T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GÜNÜBİRLİK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN POSTOPERATİF DÖNEMDE YAŞADIKLARI SORUNLARIN BELİRLENMESİ

Kevser GÖKMEN

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA
2023

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GÜNÜBİRLİK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN POSTOPERATİF DÖNEMDE YAŞADIKLARI SORUNLARIN BELİRLENMESİ

Kevser GÖKMEN

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Melek Serpil TALAS

ANKARA
2023

ONAY SAYFASI

GÜNÜBİRLİK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN POSTOPERATİF DÖNEMDE YAŞADIKLARI SORUNLARIN BELİRLENMESİ

Öğrenci: Kevser GÖKMEN
Danışman: Doç.Dr. Melek Serpil TALAS

Bu tez çalışması 19.01.2023 tarihinde jürimiz tarafından "Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Doç.Dr. Sevil GÜLER*
Gazi Üniversitesi

Tez Danışmanı: *Doç.Dr. Melek Serpil TALAS*
Hacettepe Üniversitesi

Üye: Dr.Öğr.Üyesi Burcu DULUKLU
Hacettepe Üniversitesi

Üye: *Dr.Öğr.Üyesi Emine Arıcı PARLAK*
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Üye: *Dr.Öğr.Üyesi Neslihan ILKAZ*
Ankara Medipol Üniversitesi

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

02 Mart 2023

Prof. Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. (1)
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir.(2)
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.

02/03/2023

Kevser GÖKMEN

1 "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

*(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir*

** Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.*

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr Melek Serpil TALAS danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi'ne göre yazıldığını beyan ederim.

Kevser GÖKMEN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimde ve araştırmamın her aşamasında gösterdiği özveri ile yardım ve desteğini esirgemeden, sürecin iyi yönetilmesinde bilgi ve deneyimlerinin yanı sıra anlayışlı yaklaşımıyla beni destekleyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Melek Serpil TALAS' a,

Araştırmanın istatistiksel yorumuna katkı sağlayan Sayın Damla KİRENDİBİ'ye

Araştırmaya katılmayı kabul ederek, katkı sağlayan hastalara ve ailelere,

Çalışmamı yürüttüğüm Nallıhan Devlet Hastanesindeki değerli meslektaşlarım ve çalışma arkadaşlarıma,

Beni her aşamada motive eden ve destekleyen meslektaşım aynı zamanda sevgili dostum Şeyma KARA'ya,

Bu süreçte kaybettiğim ancak hayatım boyunca sevgisini, desteğini hep üzerimde hissettiğim ve hissedeceğim merhum babama,

Sabrı, özverisi, desteği, verdiği tüm emekler için sevgili anneme, aileme ve dostlarıma tez çalışmam boyunca yapmış oldukları katkı ve göstermiş oldukları destek için teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Kevser GÖKMEN

Ankara, 2023

ÖZET

Gökmen K., Günübirlik Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Postoperatif Dönemde Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2023. Araştırma günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların postoperatif dönemde yaşadıkları sorunların değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara Nallıhan Devlet Hastanesinde Genel Cerrahi, Ortopedi, Kulak Burun Boğaz, Göz, Üroloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniklerinde günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalar oluşturmuştur. Araştırma örneklemine, örnekleme dahil edilme kriterlerini karşılayan ve günübirlik cerrahi girişim geçiren 270 hasta dahil edilmiştir. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan formlar aracılığıyla toplanmıştır. Bu formlardan "Tanıtıcı Bilgiler Formu" ameliyat günü hastalarla yüz yüze görüşülerek, "Ameliyat Sonrası Yaşanabilecek Sorunlar Formu" postoperatif 1.,3. ve 7. günde telefon ile izlem yapılarak uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), Ki-Kare, Fisher's Exact Test, Freeman Halton, Cochrane Q ve McNemar testleri kullanılmıştır. Taburculuk sonrası yaşanan sorunları etkileyen faktörleri belirleyebilmek için lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Araştırma bulgularına göre postoperatif 1. günde en fazla yaşanan sorun %84,1 ile ağrı olmuştur. Hastaların genellikle hafif ve orta düzeyde ağrı yaşadığı belirlenmiştir. Postoperatif 1. günde hastaların %60'ı hareket kısıtlılığı, %47,8'i anksiyete-korku, %41,5'i kanama-akıntı-sızıntı, %31,1'i yorgunluk, %25,6'sı uyku problemi yaşamıştır. Yaşanan sorunların 1. günden 7. güne doğru azalma gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışma sonucunda, taburculuk sonrası yaşayabilecekleri sorunlar ve bu sorunların çözümüne yönelik olarak, hastaların taburculuk sonrası telefonla izlemlerinin sağlanması ve danışmanlık hizmeti verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Günübirlik cerrahi, postoperatif sorunlar, cerrahi hemşireliği

ABSTRACT

Gökmen K., Determining the Postoperative Problems of Patients Undergoing Day Surgery, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Surgical Nursing Program, Master Thesis, Ankara, 2023. The study was conducted in a descriptive type in order to evaluate the problems experienced by patients who underwent outpatient surgery in the postoperative period. The universe of the research is in Ankara Nallıhan State Hospital; Patients who underwent outpatient surgery in General Surgery, Orthopedics, Otorhinolaryngology, Ophthalmology, Urology, Gynecology and Obstetrics clinics. The study sample included 270 patients who met the inclusion criteria and underwent day surgery. Research data were collected by the researchers through forms prepared based on the literature. One of these forms, the "Introductory Information Form" was interviwed face-to-face with the patients on the day of surgery and " Problems to may be Experienced After the Surgery Form" was applicated postoperative 1st.,3rd. and 7th day patients follow-up with phone. Descriptive statistics (number, percentage, mean, standard deviation), Chi-Square, Fisher's Exact Test, Freeman Halton, Cochrane Q and McNemar tests were used in the statistical analysis of the data. Logistic regression analysis was applied to determine the factors affecting the problems experienced after discharge. According to the research findings, the most common problem on the postoperative 1st day was pain with 84,1%. It was determined that the patients generally experienced mild to moderate pain. On the postoperative 1st day, 60% of the patient movement restriction, 47,8% anxiety-fear, 41,5% bleeding-leakage, 31,1% fatigue, 25,6% had sleep problems experienced. It was determined that the experienced problems decreased from the 1st to the 7th day ($p<0,05$). As a result of the study, it is recommended to provide follow-up of the patients by telephone after discharge and to provide consultancy service for the problems they may experience after discharge and to solve of these problems.

Keywords: outpatient surgery, postoperative problems, surgical nurse

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI iv
ETİK BEYAN v
TEŞEKKÜR vi
ÖZET vii
ABSTRACT viii
İÇİNDEKİLER ix
SİMGELER VE KISALTMALAR xii
ŞEKİLLER xiii
TABLOLAR xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Amaç 4
1.2.1. Araştırma Soruları 4
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. Günübirlik Cerrahinin Tanımı 5
2.2. Günübirlik Cerrahinin Tarihçesi 5
2.3. Günübirlik Cerrahinin Avantajları ve Dezavantajları 6
2.3.1. Günübirlik Cerrahinin Avantajları 6
2.3.2. Günübirlik Cerrahinin Dezavantajları 7
2.4. Günübirlik Cerrahinin Uygulama Alanları 8
2.5. Günübirlik Cerrahide Hasta Seçimi 10
2.6. Günübirlik Cerrahide Hasta Hazırlığı ve Bakımı 11
2.6.1. Preoperatif Hasta Hazırlığı ve Bakımı 11
2.6.2. İntraoperatif Hasta Hazırlığı ve Bakımı 12
2.6.3. Postoperatif Hasta Bakımı ve Taburculuk 12
2.6.4. Hasta Eğitimi 13
2.7. Günübirlik Cerrahi ve Hemşirelik 13
2.8. Günübirlik Cerrahide Kullanılan Anestezi Yöntemleri 14
2.8.1. Genel Anestezi 14
2.8.2. Bölgesel Anestezi 15

2.8.3. Lokal Anestezi Sedasyon Kombinasyonu ve Monitörizasyon 16
2.9. Günübirlik Cerrahi Sonrası Görülebilecek Sorunlar 17
2.9.1. Ameliyat Bölgesine İlişkin Sorunlar 17
2.9.2. Vital Bulgulara İlişkin Sorunlar 18
2.9.3. Solunum Sistemine İlişkin Sorunlar 18
2.9.4. Sindirim Sistemine İlişkin Sorunlar 19
2.9.5. Sinir Sistemi ve Ruhsal Duruma İlişkin Sorunlar 20
2.9.6. Üriner Sisteme İlişkin Sorunlar 20
2.9.7. Kas İskelet Sistemine İlişkin Sorunlar 21
2.9.8. Dolaşım Sistemine İlişkin Sorunlar 21
3. GEREÇ VE YÖNTEM 22
3.1. Araştırmanın Şekli 22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 22
3.3. Araştırmanın Evreni/ Örneklemi 24
3.4. Verilerin Toplanması 25
3.4.1. Veri Toplama Araçları 25
3.5. Araştırmanın Uygulanması 27
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu 29
3.7. Verilerin Analizi 29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 29
4. BULGULAR 31
4.1. Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Bulgular 31
4.2. Hastaların Taburculuk Sonrası 1.,3. ve 7. Günlerde Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Bulgular 34
4.3. Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunları Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analiz Bulguları 43
5. TARTIŞMA 48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 54
6.1. Sonuçlar 54
6.2. Öneriler 55
7. KAYNAKLAR 56
8. EKLER

EK-1. Tanıtıcı Bilgiler Formu
EK-2. Ameliyat Sonrası Yaşanabilecek Sorunlar Formu
EK-3. Etik Kurul İzin Yazısı
EK-4. Etik Kurul Süre Uzatma İzin Yazısı
EK-5. Hastane İzin Yazısı
EK-6. Aydınlatılmış Onam Formu
EK-7. Ek Tablolar
EK-8. Orjinallik Raporu
EK-9. Dijital Makbuz
9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASA : American Society of Anesthesiologists
(American Anestezi Derneği)

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

KBB : Kulak Burun Boğaz

VAS : Visual Analog Skala
(Görsel Analog Ölçeği)

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
3.1.	Visual analog skala	26
3.2.	Araştırmanın akış şeması	28
4.1.	Taburculuk sonrası 1.,3.ve 7. günlere göre ağrı şiddetinin sınıflandırılması.	35

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
2.1.	Günübirlik cerrahinin uygulama alanları.	9
4.1.	Hastaların tanıtıcı ve tıbbi özelliklerinin dağılımları.	32
4.2.	Hastaların taburculuk sonrası 1.,3. ve 7. günde yaşadıkları sorunların dağılımı.	34
4.3.	Hastaların taburculuk sonrası ilk yedi günde sağlık kurumuna başvuru durumları ve nedenlerinin dağılımı.	36
4.4.	Hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre postoperatif 1., 3. ve 7. günlere de yaşadıkları ağrı, kanama-akıntı-sızıntı, hareket kısıtlılığı ve kas ağrısı sorunlarının istatistiksel karşılaştırılması.	37
4.5.	Hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre postoperatif 1., 3. ve 7. günde yaşanılan uyku problemi, anksiyete-korku ve yorgunluk sorunlarının istatistiksel karşılaştırılması.	40
4.6.	Günübirlik cerrahi işlemin yapıldığı kliniklere göre taburculuk sonrası 1., 3. ve 7. gün yaşanılan sorunların istatistiksel önemlilik sonuçları.	42
4.7.	Ağrı, kanama-akıntı-sızıntı, hareket kısıtlılığı, kas ağrısını etkileyen bağımsız değişkenler ve modeldeki katsayılarının anlamlılığı (Model 1).	44
4.8.	Uyku problemi, anksiyete-korku, yorgunluğu etkileyen bağımsız değişkenler ve modeldeki katsayıların anlamlılığı (Model 2).	46

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tüm cerrahi alanlarda önemli bir yere sahip olan günübirlik cerrahi (1-6), hastanın ameliyat günü kliniğe kabul edildiği ve aynı gün taburcu edildiği cerrahi girişimler olarak tanımlanmaktadır (7). Hastanelerde ve günübirlik cerrahi merkezlerinde tanı veya tedavi amacıyla uygulanan günübirlik cerrahi girişimler giderek yaygınlaşmaktadır (8, 9). Cerrahi tekniklerin gelişmesi, kısa ve etkili bölgesel anestezi kullanımı ve sağlık bakım maliyetindeki sınırlamalar günübirlik cerrahinin gelişimine katkıda bulunarak daha fazla ameliyatın günübirlik şartlarda yapılmasına olanak sağlamaktadır (10, 11).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2014 yılında ameliyatların %66'sının günübirlik olarak yapıldığı belirtilmektedir (6, 12). Diğer Avrupa ülkelerine bakıldığında, yapılan ameliyatların %50'den fazlasını günübirlik cerrahi girişimlerin oluşturduğu belirtilmektedir (5, 7, 13-15). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2011 yılında 84.340 ameliyat günübirlik olarak yapılırken 2014 yılında bu sayı 4.443.22'e yükselmiştir (16). Uygulanma oranı giderek artan günübirlik cerrahi girişimlerin hastalara, ailelere, hastanelere ve sağlık sistemine birçok yararı bulunmaktadır (17, 18).

Günübirlik cerrahide hastaların ameliyat öncesi bekleme süresi daha kısadır ve erken taburculuk ile hastalarda hastane enfeksiyonu gelişme riski daha düşük olmaktadır (18, 19). İyileşme sürecinde hastanın ev ortamında aile üyeleri ile etkileşimi onların günlük yaşama daha kısa sürede dönmelerini sağlamaktadır (13, 20). Hastaların erken taburcu olması maliyeti düşürmekte ve hastanelerde yatak doluluk oranını azaltmaktadır (9, 18). Günübirlik cerrahi girişim yapılan hastalarda ölüm ve sakatlık oranının da düşük olduğu bildirilmektedir (8, 21, 22).

Günübirlik cerrahi girişimlerin avantajlarının yanı sıra, bazı dezavantajları da bulunmaktadır (21, 22). Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların hastanede kalış süreleri kısa olduğu için, hastaların erken taburculuğu ile bakım yükü hasta ve yakınlarına geçmektedir (20, 23, 24). Bu nedenle hastalar için en önemli dezavantajı ameliyat sonrası ilk 24-48 içinde bir bakıcının olması gerekliliğidir (15, 17, 25). Hastanın acil durumlarda sağlık hizmetlerine ulaşımının uygun olmaması önemli bir

diğer konudur (9, 10). Günübirlik cerrahide hastaların sağlık profesyonelleri ile iletişiminin sınırlı olması, hastalarda bilgi eksikliği ve belirsizliğe neden olurken, bu durum hasta ve bakım vericileri için kaygı verici olmaktadır (9, 10, 26).

Hastalar evlerine taburcu olduklarında ihtiyaç duyulan bakımın tıbbi bakımdan ziyade hemşirelik bakımı olması daha olasıdır. Bu kapsamda yaşanan diğer bir sorun ise, normalde hemşireler tarafından sağlanan ameliyat öncesi eğitim ve taburculuk eğitiminin hastanede kalış süresinin kısalmasına ayak uyduramaması olmaktadır (10, 20, 24). Günübirlik cerrahide hemşireler kısa sürede, daha fazla sayıda hastaya hızlı bakım vermektedir (27). Böylece hemşirelik tanısı koyma, değerlendirme, uygulama, taburculuk eğitimi için kısıtlı zamana sahip olurken, taburculuk sonrası ortaya çıkabilecek sorunlar takip edilememektedir (10, 24).

Günübirlik cerrahi hastalarının taburcu edilmesinde bazı kriterler göz önünde bulundurulmaktadır (9). Günübirlik cerrahide hastanın kısa bir izlem sonrası taburcu olmasında, postoperatif kanama ve bulantı-kusmanın olmaması gerekmektedir (3, 28). Ayrıca ağrının evde oral analjezikler ile kontrol altına alınabilir olması ve hastaların mobilizasyonunda sorun yaşamadan klinikten ayrılmaları beklenmektedir (19, 29, 30). Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü'nün (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS) ameliyat sonrasına ilişkin öğelerinden biri de erken taburculuktur ve hastaların taburcu olmasında aranan kriterler benzerlik göstermektedir (30, 31). Bu kriterleri sağlayan ve taburcu olan hastalar evlerinde cerrahi işleme ve anesteziye bağlı sorunlarla karşılaşabilmektedir (17, 32).

Günübirlik cerrahi girişimlerde ölüm ve sakatlık oranı oldukça düşüktür ancak hastalarda taburculuk sonrası bazı önemli sorunlar görülebilmektedir (8, 19, 22, 26, 33). Bunlardan bazıları ağrı, bulantı-kusma, kanama, enfeksiyon, yorgunluk, baş ve boğaz ağrısı, anksiyete ve hareket kısıtlılığıdır (2, 8, 18, 32, 34-36). Dal ve ark.'nın (2010) cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla 196 hasta ile yapmış oldukları bir çalışmada, hastalar taburcu olduktan bir ay sonra telefonla izlenmiştir. Hastaların %70,9'u ağrı, %40,8'i dolaşım (%75'i ödem), %40,8'i özbakım, %32,1'i egzersiz ile ilgili, %30,6'sı dolaşım (%55'i konstipasyon), %24,5'nin cerrahi yara bakımı, %24'nün beslenme (%70,2'si iştahsızlık) sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (37).

Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalarda taburculuk sonrası bu sorunların görülmesinde, kullanılan anestezik ilaçların yan etkileri ve cerrahi işleme bağlı olarak meydana gelen doku travmasının etkili olduğu belirtilmektedir (18, 32, 35). Bunlara ek olarak hastanın yaşı, kronik hastalıkları, beslenme durumu, sigara gibi istenmeyen davranışların varlığı, hasta ve ailesinin sosyo-kültürel durumunun da etkili olduğu görülmektedir (8 ,9, 18, 38, 39). Günübirlik cerrahide karşılaşılan bu sorunlarla baş etme sorumluluğu evde hastaların kendilerine veya yakınlarına kalmaktadır (17, 32). Literatür bu sorunlarla baş etmede cerrahi hemşirelerinin önemli rolleri ve hastaların taburculuk sonrası takiplerinin önemi vurgulanmaktadır (10, 18-20, 24, 25) Hızlandırılmış iyileşme protokolü ve literatürdeki diğer çalışmalar, taburculuk sonrası hastaların izlenmesi ve takiplerinin önemini belirtmektedir (10, 19, 21, 30, 36).

Literatür incelendiğinde kliniklere özgü yapılan, günübirlik cerrahi girişim sonrası yaşanılan problemleri inceleyen pek çok çalışma mevcuttur (2, 5, 14, 40-42). Ancak farklı sayıda pek çok kliniği kapsayan, günübirlik cerrahi girişim sonrası hastaların yaşadıkları sorunları inceleyen araştırma sayısı sınırlıdır. Stessel ve ark.'nın (2015) günübirlik cerrahi girişim geçiren 1118 hasta ile yapmış oldukları bir çalışmada, postoperatif 4. günde hastaların yaşamış oldukları sorunlar değerlendirilmiştir. Hastaların %66,9'u (n=748) günlük aktivitelerini yerine getirmede zorluk yaşarken, %60,3'ü (n=674) ağrı, %39,3'ü (n=439) hareket etmede zorlanma, %30,4'ü (n=674) kendi bakımında güçlük ve %14,4'ü (n=161) anksiyete/depresyon sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (26).

Cerrahi hemşirelerinin, uygulanan cerrahi girişimin iyileşme ve ameliyat sonrası semptomlar üzerine etkisinin farkında olması beklenmektedir. Hemşireler genellikle kurumda gerçekleştirilen kaliteli bakım ve hastanın evde kendi kendine bakımını kolaylaştırmaktan sorumlu olmaktadır (15). Hemşirelerin önemli bir görevi de cerrahi süreç boyunca ve özellikle taburculuk eğitiminde, hastaların bilgilendirilmesidir (10, 25). Cerrahi hemşireleri perioperatif süreçte hastanın ihtiyaçlarını ne derece tahmin edebiliyorsa planlanan bakım ve taburculuk eğitiminin kalitesi de o oranda artmaktadır (43).

Bu çalışmada hastalar taburculuk sonrası 1.,3. ve 7. günlerde telefon ile aranarak sorunların varlığı değerlendirilmiştir. Günübirlik cerrahi işlem geçiren hastaların 1. gün aranmasında yaşanılan ağrı gibi sorunların en fazla 1. günde

görülmesi (44-47), 3. gün aranmasında yara iyileşmesinde, enfeksiyonun önlenmesinde önemli bir süreç olan inflamasyon aşamasının 48-72 saatte gerçekleşmesi (48, 49) ve 7. günde aranmasında ise hastaların dikiş aldırma ve poliklinik kontrolleri için planlanan sürenin 7-10 arasında olması etkili olmuştur (30). Bu kapsamda bu çalışmanın, günübirlik cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerinin hastaların taburculuk sonrası erken dönemde yaşadıkları sorunlarla ilgili farkındalığını arttırmak, bu sorunlara yönelik sağlık bakımlarını geliştirmek ve günübirlik cerrahi işlem yapılan hastaların bakımına ilişkin hemşirelik literatürüne katkı sağlayacağı düşülmektedir.

1.2. Amaç

Bu çalışmanın amacı, günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların postoperatif ilk bir haftada yaşadıkları sorunların belirlenmesidir.

1.2.1. Araştırma Soruları

1- Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların postoperatif ilk bir haftalık süre içerisinde en çok yaşadıkları sorunlar nelerdir?

2- Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların demografik ve tıbbi/cerrahi özellikleri yaşadıkları sorunları etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Günübirlik Cerrahinin Tanımı

Günübirlik cerrahi, hastanın kliniğe kabulü ile başlayan (21), multidisipliner bir ekip tarafından planlanan ve uygulanan (18), cerrahi girişimi esas alan (50) ve cerrahi işlemi takiben hastaların postoperatif dönemde kısa bir izlem periyodunun ardından taburcu edildiği prosedürlerdir (2). Bir başka deyişle hastalar aynı gün ameliyat olup aynı gün taburcu edildiyse bu prosedür günübirlik cerrahi olarak tanımlanmaktadır (8).

