

Günübirlik Cerrahi Süreci ve Hemşirelik Bakımı

Day Surgery Process and Nursing Care

(Derleme)

Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi (2006) 69–81

Dr. Dilek ÇİLİNGİR*, **Prof.Dr. Nurhan BAYRAKTAR****

*Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Görevlisi

**Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi

ÖZET

Günübirlik cerrahi, ameliyat öncesinde günübirlik cerrahi için uygunluğu belirlenen hastaların, planlı olarak ameliyata alınmasını ve ameliyat oldukları gün içerisinde taburcu olabilmelerini sağlayan girişimler olarak tanımlanmaktadır. Günübirlik cerrahinin gelişmesinde, yeni cerrahi teknikler ve girişim yöntemlerinde, anestezi ve analjezi tekniklerinde, asepside ve antibiyotik kullanımındaki gelişmeler etkili olmuştur. Ameliyat öncesi değerlendirme, ameliyat, taburculuk ve ameliyat sonrası izlem günübirlik cerrahi sürecinin aşamalarını oluşturmaktadır. Günübirlik cerrahinin başarısı etkin bir ekip çalışmasına bağlıdır. Bu ekibin en önemli üyesi olan günübirlik cerrahi hemşiresinin, günübirlik cerrahi sürecinin her aşamasında hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi, hastanın ünite de ameliyat sonrası dönemde bakımı, evde izlemi ve diğer ekip üyeleriyle işbirliği konusunda önemli rolleri bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Günübirlik cerrahi, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Day surgery is defined as interventions that serve planned operation and discharging on the same day of the patients who are determined as appropriate for day surgery before operation. New surgical techniques and improvement of interventions methods, anesthesia and analgesia techniques, asepsis and using antibiotics affected development of day surgery. Preoperative evaluation, operation, discharge and postoperative observation constitute phases of day surgery process. The success of day surgery depends on effective team working. Day surgery nurse who is the most important member has an important role about giving information to patient and family, patient care in day surgery unit in postoperative phase, observation of patient at home and cooperation with other team members in every phases of day surgery.

Key Words: Day surgery, nursing care

Giriş

Günümüzde anestezi, analjezi teknikleri, yeni cerrahi teknikler ve girişim yöntemleri, asepsi, antibiyotikler ve ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımının gelişmesine neden olan teknolojik gelişmelerle birlikte cerrahi girişimler daha güvenli yapılabilmektedir. Günübürlük cerrahi, ameliyat öncesinde günübürlük cerrahi için uygunluğu belirlenen hastaların, planlı olarak ameliyata alınmasını ve ameliyat oldukları gün içerisinde taburcu olabilmelerini sağlayan girişimler olarak tanımlanmaktadır (1,2,3). Ameliyat sonrası erken mobilizasyon, hastane maliyetinin daha düşük olması ve en önemli hastanede yatış süresinin kısa olması hastaların günübürlük cerrahiye tercih etmelerine neden olmaktadır (3,4,5,6,7,8).

Günübürlük cerrahi girişimlerin uygulanma oranının gittikçe arttığı görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde tüm cerrahi girişimlerin 1980 yılında %16'sını, 1993 yılında ise %53.8'ini günübürlük cerrahi girişimler oluşturmuştur (9). İngiltere'de, Ulusal Sağlık Servisi'nin (National Health Service) Günübürlük cerrahi İş Merkezi Raporunda, yeni bin yılda tüm elektif cerrahi girişimlerin %50'sinin günübürlük cerrahi girişimlerden oluşacağı ve bazı düzenlemelerle bu oranının %80'e ulaşabileceği belirlenmiştir (5). Defazio- Quinn'inin (3) belirttiğine göre, ABD'de, Günübürlük cerrahi Birliği Federasyonu'nun yaptığı araştırmada 1996 yılına kadar 3000'in üzerinde özel merkezin açıldığı ve bu merkezlerde yaklaşık 3.97 milyon günübürlük cerrahi girişimin yapıldığı saptanmıştır. ABD'de günübürlük cerrahi merkezlerinin 2001 yılı raporuna göre ise, Indiana'da 99 günübürlük cerrahi merkezi olduğu ve bu merkezlerde toplam 367.326 ameliyatın yapıldığı belirlenmiştir (10). Günümüzde bir çok gelişmiş ülkede günübürlük cerrahi girişimlerin yaygın olarak uygulanmasına karşın, ülkemizde bu uygulamalar henüz yenidir ve günübürlük cerrahi merkezlerinin sayısı ve çalışmaları hakkında yeterli veri bulunmamaktadır. Bununla birlikte büyük şehirlerde, Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde günübürlük cerrahi ünitelerinin olduğu bilinmektedir.

