girişim geçirecek hastaların ameliyat sonrası uyanamama ve ölüm korkularının azaltılmasını sağlayacak hemşirelik bakım girişimlerinin uygulanmasını önermekteyiz.

ÖZET

Bu araştırma günübirlik ve hastanede yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların korku düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma; Mart 2018-Mart 2019 tarihleri arasında bir Devlet Hastanesi'nin Cerrahi Kliniklerinde, 118 yatarak cerrahi girişim, 118 günübirlik cerrahi girişim geçirecek ve geçiren hasta ile yapıldı. Araştırma veri toplama araçları olarak kişisel bilgi formu ve Cerrahi Korku Ölçeği kullanıldı. Veriler hastalarla yüz yüze görüşülerek formların araştırmacı tarafından doldurulması ile elde edildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, t testi, ANOVA ve scheffe testi kullanıldı. Araştırmaya katılan hastaların (n=236) yaş ortalamaları 50,8±18,8, %59,7'si (n=141) erkek olarak belirlendi.

Hastaların korku düzeyleri değerlendirildiğinde, günübirlik cerrahi girişim hastaların ameliyat öncesi korku düzeyinin, ameliyat sonrası korku düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlendi (t=4,08, p=0,00) .

Yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların, günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalara göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası korkuları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlendi (sırasıyla: t =-4,07 p=0,00; t=-5,58 p=0,00)

Günübirlik cerrahi girişim geçirecek hastaların ameliyat öncesi, uyanamama ve ölüm korkularının, yatarak cerrahi girişim geçirecek hastaların ameliyat öncesi ve sonrası korkularının azaltılmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Günübirlik cerrahi girişim, yatarak cerrahi girişim, korku

EVALUATION OF FEAR LEVELS IN PATIENTS UNDERGOING OUTPATIENT AND INPATIENT SURGERY

SUMMARY

This research is descriptive research conducted in order to evaluate the fear levels of patients who underwent inpatient and outpatient surgical intervention. The research was conducted with 118 patients that underwent inpatient surgical intervention and 118 patients that underwent outpatient surgical intervention between March 2018 and March 2019 in a State Hospital Surgery Clinic. In the research, the Personal Information Form and the Surgical Fear Scale were used as data collection tools. The data were obtained by interviewing the patients face-to-face and the researcher filling out the form. Descriptive statistics, t-test, ANOVA and scheffe test were used in the analysis of the data.

The age averages of the patients that participated in the research were determined as 50.8±18.8, 59.7% (n=141) of them were determined as males.

When the fear levels of the patients were evaluated, it was determined that the preoperative fear levels of the patients that underwent outpatient surgical interventions were statistically and significantly higher compared to postoperative fear levels (t=4.08, p=0.00).

It was determined that the preoperative and postoperative fear levels of the patients that underwent inpatient surgical interventions were statistically and significantly higher compared to the patients that underwent outpatient surgical interventions (t =-4.07 p=0.00; t=-5.58 p=0.00 respectively).

We suggest that the preoperative fears of death and being unable to wake of the patients who would undergo outpatient surgical interventions and the preoperative and postoperative fears of the patients who would undergo inpatient surgical interventions to be reduced.

Key words: Outpatient surgical intervention, inpatient surgical intervention, fear

KAYNAKLAR

1. Elbaş NÖ, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Akıl Notları Kitabı Güneş Tıp Kitabevleri Ankara:2016.

2. Sağlık Bakanlığı (T.C.). Sağlık istatistikleri yıllığı 2010. Ankara; 2010;file:///C:/Users/pc/Downloads/_Ekutuphane_kitaplar_saglikistatistikleriyilligi2010.pdf Erişim Tarihi: 07. 07. 2018.

3. Dolgun E, Dönmez YC. Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemş Bilim ve Sanatı Derg 2010;3(3):15-10.

4. Kayhan C. Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi (tez). Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2003.