Günübirlik cerrahi prosedürler; yüksek kalitede anestezi ile en az yan etki, hasta güvenliği ve erken taburculuğu içermektedir (23). Bu bağlamda, günübirlik cerrahi prosedür uygulanan hastalar ameliyat sonrası kısa sürede taburcu olurken iyileşme sürecinin büyük bir bölümü ev ortamında geçirmektedir (4). Bu süreç hastalar tarafından ise "normale dönüş" ve "evde iyileşme" olarak algılanmaktadır (2, 21).

Elektif cerrahinin standardı olarak kabul edilen günübirlik cerrahi işlemler tanı ve tedavi amacıyla yapılmaktadır (6, 33). Operasyon süresinin kısa olması, ameliyat esnasında kanama ve sıvı kaybının yaşanmaması, postoperatif dönemde ciddi komplikasyon görülme oranının düşük olmasından dolayı güvenilir prosedürler olarak bilinmektedir (3, 7, 51). Günübirlik cerrahi geçmişten günümüze yaşanan çeşitli gelişmelerden etkilenerek giderek yaygınlaşmaktadır (9, 10, 50).

2.2. Günübirlik Cerrahinin Tarihçesi

1900'lü yılların başında Amerika'da Ralph Waters'ın açtığı ofiste yapılan cerrahi işlemler, günübirlik cerrahinin ilk örnekleri olarak kabul edilmektedir (38). Hastane ortamında gerçekleştirilen günübirlik cerrahinin ilk örneklerini ise İskoçya'da pediatrik hastalarda görülmüştür. 1909 yılında Glasgow Royal hastanesinde, Nicoll tarafından yaklaşık 9.000 hasta çocuk günübirlik cerrahi prosedür ile tedavi edilmiştir (52). Günübirlik cerrahi prosedürlerin uygulanmasında, tıp ve teknoloji alanında yaşanan gelişmeler ve artan sağlık bakım maliyetleri etkili olmuştur (53).

1960'larda hastanelerde günübirlik cerrahi prosedürler uygulanmaya başlanmıştır. 1900'lü yılların sonuna doğru "fast track recovery" kavramının gündeme

gelmesiyle, anestezi sonrası daha hızlı iyileşme, günlük yaşama daha çabuk dönüş ve aynı gün taburculuk giderek yaygınlaşmıştır (19). Günübirlik anestezi kavramı ise 1984 yılında Society for Ambulatory Anesthesia'nın yapılanmasıyla gündeme gelmiştir (51). Daha sonra, 1995 yılında cerrahlar, anestezistler, hemşireler ve hastane yöneticileri tarafından "Uluslararası Günübirlik Cerrahi Derneği" kurulmuştur (19). 2000'li yıllarda günübirlik cerrahi merkezleri giderek artmıştır. Bu merkezlerin bulunduğu bölgelerde günübirlik cerrahi işlem yapılma oranı artarken, hastane bazlı günübirlik cerrahi prosedürlerde önemli ölçüde düşüş yaşanmıştır (54, 55). Hastaneden günübirlik cerrahi merkezlerine geçiş ile bu prosedürlerin uygulanma alanlarında büyük değişiklikler olmuştur (56).

Günübirlik cerrahinin yaygınlaşması aynı zamanda gelişmiş cerrahi ve anestezi tekniklerinden, sağlık bakım maliyetlerinin sınırlandırılmasından ve hasta tercihinden kaynaklanmaktadır (10). Yaşanan tüm bu gelişmeler ile birçok ameliyat günübirlik cerrahi prosedür olarak yapılmaya başlamıştır (57). Amerika Birleşik Devletleri'nde günübirlik cerrahi vakalar 1980'lerde tüm ameliyatların %16'sını oluştururken, 1990'larda %50'sini ve 2007 yılında ise %60'ını kapsayacak şekilde artmıştır. Son 30 yılda ise uygulanan günübirlik cerrahi prosedür oranında ciddi artış yaşanmıştır (6, 8, 51, 55).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, Kanada'da, Birleşik Krallık'ta, Avustralya'da ve diğer Avrupa ülkelerinde cerrahi işlemlerin %50'den fazlası günübirlik olarak yapılmaktadır (6 ,7, 14). Türkiye'de günübirlik cerrahi işlemler birçok alanda giderek artan sayıda uygulansada, diğer ülkelerle kıyaslandığında gelişiminin sınırlı kaldığı ve bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (5).

2.3. Günübirlik Cerrahinin Avantajları ve Dezavantajları

Teknolojik gelişmeler ve yeni tedavi alternatiflerinin bir sonucu olarak uluslararası alanda hızla yükselmekte olan günübirlik cerrahinin avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır (50).

2.3.1. Günübirlik Cerrahinin Avantajları

Günümüzde minimal invaziv cerrahi tekniklerin gelişmesi (19), kısa etkili ve yan etkileri azalmış olan anestezik ajanların kullanımın yaygınlaşması ile günübirlik

cerrahi prosedürlerin uygulanması giderek artmıştır (3, 13). Ayrıca günübirlik cerrahi işlemlerin bireyler tarafından etkili ve başarılı olarak algılanması nedeniyle bu cerrahi prosedürleri tercih eden hasta sayısı da artış göstermektedir (2, 20). Yaşanan bu gelişmeler ile günübirlik cerrahinin; hastaya, sağlık profesyonellerine ve hastaneye yönelik psiko-sosyo-ekonomik birçok avantajı bulunmaktadır (13, 18).

Günübirlik cerrahi işlem yapılan hastalar ihtiyaçlarına uygun olarak klinik tedavi görürken, iyileşme süreçleri evlerinde gerçekleşmektedir. Günübirlik cerrahi ameliyatlarının iptal olma riski düşük ve hastaların hastanede bekleme süreleri daha kısa olmaktadır (18, 19). Bu süreçte hastalarda nozokomiyal enfeksiyon görülme riski azalırken, erken mobilizasyon, ev ortamının daha konforlu olması, kontrolün hasta veya yakınlarında olması ve diğer aile üyeleriyle etkileşim sonucu daha iyi psikososyal uyum ile hastaların iyileşme süreçleri olumlu olarak etkilenmektedir (20, 32). Günübirlik cerrahi işlemler iyileşme sürecini hızlandırmakta, günlük yaşama ve iş yaşamına dönüşü kolaylaştırmaktadır (58). Bu durumda günübirlik cerrahi, hastaların yaşam kalitesi üzerine olumlu bir etki sağlarken, aynı zamanda sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini de artırmaktadır (33).

Günübirlik cerrahinin hastane ve sağlık profesyonellerine yönelik avantajları arasında, hızlı taburculuk ile hasta yoğunluğunun önlenmesi (51) ve hastane kaynaklarının kullanımının etkili ve verimli olması yer almaktadır (59). Sağlık kurumlarında yatak doluluk oranında azalma ve majör cerrahi vakalar için daha fazla yatağın ayrılmasına olanak sağlamaktadır. Ayrıca personel ihtiyacı azalırken çalışanların memnuniyet düzeylerinin artması gibi önemli avantajları da bulunmaktadır (9, 18).

Günübirlik cerrahi ile ilgili belirtilmesi gereken bir diğer önemli nokta ise, mortalite-morbidite oranları ve beklenmeyen hastane yatış oranlarının düşük olmasıdır (8, 26). Bu durum kaynakların daha iyi kullanılmasına olanak sağlarken, maliyetin düşürülmesini de sağlamaktadır (14).

2.3.2. Günübirlik Cerrahinin Dezavantajları

Hastalara, ailelere, hastaneye ve sağlık sistemine birçok fayda sağlayan günübirlik cerrahinin avantajlarının yanı sıra, bazı dezavantajları da bulunmaktadır (17). Erken taburculuk hasta ve bakım vericileri için sorun yaratma potansiyeline sahip

olmakla birlikte profesyonel tıbbi personelin ve multidisipliner ekibin mevcudiyetini gerekli kılmaktadır (20, 59). Diğer taraftan yüksek kalitede günübirlik cerrahinin sağlanması birçok parametreye tabi olmakta ve uygulaması da maliyetli olabilmektedir (59).

Aynı gün taburcu olan hastalarda bakım yükü hasta ve ailesine kalmakta ve bu süreç evlerinde yönetilmektedir (21, 25). Hastanede hastaya ayrılan sürenin kısa olması, hemşirelik temelli bilgiye sınırlı ifade alanı bırakmaktadır ve hastalar taburcu olduktan sonra daha fazla yardıma ihtiyaç duymaktadır (10, 60). Sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan taburculuk bilgileri tutarsızlık gösterdiği zaman, postoperatif dönem hasta ve bakım vericileri için sorun teşkil etmektedir. Bu durum, hasta ve yakınları için kaygı verici olmaktadır (26, 47). Hastalar ameliyat sonrası komplikasyon gelişme olasılığı, evde ağrı ve bulantı-kusmanın kontrol edilememesi, evde bakıma yardımcı olacak birinin bulunmaması gibi konularda endişe hissederken, bakım vericiler ise uyku bozukluğu, bakım vermede zorlanma yaşayabilmekte ve duygusal anlamda olumsuz etkilenebilmektedir (15, 25).

Günübirlik cerrahi işlem geçiren hastaların iyileşmesinin beklenenden daha uzun sürmesi, öngörülmeyen sorunların yaşanması ve sağlık personelleri ile iletişime geçme durumunun kısıtlı olması gibi sorunlarla karşılaşılmaktadır (10). Bu durumda hangi hastaların kendi kendine bakım kapasitesine sahip olduğu sorununu doğurmaktadır (17).

Tüm bu avantaj ve dezavantajlar ile günübirlik cerrahiye uygun olduğu düşünülen prosedürler giderek artarken, dahil edilen hasta yelpazesi de giderek genişlemektedir (29).

2.4. Günübirlik Cerrahinin Uygulama Alanları

Günübirlik cerrahi prosedürler birçok alanda yaygın olarak kullanılmaktadır Tablo 2.1'de günübirlik cerrahinin uygulama alanları gösterilmiştir (1, 6, 9).

Tablo 2.1. Günübirlik cerrahinin uygulama alanları.

Uygulama Alanı	Uygulanan Cerrahi Prosedür
Gastroentoloji	Üst gastrointestinal sistem endoskopi işlemleri, diğer üst gastrointestinal sistem prosedürleri; ince bağırsak ve mide endoskopileri; alt gastrointestinal sistem endoskopi işlemleri.
Genel Cerrahi	Laparoskopik kolesistektomi, cilt lezyonlarının çıkarılması, hemoroid prosedürleri, herni onarımları, laparoskopik işlemler, kist ve benign tümörlerin çıkarılması, yara debritmanı, apse ve hematom drenajları, papillom, lipom ve benlerin çıkarılması, varikoz venlerin ligasyonu, pilonidal sinüs onarımı
Oftalmoloji	Katarakt ameliyatları, retina ameliyatları, şaşılık ameliyatları, şalazyon ameliyatları
Ortopedi	Kırıkların kapalı redüksiyonu, küçük rekonstrüksiyon ameliyatları, karpal tünel sendromunun düzeltilmesi, halluks valgus ameliyatı, ayak parmaklarında tırnak batmalarının düzeltilmesi, artroskopi, tel ve vidaların çıkarılması, parmak amputasyonu
Kulak-Burun-Boğaz	Kulak ameliyatları, septoplasti-rinoplasti-septorinoplasti, endoskopik sinüs cerrahisi, adeno-tonsillektomi, nazal polip eksizyonu, yabancı cisimlerin çıkarılması
Üroloji	Sünnet, hidrosele ilişkin cerrahi, sistoskopi, erkek genital organ ameliyatları, erkek sterilizasyon işlemleri, üretral dilatasyon, renal biyopsi
Kadın Hastalıkları ve Doğum	Serviks ameliyatları, histeroskopi, uterus ve adneks laparoskopileri, dilatasyon ve küretaj ameliyatları
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	Kulak küçültme ameliyatları, burna ilişkin cerrahi (septoplasti, rinoplasti, septorinoplasti), cilt lezyonlarının çıkarılması, damak yarığının düzeltilmesi, liposakşın

Cerrahi ve anestezi tekniklerinde yaşanan gelişmeler daha fazla ameliyatın günübirlik olarak uygulanmasına izin verirken, günümüzde günübirlik cerrahi tüm cerrahi alanlarda önemli bir yere sahip olmaktadır (3, 29). Tüm bu cerrahi prosedürler, günübirlik cerrahi merkezlerinde ve hastane bazlı olarak uygulanmaktadır (55). Cerrahi ve anestezi tekniklerindeki gelişmelerin yanı sıra komorbiditesi olan hastalarda başarılı sonuçların kanıtlanması, hasta seçiminde günübirlik cerrahiye önem kazandırmıştır (29).

2.5. Günübirlik Cerrahide Hasta Seçimi

Günübirlik cerrahide hasta seçimi; cerrahi, sosyal ve tıbbi kriterleri içermektedir (19). Tıbbi kriterler hastanın anestezi öncesi fonksiyonel durum değerlendirmesi ile ilgilidir (29). Bu kapsamda hastanın yaşı, beden kitle indeksi, aktivite toleransı, kronik hastalık varlığı gibi bireysel özellikleri ve American Society of Anesthesiologists (ASA) sınıflandırması değerlendirilmektedir (18, 19). Bireysel özelliklere ek olarak; sigara ve alkol tüketimi, yakın zamanda önemli kilo kaybı olup olmadığı, ilaç kullanımı ve gebelik gibi faktörler de ASA sınıflandırmasını etkilemektedir (8). Kılavuzlar önceden genel anestezi gerektiren günübirlik cerrahi hastalarının ASA I ve II olması gerektiğini belirtirken günümüzde iyi hazırlanmış ASA III grubu hastalarda günübirlik cerrahiye alınabilmektedir. Hatta, ASA IV hastalarına bile lokal anestezi altında günübirlik cerrahi işlem uygulanabileceği belirtilmektedir (18, 61).

Cerrahi kriterler incelendiğinde, doku travmasını en aza indiren cerrahi tekniklerin günübirlik cerrahiye uygun olduğu belirtilmektedir (18). Bu girişimlerin kanama ve kardiyovasküler sorunlar gibi ciddi postoperatif komplikasyon riski taşımaması gerekmektedir. Günübirlik cerrahi erken mobilizasyona, oral alıma kısa sürede başlanmasına ve hastaların normal işlerine daha hızlı geri dönmesine izin vermelidir. Aynı zamanda ameliyat sonrası ağrı oral analjezikler ile kontrol altına alınabilir olmalıdır (19, 29). Hasta seçiminde önemli olan sosyal kriterler değerlendirildiğinde; hastalara taburculuk sonrası özellikle ilk 24 saatte bir bakım vericinin olması, bakım için ev ortamının uygun olması, acil durumda sağlık hizmetlerine erişimin kolay olması, hasta ve bakım vericinin telefon ile ulaşılabilir olması önemlidir. Tüm bunlara ek olarak, hasta ve yakınlarının ameliyat sonrası bakım gereksinimlerini iyi anlamaları gerekmektedir (19, 29).

Sonuç olarak, günübirlik cerrahiye kabul kriterleri üç alanı kapsamaktadır. Bunlardan tıbbi kriterler: anestezi için uygunluk, cerrahi kriterler: günübirlik cerrahiye uygunluk, sosyal kriterler: bireysel özellikler ve evde bakım koşullarını kapsamaktadır. Tüm kriterler karşılanırsa hasta ameliyat yapılmakta ve aynı gün içerisinde taburculuğu gerçekleşmektedir (10, 19, 29).

2.6. Günübirlik Cerrahide Hasta Hazırlığı ve Bakımı

Günübirlik cerrahi planlanan hastanın hekim tarafından gerekli muayene ve tetkikleri yapıldıktan sonra servise kabulü yapılmaktadır. Daha sonra cerrahi işleme ve hastanın tercihine göre anestezi türüne karar verilmektedir. Genel anestezi altında işlem yapılacak hastalar anestezi uzmanı tarafından görülmekte ve hastanın ASA risk sınıfı tanımlanmaktadır (14). Günübirlik cerrahide hastanın ameliyat öncesi hazırlık süreci yatan hasta ile aynı olmasına rağmen postoperatif bakım farklılık göstermektedir. Bu kapsamda perioperatif süreçte hasta hazırlığı fiziksel hazırlık, psikolojik hazırlık, yasal hazırlık, anestezi hazırlığı ve hasta eğitimi gibi konuları içermektedir (9, 25).

2.6.1. Preoperatif Hasta Hazırlığı ve Bakımı

Preoperatif hazırlık hastanın polikliniğe başvurusu ile başlamaktadır (62). Öncelikle başarılı bir günübirlik cerrahi için etkili bir preoperatif değerlendirme süreci gerekli olmaktadır. Komorbiditeler, ilaç kullanımı, sosyal ve çevresel sorunlar değerlendirilmesi gereken unsurlardır. Klinikte ise, hemşireler bu değerlendirme sürecinde önemli rol almaktadır (63).

Günübirlik cerrahide preoperatif hazırlıkta, hasta ve yakınlarının cerrahi işlem, cilt hazırlığı, ameliyat öncesi ve sonrasında açlık durumu, ilaç kullanımı, olası riskler ve gelişebilecek komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmeleri ve hekim tarafından yazılı onamlarının alınması gerekmektedir (9, 29, 63). Risk altında olduğu belirlenen hastaların durumlarının ise en uygun hale getirilmesi önemli olmaktadır (9). Burada günübirlik cerrahi işlem geçiren hastaların bakımlarından sorumlu hemşireler, hastaları yalnızca kısa süreli iyileşmeye değil aynı zamanda evde iyileşme sorunlarını yönetmeye de hazırlamaları gerekmektedir (15).

Kliniklerde hemşire liderliğinde yapılan ön değerlendirme, perioperatif dönemde mesleki bilgi ve becerilerini kullanma ve gelişmiş iyileşme-bakım uygulamaları ile hemşireler cerrahi birimlerdeki günübirlik vakaların gelişiminin merkezinde yer almaktadır (10).

2.6.2. İntraoperatif Hasta Hazırlığı ve Bakımı

Anestezist, cerrah ve hemşireyi içeren multidisipliner bir ekip tarafından yürütülen müdahalelerde güvenli iletişimin sağlanması elzemdir (9, 18). Bu süreçte hemşirelerin ve diğer ekip üyelerinin; minimal invaziv cerrahi işlemleri, bu işlemlerde kullanılan alet ve ekipmanları bilmeleri, farklı vakalarda karşılaşılan sorunları yönetme konusunda bilgili olmaları beklenmektedir. Ameliyathane personelleri ayrıca, cerrahi işlemlerde steril alanın kurulması ve sürdürülmesinden sorumlu olmaktadır (43).

Genel anestezi almamış, intraoperatif süreçte bilinci açık olan hastalarda tüm ekip üyeleri endişe verici terminoloji kullanmaktan ve uygunsuz konuşmalardan kaçınmalıdır. Bunların yanı sıra, hasta mahremiyeti korunmalıdır (65). Hızlı sirkülasyonu olan günübirlik cerrahi prosedürlerde hasta güvenliğini ihmal etme riski de oldukça yüksek olmaktadır (64). Hemşireler, kanıta dayalı uygulamaları kullanarak, hasta güvenliği ve bakımın sürekliliğini sağlarken hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde önemli rol almaktadır (27).

2.6.3. Postoperatif Hasta Bakımı ve Taburculuk

Hastalar postoperatif dönemde servise alındıktan sonra vital bulguları kontrol edilmektedir. İdrar çıkışı, kanama, bulantı-kusma gibi anestezi ve cerrahi işleme bağlı olarak görülebilecek sorunlar değerlendirilmektedir (9). Hastanın mobilizasyonu, özellikle spinal anestezi alan hastalarda alt ekstremite hareketlerinin geri gelmesi iyi takip edilmesi gereken bir konu olmaktadır (29).

Günübirlik cerrahide hemşireler postoperatif bakımı planlarken hastanın biyo-psiko-sosyal durumunu, bireysel özelliklerini ve ameliyatın türünü göz önünde bulundurmalıdır. Hemşirelerin ameliyat sonrası günlük yaşama dönüşü etkileyen faktörler hakkında bilgi sahibi olması, hastalara sunulan bakımın kaliteli olmasında oldukça önemli olmaktadır (2). Bunların yanı sıra, hemşirelerin postoperatif komplikasyonların önlenmesinde bilgili ve hazır olmaları beklenmektedir (43).

Bu süreçte postoperatif bakım sorumluluğun hastaya verilmesi nedeniyle hasta eğitimi ehemmiyet kazanmaktadır. Hastalara verilen bilgiler, onların iyileşme sürecine ilişkin gerçekçi beklentilere sahip olmaları açısından da oldukça önemli olmaktadır (11).

2.6.4. Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi preoperatif hazırlıktan taburculuğa kadar olmalı ve evde iyileşme sürecini de içermelidir (29). Eğitim hastaların öz bakımını desteklerken hastalara duygusal ve sosyal yönde de katkı sağlamalıdır (11). Hastaların taburcu olurken, özel bakım yönergeleri ve acil durumlarda ne yapacakları konusunda etkili bir şekilde bilgilendirilmeleri gerekmektedir (19). Bu kapsamda günübirlik cerrahi prosedürlerin başarısı sadece cerrahi işleme bağlı olmamakla birlikte, özellikle hasta eğitiminin önemli bir rolü olduğu vurgulanmaktadır (11).

Perioperatif bakımda hemşireler, postoperatif semptomların iyileşme üzerine etkisinin farkında olmalıdır. Cerrahi hemşireleri genellikle kurumda gerçekleştirilen kaliteli bakım ve hastanın evde kendi kendine bakımını kolaylaştırmaktan sorumlu olmaktadır (15).