Günübürlük Cerrahinin Yararları

Günübürlük cerrahi girişimlerin, hasta ve sağlık bakım sistemi için birçok yararları bulunmaktadır. Bu girişimler (4,6,8);

- Hastanın hastanede yatış süresini kısaltır, hastayı yatağa bağlı olmaktan kurtarır.
- Hastane enfeksiyonu riskini azaltır.
- Hastanın beslenme düzenini ve aile düzenini fazla etkilemez.
- Hasta memnuniyetini artırır.
- Küçük cerrahi girişimler için bekleme süresini kısaltır.
- Ameliyatın iptal edilme riskini azaltır, böylece cerrahi sürecinin kesintiye uğramasını engeller.
- Kaynakların daha etkili ve verimli kullanımını sağlar.
- Personel ihtiyacını azaltır.
- Maliyeti azaltır.

Günübürlük Cerrahinin Uygulandığı Durumlar

Günübürlük cerrahi girişimler, tanı ve tedavi amacıyla yaygın olarak uygulanmaktadır (2,6). (Bkz Tablo 1).

Tablo 1. Günübirlik Cerrahinin Uygulandığı Durumlar

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

Günöbirlik Cerrahi Ünitesi

Literatürde, günöbirlik cerrahi ünitesinde bulunması gereken özellikler tanımlanmıştır. Günöbirlik cerrahi üniteleri hastanelerin yapılarına göre farklılık gösterebilmekle birlikte bu ünitelerin temelde aynı yapılanma içinde oldukları bilinmektedir. Günöbirlik cerrahi ünitesinde bekleme salonu; hasta kabul ve sekreterlik; personel için giyinme odası ve tuvaletler; hastanın ameliyat için hazırlandığı bölüm; hastalar için tuvalet; çalışanlar için giyinme odaları; endoskopi odası; radyoloji bölümleri; ayılma odası; ziyaret odaları; her ameliyathane için temiz ve kirli malzemenin bulunduğu alanlar; steril depo; malzeme deposu; temiz ve kirli malzemenin bulunduğu odalar; tıbbi ve idari kayıt odası; personel odası ve her bölüm için uygun sayıda ameliyat masası bulunmalıdır. Bu bölümlerin günöbirlik cerrahi ünitesi içinde olması tercih edilir. Böylece hastanın, ameliyattan önce üniteye geldiğinde işlemleri daha hızlı yapılır ve günöbirlik cerrahi ünitesini görmesi sağlanır. Ünitenin geniş bir koridoru olmalı ve kendine ait girişi bulunmalıdır. Günöbirlik cerrahi ünitesinde bulunan araç ve gereçler genel cerrahi ameliyatı için sağlanan standarda sahip olmalıdır. Ünite acil yardım için gerekli araç ve gereçler bulunmalıdır. Hastaların kabul ve kayıt işlemlerinin en etkili şekilde yapılabilmesi için her bölüme ait ayrı bir sekreterlik yerine günöbirlik cerrahiye ait sekreterlik sisteminin kurulması idealdir (2,6,11).

Günöbirlik Cerrahi Ekibi ve Bu Ekipte Hemşirenin Rolü

Günöbirlik cerrahi ünitesinin başarısı etkin bir ekip çalışmasına bağlıdır. Ekibi oluşturan her üyenin, rol ve sorumluluklarını bilmesi, ekip üyeleri arasında işbirliği ve motivasyon önemlidir. Bu durum, ekibin performansını artırarak iş gücünün etkin bir şekilde kullanılmasını sağlar. Günöbirlik cerrahi ekibi genellikle; klinik sorumlu hekimi, uzman cerrah ve asistanlar, anestezi hekimi, günöbirlik cerrahi hemşiresi, fizyoterapist ve diğer teknik personelden oluşur (2,11).