5. Biçersoy G. Günübirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2015.

6. Aksoy G, Sayın YY. Günübirlik cerrahide hastanın hazırlığı. CÜ Hemş Yüksek Okulu Derg 2004;8(2):46-39.

7. Özyürek H. Acil Ve Elektif Cerrahide Hastaların Anksiyete Düzeylerinin ve Hemşirelik Bakım Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2016.

8. Yıldız T. Cerrahi hasta eğitiminde kullanılan güncel yöntemler: Hastalık merkezli değil, hasta merkezli eğitim. MÜSBED 2015;5(2):133-129.

9. Alacadağ M. Günübirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Bilgi Gereksinimleri (tez). Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2016.

10. Theunissen M, Peters ML, Schouten EGW, Fiddelers AAA, Willemsen MGA, Pinto PR, Gramke HF, Marcus MAE. Validation of the surgical fear questionnaire in adult patients waiting for elective surgery. Plos One 2014;6(9):e100225.

11. Aydın Z. Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Hemşirelik Bakımını Değerlendirmeleri (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2014.

12. Sağlık Bakanlığı (T.C.). Günübirlik Cerrahi Oranı. www.istanbulsaglik.gov.tr 2015 Erişim Tarihi: 08. 07. 2018.

13. Çay E. Günübirlik Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2011.

14. Yavuz Z. Afyon İlindeki Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hastanın Preoperatif Dönemdeki Bakımı ve Ameliyata Hazırlığı Hakkında Bilgi Düzeylerinin Saptanması (tez). Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı; 2004.

15. Pinto PR, McIntyre T, Soares VA, Costa P, Ferrero R, Almeida A. A comparison of predictors an dintensity of acute post surgical pain in patients undergoing total hip and knee arthroplasty. J of Pain Research 2017;10:1098-87.

16. Çilingir D, Bayraktar N. Günübirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı (derleme). Hacettepe Üniv Hemş Yüksekokulu Derg 2006;13(1):81–69.

17. Aslan FE. Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi. Atatürk Üniv Hemş Yüksekokulu Derg 2009;12(1):113-104.

18. Özer N. Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi Cerrahinin Sınıflandırılması Cerrahi Gerektiren Durumlar ve Hasta Etkileri. Aslan FE (Editör). Cerrahi Bakım: Vaka Analizleri ile Birlikte'de. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016. s.35-4.

19. Çetin A. Elektif Cerrahi Planlanan Hastaların Preoperatif Dönemdeki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2014.

20. Ataç A. 19. yüzyılda Türkiye'de cerrahinin gelişimi ve Op. Dr. Cemil Topuzlu Paşa. Ankara Üniv Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Derg 2004;16:76-66.

21. Güven B. Günübirlik Cerrahide Hasta Ve Hasta Yakınlarının Ameliyat Sonrasına İlişkin Endişelerinin Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2009.

22. Durmaz A. Hemşirelik Öğrencilerinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hasta Bakım Yönetimini Öğrenmesinde Bilgisayar Destekli Simülasyon Tekniğinin Etkisi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2012.

23. Lemos P, Jarrett P, Philip B. Day Surgery Development and Practise Book; 2006.

24. Sarıca EŞ. Günübirlik Cerrahi Kararını Etkileyen Değişkenler, Hastaların Yöntem Hakkındaki Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2007.

25. Aydoğdu Ö. Günübirlik Cerrahi Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi (tez). Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2015.

26. Anderson T, Walls M, Canelo R. Day case surgery guidelines. Surgery. 2017;35(2):85-91.

27. Berg K. Patients' Perspectives on Recovery from Day Surgery. Division of Nursing Sci Department of Medicaland Health Sci. Linköping: Linköping University Medical Dissertations No. 1330; 2012.

28. Verma R, Alladi R, Jackson I. Day Case and Short Stay Surgery: 2, Anaesthesia 2011;66:434-417.

29. Yönem H, Günübirlik Cerrahide Hasta Konforu ve Hasta Konforunu Etkileyen Etmenler (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2016.