2.7. Günübirlik Cerrahi ve Hemşirelik

Günübirlik cerrahide hemşirelik, geniş bilgi tabanı üzerine inşa edilmiş, bağımsızlığı ve işbirlikçi uygulamayı kapsayan aynı zaman da profesyonellik barındıran bir süreçtir (27). Bu süreçte titiz, dikkatli ve kapsamlı bir perioperatif hemşirelik bakımı hastaların iyileşmesinde önemli rol oynamaktadır (43). Günübirlik cerrahide hemşire, üretkenlik ve maliyet etkililik ile karakterize edilen ortama uyum sağlamaktadır (21). Hemşireler yeniden tasarlanmış bu bakım ortamlarında aktif olarak görev almaktadır (27).

Hemşirelerin günübirlik cerrahide preoperatif hasta hazırlığı, intraoperatif süreç, postoperatif hasta bakımı ve taburculuk eğitimi konusunda gerekli bilgileri bilip uygulamaları esastır (32). Cerrahi hemşirelerinin; hastanın ameliyat öncesi değerlendirilmesi, perioperatif süreç hakkında bilgilendirilmesi, preoperatif hazırlık, intraoperatif cerrahi uygulamaları, hemşirelik bakımı ve olası tıbbi risklerin değerlendirilmesi, hastalara gerekli taburculuk eğitimi verilmesi gibi genel rolleri bulunmaktadır. Bunların yanı sıra, hastalara bireyselleştirilmiş bakım uygulaması, hastaların taburculuk sonrası kendi bakımları için eğitimi, multidisipliner ekip arası etkili ve güvenli iletişimin sağlanması gibi görevleri de bulunmaktadır (9, 29).

Cerrahi tekniklerdeki yenilikler, perioperatif ağrı yönetimi, antiemetik tedavideki gelişmeler daha karmaşık cerrahi prosedürlerin günübirlik uygulanmasına

izin verirken uygulanan bakımın niteliği de değişmektedir (26). Hasta hemşire arasındaki temasın azalması değişikliğe neden olan önemli faktörlerden biri olarak görülmektedir (50). Kısa sürede daha çok hastaya hızlı bakım verilirken, bilinmeyen ve tahmin edilemeyen sorunlarla karşılaşılabilmektedir (27). Bu durumda; hastaların fiziksel, sosyal ve kültürel durumları, olası sorunlar, semptomların değerlendirilmesi ve yönetimi, komorbiditeler günübirlik cerrahide planlama yaparken ve bakım sunarken hemşireye yardımcı olabilecek unsur arasında yer almaktadır (17).

Hastaların ameliyat sürecinde bilgilendirilmeleri ve özellikle taburculuk eğitimi hemşirelerin rollerinin merkezinde yer almaktadır (10, 25). Hemşirelerin hastaların öğrenme ihtiyaçlarını tanıyabilmeleri ve değerlendirebilmeleri beklenmektedir. Literatür günübirlik cerrahide taburculuk eğitiminin sağlanmasında hemşirelerin önemini vurgulamaktadır (10, 18, 19, 20, 24, 25, 32).

Uygun hasta seçimi, preoperatif değerlendirme, etkili perioperatif bakım ve taburculuk eğitimi güvenli ve etkili günübirlik cerrahinin temeli olmaktadır (18, 29).

2.8. Günübirlik Cerrahide Kullanılan Anestezi Yöntemleri

Günübirlik cerrahi girişimlerin temel özelliği hızlı iyileşmedir. Hızlı iyileşmeyi etkileyen önemli faktörlerden biri de kullanılan anestezi yöntemi olmaktadır (32). Günübirlik cerrahide kullanılan anestezi tekniklerinde, anestezinin hızlı başlaması ve etkilerinin çabuk kaybolması, reflekslerin hızla geri gelmesi, mobilizasyon ve idrar çıkışının olması, ameliyat sonrası ağrı ve bulantının iyi kontrol edilmesi beklenmektedir (66). Ayrıca postoperatif komplikasyonların en aza indirilmesi için de uygun anestezi yöntemlerinin kullanımı gerekmektedir (19).

Günübirlik cerrahide kullanılan yaygın anestezi teknikleri; genel anestezi, bölgesel anestezi, lokal anestezi-sedasyon kombinasyonu ve monitörizasyonu içermektedir (38, 67).

2.8.1. Genel Anestezi

Genel anestezi; ağrıya karşı duyarsızlaşma, bilinç ve hareket kaybından oluşan, anestezik ajana bağlı geri dönüşümlü bir durumdur. Hastanın bu süreçte fizyolojik stabilitesi korunmaktadır (68, 69). Entübasyon yoluyla, laringeal maske kullanılarak hava yoluyla ve intravenöz yol ile kullanılan anestezik ajanlar merkezi sinir sistemini

hedef alarak işlev sağlamaktadır (51, 68). Genel anestezide kısa etkili ilaçların kullanımı ve hastalar tarafından daha çok kabul görmesi nedeniyle günübirlik cerrahide sıklıkla tercih edilen bir yöntem olmuştur (32, 66).

2.8.2. Bölgesel Anestezi

Bölgesel anestezinin, günübirlik cerrahide genel anesteziye alternatif olarak oldukça yaygın kullanılan bir yöntem olduğu belirtilmektedir (70). Bu anestezi türü; periferik sinirlerdeki iletimin inhibe edilmesiyle bir organda ortaya çıkan duyu kaybı olarak tanımlanmaktadır (71). Birçok günübirlik cerrahi prosedürde bölgesel anestezi teknikleri daha iyi ve uzun süreli analjezi sağlaması, sedasyon olmaması, daha az postoperatif bulantı-kusma riski taşıması, cerrahi stresi azaltması, erken taburculuk ve genel anestezinin etkilerini ortadan kaldırması nedeniyle daha çok tercih edilmektedir. Ayrıca bu anestezi türünde postoperatif süreçte hastanın bakım ihtiyacı daha az olurken, derlenme süreci de daha hızlı olmaktadır (38, 58).

Bölgesel anestezi; spinal anestezi, epidural anestezi ve lokal infiltrasyon blok yöntemleri ile uygulanmaktadır (32).

Spinal Anestezi

Vücudun alt kısmındaki cerrahi girişimler için sıklıkla kullanılan spinal anestezi, lokal anestezik ajanın subaraknoid aralığa enjekte edilmesiyle uygulanan bir yöntemdir. Yatışlı cerrahi işlemlerde daha yaygın olarak kullanılırken, günübirlik cerrahide kullanımı sınırlıdır (66, 72, 73). Ancak komorbiditesi olan hastalarda perioperatif riskleri minimalize ederken kolaylıkla uygulanabilmesi, düşük maliyet ve erken taburculuk kriterlerine olanak sağlaması yönüyle günübirlik cerrahide başarıyla uygulanabilen bir yöntemdir (28, 66, 73).

Bunların yanı sıra bu anestezi türü hastanın işlem sırasında spontan nefes almasına olanak sağlar ve hastalarda bilinç kaybına neden olmaz. Ayrıca ağrı ve bulantı-kusma gibi postoperatif komplikasyon riski daha az olduğundan, hastalarda derlenme süreci daha hızlı olmaktadır (38, 74).

Epidural Anestezi

Epidural anestezi, lokal anestezik ajanın epidural boşluğa enjekte edilmesiyle gerçekleşir. Epidural boşluğa takılan kateter aracılığıyla; aralıklı bolus, sürekli infüzyon veya hasta kontrollü analjezi iletimi olarak uygulanabilmektedir (75). Bu anestezi türü genellikle büyük cerrahi işlemlerde perioperatif cerrahi stresi ve ameliyat sonrası ağrının şiddetini azaltmak için kullanılmaktadır (76).

İlk tanımlandığından beri epidural anestezi oldukça etkili olarak kabul edilmiştir. Postoperatif analjezi ihtiyacını karşılamada ve doğum analjezisi olarak yaygın kullanılmaktadır. Günümüzde bu anestezi türü majör ameliyatlar sonrası ağrı yönetiminde önemini korumaktadır. Ancak Hızlandırılmış İyileşme Protokolüne dahil edilen daha az invaziv cerrahi teknikler ile kullanımı azalmıştır. Bununla birlikte günübirlik cerrahide de kullanımı sınırlı kalmıştır (77).

Lokal İnfiltrasyon Blok

Bu anestezi türü periferik sinir blokajı olarak da bilinmektedir. İnsizyon öncesi lokal anestezi uygulaması tipik olarak üç nedenden dolayı gerçekleştirilmektedir. İnsizyon anında ağrı uyarılarını engellemek, kanamayı azaltmak ve işlem sonrası analjezi sağlamak amacıyla uygulanmaktadır (19, 75**).** İnsizyon bölgesine anestezik ajanın enjekte edilmesi ile uygulanan bu yöntemin postoperatif analjezi sağlamada son derece etkili bir yol olduğu belirtilmektedir (67).

Bu teknik bölgeye özgüdür ve ameliyat sonrası analjezi sağlaması dışında; cerrahi stresi azaltması, hasta memnuniyetini artırması ve iyileşme sürecini hızlandırması gibi avantajları bulunmaktadır (78, 79).

2.8.3. Lokal Anestezi Sedasyon Kombinasyonu ve Monitörizasyon

Günübirlik cerrahide, lokal anestezi sedasyon kombinasyonu ve monitörizasyonun yaygın kullanılan bir anestezi türü olduğu belirtilmektedir (64). Bu yöntem hasta, cerrah ve anestezi uzmanının iş birliğini gerektirmektedir. Anestezist hastanın sedasyonunu sağlarken, cerrah insizyon bölgesine lokal anestezi infiltrasyonunu gerçekleştirmektedir (65). Sedasyon ilacın uygulanma derecesine göre anksiyolizden genel anesteziye kadar değişen etki göstermektedir. Bir başka deyişle

sedasyon derecesi; hafif, orta ve derin olarak tanımlanmaktadır. Bu esnada monitörizasyon ise anestezi derinliğini ve yeterli düzeyde olup olmadığını anlamada önemli rol oynamaktadır (67, 80).

Amerikan Anestezi Derneği'ne göre bu yöntem; hastaların tek başına sözel komutlara veya hafif dokunsal uyarı eşliğindeki sözlü komutlara yanıt verdiği, sedatif ajana bağlı bir bilinç depresyonu durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu teknikte spontan ventilasyon yeterli olurken kardiyovasküler fonksiyon genellikle korunmaktadır (65). Ayrıca sedasyon ve analjezi uygulanan hastalarda bilinç düzeyinin de dikkatli izlenmesi düzeltici müdahaleler açısından oldukça önemli olmaktadır (81).

Modern bilimde yaşanan gelişmeler ile tıp ve teknolojinin hızla gelişmesi, kısa süreli ameliyatlarda ve aynı gün taburculukta ilerlemeye olanak sağlanmıştır (64). Giderek yaygınlaşan günübirlik cerrahide hastalar, postoperatif dönemde anesteziye ve ameliyata bağlı bazı sorunlar yaşamaktadır (36).

2.9. Günübirlik Cerrahi Sonrası Görülebilecek Sorunlar

Günübirlik cerrahi prosedürlerde görülen yaygın postoperatif sorunlar anesteziye ve cerrahi işleme bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (32).

2.9.1. Ameliyat Bölgesine İlişkin Sorunlar

Günübirlik cerrahide ameliyat sonrası dönemde, cerrahi işleme bağlı olarak; ağrı, cerrahi alan enfeksiyonu, yara açılması, alerjik reaksiyon ve kanama gibi problemler görülebilmektedir (8, 58, 83). Cerrahi yaradaki ağrı, postoperatif dönemde sıklıkla yaşanan önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (17, 32, 47, 82). Kontrol edilemeyen ağrı, yaşam kalitesini ve iyileşmeyi olumsuz etkilerken, taburculuğun gecikmesine ve beklenmeyen hastane yatışlarına yol açabilmektedir (47, 58).

Yara yerine ilişkin olarak görülen kanama ve enfeksiyonun ise sık görülen diğer sorunlar arasında yer aldığı belirtilmektedir (36). Aseptik uygulamalardaki aksamalar ve yetersizlikler (sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemleri ve teknikler), postoperatif dönemde uygun yara bakımının yapılmamasından dolayı hastalar insizyon bölgesinde akıntı-sızıntı ve enfeksiyon gibi sorunlar yaşamaktır (22, 84).

Kanama probleminde, kullanılan ilaçlar, kronik ve kalıtsal hastalıklar postoperatif dönemde risk oluşturan faktörlerdir. Ancak uygulanan cerrahi işlemin kanama riski bu faktörlerden bağımsız olarak mevcuttur. Çünkü cerrahi insizyon esnasında mikro veya makro düzeyde damar yaralanması mutlaka meydana gelmektedir. Günübirlik cerrahi işlemler kanama açısından minimal risk taşıyan işlemler olduğundan kanama kontrolü, baskılı pansuman, dikiş ve koteterizasyon ile sağlanmaktadır (85, 86).

2.9.2. Vital Bulgulara İlişkin Sorunlar

Postoperatif dönemde hastalarda ateş, hipotansiyon, bradikardi ve baş ağrısı gibi sorunlar görülebilmektedir. Ameliyat sonrası ateş erken dönemde genellikle doku travmasına karşı verilen fizyolojik bir yanıttır. Ancak enfeksiyon, apse gibi postoperatif bir komplikasyon belirtisi olarak da karşımıza çıkabilmektedir (87, 88). Buna ek olarak, hipotansiyon ve bradikardi, genel anestezi yönteminde kullanılan anestezik ajanın kalp kası üzerine olan etkisi ve vazodilatasyon nedeniyle görülürken, spinal anestezide ise sempatik sinir blokajının hem hipotansiyona hem de bradikardiye neden olabileceği belirtilmektedir (66).

Spinal anestezi sonrası görülen en yaygın komplikasyonun ise, postdural baş ağrısı olduğu belirtilmektedir. İşlem esnasında duranın hasar görmesi ile ortaya çıkan beyin omurilik sıvısı kafa içi yapılarda çeşitli değişiklere neden olmaktadır. Hastalar genellikle yakıcı bir frontal veya fronto oksipital baş ağrısından şikâyet etmektedir. Bu semptomlara bulantı-kusma ve baş dönmesi eşlik edebileceği belirtilmektedir (88). Hastalar için oldukça rahatsızlık verici olan bu durumun genellikle tedavi olmadan maksimum yedi gün içinde iyileştiği belirtilmektedir (66).

2.9.3. Solunum Sistemine İlişkin Sorunlar

Postoperatif dönemde özellikle genel anestezi alan hastalarda nefes almada zorlanma (89), boğaz ağrısı (18), ses kısıklığı, ses kaybı ve öksürük gibi sorunlar görülmektedir (36, 90). Bu sorunların görülmesinde; anestezi süresi, entübasyon girişimlerinin sayısı, endotrakeal tüpün boyutu ve hacmi gibi faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (90).

Ameliyat sonrası dönemde görülen solunum sistemi sorunlarında anestezi faktörüne ek olarak, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve uyku apnesi gibi

komorbiditeler, bireysel özelliklere ilişkin sigara ve alkol kullanımı gibi istenmeyen davranışlar bu sorunlarının daha fazla görülmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (89, 91). Ayrıca postoperatif dönemde kontrol edilemeyen ağrı ve opioid analjezik kullanımı solunum sistemi sorunlarında risk faktörü olarak görülmektedir (68, 91). Günübirlik cerrahide minimal invaziv cerrahi tekniklerin kullanımıyla yaşanılan ağrı şiddetinde azalma görülmektedir. Ağrı yönetiminde, multimodal ağrı yönetimi tekniklerinin kullanılması ve bölgesel anestezi uygulamalarıyla postoperatif dönemde solunum sistemi sorunlarının görülme riskinin azaldığı belirtilmektedir (68, 89).

2.9.4. Sindirim Sistemine İlişkin Sorunlar

Ameliyat sonrası süreçte sindirim sistemine ilişkin yaygın görülen sorunlardan biri bulantı-kusmadır. Bullantı-kusmaya genellikle anestezik ilaçların neden olduğu belirtilmektedir (9). Anestezik ajanlara ek olarak; ağrı, opioid analjezik kullanımı, preoperatif dönemde fazla sıvı alımı gibi faktörlerde postoperatif dönemde bulantı-kusma riskini artırmaktadır (35). Ameliyat ve anestezi ile ilgili diğer problemler hafiflese bile şiddetli bulantı-kusma durumlarında hastanın taburculuğu gecikmekte ve beklenmedik hastane yatışları olmaktadır (19, 66). Kontrol edilmediği ve aşırı olduğu durumlarda hipovolemi ve dehidratasyon gibi sorunlara yol açmaktadır (35). Günübirlik cerrahide postoperatif bulantı-kusma evde meydana geldiği için genellikle rapor edilemeyen bir durum olmakta ve hastanın iyileşme kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (15). Bulantı-kusmaya ek olarak, hastalarda anestezik ve cerrahi faktörler nedeniyle ameliyat sonrası ilk günlerde iştahsızlık görülebilmektedir (34).

Hastalarda cerrahi işlem sonrası görülen bir diğer sorun ise, konstipasyondur. Bireysel özellikler, beslenme, anestezik ajanlar, analjezik ilaçlar ve cerrahi işlem bu problemin görülmesinde rol oynayan faktörlerdir. Bu sorunun tam bir tanımı olmamakla birlikte algılanması ve yorumlanması kişiler arasında farklılık göstermektedir. Dışkılamada gecikme, dışkılama esnasında acı çekme/zorlu dışkılama, sert ve kuru dışkı gibi farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Önemli bir sorun olan konstipasyon postoperatif dönemde iyileşmeyi ve yaşam kalitesini etkilemektedir (92, 93).

2.9.5. Sinir Sistemi ve Ruhsal Duruma İlişkin Sorunlar

Günübirlik cerrahi işlem sonrası görülen en sık sorunlardan biri anksiyete/korku halidir. Anksiyete; stres ve tehdit durumlarında ortaya çıkan, fizyolojik bileşenleri de içeren psikolojik bir tepki olarak tanımlanmaktadır (94). Günübirlik cerrahide ise müdahalenin kendisi, taburculuğuna eşlik eden belirsizlik, postoperatif dönemde ağrı ve yara bakımı gibi konular, hasta ve hasta yakınları için endişe verici olmaktadır (20, 94). Hastalar ayrıca, günlük yaşama yeniden uyum sağlama ve iyileşme sürecinde doğru davranışları uygulayabilme gibi nedenlerle kaygı yaşarken, bu durum evde profesyonel destek hizmetlerinin eksikliği nedeniyle daha kötü bir hal almaktadır. Anksiyetenin iyileşme üzerine olumsuz etkileri olduğu belirtilmektedir (20, 24).

Günübirlik cerrahi işlem yapılan hastalarda görülen bir diğer sorun ise uyku problemidir. Ameliyat sonrası dönemde sık görülen uyku bozuklukları hastalar üzerinde önemli etkilere sahip olmaktadır. Postoperatif uyku bozukluğu; cerrahi işlem, ağrı, anksiyete, kullanılan anestezi yöntemi, anestezik ajan ve çevresel etkenler gibi birçok faktörden etkilenmektedir (95). Kötü uykunun cerrahi stresle birleşmesi katabolik aktivitenin artmasına neden olurken, doku yıkımın yanı sıra azaltılmış anabolik aktivite ameliyat sonrası iyileşme sürecini etkilemektedir (96). Hastane koşulları gece uykusu için zorlu ortamlar olarak bilinmektedir. Ancak günübirlik cerrahi prosedürler gece hastane yatışı gerektirmez. Böylece hastalarda kaygı riskini ve uyku bozukluğunun daha az olduğu belirtilmektedir (38, 59, 96).

Ameliyat sonrası dönemde görülen diğer sorunlar nörolojik komplikasyonlardır. Anatominin yanlış değerlendirilmesi, anestezinin yanlış yönetimi ve yetersiz anestezi gibi faktörler ekstremitelerde uyuşukluğa neden olmaktadır (71). İleri yaş faktörüyle birlikte genel anestezinin, hastalarda bilişsel fonksiyonlarda gerilemeye neden olabileceği bilinmektedir (97). Nörolojik komplikasyonlar çok endişe verici olup adli sorunlara yol açarken, lokal anestezi ile ilişkili nörolojik sorunların görülme riskinin daha düşük olduğu ifade edilmektedir (43, 71).

2.9.6. Üriner Sisteme İlişkin Sorunlar

Postoperatif dönemde yaygın görülen sorunlardan biri de üriner retansiyondur. Cerrahi işlem yapılan bölge, bireysel özellikler, kullanılan anestezi türü, sıvı alımı,

üriner sistem enfeksiyonu varlığı, komorbidite ve ilaç kullanımı gibi birçok faktör görülmesinde etkili olmaktadır (28, 66, 98). Ayrıca üriner sisteme yapılan işlemlerde enfeksiyon, alt karında ağrı ve idrar yaparken ağrı görülebileceği belirtilmektedir (99).

2.9.7. Kas İskelet Sistemine İlişkin Sorunlar

Postoperatif yorgunluk; biyolojik, fiziksel ve sosyal faktörlerden etkilenmektedir. Cerrahi strese bir yanıt olarak ortaya çıkabilirken, hastanın beslenmesinin bozulması, uyku problemleri, ağrı ve anesteziye bağlı olarak da görülebilmektedir. Hastaların yaşamış oldukları yorgunluğun günlük yaşamları üzerinde büyük etkisi olduğu belirtilmektedir (15, 32). Hastalarda görülen yorgunluk hareket kısıtlılığına neden olurken ağrı, bulantı, anksiyete ve yara yerine ilişkin problemler aktiviteyi kısıtlayan faktörler olmaktadır (34). Ameliyat öncesi fiziksel hareket durumu, yaş ve postoperatif komplikasyon varlığı hastaların günlük yaşam aktivitelere dönüşünü etkileyen diğer etmenler olduğu belirtilmektedir (4).