Günöbirlik cerrahi ekibi içinde hemşireler önemli rol üstlenmektedirler. Günöbirlik cerrahi hemşiresinin, sürecin her aşamasında hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi, hastanın ünite acil ameliyat sonrası dönemdeki bakımını ve evde izlemi, ünitenin gereksinimlerinin belirlenip çözüm geliştirilmesi ve ekibin diğer üyeleriyle işbirliği konusunda önemli rolleri vardır. Bu rollerden en önemlisi, günöbirlik cerrahi süreci boyunca hastanın bilgilendirilmesidir.

Günöbirlik Cerrahinin Aşamaları

Hastaları günöbirlik cerrahi ünitesine kabulden taburculuğa kadar bir dizi işlem beklemektedir. Bunlar ameliyat öncesi değerlendirme, cerrahi girişim, taburculuk ve ameliyat sonrası izlem olmak üzere 4 ana başlıkta toplanır (2,3,5,12).

1. Ameliyat öncesi değerlendirme

Ameliyat öncesinde ilgili poliklinikte öncelikle hastanın günöbirlik cerrahi için uygunluğu değerlendirilir. Uygun hasta seçimi, günöbirlik cerrahinin başarılı olabilmesi için büyük önem taşır. Hastanın ayrıntılı tıbbi hikayesi alınmalı ve kapsamlı fizik muayenesi yapılmalıdır. Günöbirlik cerrahi için ameliyat öncesi değerlendirmenin normal bir ameliyat için yapılandan farkı yoktur. Amerikan Anesteziyolojistler Birliği (ASA),

anestezi ve günöbirlik cerrahi için uygunluğu ve ameliyat öncesi sağlık durumunu değerlendirmek için sınıflandırma sistemi kullanmaktadır. Bu sınıflamaya göre hastalar;

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

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

Class III: Ciddi sistemik rahatsızlığı olan hastalar,

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

Class V: 24 saatten daha fazla yaşaması mümkün olmayan, ölmek üzere olan hastalar olarak sıralanmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre, Class I ve II olan hastalar, günöbirlik cerrahi için uygun olan hastalardır.

Yapılan değerlendirmede günöbirlik cerrahi için uygun olduğu belirlenen hastaların ameliyat öncesi tanı işlemlerinin yapılması sağlanır ve sonuçları değerlendirilir. Hastanın yaşamsal bulguları değerlendirilir ve kilosu kaydedilir. Günöbirlik cerrahiye engel olabilecek hipertansiyon ve anemi gibi durumların tedavisi için ilgili uzmanlara danışılır. Ameliyat tarihi belirlenir; hastaların genel tıbbi durumları ve hangi anestezi çeşidinin daha uygun olacağı konusunda değerlendirme yapılır. Hastalara ameliyat gününe kadar yapacakları uygulamalar ve dikkat etmeleri gereken konular, yazılı yada sözlü olarak açıklanır. Kurum politikasına göre hastalar telefon ile aranarak gerekli hatırlatmalar yapılabilir (1,6,13,14,15).

2. Ameliyat

Ameliyat günü hasta günöbirlik cerrahi ünitesine kabul edilir. Günöbirlik cerrahi ünitesinde gerekli değerlendirmeler ve gerekiyorsa premedikasyon yapılarak hasta ameliyata alınır (2,3,6).

2.1. Anestezi ve Etkileri

Günöbirlik cerrahi ünitesinde hastaya genel yada lokal- bölgesel anestezi uygulanabilir. Bu anestezi türleri tek başına yada birbirleri ile birlikte kombinasyon halinde uygulanabilirler. Anestezi çeşidinin belirlenmesinde hastanın genel sağlık durumu, ameliyatın özellikleri, hastanın ve anestezi doktorunun tercihi ve malzeme, personel ve hastanedeki kaynaklar göz önüne alınır (16,17,18,19,20).