30. Gül R, Göksu S, Mızrak A. Günübirlik cerrahi ünitemizde ilk sekiz aylık uygulamalarımız. Gaziantep Tıp Derg 2008;14:27-23.

31. Aksoy G. Cerrahi ve cerrahi hemşireliği. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (Editörler). Cerrahi hemşireliği I'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017. s. 38-1.

32. Özbayır T. Ameliyat dönemi bakım. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım'da. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. s. 239-77.

33. Yılmaz E, Çeçen D, Toğaç HK, Mutlu S, Kara H, Aslan A. Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. CBU-SBED 2018;5(1):9-3.

34. Johansson K, Nuutila L, Virtanen N, Katajisto J, Salantera S. Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. J Adv Nurs. 2005;50:212–3.

35. Sağlık Bakanlığı (T.C.). Sağlık istatistikleri yıllığı 2016. Ankara; 2017. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0 Erişim Tarihi: 07. 04. 2019.

36. Bellani ML. Psychological aspects in day-case surgery. International J of Surg 2008;6:46-44.

37. Kurtoğlu G, Erdağ TK. Kulak burun boğazda günübirlik cerrahi uygulamaları. Kulak Burun Boğaz Ihtis Derg 2016;26(2):123-8.

38. Türe A. Çocuklara Yönelik Günübirlik Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeylerine Etkisi (tez). Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2006.

39. Çelebi C. Günübirlik Cerrahi Hastalarının Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2015.

40. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. Neurosciences (Riyadh) 2007;12(2):145-8.

41. Shahmansouri N, Koivula M, Ahmadi S.H, Arjmandi A, Karimi A. Fear, Anxiety and Beliefs about Surgery in Candidates Patients for Coronary Artery Bypass Grafting. European J of Experimental Biology 2012;2(5):1754-1750.

42. Dönder DB. Ameliyat Öncesi Hastaların Duygulanım ve Duygudurumları (tez). Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2006.

43. Altun ÖŞ, Özlü ZK, Olçun Z, Kaya M. Does The Fear Of Surgery Prevent Patients From Sleeping? Anadolu Hem Sağ Bil Derg 2017;20(4):266-260.

44. Erdil F, Elbaş NÖ. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Kitabı'nda. Ankara: Aydoğdu Ofset; 2012 s. 114-103.

45. Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedforth NM. Effect of Preoperative Multimedia Information on Perioperative Anxiety in Patients Undergoing Procedures Under Regional Anaesthesiology. Br J Anaesth. 2010;104(3):374-369. doi:10.1093/bja/aeq002

46. Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları; 1998.

47. Görgöz AÇ. Terapötik Tactıle Touch Uygulamalarının, Yoğun Bakımdaki Hastaların Korku, Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi (tez). İstanbul: Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2015.

48. Tatarlar A. Vajinal Doğum Sırasında Yaşanan Korkunun Laktasyona, Bebeğin Emme Davranışlarına ve İlk Emzirme Sonuçlarına Etkisi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2015.

49. Kocatürk PA. Strese Cevap. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2000;53(1):49-56.

50. Gençöz T. Korku: Sebepleri, Sonuçları ve Başetme Yolları. Kriz Derg 1994;6(2):9-16.

51. Yavuz M. Ameliyat Dönemi Bakım. Karadakovan A, Aslan FE (Edtörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'da. Adana: Nobel Kitabevi; 2013. s. 307-321.

52. Erdil F, Elbaş NÖ. Temel Kavramlar. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Kitabı'nda Ankara: Aydoğdu Ofset; 2012. s.102.

53. Özaydın İ, Özaydın Ç. Cerrahi alan infeksiyonları. Konuralp Tıp Derg 2010;2(3):25-28.

54. Topçu SY. Ameliyat Sonrası İleusun Önlenmesinde Sakız Çiğnemenin Etkisi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2015.