2.9.8. Dolaşım Sistemine İlişkin Sorunlar

Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalarda düşük riskle de olsa venöz tromboembolizm görülebileceği belirtilmektedir. Özellikle yaşlı ve mobilizasyonunda sorun olan hastalarda bu risk artmaktadır (3). Ayrıca sigara kullanımı, diyabet, hipertansiyon gibi vasküler yapıların zarar görmesine neden olan hastalıkların varlığında risk artarken, pıhtılaşma bozukluğu olan hastalarda risk grubunda yer almaktadır. Trombüs, derin ven trombozu şeklinde karşımıza çıkabileceği gibi venöz sistem içinde hareket edebilmekte ve hayati tehlike yaratabilmektedir (91). Erken mobilizasyon faydalı olmakla birlikte günübirlik cerrahi prosedürlerin kapsamı ve karmaşıklığı venöz tromboembolizm riski taşımaktadır (29).

Sonuç olarak, günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalar taburcu olduklarında cerrahi işlem, anestezi ve hastalarda var olan ilave hastalıklara bağlı sorunlar yaşayabilmektedir. Bu sorunların görülmesinde hastaların yaşı, kronik hastalıkları, ilaç kullanımı, beslenme durumu ve sosyo-kültürel durumunun da etkili olabileceği bildirilmektedir (3, 4, 32, 95).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların ameliyat sonrası ilk yedi günde yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla, tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Etik Kurul ve kurum izni alındıktan sonra, Ankara'nın bir ilçesinde bulunan Nallıhan Devlet Hastanesinde yapılmıştır. Nallıhan Devlet Hastanesi 52 yataklıdır ve artırılabilir 75 yatak kapasitesine sahiptir. Hastane Dahili Klinikler (Çocuk Servisi, Kardiyoloji Servisi, Fizik Tedavi Servisi, İç Hastalıkları Servisi) ve Cerrahi Klinikler (Genel Cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji, Kulak Burun Boğaz (KBB), Üroloji, Göz ve Kadın Doğum Servisi) ile sağlık hizmeti sunmaktadır. 2019 yılında hastaneye yıllık başvuran hasta sayısı 94.237, yatarak tedavi gören hasta sayısı ise 2.117'dir. 2019 yılında ayda ortalama 116,6 hasta yatış verilerek ve günübirlik olarak ameliyat edilmiştir.

Nallıhan Devlet Hastanesi'nin Cerrahi Servisi 16 yatak kapasitesine sahiptir. Bu servis; Genel Cerrahi, Üroloji, KBB, Ortopedi ve Göz Kliniklerinden hastaların yatışlarının yapıldığı karma bir servistir. Klinikte 6 hemşire görev yapmaktadır. Hastanenin Kadın Doğum Servisi 14 yatak kapasitesine sahiptir ve burada 11 hemşire/ebe görev yapmaktadır. Hemşirelerin çalışma vardiyaları 08-16, 16-08 ve 08-08 olarak düzenlenmektedir. 2019 yılında Cerrahi Servisi ve Kadın Doğum Servisinde aylık ortalama 75 hastaya günübirlik cerrahi girişim uygulanmıştır.

Nallıhan Devlet Hastanesi'nin Cerrahi ve Kadın Doğum Servisinde, hastaların yatışları cerrahi işleme göre günübirlik veya uzun süreli olabilmektedir. Genel Cerrahi Kliniğinde herni onarımı, varikoz ven ligasyonu, fissür onarımı, kistlerin çıkarılması, benign tümör ve ben gibi oluşumların eksizyonları ve tanı amaçlı biyopsiler, Üroloji Kliniğinde sistoskopi, üretral dilatasyon ve üriner sisteme ilişkin biyopsiler, Ortopedi Kliniğinde, tırnak batmalarının düzeltilmesi, artroskopik işlemler, kırık redüksiyonları, apse veya hematom drenajları günübirlik işlemler arasında yer almaktadır. Oftalmik cerrahi biriminde, katarakt ve şalazyon ameliyatları günübirlik cerrahi işlemler olarak yapılmaktadır. Kulak Burun Boğaz Kliniğinde yapılan

günübirlik girişimler arasında septoplasti, rinoplasti, septorinoplasti, kulağa tüp takılması, tonsillektomi, endoskopik sinüs cerrahisi, yabancı cisimlerin çıkarılması ve biyopsiler yer almaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde, endometrial biyopsiler, servikal poliplerin çıkarılması, küretaj ve vajinal rekonstrüksiyon işlemleri günübirlik olarak yapılmaktadır. Hastalar cerrahi girişimin yapılacağı gün içerisinde veya daha öncesinde cerrahi hekime başvurmakta, gerekli olan muayene ve testler yapılmakta ve gerekli diğer işlemleri tamamlandıktan sonra hastaların servise yatışı yapılmaktadır.

Günübirlik cerrahi hastalarının, anestezi ve diğer birimlere konsültasyonu Cerrahi ve Kadın Doğum Servisinde yapılmaktadır. Hastalar anestezi uzmanının değerlendirmesinden sonra hekim önerisiyle genel veya bölgesel anestezi ile işleme hazırlanmaktadır. Hastaların preoperatif değerlendirilmeleri ve hazırlıkları servis hemşireleri tarafından yapılmaktadır. Hemşireler, vital bulgular, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, açlık durumu, cerrahi alan hazırlığı gibi konularda hastayı değerlendirmekte ve gerekli durumlarda hekim veya anestezi uzmanıyla iletişime geçmektedir.

Preoperatif hazırlığı tamamlanan hastanın taburculuk eğitimi ameliyat öncesinde başlamaktadır. Cerrahi hemşireleri tarafından hastalara cerrahi işlem, ameliyat sonrası dikkat edilmesi gereken hususlar, beslenme ve fiziksel hareket gibi konularda bilgilendirme yapılmaktadır. İntraoperatif süreci tamamlayan günübirlik cerrahi hastaları, ameliyat sonrası Cerrahi ve Kadın Doğum Servisinde takip edilmektedir.

Postoperatif dönemde klinikte günübirlik cerrahi hastası, ameliyatın özelliğine uygun şekilde yatağa alınmakta ve uygun pozisyon verilmektedir. Hastanın bilinç durumu, vital bulguları ve pansumanları kontrol edilmektedir. Hasta ve yakınlarına hastanın pozisyonu, giyinmesi, beslenmesinin ne zaman başlayacağı ve hangi rejim türünde olacağı konusunda cerrahi hemşireleri tarafından bilgi verilmektedir.

Vital bulguları stabil olan, beslenmesinde sorun olmayan, ağrısı kontrol altına alınmış, kanaması ve intravenöz sıvı ihtiyacı olmayan günübirlik cerrahi hastası hekim tarafında gerekli görülürse pansuman için ve 7-10. günlerde poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edilmektedir. Günübirlik cerrahi hastalarının yatış süreleri kliniklere göre farklılık göstermekle birlikte ortalama 3-6 saat olmaktadır. Kurumda

yalnızca KBB kliniğinde işlem geçiren hastalara yazılı bilgilendirme broşürü verilmektedir. Bu broşür, hasta ameliyat sonrası tekrar servise kabul edildiğinde hastanın kendisine veya yakınına verilmektedir. Broşürde, taburculuk sonrası dikkat edilmesi gereken olası sorunlar, beslenme, pansuman ve poliklinik kontrollerine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni/ Örneklemi

Araştırmanın evrenini 1 Aralık 2020 ile 31 Aralık 2021 tarihleri arasında Ankara Nallıhan Devlet Hastanesi'nin; Genel Cerrahi, KBB, Üroloji, Ortopedi, Kadın-Doğum ve Göz Kliniklerine günübirlik cerrahi girişim nedeniyle başvuran hastalar oluşturmuştur. Hastanede 2019 yılında toplam 900 hastaya günübirlik cerrahi girişim yapılmıştır. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde bu sayı temel alınmıştır. Araştırmanın örneklemini 01.12.2020-31.12.2021 tarihleri arasında günübirlik cerrahi girişim yapılan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmayı kabul eden hastalar 270 hasta oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde evreni bilinen örneklem büyüklüğü hesaplaması yapılmış, %95 güvenle, %5 duyarlılıkla, 0,05 tip I hata payına bağlı kalınarak çalışmanın örneklem büyüklüğü 270 günübirlik cerrahi girişim geçiren hasta olarak hesaplanmıştır.

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

N: Evrendeki birey sayısı (900)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,5)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (0,5)

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

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen duyarlılık (0,05)

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi
- Günübirlik cerrahi işlem planlanması, uygulanması ve aynı gün içerisinde hastanın taburcu olması
- İletişim kurmaya engel bir durumu olmaması
- Psikolojik ve mental problemi bulunmaması
- 18 yaş ve üstü olması

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemesi
- Araştırmanın herhangi bir döneminde ayrılmak istemesi
- Araştırma sürecinde yaşamını yitirmesi
- Telefonla aranması planlanan günlerde (taburculuk sonrası 1.,3. ve 7. günler) en az üç kez aranıp, ulaşılamaması

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacıların deneyimleri ve literatür bilgisine (1, 17, 26 41, 47, 82) dayalı olarak hazırlanan "Tanıtıcı Bilgiler Formu" ve "Ameliyat Sonrası Yaşanabilecek Sorunlar Formu" aracılığıyla toplanmıştır. Tanıtıcı Bilgiler Formu, ameliyat günü yüz yüze, Ameliyat Sonrası Yaşanabilecek Sorunlar Formu ise taburculuk sonrası 1.,3. ve 7. günde telefon ile aranarak doldurulmuştur.

Ameliyat Sonrası Yaşanabilecek Sorunlar Formunda yer alan ağrı şiddetinin belirlenmesinde Visual Analog Skala (VAS) kullanılmıştır (100).

Tanıtıcı Bilgiler Formu

Sosyo-demografik bilgiler ve cerrahi işleme yönelik soruları içeren bu form iki kısımdan oluşmaktadır. İlk bölümde, hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, aktif çalışma durumu ve istenmeyen alışkanlıkları (sigara-alkol kullanımı) sorgulamaya yönelik sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde, işlemi gerçekleştiren bölüm, hastalığın tanısı, geçirilen cerrahi işlem, kullanılan anestezi türü, daha önce

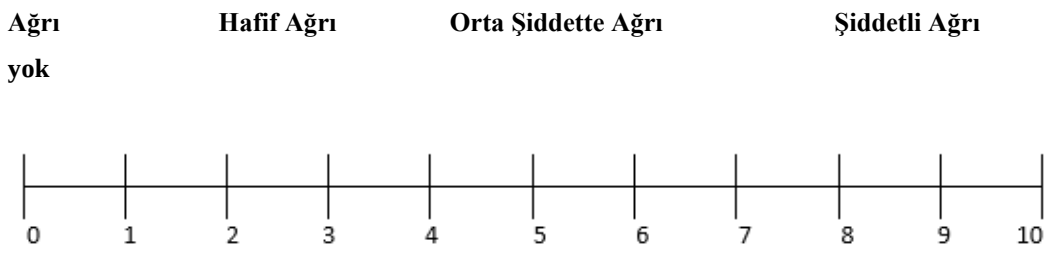
ameliyat olma durumu ve komorbidite durumlarını belirlemeye yönelik sorular mevcuttur. Bu form toplamda 13 soru içermektedir (EK-1).

Ameliyat Sonrası Yaşanabilecek Sorunlar Formu

Soru formu ameliyat bölgesine ilişkin (ağrı, kanama, drenaj), bazı semptomlara ilişkin (baş dönmesi, baş ağrısı, ateş), solunum sistemine ilişkin (nefes almada zorlanma, boğaz ağrısı, öksürük, ses kaybı), sindirim sistemine ilişkin (bulantı- kusma, iştahsızlık, konstipasyon ve gaz çıkışının olmaması), sinir sistemi ve ruhsal duruma ilişkin (uyku problemleri, anksiyete, korku, konuşmada güçlük, hafıza problemleri, ekstremitelerde uyuşukluk), üriner sisteme ilişkin (idrar yaparken ağrı-yanma, sık idrara çıkma, idrar yapamama) ve kas iskelet sistemine ilişkin (yorgunluk, hareket etmede azalma, kas ağrısı) ve diğer problemleri sorgulayan 27 sorudan oluşturulmuştur (EK-2). Bu formda ayrıca bir haftalık süreçte herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna başvuru durumu ile nedenini sorgulayan bir soru bulunmaktadır.

Visual Analog Skala (VAS)

Hastaların taburculuk sonrası 1.,3. ve 7. günde telefon ile arandığında ağrısı olup olmadığı sorgulanmıştır. Ağrısı olan hastaların ağrı şiddetini değerlendirmede, sözel olarak ağrılarına 0 ile 10 arasında puan vermeleri istenmiştir. Daha sonra hastaların ağrı düzeyleri 0= ağrı yok, 1-3= hafif ağrı, 4-6= orta şiddette ağrı, 7-10= şiddetli ağrı olarak kategorilendirilmiştir.



Şekil 3.1. Visual analog skala.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından 1 Aralık 2020 ile 31 Aralık 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma örneklemini, günübirlik cerrahi işlem nedeniyle Cerrahi ve Kadın Doğum Servisine yatışı yapılan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar oluşturmuştur. Araştırmaya katılımı onaylayan hastalar ile günübirlik cerrahi işlemin gerçekleşeceği gün, serviste Tanıtıcı Bilgiler Formu doldurulmuştur. Hastalar, taburculuk sonrası 1.,3. ve 7. günlerde saat 17.00 ile 20.00 saatleri arasında aranarak Ameliyat Sonrası Yaşanabilecek Sorunlar Formunda yer alan sorunların varlığı sorgulanarak cevapları kaydedilmiştir. Hastaların taburculuk sonrası birinci gün aranmasında postoperatif sorunların en fazla birinci günde görülmesi, üçüncü gün aranmasında, cerrahi yaranın iyileşme süreci olan inflamasyon aşaması ve yedinci gün aranmasında ise hastaların iyileşme süreçleri ve dikiş aldırma süreçlerinin 7-10 gün olması etkili olmuştur (30, 44-48).

Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmada kullanılacak veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, 01 Aralık 2020 ile 07 Aralık 2020 tarihleri arasında Nallıhan Devlet Hastanesi Cerrahi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisine günübirlik cerrahi girişim yapılan 10 hastaya ön uygulama yapılmış olup, veri toplama formlarında değişiklik olmadığı için bu hastalar araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

Araştımanın Akış Şeması

Şekil.3.2. Araştırmanın akış şeması.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik uygunluğu Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 03.11.2020 tarih ve 20/1008 sayılı izni ile onaylanmıştır (EK-3-4). Araştırmanın Ankara Nallıhan Devlet Hastanesi'nde yürütülebilmesi için Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden 13.01.2021 tarih ve 90739940-799-E-90739940-799-25 Sayılı izin alınmıştır (EK-5). Araştırmaya dahil edilen hastalara araştırmanın amacı ve uygulanmasına ilişkin gerekli bilgiler verildikten sonra yazılı olarak aydınlatılmış onamları alınmıştır (EK-6). Tüm bunlara ilave olarak, araştırma sırasında Helsinki Bildirgesi'nde yer alan tüm ilkelere uyulmuştur.

3.7. Verilerin Analizi

Çalışma verileri SPSS Statistics (Versiyon 26; IBM, Armonk, NY, USA**)** programına aktarılarak analizler tamamlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, işlemin gerçekleştiği bölüm, kullanılan anestezi türü, daha önce ameliyat olma deneyimi ve kronik hastalık varlığı bağımsız değişken olarak ele alınmıştır. Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunlar ise bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ort±ss) verilmiştir. Bağımsız iki kategorik değişken arasında ilişki olup olmadığı Ki-Kare Testi ile incelenmiş olup Ki-Kare Testi varsayımı sağlanamadığı durumda ise 2x2 tablolarda Fisher'ın Kesin Ki-Kare Testi (Fisher's Exact Test), nxm tablolarda Freeman-Halton Fisher'ın Kesin Ki-Kare Testi (Fisher's Exact Test) kullanılmıştır. Verilerin üç farklı izlemdeki ölçümlerinin karşılaştırılmasında Cochrane Q ve McNemar testleri kullanılmıştır. Taburculuk sonrası yaşanan sorunları etkileyen faktörleri belirleyebilmek için lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece Ankara'ya bağlı bir ilçede bulunan bir devlet hastanesinin cerrahi kliniklerine günübirlik cerrahi girişim için başvuran hastaları kapsamaktadır.

Sadece tek merkezin verilerini yansıtmaktadır. Bu nedenle çalışmanın verilerini tüm günübirlik cerrahi işlem yapılan hastalar için genellememek gerekmektedir.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmadan elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

1. Hastaların tanıtıcı ve tıbbi (komorbidite, cerrahi işlem vs.) özelliklerine ilişkin bulgular

2. Hastaların taburculuk sonrası 1.,3. ve 7. günlerde yaşadıkları sorunlara ilişkin bulgular

3. Hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunları etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analiz bulguları

4.1. Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı ve tıbbi özelliklerinin dağılımları.

Sosyo-demografik özellikler	Sayı (n=270)	Yüzde (%)
Yaş (Ort±SS, Min-Maks (Yıl)	45,40±17,323, 18-85	
Yaş grup		
18-30	67	24,8
31-45	62	23,0
46-64	103	38,1
65 ve üzeri	38	14,1
Cinsiyet		
Erkek	163	60,4
Kadın	107	39,6
Medeni Durum		
Evli	200	74,1
Bekar	70	25,9
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	14	5,2
İlköğretim	145	53,7
Lise	81	30,0
Üniversite	30	11,1
Çalışma Durumu		
Evet	116	43,0
Hayır	154	57,0
Sigara Kullanımı		
Evet	82	30,4
Hayır	188	69,6
Alkol Kullanımı		
Evet	8	3,0
Hayır	262	97,0
Cerrahi İşleme İlişkin Özellikler		
Cerrahi İşlem Yapılan Klinik		
Genel Cerrahi	122	45,2
Ortopedi	46	17,0
Kulak Burun Boğaz/Göz	27	10,0
Üroloji/Kadın Hastalıkları ve Doğum	75	27,8
Tanı		
Yumuşak Doku Bozukluğu	101	37,4
Anormal Uterin ve Vajinal Kanama	37	13,7
Tırnak Bozukluğu	30	11,1
Deri Altı Apse	17	6,3
Diğer*	85	31,5
Yapılan Ameliyat		
Kist-benign tümör çıkarılması	96	35,6
Apse veya hematom drenajı	20	7,4
Yabancı cisim çıkarılması	11	4,1
Tırnak çekimi	30	11,1
Endometrial biyopsi	38	14,1
Sistoskopi	14	5,2
Küretaj	10	3,7
Diğer**	51	18,9
Anestezi Tipi		
Genel	28	10,4
Bölgesel	221	81,9
Lokal infiltrasyon blok	202	91,4
Spinal Anestezi	19	8,6
Sedo-analjezi	21	7,8
Daha Önce Ameliyat Deneyimi		
Var	179	66,3
Yok	91	33,7
Kronik Hastalık		
Var	98	36,3
DM	16	16,3
HT	27	27,6
DM+HT	35	35,7
Diğer***	20	20,4
Yok	172	63,7

* *karpal tünel sendromu, tetik parmak, servikal polip, cilt benign neoplazmı, kronik tonsillit ve diğ. tanılar*
** *karpal tünel gevşetme operasyonu, tetik parmak cerrahisi, polip eksizyonu, tonsillektomi ve diğ., tanılar*
*** *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Kronik Kalp Hastalığı, hipo-hipertiroidi*
Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=Minimum, Maks=Maksimum

Tablo 4.1'de günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların (n=270) tanıtıcı özellikleri ile ilgili bilgilerin frekans ve yüzdelik değerleri yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması hastaların 45,40±17,32'dir. Hastaların %60,4'ü (n=163) erkek, %74,1'i (n=200) evlidir. Hastaların %53,7'si (n=145) ilköğretim mezunudur. Hastaların %57,0'ı (n=154) aktif olarak çalışmamakta ve %30,4'ü (n=82) sigara, %3'ü (n=8) alkol kullanmaktadır. Katılımcıların %45,2'sine Genel Cerrahi kliniğinde işlem yapılmıştır ve %37,4'ünün (n=101) tanısı yumuşak doku bozukluğudur. Hastaların %81,9'una (n=221) bölgesel anestezi uygulanmıştır. Hastaların %66,3'ünün (n=179) daha önce ameliyat deneyimi vardır ve %36,3'ünün (n=98) ise kronik hastalığı bulunmaktadır.

4.2. Hastaların Taburculuk Sonrası 1.,3. ve 7. Günlerde Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Bulgular

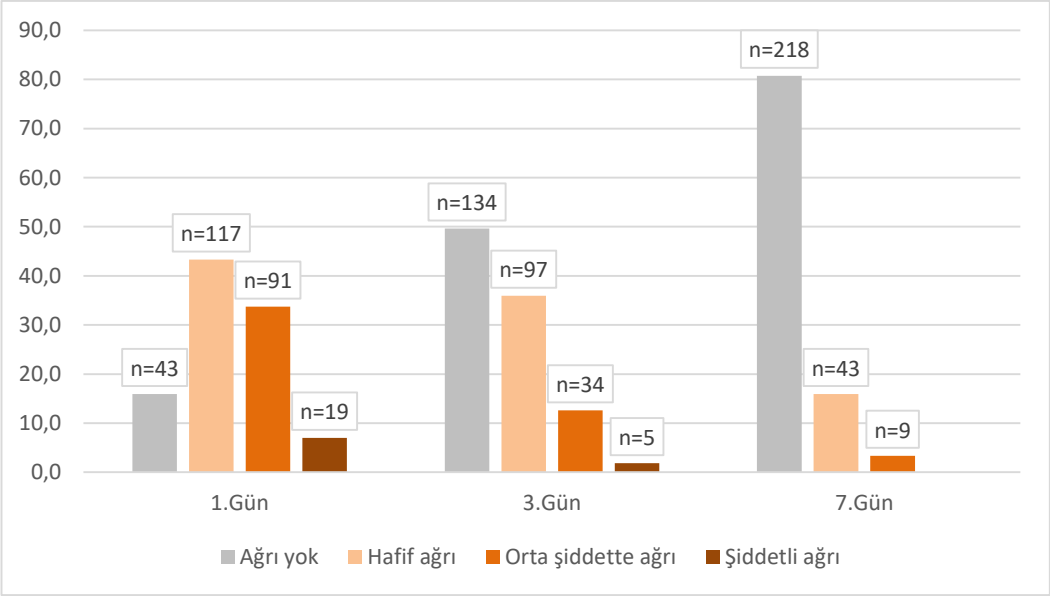
Tablo 4.2. Hastaların taburculuk sonrası 1.,3. ve 7. günde yaşadıkları sorunların dağılımı.