Hasta ameliyattan çıktıktan sonra günöbirlik cerrahi ünitesinde, yaşam bulguları, kanama, bulantı- kusma ve bilinç yönünden değerlendirilir, uygun pozisyon verilir, ameliyatına özel izlemler (örneğin sistoskopi yapılan hastalarda saatlik idrar takibi; spinal anestezi uygulanan hastalarda ekstremitelerde renk, ısı, hareket takibi, supine pozisyonu verilmesi vb.) yapılır. Hasta aldığı anestezi türü ve ameliyatına göre ortalama 2-4 saat günöbirlik cerrahi ünitesinde kalabilir (4,6,8,13,21,22).

3. Taburculuk

Hastaların günöbirlik cerrahi ünitesinden taburcu olabilmesi için bazı kriterleri taşıması gerekir. Genel ve lokal- bölgesel anestezi için taburculuk kriterleri genelde aynıdır. Bunlar hastanın;

- Ameliyat sonrasında yaşamsal bulgularının normal seyrediyor olması (en az 1.5-2 saat),
- Ayağa kalkabilmesi,
- Uyanık ve oryante olması,
- Ekstremitelerinde duyuların geri dönmesi ve dolaşımın yeterli olması,
- Oral sıvı alımını tolere edebilmesi,
- İdrarını yapabilmesi,
- Son bir saat içinde ağrı kesici almamış olması,
- Ağrısının kontrol altına alınmış olması,
- Bulantı,kusma ve baş dönmesinin en az düzeyde olması,
- Aşırı miktarda kanamasının ve yara yerinden akıntısının olmaması,
- Taburcu olduktan sonra, evde ilk 24-48 saat süre içinde bakabilecek bir yakınının olması olarak sıralanabilir.

Yukarıdaki durumlar söz konusu değilse hasta taburcu edilmez, ilgili kliniğe yatırılarak izlenir. Yapılan değerlendirmede uygun görülen hastalar, aynı gün taburcu edilirler. Taburcu olmasına karar verilen hastalara ve ailelerine, evde dikkat etmeleri gereken konular hakkında hekim ve hemşire tarafından gerekli bilgiler verilir (6,8,22,23,24,25,26).

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

- Ameliyat sonrası evde ilk 24 saat içinde izlemeleri gereken durumlar (ağrı, ameliyat bölgesinde kanama/ akıntı, bulantı- kusma vb.),
- Anestetik ilaçların olası yan etkileri, komplikasyonların belirti ve bulguları, komplikasyon gelişince yapılması gerekenler,
- Kontrol tarihi ve acil durumlarda aranması gereken telefon numaraları,
- Yemek yeme zamanı, kullanacağı ilaçların yan etkileri ve diğer ilaçlarla etkileşimleri, yara bakımı, enfeksiyon, aktiviteler, banyo yapma zamanı, seksüel aktiviteye başlama zamanı, araba kullanma ve işe başlama zamanı hakkında bilgi verilir.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, hastalara yeterli ve planlı olarak bilgi verilmesinin anksiyete, stres ve ameliyat sonrası komplikasyonları azalttığı, memnuniyeti artırdığı ve işe dönüşü hızlandırdığı saptanmıştır (27,28,29).

4. Ameliyat sonrası izlem

Başta ABD ve İngiltere olmak üzere bir çok ülkede hasta, taburcu olduktan sonra evde fiziksel ve duygusal durumlarının izlemi için özellikle ilk 24 saat içinde telefon ile aranır. Hemşire hastaya kanama, ağrı, bulantı ve kusma, sıvı alımı ve atılımı ve ilaçların

etkinliği gibi konular hakkında sorular sorar. Hemşire herhangi bir sorun belirlediği zaman hasta kayıtlarını inceleyerek önerilerde bulunur, gerekirse hastayı hekime yönlendirir. Hasta ile ilgili tüm kararlar hekime bildirilir ve kaydedilir. Mitchell'in (30) belirttiğine göre, Bostrom ve arkadaşlarının 1400 günübirlik cerrahi hastası üzerinde yaptığı çalışmada, hastalara hastaneden taburcu olmadan önce yemek yemeye başlama zamanı, kontrole gelme tarihi ve görüşeceği kişiler, yaşanabilecek komplikasyonlar, barsak fonksiyonlarının normale dönmesi, ağrı ile başa çıkma ve dinlenme ile ilgili soruları içeren yazılı bir form verilerek, hastaların %90'ından fazlasının ameliyat sonrası izleminin telefon ile görüşülerek yapıldığı saptanmıştır.