55. Aksoy E. Beyin Tümörü Tanısı Konmuş Bireylerin Fonksiyonel Değerlendirilmesi Ve Algıladıkları Sosyal Destek Sistemlerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri (tez). Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2018.

56. Koçan S, Gürsoy A. Mastektomi olan kadınlarda beden imajı değişimi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Derg 2016;8:206-226.

57. Dal Ü, Bulut H, Demir SG. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. Bakırköy Tıp Derg 2012;8(1):34-40.

58. Yeşilyurt DS. Ameliyat Öncesi Video İle Yapılan Bilgilendirmenin Hastaların Kaygı Ve Memnuniyetine Etkisi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2016.

59. Jones&Bartlett Learning, LLC. Not For Sale Or Distribution . Preparing the Patient for Surg 2012;(2):13-35.

60. Stewart KP, Amer SA. Preoperative care. Basic principles and investigations Section A, 2010;(7):6-13.

61. Gedik A. Nöroşirürji Hastalarında Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2015.

62. Yavuz M. Ameliyat öncesi bakım. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım'da. Adana: Nobel Kitabevi; 2011. s.261- 76.

63. Fındık ÜY, Topçu SY. Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. Sağlık Bilimleri Fak Hemş Derg 2012;22-33.

64. Malley A, Kenner C, Kım T, Blakeney B, The Role of the Nurse and the Preoperative Assessment in Patient Transitions. AORN J. 2015;102(2):181.e1–181.e9.

65. Aslan FE. Ameliyat sonrası bakım. Karadakovan A, Aslan FE. (Editörler) ,Dahili ve Cerrahi ve Hastalıklarda Bakım'da. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2014. s.279-306.

66. Fındık ÜY. Ameliyat sonrası bakım ve komplikasyonlarının önlenmesi. Aslan FE (Editör). Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi; 2016. S.425-454.

67. Çilingir D, Candaş B. Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg 2017;20:2.

68. Kabataş MS, Özbayır T. Kolorektal Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg 2016;5(3):120-132.

69. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (Editörler). Ameliyat sonrası bakım. Cerrahi hemşireliği 1'de. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s.335-366.

70. Rastogi S, Vickers AP. Postoperative Analgesia And Discharge Criteria For Day Surgery, Anaesthesıa And Intensive Care Medicine 2009;11:4:153.

71. Admission/Discharge Criteria for Day Surgery Unit (DSU) utmb Health Institutional Handbook of Operating Procedures Policy 09.01.24;2016.

72. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. Klinik Psikiyatri. 2001;4:182-186.

73. Yılmaz E, Aydın E. Cerrahi girişim yapılan hastalarda ameliyat öncesi-sonrası anksiyetenin derlenme kalitesine etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2013;8(23):79-95.

74. Yıldırım A. (Ed.) Hemşirelik Bakım Protokolleri El Kitabı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, 2001.

75. Kan ZÖ, Aslan FE. Ameliyat sırasında çocukları bekleyen tehlike: Cerrahi alan enfeksiyonları ve kanıt temelli önlemler. Çocuk Enf. Derg 2010;4:29-33.

76. Aygin D, Marul F. Cerrahi alan enfeksiyonu tanımlarında yenilikler ve ameliyat öncesi tüy temizliğinde güncel uygulamalar. Online Türk Sağlık Bilimleri Derg 2016;1(3):28-36.

77. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Günübirlik Anestezi Kılavuzu, 2015.

78. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Ertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim 2013;41:44-9.

79. Doğu Ö. Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derg 2013;3(3):10-13.

80. Bilik Ö. Klinikten eve uzanan yolculuk: Ameliyat olan hastaların evde bakimi. Ege Üniv Hemş Fakültesi Derg 2017;33(1):114-127.

81. Karahan A, Kav S, Abbasoğlu A, Doğan A, Tepe A. Günübirlik cerrahiyi takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg 2010;3:38-48.