Gelişen Sorunlar	1.gün n(%)	3.gün n(%)	7. gün n(%)	İstatistik
Ameliyat Bölgesinde Ağrı	227 (84,1)	136 (50,4)	52 (19,3)	[a]0,000***
Kanama-Akıntı-Sızıntı	112 (41,5)	57 (21,1)	23 (8,5)	[a]0,000***
Nefes Almada Zorlanma	11 (4,1)	4 (1,5)	-	[b]0,016*
Boğaz Ağrısı	23 (8,5)	11 (4,1)	3 (1,1)	[a]0,000***
Öksürük	19 (7,0)	5 (1,9)	-	[b]0,000***
Ses Kaybı	10 (3,7)	7 (2,6)	-	[b]0,250
Baş Dönmesi	22 (8,1)	3 (1,1)	-	[b]0,000***
Baş Ağrısı	53 (19,9)	17 (6,3)	2 (0,7)	[a]0,000***
Ateş	5 (1,9)	-	-	-
Bulantı-Kusma	25 (9,3)	8 (2,7)	1 (0,4)	[b]0,000***
İştahsızlık	31 (11,5)	12 (4,4)	-	[b]0,000***
Gaz Çıkışının Olmaması	6 (2,2)	1 (0,4)	-	-
Konstipasyon	20 (7,4)	6 (2,2)	-	[b]0,000***
Uyku Problemi	69 (25,6)	32 (11,9)	7 (2,6)	[a]0,000***
Anksiyete-Korku	129 (47,8)	103 (38,1)	49 (18,1)	[a]0,000***
Konuşmada Güçlük	5 (1,9)	5 (1,9)	-	[b]1,000
Ekstremitelerde Uyuşukluk	28 (10,4)	12 (4,4)	-	[b]0,000***
İdrar Yaparken Yanma	13 (4,8)	9 (3,3)	6 (2,2)	[a]0,005**
Sık İdrara Çıkma	9 (3,3)	8 (3,0)	2 (0,7)	[a]0,002**
İdrar Yapamama	1 (0,4)	-	-	-
Yorgunluk	84 (31,1)	33 (12,2)	3 (1,1)	[a]0,000***
Hareket Kısıtlılığı	162 (60,0)	121 (44,8)	55 (20,4)	[a]0,000***
Kas Ağrısı	48 (17,8)	26 (9,6)	8 (3,0)	[a]0,000***

**p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001*
[a]Cohran Q Testi, [b]McNemar Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.2'de hastaların ameliyat sonrası 1.,3. ve 7. günde yaşadıkları sorunların dağılımı ve günlere göre istatistiksel karşılaştırmaları yer almaktadır. Ameliyat sonrası birinci gün hastalar en sık ameliyat bölgesinde ağrı (%84,1, n=227), hareket kısıtlılığı (%60, n=162), anksiyete ve korku (%47,8, n=12) problemi yaşamıştır. Ameliyat sonrası üçüncü günde hastaların %50,4'ü (n=136) ameliyat bölgesinde ağrı, %44,8'i (n=121) anksiyete ve korku, %38,1'i (n=103) kanama-akıntı-sızıntı yaşamıştır.

Ameliyat sonrası yedinci günde ise hastaların %19,3'ü (n=52) ameliyat bölgesinde ağrı, %18,1'İ (n=49) anksiyete ve korku, %8,5'i (n=23) kanama-akıntı-sızıntı problemi yaşamıştır. Hastaların yaşadıkları sorunlar birinci günden yedinci güne doğru azalma göstermiştir (p<0,05).



Şekil 4.1. Taburculuk sonrası 1.,3.ve 7. günlere göre ağrı şiddetinin sınıflandırılması.

Şekil 4.1'de hastaların taburculuk sonrası ilk bir haftada günlere göre (1.,3. ve 7. günde) yaşadıkları ağrı şiddeti bulunmaktadır. Ameliyattan sonraki birinci gününde hastaların %84,1'inde (%43,3'ü hafif, 33,7'si orta ve %7,0'ı şiddetli), üçüncü gününde %50,4'ünde (%35,9'u hafif, 12,6'sı orta ve %1,9'u şiddetli) ve yedinci gününde 19,3'ünde (%15,9'unda hafif, %9'unda orta), çeşitli şiddetlerde ağrı olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.1).

Tablo 4.3. Hastaların taburculuk sonrası ilk yedi günde sağlık kurumuna başvuru durumları ve nedenlerinin dağılımı.

	Evet		**Hayır**	
	n	**%**	**n**	**%**
Sağlık Kuruluşuna Başvurma	82	30,4	188	69,6
Başvuru nedenleri	**n=82***			
Ağrı	3	3,6	267	96,7
Kanama	3	3,6	267	96,7
Pansuman	73	89,0	197	11,0
Enfeksiyon	3**	3,6	267	96,7
Dikiş açılması	2	2,4	268	97,6
Diğer***	2	2,4	268	97,6

** Birden fazla nedenle hastaneye başvurmuştur*
*** Enfeksiyon gelişen bir hastanın servise yatışı yapılmıştır*
**** Alerjik reaksiyon ve tansiyon düşmesi*

Tablo 4.3'te hastaların ameliyat sonrası bir haftalık süreçte hastaneye başvuru durumları ve başvurma nedenleri yer almaktadır. Hastaların %30,4'ü ameliyat sonrasında herhangi bir problem nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Sağlık kuruluşuna başvuran hastaların %3,6'sı ağrı, kanama ve enfeksiyon, %89'u pansuman ve %2,4'ü dikiş açılması ve diğer nedenlerle hastaneye tekrar başvurmuştur.

Hastaların sağlık kuruluşuna başvurularının, geçirilen cerrahi işlem ve kullanılan anestezi türüne göre dağılımları incelenmiş olup Ek olarak sunulmuştur (Bkz. EK-7).

Tablo 4.4. Hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre postoperatif 1., 3. ve 7. günlere de yaşadıkları ağrı, kanama-akıntı-sızıntı, hareket kısıtlılığı ve kas ağrısı sorunlarının istatistiksel karşılaştırılması.

Özellikler	**Ağrı**			**Kanama-Akını- Sızıntı**			**Hareket Kısıtlılığı**			**Kas Ağrısı**		
	1. gün n (%)	3. gün n (%)	7. gün n (%)	1. gün n (%)	3. gün n (%)	7. gün n (%)	1. gün n (%)	3. gün n (%)	7. gün n (%)	1. gün n (%)	3.gün n (%)	7.gün n (%)
Cinsiyet												
Kadın	132 (81,0)	81 (49,7)	34 (20,9)	73 (44,8)	35 (21,5)	13 (8,0)	89_a (54,6)	68 (41,7)	29 (17,8)	42_a (25,8)	22_a(13,5)	7 (4,3)
Erkek	95 (88,8)	55 (51,4)	18 (16,8)	39 (36,4)	22 (20,6)	10 (9,3)	73_b (68,2)	53 (49,5)	26 (24,3)	6_b (5,6)	4_b (3,7)	1 (0,9)
İstatistik x^2; p	2,938; 0,092	0,075; 0,804	0,677; 0,435	1,849; 0,207	0,032; 0,0880	0,156; 0,824	4,995; **0,031***	1,595; 0,214	1,686; 0,218	17,960; 0,000***	7,069; **0,010***	^{e}2,536; 0,152
Yaş												
≤45	112 (86,8)	68 (52,7)	27 (20,9)	68_a (52,7)	39_a (30,2)	15 (11,6)	79 (61,2)	61 (47,3)	27 (20,9)	18 (14,0)	10 (7,8)	3 (2,3)
≥46	115 (81,6)	68 (48,2)	25 (17,7)	44_b (31,2)	18_b (12,8)	8 (5,7)	83 (58,9)	60 (42,6)	28 (19,9)	30 (21,3)	16 (11,3)	5 (3,5)
İstatistik x^2; p	1,393; 0,249	0,542; 0,468	0,444; 0,539	2,837; **0,001****	12,341; **0,001***	3,065; 0,086	0,158; 0,711	0,610; 0,464	0,48; 0,880	2,472; 0,151	1,001; 0,410	^{e}0,349; 0,725
Medeni Durum												
Evli	163 (81,5)	90_a (45,0)	38 (19,0)	80 (40,0)	39 (19,5)	17 (8,5)	109_a(54,5)	76_a (38,0)	39 (19,5)	47_a (23,5)	25_a(12,5)	8 (4,0)
Bekar	64 (91,9)	46_b (65,7)	14 (20,0)	32 (45,7)	18 (25,7)	6 (8,6)	53_b (75,7)	45_b (64,3)	16 (22,9)	1_b (1,4)	1_b (1,4)	0 (0,0)
İstatistik x^2; p	3,817; 0,058	8,900; **0,003****	0,033; 0,861	0,697; 0,481	1,202; 0,308"	0,000; 1,000	9,723; **0,003****	14,486; **0,000*****	0,360; 0,605	17,281; **0,000*****	7,304; 0,008**	^{e}2,885; 0,117
Eğitim Durumu												
İlköğretim/ Okuryazar değil	137 (86,2)	77 (48,4)	31 (19,5)	65 (40,9)	34 (21,4)	16 (10,1)	90 (56,6)	68 (42,8)	33 (20,8)	38_a (23,9)	21_a(13,2)	6 (3,8)
Lise/Üniversite	90 (81,1)	59 (53,2)	21 (18,9)	47 (42,3)	23 (20,7)	7 (6,3)	72 (64,9)	53 (47,7)	22 (19,8)	10_b (9,0)	5_b (4,5)	2 (1,8)
İstatistik x^2; p	1,261; 0,311	0,584; 0,460	0,014; 1,000	0,058; 0,900	0,017; 1,000	1,184; 0,376	1,859; 0,207	0,665; 0,456	0,035; 0,879	9,915; **0,002****	5,689; 0,020	^{e}0,884; 0,477

Tablo 4.4. (Devam) Hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre postoperatif 1., 3. ve 7. günde yaşanılan ağrı, kanama-akıntı-sızıntı, hareket kısıtlılığı ve kas ağrısı istatistiksel karşılaştırılması.

Bireysel Özellikler	**Ağrı**			**Kanama-akıntı-sızıntı**			**Hareket Kısıtlılığı**			**Kas Ağrısı**		
	1. gün n (%)	3. gün n (%)	7. gün n (%)	1. gün n (%)	3. gün n (%)	7. gün n (%)	1. gün n (%)	3. gün n (%)	7. gün n (%)	1. gün n (%)	3. gün n (%)	7. gün n (%)
Çalışma Durumu												
Çalışıyor	98 (84,5)	60 (51,7)	24 (20,7)	51 (44,0)	28 (24,1)	13 (11,2)	75 (64,7)	57 (49,1)	30 (25,9)	11_a (9,5)	8 (6,9)	5 (4,3)
Çalışmıyor	129 (83,8)	76 (49,4)	28 (18,2)	61 (39,6)	29 (18,8)	10 (6,5)	87 (56,5)	64 (41,6)	25 (16,2)	37_b (24,0)	18 (11,7)	3 (1,9)
İstatistik x^2; p	0,025; 1,000	0,149; 0,714	0,268; 0,642	0,517; 0,533	1,119; 0,296	1,886; 0,191	1,836; 0,210	1,537; 0,220	3,781; 0,067	9,573; **0,002****	1,74; 0,216	^{e}1,284; 0,295
Ameliyat Deneyimi												
Var	149 (83,2)	90 (50,3)	35 (19,6)	67 (37,4)	33 (18,4)	15 (8,4)	108 (60,3)	76 (42,5)	38 (21,2)	38_a (21,2)	20 (11,2)	7 (3,9)
Yok	78 (85,7)	46 (50,5)	17 (18,7)	45 (49,5)	2 (26,4)	8 (8,8)	54 (59,3)	45 (49,5)	17 (18,7)	10_b (11,0)	6 (6,6)	1 (1,1)
İstatistik x^2; p	0,276; 0,725	0,002; 1,000	0,029; 0,873	3,591; 0,068	2,283; 0,156	0,013; 1,000	0,025; 0,896	1,193; 0,302	0,241; 0,637	4,328; **0,043**	1,454; 0,279	^{e}1,659; 0,274
Kronik Hastalık												
Var	81 (82,7)	50 (51,0)	22 (22,4)	36 (36,7)	19 (19,4)	9 (9,2)	62 (63,3)	49 (50,0)	19 (19,4)	25_a (25,5)	15_a (15,3)	6_a (6,1)
Yok	146 (84,9)	86 (50,0)	30 (17,4)	76 (44,2)	38 (22,1)	14 (8,1)	100 (58,1)	72 (41,9)	36 (20,9)	23_b (13,4)	11_b (6,4)	2_b (1,2)
İstatistik x^2; p	0,232; 0,730	0,026; 0,900	1,007; 0,338	1,428; 0,250	0,274; 0,644	0,087; 0,0822	0,683; 0,0440	1,672; 0,206	0,092; 0,875	6,293; **0,014***	5,696; **0,020***	^{e}5,341; **0,029***

**p<0,05, **p<0,01*
a-a=İki grup arasında farklılık yok, a-b=İki grup arasında farklılık var
x^2=Ki-Kare Testi, $^e x^2$=Fisher'ın Kesin Ki-Kare Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.4'de hastaların bireysel ve tıbbi özelliklerine göre postoperatif 1.,3. ve 7. günde yaşanan ağrı, kanama-akıntı-sızıntı, kas ağrısı ve hareket kısıtlılığı sorunlarının dağılımı yer almaktadır. Buna göre, erkek hastaların 1. gün hareket kısıtlılığı, kadın hastaların 3. gün kas ağrısı daha fazla olmuştur ($p<0,05$). 45 yaş ve altında olan hastaların 46 yaş ve üzerine göre 1. ve 3. günde kanama-akıntı-sızıntısı daha fazla olurken, bekar hastaların 3. gün ağrısı, evli hastaların ise 1. ve 3. günde kas ağrısı daha fazla olmuştur ($p<0,05$). Okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan hastaların lise ve üniversite mezunu olan hastalara göre 1. ve 3. günde kas ağrısı daha fazla olurken, çalışmayan hastalarda çalışan hastalara göre 1. gün kas ağrısı daha fazla görülmüştür ($p<0,05$). Daha önce ameliyat olan hastaların olmayan hastalara göre 1. gün kas ağrısı, kronik hastalığı olan hastaların ise olmayan hastalara göre 1.,3. ve 7. gün kas ağrısı daha fazla olmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.5. Hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine göre postoperatif 1., 3. ve 7. günde yaşanılan uyku problemi, anksiyete-korku ve yorgunluk sorunlarının istatistiksel karşılaştırılması.

Özellikler	**Uyku Problemi**			**Anksiyete-Korku**			**Yorgunluk**		
	1.gün n (%)	3. gün n (%)	7. gün n (%)	1. gün n (%)	3. gün n (%)	7. gün n (%)	1. gün n (%)	3. gün n (%)	7. gün n (%)
Cinsiyet									
Kadın	38 (23,3)	17 (10,4)	4 (2,5)	76 (46,6)	65 (39,9)	33 (20,2)	60_a (36,8)	26_a (16,0)	3 (1,8)
Erkek	31 (29,0)	15 (14,0)	3 (2,8)	53 (49,5)	38 (35,5)	16 (15,0)	24_b (22,4)	7_b (6,5)	0 (0,0)
İstatistik	1,087; 0,320	0,797; 0,797	^{e}0,031; 0,860	0,219; 0,709	0,521; 0523	1,218; 0,333	6,232; **0,015***	5,330; **0,023***	^{e}1,991; 0,280
Yaş									
≤45	45_a (34,9)	21_a (16,3)	5 (3,9)	72_a (55,8)	58_a (45,0)	27 (20,9)	41 (31,8)	17 (13,2)	1 (0,8)
≥46	24_b (17,0)	11_b (7,8)	2 (1,4)	57_b (40,4)	45_b (31,9)	22 (15,6)	43 (30,5)	16 (11,3)	2 (1,4)
İstatistik x^2; p	11,298; **0,001****	4,634; **0,038***	^{e}1,611; 0,264	6,394; **0,015***	4,860; **0,033***	1,287; 0,272	0,052; 0,895	0,210; 0,712	^{e}0,254; 1,000
Medeni Durum									
Evli	44_a (22,0)	20 (10,0)	4 (2,0)	88_a (44,0)	67_a (33,5)	36 (18,0)	66 (33,0)	27 (13,5)	3 (1,5)
Bekar	25_b (35,7)	12 (17,1)	3 (4,3)	41_b (58,6)	36_b (51,4)	13 (18,6)	18 (25,7)	6 (8,6)	0 (0,0)
İstatistik x^2; p	5,126; **0,027***	2,532; 0,133	^{e}1,073; 0,380	4,413; **0,038***	7,064; **0,010***	0,011; 1,000	1,284; 0,295	1,174; 0,302	^{e}1,062; 0,571
Eğitim Durumu									
İlköğretim/ okuryazar değil	34 (21,4)	19 (11,9)	5 (3,1)	76 (47,8)	64 (40,3)	34 (21,4)	50 (31,4)	20 (12,6)	2 (1,3)
Lise/Üniversite	35 (31,5)	13 (11,7)	2 (1,8)	53 (47,7)	39 (35,1)	15 (13,5)	34 (30,6)	13 (11,7)	1 (0,9)
İstatistik x^2; p	3,538; 0,066	0,004; 1,000	^{e}0,467; 0,704	0,000; 1,000	0,725; 0,445	2,726; 0,110	0,020; 0,895	0,046; 0,853	^{e}0,076; 1,000
Çalışma Durumu									
Çalışıyor	39_a (33,6)	19 (16,4)	4 (3,4)	59 (50,9)	46 (39,7)	20 (17,2)	32 (27,6)	7_a (6,0)	1 (0,9)
Çalışmıyor	30_b (19,5)	13 (8,4)	3 (1,9)	70 (45,5)	57 (37,0)	29 (18,8)	52 (33,8)	26_b (16,9)	2 (1,3)
İstatistik x^2; p	6,954; **0,011***	3,990; 0,057	^{e} 0,590; 0,70	0,775; 0,392	0,196; 0,705	0,113; 0,753	1,179; 0,291	7,258; **0,008****	^{e}0,115; 1,000
Ameliyat Deneyimi									
Var	41 (22,9)	20 (11,2)	6 (3,4)	86 (48,0)	68 (38,0)	32 (17,9)	56 (31,3)	24 (13,4)	3 (1,7)
Yok	28 (30,8)	12 (13,2)	1 (1,1)	43 (47,3)	35 (38,5)	17 (18,7)	28 (30,8)	9 (9,9)	0 (0,0)
İstatistik x^2; p	1,961; 0,185	0,234; 0,691	^{e}1,213; 0,429	0,015; 1,000	0,006; 1,000	0,026; 1,000	0,007; 1,000	0,696; 0,440	^{e}1,542; 0,327
Kronik Hastalık									
Var	21 (21,4)	10 (10,2)	3 (3,1)	41 (41,8)	34 (34,7)	17 (17,3)	34 (34,7)	15 (15,3)	1 (1,0)
Yok	48 (27,9)	22 (12,8)	4 (2,3)	88 (51,2)	69 (40,1)	32 (18,6)	50 (29,1)	18 (10,5)	2 (1,2)
İstatistik x^2; p	1,377; 0,250	0,400; 0,564	^{e}0,134; 1,000	2,176; 0,164	0,778; 0,435	0,066; 0,870	0,921; 0,342	1,364; 0,252	0,066; 0,870

**p<0,05, ***p<0,001, a-a=İki grup arasında farklılık yok, a-b=İki grup arasında farklılık var*
x^2=Ki-Kare Testi, $^e x^2$=Fisher'ın Kesin Ki-Kare Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.5'de hastaların bireysel ve tıbbi özelliklerine göre postoperatif 1.,3. ve 7. günde yaşanan uyku problemi, anksiyete-korku ve yorgunluk sorunlarının dağılımı yer almaktadır. Buna göre, kadın hastaların erkek hastalara göre 1. ve 3. gün yorgunluğu, 45 yaş ve altında olan hastaların 46 yaş ve üzerine göre 1. ve 3. günde uyku problemi ve anksiyete-korkusu daha fazla olmuştur ($p<0,05$). Bekar hastaların evli hastalara göre 1. gün uyku problemi, 1. ve 3. günde ise anksiyete-korkusu daha fazla olmuştur ($p<0,05$). Çalışan hastalarda çalışmayan hastalara göre 1. gün uyku problemi, çalışmayan hastalarda ise çalışan hastalara göre 3. gün yorgunluk daha fazla görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 4.6. Günübirlik cerrahi işlemin yapıldığı kliniklere göre taburculuk sonrası 1., 3. ve 7. gün yaşanılan sorunların istatistiksel önemlilik sonuçları.