Ameliyattan sonra, ilk 24 saat içinde evde telefon ile izlem, hasta ve ailesi için iyi bir fırsattır. Telefon ile izlem, hasta ve ailesinin günübirlik cerrahi hakkındaki sorularına yanıt vermeyi kolaylaştırır. Hemşire sözel olarak hasta ve ailesinin kaygılarını belirler ve en kısa zamanda kaygılarını gidermeye çalışır. Hasta, gereksinim duyduğu her konuda günübirlik cerrahi hemşiresini arayabilir. Hastanın herhangi bir sorunu varsa (akıntı/ sızıntı vb.), yaşadığı bölgedeki bölge hemşiresi tarafından da ziyaret edilebilir. Hastanın sorunu çözümlenemezse günübirlik cerrahi ünitesi yada acil servise gelmesi gerekir (9,31,32,33,34,35).

Ameliyattan Sonra Evde Yaşanan Güçlükler ve Bunların Önlenmesine Yönelik Bakım

Günübirlik cerrahi girişimlerinden sonra hastalar, yapılan ameliyata özel sorunlar yaşayabilmekle birlikte, genel olarak yaşanabilecek sorunlar ve bu sorunlara yönelik bakım aşağıda yer almaktadır.

1. Ameliyat Bölgesi İle İlgili Sorunlar

Ameliyat bölgesinde ağrı, hastaların ameliyattan sonra yaşadığı sorunlar arasında birinci sırada yer almaktadır (21,36,37,38,39). Oberle ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (40), günübirlik cerrahi uygulanan hastalarının ameliyat sonrası birinci günde şiddetli ağrı yaşadıkları, 3. günde ise ağrı şiddetinin azaldığı belirlenmiştir. Westman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (41), günübirlik cerrahi uygulanan hastalarının ameliyattan sonraki ilk 3 günde ve ilk 12 saatte ağrı yoğunluğunun en yüksek düzeye geldiği, hareketle birlikte ağrının arttığı saptanmıştır. Hemşirenin, ağrının giderilmesinde önerilen ağrı kesici ilacın alınması, pozisyonun değiştirilmesi ve dikkatin başka yöne çekilmesini sağlayan uygulamalar (T.V seyretme, kitap okuma vb.) konusunda hastaya yeterli bilgi vermesi etkili olabilmektedir.

Hastaların bazı günübirlik cerrahi girişimlerden (septoplasti, rinoplasti, tonsillektomi, artroskopi, halluks vagusa ilişkin cerrahi vb.) sonra ameliyat bölgesinde kanama, ağrı, akıntı/ sızıntı ve yara bakımı ile ilgili sorunlar yaşayabileceği bilinmektedir. Linden ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (42), halluks vagusun düzeltilmesine ilişkin ameliyat olan 25 hastanın 2'sinde yara yerinden kanama olduğu belirlenmiştir. Morales Casas ve arkadaşlarının 3502 hasta ile yaptığı çalışmada (39) da, hastaların %15.9'unun kanama nedeniyle ameliyattan sonra hastaneye başvurduğu belirlenmiştir. Ameliyat bölgesinden az miktarda kanama normaldir. Kanama devam ediyorsa, hastaya temiz bir gazlı bezle kanama bölgesine 5- 10 dakika hafifçe bastırarak acil servise gelmesi önerilir (43).