82. Yılmaz E. Cerrahi hastalarda ameliyat öncesi açlık sürecinde yeni yaklaşımlar. Ege Üniv Hemş Yüksek Okulu Derg 2009;25(3):105-118.

83. Uslu Y, Yavuz M. Ameliyat öncesi tüy temizliği: Sistematik inceleme. Ege Üniversitesi Hemş Fakültesi Derg 2015;31(2):67-77.

84. Dayılar H, Oyur G, Kamer E, Sarıçiçek A, Cengiz F, Hacıyanlı M. Kolon ameliyatı öncesi hastaların anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. Turk J Colorectal Dis 2017;27:6-10.

85. Özbayır T, Demir F, Candan Y, Coşkun İ, Dramalı A. Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2003;6:14-23.

86. Aksoy G. Ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımında psikososyal faktörler, Uluslararası Cerrahi Kongresi Kitabı. İstanbul: Hilal Matbaacılık; 1987.

87. Akinsulore A, Owojuyigbe AM, Faponle AF, Fatoye FO. Assessment Of Preoperative And Postoperative Anxiety Among Elective Majör Surgery Patients İn A Tertiary Hospital İn Nigeria. Middle East J Anesthesiol 2015;23(2):235-40.

88. Turhan Y. Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti ile İlişkisi (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı; 2007.

89. Çullu M. Hastaların Cerrahi Girişim Öncesi Dile Getiremedikleri Düşünce ve İstekleri (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2007.

90. Masjedi M, Ghorbani M, Managheb I, Fattahi Z, Dehghanpisheh L, Salari M, Karami A. Evaluation Of Anxiety And Fear About Anesthesia In Adults Undergoing Surgery Under General Anesthesia. Acta Anaesth. Belg 2017;68:25-29.

91. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors Of Preoperative Anxiety Among Surgical Patients In Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. BMC Surg 2014;14(1):67.

92. Yıldız D. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi (tez). Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2011.

93. Bereket D. Günübirlik Cerrahi Hastalarının Cerrahi Yöntem Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Ameliyat Sonrasına İlişkin Endişeleri Ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2014.

94. Bağdigen M, Özlü ZK. Validation of the Turkish Version of the Surgical Fear Questionnaire. J of PeriAnesthesia Nursing 2018;33(5):708-714.

95. Almalki MS, Hakami OAO, Al-Amri AM. Assessment of Preoperative Anxiety among Patients Undergoing Elective Surgery. The Egyptian J of Hospital Med 2017;69(4): 2333-2327.

96. Manav F. Kaygı kavramı. Toplum Bilimleri Derg 2011;5(9):201-11.

97. Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Heinz-Erian P. Preoperative Stress And Anxiety In Day-Care Patients And Inpatients Undergoing Fast-Track Surgery. British J of Anaesth 2010;105(6):878.

98. Fogitt PS. Anxiety in Cataract Surgery: Pilot Study. J of Cataract&Refractive Surg 2001;27(10):1655-1.

99. Gilabert ER, Romero LGL, Avila GB, Palma AG, Mayordomo AR, Cossio PI. Assessment of Pre And Postoperative Anxiety in Patients Undergoing Ambulatory Oral Surgery in Primary Care. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2017;22(6):716-22.

100. Çelik F, Edipoğlu İ. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. Eur J Med Res 2018;23:41.

101. McLeod R. Evaluating the Effect of Music on Patient Anxiety During Minor Plastic Surgery. Clinical Feature, 2012;22(1).

102. Dursun A. Kalp Damar Cerrahisi Planlanan Hastalarda Ameliyat Öncesinde Müzik Dinletmenin Cerrahi Korku Ve Anksiyete Üzerine Etkisi (tez). Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2018.