Bölümler	Ağrı			Kanama-Akıntı-Sızıntı			Uyku Problemi			Anksiyete Korku			Yorgunluk			Hareket Kısıtlılığı			Kas Ağrısı		
	1.Gün	3.Gün	7.Gün	1.Gün	3.Gün	7.Gün	1.Gün	3.Gün	7.Gün	1.Gün	3.Gün	7.Gün	1.Gün	3.Gün	7.Gün	1.Gün	3.Gün	7.Gün	1.Gün	3.Gün	7.Gün
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Genel Cerrahi	100_{a} (82,0)	$58_{a,b}$ (47,5)	$22_{a,b}$ (18,0)	38_{a} (31,1)	22 (18,0)	10 (8,2)	31 (25,4)	17 (13,9)	5 (4,1)	66 (54,1)	52 (42,6)	27 (22,1)	25_{a} (20,5)	7_{a} (5,7)	1 (0,8)	82_{a} (67,2)	63_{a} (51,6)	$31_{a,b}$ (25,4)	$13_{a,b}$ (10,7)	9 (7,4)	4 (3,3)
Ortopedi	45_{b} (97,8)	33_{c} (71,7)	$12_{a,b}$ (26,1)	$15_{a,b}$ (32,6)	10 (21,7)	4 (8,7)	16 (34,8)	7 (15,2)	0 (0,0)	26 (56,5)	18 (39,1)	3 (6,5)	$10_{a,b}$ (21,7)	$3_{a,b}$(6,5)	0 (0,0)	41_{b} (89,1)	36_{b} (78,3)	18_{b} (39,1)	$11_{b,c}$ (23,9)	8 (17,4)	1 (2,2)
KBB-Göz	$25_{a,b}$ (92,6)	$20_{b,c}$ (74,1)	10_{b} (37,0)	$16_{b,c}$(59,3)	5 (18,5)	0 (0,0)	9 (33,3)	3 (11,1)	1 (3,7)	9 (33,3)	8 (29,6)	3 (11,1)	19_{c} (70,4)	9_{c} (33,3)	1 (3,7)	$19_{a,b}$ (70,4)	$14_{a,b}$ (51,9)	$2_{a,c}$ (7,4)	0_{a} (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Üroloji, KH-Doğum	57_{a} (76,0)	25_{a} (33,3)	8_{a} (10,7)	43_{c} (57,3)	20 (26,7)	9 (12,0)	13 (17,3)	5 (6,7)	1 (1,3)	28 (37,3)	25 (33,3)	16 (21,3)	30_{b} (40,0)	$14_{b,c}$(18,7)	1 (1,3)	20_{c} (26,7)	8_{c} (10,7)	4_{c} (5,3)	24_{c} (32,0)	9 (12,0)	3 (4,0)
İstatistik x^2; p	12,016; **0,007****	23,570; **0,000*****	10,546; **0,014***	18,138; **0,000*****	2,204; 0,534	^{d}3,699; 0,305	5,584; 0,135	2,950; 0,417	^{d}2,923; 0,442	8,900; 0,051	2,621; 0,456	6,901; 0,075	0,487; **0,000*****	20,295; **0,000*****	^{d}2,297; 0,595	54,841; **0,000*****	59,008; **0,000*****	25,142; **0,000*****	21,623; **0,000*****	^{d}7,135; 0,058	^{d}0,768; 0,952

**p<0,05, **p<0,01*
a-a=İki grup arasında farklılık yok, a-b=İki grup arasında farklılık var
x^2=Ki-Kare Testi, $^{e}x^2$=Fisher'ın Kesin Ki-Kare Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.6'da işlemi gerçekleştiren bölüm ile postoperatif 1.,3. ve 7 günde yaşanan sorunlar arasındaki ilişkilerin sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde işlemi gerçekleştiren bölüm ile yaşanan sorunlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre, Ortopedi kliniğinde günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların postoperatif 1.,3. ve 7. günde ağrı, hareket kısıtlılığı ve kas ağrısı, KBB ve Göz kliniklerinde günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların ağrısı (1.,3. ve 7. gün), yorgunluğu (1. ve 3. gün), kanaması (1. gün) daha fazla olmuştur ($p<0,05$). Üroloji/Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniklerinde günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların kanama-akıntı-sızıntısı (1. gün) ve kas ağrısı (1.,3. ve 7 gün) daha fazla olmuştur ($p<0,05$).

4.3. Hastaların Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunları Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analiz Bulguları

Taburculuk sonrası yaşanan sorunlar bağımlı değişken olarak alınarak, kurulan iki model lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenleri içeren tablo ek olarak sunulurken (Bkz. EK-7), sonuçlar aşağıdaki tablolarda ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 4.7. Ağrı, kanama-akıntı-sızıntı, hareket kısıtlılığı, kas ağrısını etkileyen bağımsız değişkenler ve modeldeki katsayılarının anlamlılığı (Model 1).

Bağımsız Değişkenler	B	Std. Hata	Wald	sd	p	Exp (B)	Exp (B) için 95% GA	
							Alt	Üst
Cinsiyet 1	*0,539*	0,596	0,818	1	0,366	1,714	0,533	5,512
Yaş Grubu 1	-0,216	0,490	0,195	1	0,659	0,805	0,308	2,104
Eğitim Durumu 1	-1,269	0,494	6,605	1	**0,010***	0,281	0,107	0,740
Aktif Çalışma Durumu 1	0,263	0,537	0,240	1	0,624	1,300	0,454	3,723
Medeni Durum 1	1,084	0,709	2,338	1	0,126	2,956	0,737	11,863
Anestezi Tipi			0,116	2	0,944			
Anestezi Tipi 1	-19,886	7365,392	0,000	1	0,998	0,000	0,000	
Anestezi Tipi 2	-19,628	7365,392	0,000	1	0,998	0,000	0,000	
İşlemi Gerçekleştiren Bölüm			0,809	3	0,847			
İşlemi Gerçekleştiren Bölüm 1	19,183	5738,380	0,000	1	0,997	214225948,949	0,000	
İşlemi Gerçekleştiren Bölüm 2	-0,943	1,092	0,746	1	0,388	0,389	0,046	3,311
İşlemi Gerçekleştiren Bölüm 3	-0,238	0,554	0,185	1	0,667	0,788	0,266	2,332
Kronik Hastalık Durumu 1	-0,166	0,505	0,108	1	0,742	0,847	0,315	2,278
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu 1	-0,399	0,514	0,604	1	0,437	0,671	0,245	1,837
Sabit	22,348	7365,392	0,000	1	0,998	5078306944,500		

Model Özeti:
x^2=31,145 **p=0,002**** DSO=%90,7
Hosmer and Lemeshow Test; x^2=10,875 p=0,209

Bağımlı Değişken=Ağrı, Kanama-Akıntı-Sızıntı, Hareket Kısıtlılığı, Kas Ağrısı
**p<0,05, **p<0,01, B=Regresyon Katsayısı, Exp (B)=Odds Oranı, Std. Hata=Standart Hata*
sd=Serbestlik Derecesi, p=Anlamlılık düzeyi, GA=Güven Aralığı, DSO= Modelin doğru sınıflama oranı

Tablo 4.7 incelendiğinde, cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, aktif çalışma durumu, medeni durum, anestezi tipi, işlemi gerçekleştiren bölüm, komorbidite durumu, daha önce ameliyat olma durumu bağımsız değişkenleri ve ağrı, kanama-akıntı-sızıntı, hareket kısıtlılığı, kas ağrısı bağımlı değişkeni ile kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (x^2=31,145; p<0,01). Hosmer and Lemeshow uyum iyiliği testi sonucu incelendiğinde ise modelin yeterli uyum iyiliğine sahip olduğu görülmüştür (p>0,05).

Modeldeki bağımsız değişkenlerin katsayı anlamlılıkları incelendiğinde; eğitim durumu katsayısının anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05). Buna göre; lise ve üniversite mezunu olan hastalarda ağrı, kanama-akıntı-sızıntı, hareket kısıtlılığı, kas ağrısı olma olasılığı, okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan hastalara göre 0,281 (Exp (B)) kat azdır.

Tablo 4.8. Uyku problemi, anksiyete-korku, yorgunluğu etkileyen bağımsız değişkenler ve modeldeki katsayıların Anlamlılığı (Model 2).

Bağımsız Değişkenler	B	Std. Hata	Wald	sd	p	Exp (B)	Exp (B) için 95% GA	
							Alt	Üst
Cinsiyet 1	-0,217	0,337	0,416	1	0,519	0,805	0,416	1,557
Yaş Grubu 1	-0,392	0,332	1,396	1	0,237	0,675	0,352	1,295
Eğitim Durumu 1	-0,187	0,309	0,365	1	0,546	0,830	0,453	1,520
Aktif Çalışma Durumu 1	0,158	0,343	0,212	1	0,646	1,171	0,598	2,294
Medeni Durum 1	0,534	0,359	2,211	1	0,137	1,706	0,844	3,448
Anestezi Tipi			8,959	2	0,011			
Anestezi Tipi 1	-2,337	0,925	6,382	1	**0,012***	0,097	0,016	0,592
Anestezi Tipi 2	-1,344	1,054	1,627	1	0,202	0,261	0,033	2,058
İşlemi Gerçekleştiren Bölüm			2,398	3	0,494			
İşlemi Gerçekleştiren Bölüm 1	0,007	0,375	0,000	1	0,985	1,007	0,483	2,098
İşlemi Gerçekleştiren Bölüm 2	-0,242	0,791	0,094	1	0,760	0,785	0,167	3,698
İşlemi Gerçekleştiren Bölüm 3	-0,543	0,374	2,114	1	0,146	0,581	0,279	1,208
Kronik Hastalık Durumu 1	-0,045	0,306	0,022	1	0,883	0,956	0,525	1,741
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu 1	0,096	0,303	0,101	1	0,750	1,101	0,609	1,993
Sabit	2,835	1,029	7,584	1	0,006	17,030		

Model Özeti
x^2=26,708 **p=0,009**** DSO=%61,9
Hosmer and Lemeshow Test; x^2=7,309 p=0,504

Bağımlı Değişken=Uyku Problemi, Anksiyete-Korku, Yorgunluk
**p<0,05, **p<0,001, B=Regresyon Katsayısı, Exp (B)=Odds Oranı, Std. Hata=Standart Hata*
sd=Serbestlik Derecesi, p=Anlamlılık düzeyi, GA=Güven Aralığı, DSO= Modelin doğru sınıflama oranı

Tablo 4.8 incelendiğinde; cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, aktif çalışma durumu, medeni durum, anestezi tipi, işlemi gerçekleştiren bölüm, komorbidite durumu, daha önce ameliyat olma durumu bağımsız değişkenleri ve uyku problemi, anksiyete-korku, yorgunluk bağımlı değişkeni ile kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (x^2=26,708; $p<0,01$). Hosmer and Lemeshow uyum iyiliği testi sonucu incelendiğinde ise modelin yeterli uyum iyiliğine sahip olduğu görülmüştür ($p>0,05$).

Modeldeki bağımsız değişkenlerin katsayı anlamlılıkları incelendiğinde; anestezi tipi katsayısının anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre; regional anestezi yapılan hastalarda uyku problemi, anksiyete-korku, yorgunluk olma olasılığı, genel anestezi yapılan hastalara göre 0,097 (Exp (B)) kat daha azdır.

5. TARTIŞMA

Günübirlik cerrahi, sağlık sistemi içerisinde gerçekleştirilen cerrahi girişimlerin büyük bir payını temsil etmektedir (6, 7, 15, 16). Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalar 24 saatten daha kısa sürede taburcu olurken, hastaların iyileşme süreçleri ev ortamında gerçekleşmektedir (4, 7, 66). Postoperatif süreç, hastaların sosyo-demografik özellikleri, geçirilen cerrahi işlem ve kullanılan anestezi türü gibi birçok faktörden etkilenmektedir (21, 26, 32). Hastaların erken taburculuğu, sağlık profesyonelleri ile iletişimin sınırlı olmasına ve hemşirelik temelli taburculuk eğitimine ayrılan vaktin kısıtlı olmasına neden olmaktadır (10, 26). Tüm bu faktörler günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Çalışmada günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların (n=270), ERAS protokolüne göre kritik bir süre olan ilk bir haftada (30, 31) yaşadıkları sorunlar incelenmiştir.

Bu çalışmada hastaların yaklaşık yarısına (%45,2) Genel Cerrahi kliniğinde cerrahi uygulama yapılmıştır. Literatürde benzer bulguya sahip çalışmalar olmakla birlikte (13, 32), en fazla günübirlik cerrahi girişimin Göz Hastalıkları kliniğinde olduğunu belirten çalışmalarda mevcuttur (3, 6, 101). Bu çalışmada günübirlik cerrahi girişimlerin en fazla genel cerrahi bölümünde yapılmasının nedeni olarak hastanedeki genel cerrahi uzmanlarının diğer birimlere göre daha fazla sayıda olması ve kist-benign tümör eksizyonu, apse veya hematom drenajı ve tırnak çekimi gibi daha basit işlemlerin bu bölümde yapılmasının etkili olduğu düşünülmüştür. En az günübirlik cerrahi girişim gerçekleştiren bölümün KBB ve Göz kliniklerinde olmasında ise, KBB hekimlerinin çalışma sürecinde farklı hastanelere görevlendirilmeleri ve ameliyathanede göz hastalıkları için ayrılan odanın yeterli alet ve ekipmana sahip olmaması yönünde yorumlanmıştır.

Günübirlik cerrahide iyileşme süreçlerini evlerinde geçiren hastalarda fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerden çeşitli sorunlar görülebilmektedir (4, 26, 47). Bu araştırmada hastaların postoperatif 1. günde en fazla yaşadıkları sorun ağrı olmuştur. Bunu sırasıyla, hareket kısıtlılığı, anksiyete-korku, kanama-akıntı sızıntı, yorgunluk uyku problemi, baş ve kas ağrısı takip etmiştir. Değerlendirilen diğer sorunlar daha az görülmekle birlikte, idrar yapamama, konuşmada güçlük ve ateş en az görülen sorunlar arasındadır. Yaşanılan bu sorunlarda postoperatif 1. günden 7. güne doğru istatistiksel

olarak anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2). Manohar ve ark. (2014) yapmış oldukları bir çalışmada, günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların postoperatif 1. günde en fazla yaşadıkları sorunlar, ağrı (%95,4), yorgunluk (%88,6), baş ağrısı (%59), bulantı (%59), kas ağrısı (%54,5) ve boğaz ağrısı (%31,8) olduğu belirtilmiştir (47). Çilingir ve Bayraktar'ın burun ameliyatı geçiren günübirlik cerrahi hastaları ile yapmış oldukları bir çalışmada, hastaların ilk üç gün içinde en fazla ağrı (%96,3), kanama (%81,8), yorgunluk (%81,8) ve uyku sorunları (%76,4) yaşadıkları belirlenmiştir (42). Bu çalışma bulgularının, literatürle ile benzerlik gösterdiği görülmüştür.

Bu çalışmada hastaların ağrı yaşama oranı yüksek bulunurken, bulantı-kusma yaşama oranı oldukça düşük bulunmuştur. Literatürde ağrı ve bulantı-kusmanın yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir (19, 82). Bulantı-kusmaya anestezik ajanların ve ağrı yönetiminde kullanılan opioid analjeziklerin neden olduğu düşünülmektedir (9, 18). Bu çalışmada postoperatif dönemde bulantı-kusma sorununun daha az görülmesinde, çalışmaya katılan hastalara genellikle bölgesel anestezi altında minör cerrahi işlem yapılmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hastalar ağrı sorununu en fazla postoperatif 1. günde yaşarken, bir haftalık süre içerisinde genellikle hafif ve orta düzeyde ağrı yaşamışlardır (Bkz. Şekil 4.1). Ortopedi ve KBB-Göz kliniklerinde işlem geçiren hastaların ağrı sorununu daha fazla yaşadıkları görülmüştür. Mwaka ve ark. (2013) günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalar ile yapmış oldukları bir çalışmada Genel Cerrahi, Göz ve Ortopedi kliniklerinde işlem geçiren hastaların ağrı yaşama oranları ve ağrı şiddetleri daha yüksek bulunmuştur (45). Bu bulguyu destekler nitelikte literatürde, günübirlik ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların daha fazla ağrılarının olmasının beklendiği belirtilmektedir (2, 47). Bu çalışmada benzer şekilde ortopedik cerrahi işlemlerin postoperatif dönemde daha fazla ağrı yaşamaya neden olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada ağrı postoperatif 1.,3. ve 7. günde en fazla görülen sorun olmuştur. Günübirlik cerrahi işlemlerin başarısının en önemli göstergelerinden birinin ameliyat sonrası ağrı kontrolü ve buna bağlı yan etkilerin en aza indirilmesine bağlı olduğu belirtilmektedir (10, 13, 58). Cerrahi işlem sonrası ağrı kontrolü, hastanın iyileşme ve günlük yaşam aktivitelerine dönüş süresini kısaltmaktadır (19). Literatür postoperatif dönemde ağrı kontrolünde perioperatif dönemdeki hemşirelik eğitiminin

önemine vurgu yapmaktadır (102, 104). Günübirlik cerrahi hastalarında, taburculuk sonrası ağrı yönetimi konusunda yapılacak eğitimin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada taburculuk sonrası (1.,3.ve 7. günde) ağrıdan sonra hastalarda en fazla görülen sorun hareket kısıtlılığı olmuştur. Hastalar hareket kısıtlılığı sorununu en fazla 1. günde yaşarken, bir haftalık süreçte görülme oranının giderek azaldığı belirlenmiştir. Bu çalışmanın aksine, Tran ve ark. (2014) günübirlik inguinal herni ve laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalar ile yapmış oldukları bir çalışmada, hastaların önemli bir kısmının (%33) ameliyattan 2 ay sonra ameliyat öncesi fiziksel aktivitelerine dönemedikleri belirtilmiştir (4). Burada geçirilen cerrahi işlem çeşidinin, hastalarda hareket kısıtlılığı görülmesinde ve süresinde etkili olabileceği yönünde yorumlanmıştır.

Çalışmada erkek hastaların postoperatif 1. günde hareket kısıtlılığının daha fazla olduğu görülmüştür. Literatürde bu bulguyu tartışabileceğimiz bilgiye rastlanmadığından, hareket kısıtlılığı sorununun bireysel özelliklerden etkilenebileceği düşünülmüştür. Çalışmada ayrıca, Ortopedi kliniğinde günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların 1.,3. ve 7. günde hareket kısıtlılığı yaşama oranları diğer kliniklere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun ortopedik cerrahi işlemlerin daha fazla ağrılı olması ile ilişkili olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Hastaların fiziksel hareket esnasında ağrı yaşamalarının hareket kısıtlılığı sorununa neden olabileceği yönünde yorumlanmıştır. Literatürde, cerrahi işlem geçiren hastalarda şiddetli ağrı, bulantı, anksiyete-korku ve yara yeri ile ilişkili sorunlar dolayısıyla hareket kısıtlılığı görülebileceği belirtilirken, bu sorunların hastaların günlük yaşamlarına dönüşte gecikmeye yol açabileceği vurgulanmaktadır (21, 34, 46). Bu çalışmanın sonuçları da literatürle benzerlik göstermektedir.

Günübirlik cerrahi işlemlerde, doku travmasına bağlı olarak yara yeri ile ilişkili sorunlarla karşılaşılabilmektedir (4, 36). Bu çalışmada hastaların sık yaşadıkları sorunlardan biri de yara alanındaki kanama-akıntı-sızıntı olmuştur. Çilingir ve Bayraktar'ın (2009) yapmış oldukları bir çalışmada, günübirlik burun ameliyatı geçiren bireylerin ilk üç gün içinde kanama yaşama oranları %81,8 bulunurken, akıntı-sızıntı yaşama oranı ise %74,5 olduğu bulunmuştur (42). Bu çalışmada benzer şekilde KBB ve Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniklerinde işlem geçiren hastaların (1. gün) daha fazla kanama-akıntı-sızıntı sorunu yaşadığı görülmüştür. Ayrıca 45 yaş ve altında

olan bireylerde sorunun görülme oranı daha fazla bulunmuştur. Çay'ın (2011) yapmış olduğu bir çalışmada, günübirlik cerrahi girişim geçiren 39 yaş ve altındaki bireylerde kanama-akıntı-sızıntı yaşama oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışma bulgusunun nedeni olarak, jinekolojik cerrahi girişim geçiren hastaların yaş grubunun çoğunlukla 39 yaş ve altında olması gösterilmiştir (105). Çalışmamızın bulguları, bu araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir. Bu çalışmada da, kanama-akıntı-sızıntı probleminin görülmesinde, yaş grubu ve işlemi gerçekleştiren bölümün etkili olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada sık yaşanan bir diğer sorun ise, kas ağrısıdır. Manohar ve ark. (2014) günübirlik cerrahi işlem geçiren hastalarla yapmış oldukları bir çalışmada, postoperatif 1. gün hastaların %54,4'ü kas ağrısı sorunu yaşarken, 3. ve 7. günlerde bu oran sırasıyla %40,9 ve %22,7 olarak bulunmuştur (47). Bu çalışmada sorunun görülme oranı daha fazla bulunurken, bir haftalık süreçte azalması çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda, Ortopedi ve Üroloji-Kadın Hastalıkları/Doğum kliniklerinde işlem geçiren hastaların postoperatif 1.,3. ve 7. günlerde kas ağrısı daha fazla olmuştur. Literatürde bununla ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bulgular, Ortopedi kliniğinde yapılan ameliyatların kas-iskelet sistemi ile ilgili olması, Üroloji kliniğinde yapılan ameliyatların genellikle mesane üzerine olmasına, Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde ise genellikle endometriuma işlem yapılmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu çalışmada, daha önce ameliyat olan hastalarda (1. günde) ve kronik hastalığı olan hastalarda (1.,3. ve 7. günde) kas ağrısı sorunu daha fazla görülmüştür. Brodsky ve Ehrenwert'in (1980) yapmış oldukları bir çalışmada kas ağrısı sorununun, yaş, cinsiyet, anestezi tekniği, cerrahi işlemin türü, süresi, hastanın işlem sırasındaki pozisyonu, postoperatif bakımı ve mobilizasyonunun etkili olabileceği bulunmuştur (106). Bu çalışmada, çalışmamızla benzer şekilde bireysel ve cerrahi/tıbbi faktörlerin kas ağrısı sorunu görülmesinde etkili olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada hastalar uyku problemini en fazla postoperatif 1. günde yaşarken, bu sorun bir haftalık süreç içerisinde giderek azalma göstermiştir. Bulgularımızla benzer şekilde, Kain ve Caldwell-Andrews'in (2003) günübirlik cerrahi hastaları üzerine yapmış oldukları bir çalışmada hastalar ameliyat sonrası 2. günde değerlendirilmiştir. Hastaların yaklaşık %23'ünün ameliyat sonrası dönemde uyku

problemi yaşadığı bulunmuştur (107). Bu çalışmada 45 yaş ve altında olan hastalarda postoperatif dönemde (1. ve 3. günde) daha fazla uyku problemi görülmüştür. Tegegne ve Alemnew'in (2022) postoperatif kötü uyku kalitesi ile yaş arasında ilişki olduğu görülmüştür (108). Bu bulgu çalışmamızı destekler niteliktedir.