Yapılan çalışmalar, ameliyattan sonra hastaların evde yaşadığı diğer bir sorunun, yara bakımı ve pansumana ilişkin sorunlar olduğunu göstermektedir. Linden ve Engberg'in yaptığı çalışmada (44), evde sorun yaşayan 55 hastadan 9'unun, Oberle ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (40) ise, hastaların yaklaşık %36'sının pansumanla ilgili rahatsızlık duydukları saptanmıştır. Hastaya yara bakımı ve pansumanı ile ilgili yeterli bilgi verilmemesi, kaygıya ve iyileşme sürecinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle, hemşirenin, taburcu olmadan önce yara iyileşmesi, pansumanın değiştirilmesi, enfeksiyon belirtileri ve aseptik kurallarına dikkat etmesi konusunda hastaya yeterli bilgi vermesi önem taşımaktadır (35,45).

2. Solunum Sistemi İle ilgili Sorunlar

Genel anestezi alan hastalara ameliyat sırasında solunum yolu açıklığını sağlamak için endotrakeal tüp yerleştirilir. Endotrakeal tüp yerleştirilmesi ağızdan nazofarenkse kadar uzanan bölgedeki dokularda hasara neden olabilir. Hastalar solunum güclüğü, öksürük, boğaz ağrısı ve ses kısıklığı gibi sorunlar yaşayabilirler. Bu rahatsızlıklar birkaç saat ile birkaç gün sürebilir (20,46). Yapılan çalışmalar bu sorunların, ameliyat sonrası ortaya çıkan başlıca sorunlar arasında yer aldığını göstermektedir. Bauer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (47), hastaların %32.3'ünün boğaz ağrısı, %33.3'ünün ses kısıklığı sorunu olduğu saptanmıştır. Jenkins ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (48) da, gününbirlik cerrahi uygulanan hastaların ameliyattan sonra ameliyat ve anesteziye bağlı boğaz ağrısı yaşadığı saptanmıştır. Sorunun giderilmesinde hastalara, ılık içecekler içmesi, ağrı kesici pastil alması ve buhar uygulaması önerilebilir (19).

Hastalar ameliyattan sonra anestezide kullanılan ilaçlar yada ağrı nedeni ile de solunum güclüğü yaşayabilirler. Genelde anestezinin etkisinin geçmesi ile birlikte solunum normale döner. Hasta uzun süredir sigara kullanıyorsa ve daha önce de solunumla ilgili bir rahatsızlığı varsa sorun uzun süre devam edebilir. Hastada ameliyat sonrası dönemde, pnömöni gibi solunum yolu enfeksiyonları gelişebilir. Yapılan çalışmalar, ameliyat ve anesteziye bağlı solunuma ilişkin sorunların hemşirelik girişimleriyle önleneceği yönündedir. Young ve arkadaşlarının abdominal histerektomi geçiren 38 hastayla yaptığı çalışmada (49), hastalara ameliyat öncesi hazırlık döneminde derin solunum ve öksürük egzersizlerinin öğretilmesinin anksiyeteyi azalttığı ve solunum sorunlarını önlediği saptanmıştır. Bu nedenle hemşire, genel anestezi uygulanacak hastaya, ameliyat öncesi hazırlık döneminde derin solunum, öksürük egzersizlerini öğretmeye ve sigara kullanımının bırakılması konusunda bilgi vermeye özen göstermelidir.

3. Yaşamsal Bulgular İle ilgili Sorunlar

Ameliyat sonrası dönemde, hastaların vücut sıcaklığı ve kan basıncında değişiklikler olabilmektedir.

Vücut sıcaklığı artışı, ameliyattan sonra karşılaşılan sorunlardan biridir. Ameliyattan ilk 24 saat sonra dehidratasyona bağlı olarak vücut sıcaklığında artış, titreme ve üşüme olması normaldir. Ameliyatı izleyen günlerde vücut sıcaklığının azalması beklenir. Hastanın bol sıvı alması önerilebilir. Ameliyattan 24 saat sonrasında vücut sıcaklığının normale dönmemesi enfeksiyon geliştiğini düşündürür. Solunum sistemine ilişkin enfeksiyon, ameliyattan ilk 48 saat sonra, yara enfeksiyonu 5. günde ve üriner sistem enfeksiyonu ise 5.- 8. günlerde gelişir (16,40,45). Jimenez ve arkadaşlarının 1000 hasta