103. Bakr SA, Ali SK, Khudhr SA. Anxiety among patients undergoing major general surgery. Zanco J Med Sci 2010;14(3).

104. Parris WCV, Matt D, Jamison RN, Maxson W. Anxiety and postoperaive recovery in ambulatory surgery patients. Anesth Prog 1988;35:64-61.

105. Yavuz M. Günübirlik Cerrahi. Karadakovan A, Aslan FE (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'da. Adana: Nobel Kitabevi; 2013. s. 373-93.

106. Altınok A, Kara A. Beden imajı ile psikolojik belirti düzeyi ve kişilerarası tarz arasındaki ilişkiler: Alternatif modeller. Dusunen Adam The J of Psychiatry and Neurological Sci 2017;30:170-180.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hastaların Bireysel Özellikleri 7
Tablo 2. Hastaların Korku Nedenleri..... 27
Tablo 3. Hastaların Sağlık Özellikleri 28
Tablo 4. Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Korku Düzeyleri..... 29
Tablo 5. Hastaların Nedenlerine Göre Korku Düzeyleri 31
Tablo 6. Hastaların Sağlık Özelliklerine İlişkin Korku Düzeyleri 33

ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Kırklareli Lüleburgaz'da doğan Bilkay BASKIN ilköğretim ve lise eğitimini Lüleburgaz'da, üniversite eğitimini İstanbul'da tamamlamıştır. 2009 yılında İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitimini tamamlayarak hemşire ünvanını almıştır. 2009-2011 yılları arasında özel bir hastanede hemşire olarak görev yapmıştır. 2011 yılında Kırklareli Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Lüleburgaz Devlet Hastanesi'ne atanmış olup halen bu görevine devam etmektedir. 2016 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans eğitimine başlamıştır.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Ek 2. Cerrahi Korku Ölçeği

Ek 3. Etik Kurul İzni

Ek 4. Kurum İzni

Ek 5. Ölçek Kullanım İzni

Ek 1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Tarih:

Sayın……..,

Bu araştırma'Günübirlik ve Hastanede Yatarak Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Korku Düzeylerinin Değerlendirilmesi'başlıklı bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Ekteki formlardaki sorulara eksiksiz cevap vermeniz günübirlik ve hastanede yatarak cerrahi girişim geçiren hastaların korku düzeylerinin azaltılmasında uygulanacak hemşirelik bakımının oluşturulmasında bilgi sağlayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Öğr.Bilkay BASKIN

1. Cerrahi Tipi: Günübirlik Cerrahi( ) Yatarak Cerrahi( )

2. Yaşınız .....

3. Cinsiyetiniz?

1) Kadın( ) 2) Erkek( )

4. Eğitim durumunuz nedir?

1) Okur- Yazar değil ( ) 2) İlköğretim ve Lise ( ) 3)Yükseköğretim ( )

5. Çalışma durumunuz nedir?

1) Çalışıyor ( ) 2) Çalışmıyor ( )

6. Cerrahi girişim türünüz nedir? 1) Majör Cerrahi 2) Minör Cerrahi

7. Daha önce günübirlik cerrahi girişim geçirdiniz mi?

1)Evet ( )2) Hayır ( )

8. Cerrahi girişim geçirmeye ne zaman karar verdiniz?

1)Bir hafta önce ( ) 2) Bir ay önce( ) 3)Bir aydan fazla ( )

9. Günübirlik cerrahi girişimin seçilmesine nasıl karar verdiniz?

1) Kendim karar verdim ( )

2) Doktorumun isteğiyle kabul ettim ( )

3) Çevredekilerin önerisiyle ( )

10. Günübirlik cerrahi girişimi seçme nedeniniz nedir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1) Ekonomik olması ( ) 2) Hastanede yatmayı gerektirmemesi ( )

3)Enfeksiyon riskini en aza indirmek amacıyla ( )

11. Cerrahi girişimle ilgili korkularınız var mı?

1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

12. Cerrahi girişim ile ilgili korkularınız varsa sebepleri nelerdir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1) Bana ne olacağı korkusu (=bilinmeyen)( )