Bu çalışmada genel anestezi ile yapılan işlemlerde, uyku problemi yaşama oranı daha fazla bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.8). Çalışmanın bulgularına benzer olarak, Matilla ve ark. (2005) yapmış oldukları bir çalışmada, genel anestezinin diğer anestezi türlerine kıyasla uyku problemi riskini artırdığı söylenmiştir. Farklı olarak ise, genel anestezi regional anestezi ile kıyaslandığında anlamlı bir fark bulunamamıştır (44). Burada genel anestezi altında yapılan günübirlik cerrahi işlemlerde, hastaların ağrılarının ve genel anestezinin diğer yan etkileri nedeniyle daha fazla uyku problemi yaşamış oldukları düşünülmektedir.

Araştırmada, hastaların en fazla postoperatif 1. günde anksiyete-korku sorunu yaşadıkları bulunmuştur. Nilsson ve ark. (2019) yapmış oldukları bir çalışmada, günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalar 14 gün boyunca mobil uygulamayla takip edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre hastaların psikolojik olarak rahatlamada güçlük çekme oranları en fazla postoperatif 1. günde olduğu bulunmuştur (32). Bu bulgu çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırma bulgularına göre 45 yaş ve altında olan hastaların postoperatif dönemde (1. ve 3. günde) anksiyete-korku yaşama oranları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmanın bulgularından farklı olarak, Yılmaz ve ark. (2014) yapmış oldukları bir çalışmada ileri yaştaki hastaların postoperatif dönemde kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (109). Çalışmamızda aynı zamanda, genel anestezi alan hastalarda anksiyete-korku görülme oranı daha fazla bulunmuştur. İlgili literatürde bununla ilgili bilgiye rastlanmamıştır. Hastaların taburculuk sonrası anksiyete-korku yaşamalarında, yaş gibi bireysel özelliklerin yanı sıra, kullanılan anestezi türü ve buna bağlı yan etkilerinde etkili olabileceği yönünde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda postoperatif dönemde hastalarda görülen bir diğer sorun yorgunluktur. Zaman içinde görülme oranı giderek azalmıştır. Çay'ın (2011) yapmış olduğu çalışmada, günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların %18,4'ü postoperatif 1. günde yorgunluk yaşarken, %2,2'si postoperatif 5. günde yorgunluk yaşamıştır (105). Çalışmamız bu bulgularla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada, KBB kliniğinde işlem geçiren ve genel anestezi alan hastaların postoperatif 1. ve 3. günde yorgunluğu daha fazla olmuştur. Bu durumun KBB kliniğinde işlem geçiren hastaların, çoğunlukla genel anestezi ile ameliyat olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Postoperatif yorgunluğun genel anestezi ile yapılan ameliyatlarda görülme riskinin daha yüksek olması beklenirken, lokal anestezi ile yapılan ameliyatlar sonrası da görülebileceği belirtilmektedir (32).

Ameliyat sonrası sağlık kuruluşuna yeniden başvuru önemli mali yük teşkil ederken, postoperatif sorunlarla yakından ilişkili olmaktadır (39). Günübirlik cerrahi girişimlerde hastaneye yeniden hastaneye yatma oranlarının düşük olduğu belirtilmektedir (26, 33). Bu çalışmada hastaların %30,4'ü bir haftalık süre içerisinde çeşitli nedenlerle sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Enfeksiyon nedeniyle hastaneye başvuran bir hastanın servise yatışı yapılmıştır (Bkz. Tablo 4.3). Matilla ve ark. (2005) günübirlik cerrahi hastaları ile yapmış oldukları bir çalışmada, hastaların %1,5'i enfeksiyon, kanama ve idrar yaparken zorlanma gibi nedenlerle sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır. Ayrıca enfeksiyon nedeniyle başvuran dokuz hastanın hastaneye yatışı yapılmıştır (44). Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun pansuman nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurduğu göz önüne alındığında literatürle benzer şekilde başvuru oranının düşük olduğu görülmüştür. Ancak günübirlik cerrahi hastalarının profesyonel destek almadan, iyileşme süreçlerini evlerinde geçirdikleri düşünüldüğünde bu konu önemini korumaktadır.

Sonuç olarak, bu araştırmada, günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalarla yüz yüze görüşerek ve taburculuk sonrası telefonla izleyerek ilk bir haftada yaşadıkları sorunlar belirlenmiş ve bu sorunların zaman içerisinde anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların yaşadıkları sorunlar göz önüne alınması ve bu sorunlara yönelik çözüm önerilerinin hastaların taburculuk eğitimine ve taburculuk sonrası izlemlerine dahil edilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların postoperatif ilk bir haftada yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan hastaların %52,2'si 46 yaş ve altında, %60,4'ü erkek ve %74,1'i evlidir. Hastaların %53,7'si ilköğretim mezunu ve %57,0'ı çalışmamaktadır.
- Hastaların %45,2'si Genel Cerrahi Kliniğinde ve %81,9'una bölgesel anestezi ile cerrahi işlem uygulanmıştır. Hastaların %66,3'ünün daha önce ameliyat deneyimi bulunmaktadır.
- Hastaların postoperatif 1. günde sorun yaşama oranları daha yüksek olup, zaman içinde anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$).
- Hastalar postoperatif 1. günde en fazla ağrı (%84,1), hareket kısıtlılığı (%60,0), anksiyete-korku (%47,8), kanama-akıntı-sızıntı (%41,5) ve uyku problemi (%25,6) yaşamıştır.
- Hastaların postoperatif 1. günde sorun yaşama oranları daha yüksek olup, zaman içinde anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$).
- 45 yaş ve altında olan hastaların, 46 yaş ve üzerinde olan hastalara göre, postoperatif 1. ve 3. günde daha fazla kanama-akıntı-sızıntı, uyku problemi ve anksiyete-korku yaşadıkları belirlenmiştir ($p<0,05$).
- Kulak Burun Boğaz ve Ortopedi kliniklerinde işlem geçiren hastaların postoperatif bir haftalık süre içerisinde ağrıları daha fazla olmuştur ($p<0,05$).
- Ortopedi kliniğinde işlem geçiren hastaların postoperatif bir haftalık süre içerisinde hareket kısıtlılığı daha fazla olmuştur ($p<0,05$).
- Ortopedi ve Üroloji-Kadın Doğum kliniklerinde işlem geçiren hastaların bir haftalık süre içerisinde kas ağrıları daha fazla olmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların %30,4'ü bir haftalık süre içerisinde çeşitli nedenlerle sağlık kuruluşuna tekrar başvurmuştur.

Araştırmanın lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre ise

- Lise ve üniversite mezunu olan hastalarda ağrı, kanama-akıntı-sızıntı, kas ağrısı olma olasılığı, okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan hastalara göre daha az bulunmuştur ($p<0,05$).
- Bölgesel anestezi ile işlem yapılan hastalarda uyku problemi, anksiyete-korku ve yorgunluk olma olasılığı, genel anestezi ile işlem yapılan hastalara göre daha az bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırma sonuçlarımıza göre, günübirlik cerrahi girişim geçiren hastalar postoperatif süreçte bazı sorunlar ile karşılaşırlar. Bu sorunlar hastaların bireysel özellikleri ve cerrahi/tıbbi özelliklerinden etkilenmektedir. Genellikle hastane başvurusu gerektirmeyen bu problemlerin iyi yönetilememesi ve profesyonel destek hizmeti eksikliği nedeniyle hastaların iyileşme süreçlerini olumsuz etkilerken, hastaneye tekrarlı başvuruları artırabileceği düşünülmektedir.

6.2. Öneriler

- Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların, taburculuk sonrası yaşayabilecekleri sorunlar ve bu sorunları çözümleyebilmelerine ilişkin evde takiplerinin yapılması ve danışmanlık hizmeti verilmesi,
- Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların yaşadıkları sorunların belirlendiği çok merkezli çalışmaların yapılması,
- Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların yaşadıkları bu sorunların taburculuk eğitimlerinde ele alınması,
- Yaşanabilecek sorunlar ve çözüm önerileri ile ilgili yazılı ve görsel eğitim materyallerinin geliştirilerek hasta eğitimlerinde kullanılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Çilingir D, Bayraktar N. Günübirlik Cerrahi Süreci ve Hemşirelik Bakımı. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;69-81.
2. Berg K, Idvall E, Nilsson U, Unosson M. Postoperative Recovery After Different Orthopedic Day Surgical Procedures. İnternational Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing. 2011;15:165-175.
3. Whippey A, Kostandoff G, Paul J, Ma J, Thabane L, Ma H. Predictors of unanticipated admission following ambulatory surgery: a retrospective case-control study. Can J Anesth/ J Can Anesth. 2013;60:675-683.
4. Tran T, Kaneva P, Mayo N, Friend G, Feldman L. Short-Stay Surgery: What Really Happens After Discharge? Surgey. 2014;156(1):20-27.
5. Kurtoğlu G, Erdağ TK. Kulak burun boğazda günübirlik cerrahi uygulamaları. Ihtis derg. 2016;26(2):123-128.
6. Steiner, CA., Karaca, Z., Moore, BJ., Imshaug, MC., Pickens, G., Surgeries in Hospital-Based Ambulatory Surgery and Hospital Inpatient Settings, 2014. Healthcare Cost and Utilization Project. Statistical Brief#223 [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 3 Haziran 2021]. Erişim adresi: https://europepmc.org/article/nbk/nbk442035
7. Venclauskas L, Llau JV, Jenny JY, Andersen P, Jans Q. European guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis; Day Surgery and Fast-Track Surgery. Eur J Anaesthesiol. 2018;35:134-138.
8. Mathis M, Naughton N, Shanks A, Freundlich R, Pannucci C, Chu Y, Haus J, Morris M, Kheterpal S. Patient Selection for Day Case-Eligible Surgery. Identifying Those at High Risk for Major Complications. Anesthesiology. 2013;119(6):1310-21.
9. Dığın F, Özkan Z. Outpatient Surgery. Chernopolski PM, Shapekova NL, Ak B, Sançar B. Advances in Health Sciences Research. Sofia; T. Kliment Ohridski University Press: 2020.
10. Mitchel M. Home Recovery Following Day Surgery. Cirugia Mayor Ambulatoria. 2013;18(4):158-174.
11. Rajala M, Kaakinen P, Fordell M, Kääriäinen M. The quality of patient education in day surgery by adult patients. Journal of PeriAnesthesia Nursing. 2018;33(2):177-187.
12. American Hospital Association. Utilization and Volume. In: Trends Affecting Hospitals and Health Systems [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi Eylül 2021]. Erişim adresi: www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/ch3.shtml
13. Lemos P, Pinto A, Morais G, Pereira J, Loureiro R, Teixeira S, ve ark. Patient satisfaction following day surgery. Journal of Clinical Anesthesia. 2009; 21:200-205.

14. Dodaro CA, Grifasi C, Conte DL, Romagnuola R. Advantages and disadvantages of day surgery in a department of general surgery. Ann. Ital. Chir. 2013;84:441-444.

15. Forren JO, Reed DB, Rush C. Postoperative Distress of Orthopedic Ambulatory Surgery Patients. AORN Journal. 2017;105(5):464-477.

16. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı 2014 [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi Aralık 2022]. 2014pdf.pdf (saglik.gov.tr)

17. Rosén HI, Bergh IHE, Schwartz-Barcott D, Mårtensson LB. The Recovery Process After Day Surgery Within the Symptom Management Theory. Nursing Forum. 2014;49(2):100-109.

18. Darwin L. Patient selection for day surgery. Anaesth Intensive Care Med. 2016; 17:151-154.

19. Lee JH. Anesthesia For Ambulatory Surgery. Korean Journal of Anesthesiology. 2017;70(4):398-406.

20. Boughton M, Halliday L. Home alone: patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. Contemporary Nurse. 2009;33(1):30-40.

21. Berg K, Arestedt K, Kjellgren K. Postoperative Recovery from the Perspective of Day Surgery Patients: A Phenomenographic Study. İnternational Journal of Nursing Studies. 2013;50:1630-1638.

22. Armstrong KA, Coyte PC, Brown M, Beber B, Semple JL. Effect of Home Monitoring via Mobile App on the Number of In-Person Visits Following Ambulatory Surgery. A Randomized Clinical Trial. JAMA Surg. 2017;152(7):622-627.

23. Bopp C, Hofer S, Klein A, Weigand M, Martin E, Gust R. A liberal Preoperative Fasting Regimen İmproves Patient Comfort and Satisfaction with Anesthesia Care in Day-Stay Minor Surgery. Minerva Anestesiol. 2009; 75:1-8.

24. Özkan S, Yılmaz E. Learning Needs of Surgical Patient. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;18(2):107-115.

25. Özşaker E, Durak H, Canbazoğulları Ü. Günübirlik Cerrahide Hastaların Ameliyat Sonrasına İlişkin Endişelerinin İncelenmesi. J Contemp Med 2019;9(1):100-105.

26. Stessel B, Fiddelers AA, Joosten EA, Hoofwijk DMN, Gramke H, Buhre W. Prevalence and Predictors of Quality of Recovery at Home After Day Surgery. Medicine. 2015;94(39):1-10.

27. Mastal M, Matlock AM, Start R. Ambulatory Care Nurse-Sensitive Indicators Series: Capturing the Role of Nursing in Ambulatory Care- The Case for Meaningful Nurse-Sensitive Measurement. Nursing Economics. 2016;34(2):92-97.

28. Michael F, Mulroy MD, Susan B, Mcdonald MD. Regional anesthesia for outpatient surgery. Anesthesiology Clinics of North America. 2003;21:289-303.

29. Bailey CR, Ahuja M, Bartholomew K, Bew S, Forbes L, Lipp A, ve ark. Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. Anaesthesia. 2019;74:778-792.

30. Birlikbaş S, Bölükbaş N. ERAS Rehberleri Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi. 2019;2(3):194-205.

31. Çilingir D, Candaş B. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü ve Hemşirenin Rolü. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;20(2):137-143.

32. Nilsson U, Jaensson M, Dahlberg K, Hugelius K. Postoperative Recovery After General and Regional Anesthesia in Patients Undergoing Day Surgery: A Mixed Methods Study. Journal of PeriAnesthesia Nursing. 2019;34(3):517-528.

33. Matilla K, Lahtela M, Hynynen M. Health-related quality of life following ambulatory surgery procedures: assessment by RAND-36. BMC Anesthesiology. 2012;12(30):1-6.

34. Rosén HI, Bergh IH, Lundman BM, Mårtensson LB. Patients' experiences and perceived causes of persisting discomfort following day surgery. BMC nursing. 2010;9(1):1-8.

35. Öbrink E, Jildenstal P, Oddby E, Jakobsson JG. Post-operative nausea and vomiting: Update on predicting the probability and ways to minimize its occurrence, with focus on ambulatory surgery. International Journal of Surgery. 2015;15:100-106.

36. Jaensson M, Dahlberg K, Eriksson M, Nilsson U. Evaluation of postoperative recovery in day surgery patients using a mobile phone application: a multicentre randomized trial. British Journal of Anaesthesia. 2017;119(5):1030-8.

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

38. Akçalı DT, Coşkun D, Çelebi H. Günübirlik Anestezi Prensipleri. Anestezi Dergisi. 2009;17(3):117-132.

39. Rothenberg KA, Stern JR, George EL, Trickey AW, Morris AM, Hall DE, ve ark. Association of Frailty and Postoperative Complications With Unplanned Readmissions After Elective Outpatient Surgery. JAMA Network Open. 2019;2(5):1-13.

40. Cox H, O'Connell B**.** Recovery from gynaecological day surgery: are we underestimating the process. Ambulatory Surgery. 2003;10(3):114-121.

41. Erkal S. Patients' experiences at home after day case cystoscopy. Journal of clinical nursing. 2007;16(6):1118-1124.

42. Çilingir D, Bayrakyar N. Burun Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası İlk Üç Gün İçinde Evde Yaşadıkları Sorunlar ve Bu Sorunların Çözümlenmesine Yönelik Uygulamaları. Turkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2009;1(2):71-80.

43. Mohamed EE, Muhammad ZE, Safwat AS, Elmohsen SA. The effect of Nursing Intervention Protocol About Laparoscopic Urological Surgery on Nurse's Performance and Patient Outcome. Assiut Scientific Nursing Journal. 2020;8(20):96-104.

44. Mattila K, Toivonen J, Janhunen L, Rosenberg PH, Hynynen M. Postdischarge Symptoms After Ambulatory Surgery: First-Week Incidence, Intensity, and Risk Factors. Anesth Analg. 2005;101:1643-50.

45. Mwaka G, Thikra S, Mung'ayi V. The prevalence of postoperative pain in the first 48 hours following day surgery at a tertiary hospital in Nairobi. African Health Sciences. 2013;13(3):768-776.

46. Gerbershagen HJ, Aduckathil S, Van-Wijck AJ, Peelen LM, Kalkman CJ, Meissner, W. Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. Anesthesiology. 2013;118(4):934-944.

47. Manohar A, Cheung K, Wu CL, Stierer TS. Burden Incurred by Patients and Their Caregivers After Outpatient Surgery. Clinical Orthopaedics and Related Research. 2014;472(5):1416-1426.

48. Velnar T, Bailey T, Smrkolj V. The Wound Healing Process: an Overview of the Cellular and Molecular Mechanisms. The Jounal of International Medical Research. 2009;37:1528-1542.

49. Singh S, Youngh A, McNaught CE. The physiology of wound healing. Surgery (Oxford). 2017;35(9):473-477.

50. Gezer D, Arslan S. Patient Satisfaction on Nursing Care: The Case of in Day Surgery. Cukurova Med J. 2021;46(2):663-669.

51. Şahutoğlu C, Karaca N, Karaman S, Kocabaş NS, Alper I, Uyar M, Aşkar FZ. Günübirlik Anestezi Uygulamalarımız ve Gelişen Komplikasyonlar. Ege Journal of Medicine. 2021;60(4):354-364.

52. Yaster M, Sola JE, Pegoli W, Paidas NP. Postoperative Management of the Pediatric Outpatient-Surgical and Anesthetic Aspects. Pediatric Clinics of North America. 1994;41(1):199-220.

53. Hall MJ, Lawrence L. (1998). Ambulatory surgery in the United States, 1996. 1998;12(300):1-16.

54. Hollenbeck BK, R. L. Dunn AM, Suskind Y, Zhang JM. Hollingsworth, Birkmeyer, JB. Ambulatory Surgery Centers and Outpatient Procedure Use among Medicare Beneficiaries. Medical Care. 2014;52(10):926-31.

55. Hollenbeck B, Dunn R, Suskid A, Strope S, Zhang Y, Hollingsworth J. Ambulatory Surgery Centers and Their Intended Effects on Outpatient Surgery. Health Services Research. 2015;50(5);1491-1507. doi: 10.1111/1475-6773.12278.

56. Ambulatory Surgery Center Association: A Positive Trend in Health Care [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi 5 Mayıs 2021]. Erişim adresi: https://www.ascassociation.org/advancingsurgicalcare/aboutascs/industryoverview/apositivetrendinhealthcare

57. Cullen KA, Hall MJ, Golosinskiy A. National Health Statistics Report, Ambulatory Surgery in the United States 2006, United State: U.S. Deparment of Health and Human Services; 2009;28(11):1-25.

58. Jafra A, Mitra S. Pain Relief After Ambulatory Surgery: Progress Over the Last Decade. Saudi Journal of Anesthesia. 2018;12(4):618-625.

59. Gavurova B, Kovac V, Bejtkovsky J. Quantification of Similarity Relationships According to Parameters of Day Surgery System. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2019;16:5048-73.

60. Xu R, Batter TH, Basta S, Levine WC, Eisner BH. Improvements in Ureteroscopy Efficiency When Performed at an Ambulatory Surgery Center. Urological Association Education and Research, INC. 2018;6:289-293.

61. Preoperatif Hazırlık, TARD Anestezi Uygulamaları Kılavuzları, Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 1 Temmuz 2020]. Erişim adresi: https://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/preoperatifdegerlendirme.pdf

62. Raspoda O. Digital tools for ambulatory surgery patient surveillance and beyond. Journal of Visceral Surgery. 2021;158(3):32-36.

63. Smith I, Skues M, Philip BK. Ambulatory (Outpatient) Anesthesia. 2017. Chapter 89;2612-2645.

64. Ryoo E, Yu S. Development of a protocol for procedures utilizing local anaesthesia and moderate sedation in the operating room. Perioperative Care and Operating Room Management. 2020;20:100100.

65. Pollock H, Forman S, Pollock T, Raccasi M. Conscious Sedation/ Local Anesthesia in the Office-Based Surgical and Procedural Facility. Clin Plastic Surg. 2013;40:383-388.

66. Rattenberry W, Hertlin A, Erskine R. Spinal Anaesthesia for Ambulatory Surgery. BJA Education. 2019;19(10):321-328.

67. Bajwa SJS, Sharma V, Sharma R, Singh AP. Anesthesia for day-care surgeries: Current perspectives. Medical Journal of Dr. DY Patil University. 2017;10(4):327-333.

68. Brown EN, Pavone KJ, Naranjo M. Multimodal General Anesthesia: Theory and Practice. Anesth Analg. 2018;127:1246–58.

69. Pavel MA, Petersen EN, Wang H, Lerner RA, Hansen SB. Studies on the mechanism of general anesthesia. PNAS. 2020;117(24):13757–13766.

70. Teunkens A, Vermeulen K, Belmans A, Degreef I, Velde MV, Rex S. Patient satisfaction with intravenous regional anaesthesia or an axillary block for minor ambulatory hand surgery. A randomised controlled study. Eur J Anaesthesiol. 2020;37:847-856.

71. Pragasm M, Managutti A. Diplopia with local anesthesia. National Journal of Maxillofacial Surgery. 2011;2(1):82-85.

72. Boublik J, Gupta R, Bhar S, Atchabahian A. Prilocaine spinal anesthesia for ambulatory surgery: A review of the available studies. Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine. 2016;35(6):417-421.

73. Bayındır S, Özcan S, Koçyiğit F, Hanbeyoğlu O. Spinal Anestezide Hangi Yaklaşım Tercih Edilmeli; Median mı Paramedian mı? Erken ve Geç Komplikasyonların Karşılaştırılması. İstanbul Med J. 2017; 18:205-9.

74. Pierce JT, Kositratna G, Attiah MA, Kallan MJ, Koenigsberg R, Syre P, ve ark. Efficiency of spinal anesthesia versus general anesthesia for lumbar spinal surgery: a retrospective analysis of 544 patients. Local and Regional Anesthesia. 2017;10:91-98.

75. Bliggenstorfer J, Steinhagen E. Regional anesthesia: Epidurals, TAP blocks, or wound infiltration? Seminars in Colon and Rectal Surgery. 2021;32(3):108831.

76. Teng C, Sun CK, Ho CN, Wang LK, Lin YT, Chang YJ, ve ark. Impact of combined epidural anaesthesia/analgesia on postoperative cognitive impairment in patients receiving general anaesthesia: a meta-analysis of randomised controlled studies. Anaesth Crit Care Pain Med. 2022;41(5):101119.

77. Alvarez SL, Reza PC, Fernandez SR. Centenary of Epidural Anaesthesia. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. 2022;69(1):4-11.

78. Capdevila X, Ponrouch M, Morau D. The role of regional anesthesia in patient outcome: ambulatory surgery. Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management. 2008;12(4):194-198.

79. Dohlma LE, Kwikiriza A, Ehie O. Benefits and Barriers to Increasing Regional Anesthesia in Resource-Limited Settings. Local and Regional Anesthesia. 2020; 13:147-158.

80. Sheahan CG, Mathews DM. Monitoring and delivery of sedation. British Journal of Anaesthesia. 2014;113 (S2):ii37–ii47.

81. Conway A, Sutherland J. Depth of anaesthesia monitoring during procedural sedation and analgesia: A systematic review and meta-analysis. İnternational Journal of Nursing Studies. 2016;63:201-212.

82. López-Torres J, Cadahía DP, Noalles MJ, Cortés TS, Navarro PA. Perioperative factors that contribute to postoperative pain and/or nausea and vomiting in ambulatory laparoscopic surgery. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2019;66(4):189-198.

83. Britteon P, Cullum N, Sutton M. Association between psychological health and wound complications after surgery. BJS. 2017;104:769-776.

84. Kaplan JR, Lee Z, Eun DD, Reese AC. Complications of Minimally Invasive Surgery and Their Management. Current urology reports. 2016;17(6):1-10.

85. Singh S, Young A, McNaught CE. The physiology of wound healing. Surgery. 2017;9:473-477.

86. Karadağ KF, Saydam G, Şahin F. Preoperatif ve Postoperatif Kanama Hastasına Yaklaşım. Ankara Türkiye Klinikleri. 2020:15-21.

87. Lesperance R, Lehman R, Lesperance K, Cronk D, Martin M. Early Postoperative Fever and the ‘‘Routine’’ Fever Work-Up: Results of a Prospective Study. Journal of Surgical Research. 2011;171:245-250.

88. Taylor A, Grant CR. Complications of regional anaesthesia. Anaesthesia & Intensive Care Medicine. 2019;20(4):210-214

89. Cheung CTY, Chan EYF. Postoperative pulmonary complications and their prevention. Anaesthesia and intensive care medicine. 2022;23(11):688-695.

90. Hamdan AL, Sibai A, Rameh C, Kanazeh G. Short-Term Effects of Endotracheal Intubation on Voice. Journal of Voice. 2007;21(6):762-768.

91. Glaysher MA, Cresswell AB. Management of common surgical complications. Surgery. 2017;35(4):190-194.

92. Celik S, Atar NY, Ozturk N, Mendes G, Kuytak F, Bakar E, ve ark. Constipation Risk in Patients Undergoing Abdominal Surgery. Iran Red Crescent Med J. 2015;17(6): e23632.

93. Ucuzal M, Aldanmaz N. Genel Cerrahi Hastalarında Ameliyat Sonrası Konstipasyon Riski. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;4(2):17-22.

94. Pereira L, Figueiredo-Braga M, Carvalho IP. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. Education and Counseling. 2016;99(5):733-738.

95. Rampes S, Ma K, Divecha YA, Alam A, Ma D. Postoperative sleep disorders and their potential impacts on surgical outcomes. The Journal of Biomedical Research. 2020;34(4):271-280.

96. Dolan R, Huh J, Tiwari N, Sproat T, Camilleri-Brennan J. A prospective analysis of sleep deprivation and disturbance in surgical patients. Annals of Medicine and Surgery. 2016;6:1-5.

97. Mashour GA, Woodrum DT, Avidan MS. Neurological complications of surgery and anaesthesia. British Journal of Anaesthesia. 2015;114(2):194-203.

98. Uslu Y, Yavuz M. Ameliyat Sonrası Üriner Retansiyon ve Yönetimi. The New Journal of Urology. 2016;11(1):48-53.

99. Khan AA, Mazhar MH, Habib B, Mumtaz H, Malkani I, Riaz A. Frequency of Urinary Tract Infection After Cystoscopy. BMC J Med Sci. 2021;2(1):15-19.

100. Coll AM, Ameen JR, Mead D. Postoperative pain assessment tools in day surgery: literature review. Journal of advanced nursing. 2004;46(2):124-133.

101. Torabi SJ, Patel RA, Birkenbeuel J, Nie J, Kasle DD, Manes PR. Ambulatory surgery centers: A 2012 to 2018 analysis on growth in number of centers, utilization, Medicare services, and Medicare reimbursements. Surgery. 2022; 172:2-8.

102. Ead H. Addressing the Barriers to Pain Management in Ambulatory Surgery. Journal of PeriAnesthesia Nursing. 2016;31(1):83-85.

103. Porras-Gonzalez MH, Barón-López FJ, García-Luque MJ, Morales-Gil IM. Effectiveness of the Nursing Methodology in Pain Management after Major Ambulatory Surgery. Pain Management Nursing. 2015;16(4):520-525.

104. Kiyat İ. Günübirlik Cerrahi Sonrası Ağrı Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımı. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2021;5(2):412-421.

105. Çay E. Günübirlik Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. Marmara Üniversitesi; 2011.

106. Brodsky JB, Ehrenwert J. Postoperative Muscle Pains and Suxamethonium. Br.J. Anaesth. 1980;52:215-218.

107. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA. Sleeping Characteristics of Adults Undergoing Outpatient Elective Surgery: A Cohort Study. Journal of Clinical Anesthesia. 2003;15:505-509.

108. Tegegne SS, Alemnew EF. Postoperative poor sleep quality and its associated factors among adult patients: A multicenter cross-sectional study. Annals of Medicine and Surgery. 2022;74:103273.

109. Yılmaz Y, Durmuş K, İnal YF, Daşkaya H, Çiftçi T, Toptaş M, ve ark. Septoplasti operasyonlarında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin postoperatif ağrı ve analjezik ihtiyacına etkisi. Dicle Medical Journal. 2014;41(2):288-293.

8. EKLER

EK-1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

TANITICI BİLGİLER FORMU

A. **Sosyo-Demografik Bilgiler**

1. Cinsiyetiniz Kadın ☐ Erkek ☐

2. Yaşınız ……

3. Eğitim Durumunuz İlkokul Mezunu ☐ Lise Mezunu ☐

Ortaokul Mezunu ☐ Lisans ve Lisans Üstü ☐

4. Şuan ki evlilik durumunuz Bekar ☐ Evli ☐

5. İletişim Bilgileriniz:

Tel No 1:

Tel No 2:

Email:

6. Zaralı Alışkanlıklarınız Sigara ☐ Alkol ☐ Diğer ☐ (……..)

B.Cerrahi İşleme Yönelik Bilgiler

8.İşlemi Gerçekleştiren Bölüm:

9.Hastalığınızın Tanısı: ……

10.Geçirilecek Cerrahi İşlem: …….

11.Kullanılacak Anestezi Tipi Genel ☐ Lokal ☐

12.Daha Önce Geçirilen Ameliyatlar ……

13.Var Olan Kronik/Sistemik Hastalıklar ……

14.Diğer Tıbbi Problemler ……..

EK-2. Ameliyat Sonrası Yaşanabilecek Sorunlar Formu

AMELİYAT SONRASI YAŞANABİLECEK SORUNLAR FORMU

GÖRÜLEBİLECEK SORUN	**1. GÜN**	**3.GÜN**	**7.GÜN**
1.Ameliyat Bölgesinde Ağrı	Var hafif orta şiddetli Yok	Var hafif orta şiddetli Yok	Var hafif orta şiddetli Yok
2.Ameliyat Bölgesinde Kanama			
3.Ameliyat Bölgesinde Drenaj			
4.Nefes Almada Zorlanma			
5.Boğaz Ağrısı			
6.Öksürük			
7.Ses Kaybı			
8.Baş Dönmesi			
9.Baş Ağrısı			
10.Ateş			
11.Bulantı-Kusma			
12.İştahsızlık			
13.Gaz çıkışının olmaması			
14.Konstipasyon			
15.Uyku Problemleri			
16.Anksiyete/Korku			
17.Konuşmada Güçlük			
19.Hafıza Problemleri			
20.Ekstremitelerde uyuşukluk			
21.İdrar Yaparken Yanma, Ağrı	Yanma Ağrı	Yanma Ağrı	Yanma Ağrı
22.Sık İdrara Çıkma			
23.İdrar Yapamama			
24.Yorgunluk			
25.Hareket Kısıtlılığı			
26.Kas Ağrısı			

- Yukarıda yer almayan ancak sizin yaşadığınız herhangi bir problem var mı?

  Evet Hayır

- Varsa Belirtiniz (……)

- Bir haftalık süreçte herhangi bir problem nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurdunuz mu?

  Evet Hayır

- Başvuru nedeninizi belirtiniz (……)

Visual Analog Skala

EK-3. Etik Kurul İzin Yazısı

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1782
Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 03 KASIM 2020 SALI
Toplantı No : 2020/18
Proje No : GO 20/1008(Değerlendirme Tarihi: 03.11.2020)
Karar No : 2020/18-22

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Melek Serpil TALAS'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Kevser GÖKMEN'in yüksek lisans tezi olan, GO 20/1008 kayıt numaralı, ***"Günübirlik Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Postoperatif Dönemde Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi"*** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydıyla 01 Aralık 2020–31 Temmuz 2021 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur.** Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1.Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Başkan)	7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	(Üye)
2. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Üye)	8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK	(Üye)
3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	(Üye)
4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	10. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)	11. Av. Serap MORALIOĞLU	(Üye)
İZİNLİ 6. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)		

Ayrıntılı Bilgi için:

Telefon: • Faks: • E-posta:

EK-4. Etik Kurul Süre Uzatma İzin Yazısı

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-2290
Konu :

07.12.2021

Doç. Dr. Melek Serpil TALAS
Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Sayın Doç. Dr. TALAS,

Kurulumuzun 03.11.2020 tarihli toplantısında GO 20/1008 kayıt numarası ile onaylanmış olan ve ***"Günübirlik Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Postoperatif Dönemde Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi"*** başlıklı projeniz için vermiş olduğunuz süre uzatma dilekçeniz Kurulumuzun 07.12.2021 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve **uygun bulunmuştur**. Çalışmanın yeni sonlanım tarihi 07 Aralık 2022 olarak belirlenmiş ve kayıtlarımıza eklenmiştir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim

Prof. Dr. G. Burça AYDIN
Başkan

EK :
Toplantı Katılım Tutanağı

Ayrıntılı Bilgi için:

Telefon: • Faks: • E-posta:

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
07/12/2021 tarih ve 2021/20 no'lu toplantı
KATILIM LİSTESİ

Prof. Dr. G. Burça AYDIN (Başkan)	
Prof. Dr. Özgür UYANIK	
Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	
Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN	
Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	
Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	
Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK	
Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	
Doç. Dr. Tolga YILDIRIM	
Doç. Dr. Merve BATUK	
Doç. Dr. Gülten KOÇ	
Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	İZİNLİ
Av. Serap MORALIOĞLU	İZİNLİ

EK-5. Hastane İzin Yazısı

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Nallıhan Devlet Hastanesi

Sayı : E-71734248-929
Konu : Kevser GÖKMEN
(Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Eğitim ve Tescil Birimi

İlgi : 13/01/2021 tarihli ve 90739940-799-E-90739940-799-25 sayılı yazı.

İlgi yazı gereği; Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği anabilim dalı öğretim üyesi Melek Serpil TALAS'ın sorumlu araştırmacı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Kevser GÖKMEN'in "Günübirlik Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Postoperatif Dönemde Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi" konulu tez çalışması uygulamasının yapılmasına yönelik talebi Hastanemizce değerlendirillip uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Mehmet Ali SAĞLAM
Başhekim Vekili

Bilgi için: Aynur MUTLU
SÜREKLİ İŞÇİ
Telefon No:

Telefon: Faks No:
e-Posta: İnternet Adresi:
E.Posta: Tel:

EK-6. Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı,

"Günübirlik Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Postoperatif Dönemde Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi" başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD tarafından yapılmaktadır. Araştırma günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası evde yaşadıkları problemlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların yaşadıkları sorunların belirlenmesi, önlenebilmesi, hastaların bu sorunlarla baş edebilmelerine yönelik hastalara ve sağlık personellerine rehber olması planlanmaktadır. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Çalışmaya katılırsanız size yaşınız, eğitim ve medeni durumunuz, iletişim bilgileriniz (telefon, mail adresi) hastalığınız, geçirilecek cerrahi işlem, anestezi tipi, ek hastalıklarınız ile ilgili bilgileri içeren "Tanıtıcı Bilgiler Formu" taburculuk sonrası 1., 3. ve 7. Günde telefon ile aranarak yaşadığınız sorunları değerlendirmek amacıyla "Ameliyat Sonrası Yaşanabilecek Sorunlar Formu" uygulanacaktır. Çalışmada kullanılan formların uygulama süresi ortalama olarak 15 dakikadır.

Çalışmaya katılımınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu Araştırmacı İletişim:	**Yardımcı Araştırmacı İletişim:**
Doç. Dr. Melek Serpil Talas	Kevser Gökmen
Tel:	Tel:
E.Posta:	E.Posta:

Çalışmaya katılmayı Kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum. ☐

EK-7. Ek Tablolar

Tablo 7.1. Hastaların Geçirilen Cerrahi İşlem ve Kullanılan Anestezi Türüne Göre Sağlık Kuruluşuna Tekrar Başvuru Durumlarının Dağılımı.

Sağlık Kuruluşuna Tekrar Başvuru Durumu	**Geçirilen Cerrahi İşlem**					**Kullanılan Anestezi Türü**		
	Kist-Benign Tümör Çıkarılması n=96	Apse veya Hematom Drenajı n=20	Tırnak Çekimi n=30	Endometrial Biyopsi n=38	Diğer* n=86	Genel Anestezi n=28	Bölgesel Anestezi n=221	Sedo-Analjezi n=21
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Evet	40_a (41,7)	11_a (55,0)	17_a (56,7)	1_b (2,6)	13_b (15,1)	2_a (7,1)	80_b (36,2)	0_a (0,0)
Hayır	56_a (58,3)	9_a (45,0)	13_a (43,3)	37_b (97,4)	73_b (84,9)	26_a (92,9)	141_b (63,8)	21_a (100,0)
İstatistik x^2; p	44,630; **0,000*****					19,85; **0,0004*****		

** Yabancı cisim çıkarılması, sistoskopi, küretaj ve diğ. işlemler*
****p<0,001*
a-a=İki grup arasında farklılık yok, a-b=İki grup arasında farklılık var
x^2=Ki-Kare Testi, $^e x^2$=Fisher'ın Kesin Ki-Kare Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 7.2. Lojistik Regresyon Analizi, Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerin Tanımı.

Bağımlı Değişkenler		
Model 1	**Model 2**	
Ağrı, Kanama-Akıntı-Sızıntı, Hareket Kısıtlılığı, Kas Ağrısı (1. Gün) Yok (0) Var (1)	Uyku Problemi, Anksiyete-Korku, Yorgunluk (1. Gün) Yok (0) Var (1)	
Bağımsız Değişkenler		
Cinsiyet		
C1	1: Erkek	0: Kadın
Yaş Grubu		
YG1	1: 46 yaş ve üstü	0: 45 yaş ve altı
Eğitim Durumu		
ED1	1: Lise/Lisans	0: İlköğretim/Okuryazar değil
Aktif Çalışma Durumu		
AÇD1	1: Çalışmayan	0: Çalışan
Medeni Durum		
MD1	1: Bekar	0: Evli
Anestezi Tipi		
AT1	1: Bölgesel	0: Genel
AT2	1: Sedo-analjezi	0: Genel
İşlemi Gerçekleştiren Bölüm		
İGB1	1: Ortopedi	0: Genel Cerrahi
İGB2	1: KBB-Göz	0: Genel Cerrahi
İGB3	1: Üroloji ve Kadın Doğum	0: Genel Cerrahi
Kronik Hastalık Durumu		
KD1	1: Var	0: Yok
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu		
AOD1	1: Var	0: Yok

EK-8. Orjinallik Raporu

Tezin Tam Başlığı: Günübirlik Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Postoperatif Dönemde Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi

Öğrencinin Adı Soyadı: Kevser Gökmen

Dosyanın Toplam Sayfa Sayısı: 91

ORİJİNALLİK RAPORU

%6	%6	%2	%3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
3	Submitted to Eskisehir Osmangazi University Öğrenci Ödevi	<%1
4	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<%1
5	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
6	acikerisim.uludag.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	acikerisim.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to Mugla University Öğrenci Ödevi	<%1

EK-9. Dijital Makbuz

turnitin

Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen:	Kevser Gökmen
Ödev başlığı:	GÜNÜBİRLİK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN POSTO...
Gönderi Başlığı:	GÜNÜBİRLİK CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN POSTO...
Dosya adı:	IN_POSTOPERAR_F_D_NEMDE_YA_ADIKLARI_SORUNLARIN_BE...
Dosya boyutu:	131.63K
Sayfa sayısı:	55
Kelime sayısı:	12,696
Karakter sayısı:	86,703
Gönderim Tarihi:	02-Mar-2023 08:21ÖÖ (UTC+0300)
Gönderim Numarası:	2026801715

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tüm cerrahi alanlarda önemli bir yere sahip olan günübirlik cerrahi (1-6), hastanın ameliyat günü kliniğe kabul edildiği ve aynı gün taburcu edildiği cerrahi girişimler olarak tanımlanmaktadır (7). Hastanelerde ve günübirlik cerrahi merkezlerinde tanı veya tedavi amacıyla uygulanan günübirlik cerrahi girişimler giderek yaygınlaşmaktadır (8, 9). Cerrahi tekniklerin gelişmesi, kısa ve etkili bölgesel anestezi kullanımı ve sağlık bakım maliyetindeki sınırlamalar günübirlik cerrahinin gelişimine katkıda bulunarak daha fazla ameliyatın günübirlik şartlarda yapılmasına olanak sağlamaktadır (10, 11).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2014 yılında ameliyatların %66'sının günübirlik olarak yapıldığı belirtilmektedir (6, 12). Diğer Avrupa ülkelerine bakıldığında, yapılan ameliyatların %50'den fazlasını günübirlik cerrahi girişimlerin oluşturduğu belirtilmektedir (5, 7, 13-15). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2011 yılında 84.340 ameliyat günübirlik olarak yapılırken 2014 yılında bu sayı 4.443.22'e yükselmiştir (16). Uygulanma oranı giderek artan günübirlik cerrahi girişimlerin hastaları, ailelere, hastanelere ve sağlık sistemine birçok yarar bulunmaktadır (17, 18).

Günübirlik cerrahide hastaların ameliyat öncesi bekleme süresi daha kısadır ve erken taburculuk ile hastalarda hastane enfeksiyonu gelişme riski daha düşük olmaktadır (18, 19). İyileşme sürecinde hastanın ev ortamında aile üyeleri ile etkileşimi onların günlük yaşama daha kısa sürede dönmelerini sağlamaktadır (13, 20). Hastaların erken taburcu olması maliyeti düşürmekte ve hastanelerde yatak doluluk oranını azaltmaktadır (9, 18). Günübirlik cerrahi girişim yapılan hastalarda ölüm ve sakatlık oranının da düşük olduğu bildirilmektedir (8, 21, 22).

Günübirlik cerrahi girişimlerin avantajlarının yanı sıra, bazı dezavantajları da bulunmaktadır (21, 22). Günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların hastanede kalış süreleri kısa olduğu için, hastaların erken taburculuğu ile bakım yükü hasta ve yakınlarına geçmektedir (20, 23, 24). Bu nedenle hastalar için en önemli dezavantajı ameliyat sonrası ilk 24-48 içinde bir bakımın olması gerekliliğidir (15, 17, 25). Hastanın acil durumlarda sağlık hizmetlerine ulaşmının uygun olmaması önemli bir

Copyright 2023 Turnitin. Tüm hakları saklıdır.

9. ÖZGEÇMİŞ