2)Sakat kalma korkusu( )

3) Ameliyat sonrası uyanamama korkusu( )

4) Kanser olma korkusu ( )

5)Evde bakabilecek kimsenin olmaması korkusu ( )

6)Evde ağrıyı kontrol edememe korkusu( )

7)Kötü yara izi korkusu ( )

8) Hastane ortamına uyum sağlayamama korkusu ( )

9) Ölüm korkusu ( )

Ek 2

CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ

Bu ölçek sizin cerrahi prosedürde cerrahi girişime maruz kaldığınızda sizin ameliyatın çeşitli yönlerinden ne kadar korktuğunuzu değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Şu anda nasıl hissettiğinizi en iyi yansıtan seçeneği yuvarlak içine alınız.

1) Ameliyattan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

2) Anesteziden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

3) Ameliyat sonrası ağrıdan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

4) Ameliyattan sonra rahatsız edici (bulantı gibi) yan etkilerden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

5) Ameliyattan dolayı sağlığımın kötüleşeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

6) Ameliyatın başarısız geçeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

7) Ameliyattan sonra tamamen iyileşemeyeceğimden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

8) Ameliyattan sonra iyileşme sürecimin uzun olacağından korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç korkmuyorum çok korkuyorum

Ek 3

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2018/02	
	PROTOKOL ADI	Günübirlik ve Hastanede Yatarak Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Korku Düzeylerinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 02/25** **Tarih:05.02.2018**
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ümmü YILDIZ FINDIK'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Bilkay BASKIN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; ilgili İl Sağlık Müdürlüğünden izin alındıktan sonra araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Gönül ÜSTÜN Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 4

T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
KIRKLARELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KIRKLARELİ SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
18/04/2018 14:37 - 48254791 - 799 - E.196
00067441092

Sayı : 48254791-799
Konu : Araştırma Başvurunuz

Sayın Bilkay BASKIN
Lüleburgaz Devlet Hastanesi

Lüleburgaz Devlet Hastanesinde Cerrahi I. ve Cerrahi II. Servislerinde yapmak istediğiniz, " Günübirlik ve Hastanede Yatarak Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Korku Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu Araştırma Başvurunuzun uygun görüldüğüne dair 16/04/2018 tarihli 8 Nolu Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Başvuruları İnceleme ve Değerlendirme Komisyonu Oluru ve Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Demet AYDOĞDU
İl Sağlık Müdür V.

EKLER:
Olur ve Protokol

...genin Aslı Elektronik İmzalı Aslı ile Aynıdır.
18/04/2018
Kevser KIZMAZ
Bilgisayar İşletmeni

Yayla Mah.70. Sok.Toki Bölgesi KIRKLARELİ
Faks No:0288 2125107
e-Posta:ozlem.akin@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Özlem AKIN ozlem.akin@saglik.gov.tr
Bilgi için:ÖZLEM AKIN
Unvan:EBE
Telefon No:0 (288) 214 10 76

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden b01bc94c-7193-4ff8-b146-1bfec01fa484 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 5

CERRAHİ KORKU ÖLÇEĞİ İZİN İSTEĞİ

Kimden: "bilkay ergül baskın" <bilkay_18@hotmail.com>
Kime: zkaraman@atauni.edu.tr
Gönderilenler: 11 Aralık Pazartesi 2017 20:19:11
Konu: Cerrahi Korku Ölçeği İzin İsteği

…….

Zeynep Karaman <zkaraman@atauni.edu.tr>
12.12.2017 Sal 06:37

Merhaba
Ölçeğin Türkçe hali ekte. Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.

Doçent Doktor
Zeynep Karaman Özlü

Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

İletişim: zkaraman@atauni.edu.tr / +90 442 231 2314 Atatürk Üniversitesi 25240 Erzurum
https://www.atauni.edu.tr/rektorluk

Tel: +90 442 2361014