üzerinde yaptığı çalışmada (50), hastaların %31.1'nin ameliyattan sonra sorun yaşadığı ve bu sorunların %9.8'nin vücut sıcaklığı artışı olduğu saptanmıştır. Bauer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (47), hastaların yaklaşık %15'inde titreme hissi, %23.5'inde ise üşüme hissi olduğu saptanmıştır. Groggaard ve arkadaşlarının günübirlik cerrahi girişimi geçiren 642 hasta ile yaptığı çalışmada (45), hastaların %3.5'inde (22 hasta) ameliyattan sonraki 7. günde, 3 hastada ise daha önceki günlerde yara enfeksiyonu olduğu saptanmıştır. Hemşire, dehidratasyona bağlı olarak vücut sıcaklığının 38.5°C yada daha yüksek olması ve yapılan soğuk uygulamaya karşın düşmemesi durumunda hemen acil servise gitmesi konusunda hastaya bilgi vermelidir.

4. Baş Ağrısı ve Dönmesi

Yapılan çalışmalarda, ameliyata ve anestetik ilaçlara bağlı olarak hastalarda baş dönmesi ve baş ağrısı geliştiği saptanmıştır. Türe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (55), günübirlik cerrahi girişim uygulanan hastaların %3.5'inde baş ağrısı ve %3.5'inde baş dönmesi yaşandığı belirlenmiştir. Baş ağrısının normalde ilk bir kaç saat içinde geçmesi gerekir. Ağrıyı gidermek için ağrı kesici ilaçlar önerilebilir. Genellikle epidural ve spinal anesteziden sonra çok şiddetli baş ağrısı görülebilir (19,20,46). Hemşirenin, anestezi uygulanan hastaya baş ağrısının giderilmesi için ilk 3 gün bol sıvı alması, supine pozisyonunda istirahat etmesi ve ağrı kesici ilaç alması konusunda bilgi vermesi önem taşır (21).

5. Sindirim Sistemi İle ilgili Sorunlar

Hastalar ameliyattan sonra bulantı- kusma, gaz çıkaramama, iştah değişiklikleri ve midede şişkinlik gibi sorunlar yaşayabilmektedirler. Bulantı- kusma, ameliyat sonrası gelişen sorunlar arasında ağrıdan sonra en sık görülen sorunlardan biridir (50). Ameliyat sırasında kullanılan anestetik ilaçlar bulantı- kusmaya neden olurlar (41,51). Bauer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (47), günübirlik cerrahi girişimlerden sonra hastaların yaklaşık %25'inin bulantı-kusma sorunu olduğu saptanmıştır. Yine Linden ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (42), hastaların %11'inin evde bulantı sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Bulantı- kusma iştahın azalmasına da neden olabilir. Hemşire, hastaya gerekirse antiemetik ilaç alabileceği, sorunu azalana kadar beslenmesine dikkat etmesi gerektiği konusunda bilgi vermelidir.

Hastanın yorgunluk yada ağrı gibi nedenlerle hareketinin kısıtlanması gaz şikayetleri-ne ve midede şişkinliğe neden olabilir. Hemşire, ameliyattan sonra devamlı yatmaması ve kendini iyi hissettiğinde evin içinde dolaşmasının ameliyat sonrasında gelişebilecek gaz ağrılarını önlemeye yardımcı olabileceği konusunda hastayı bilgilendirmelidir.

6. Sinir Sistemi ve Duyusal Duruma İlişkin Sorunlar

Ameliyat sırasında genel anestezi alan hastalar, anestetik maddelerin sinir sistemini etkilemesi nedeni ile ameliyattan sonra konuşma, hafıza, dikkat ve uyku sorunları yaşamaktadırlar (19,20). Bu sorunlar, hastanın günlük yaşam aktivitelerini olumsuz olarak etkilemektedir. Bu nedenle taburcu olmadan önce, hemşire hastaya ameliyattan sonra ilk 24 saat alkol almaması, dikkat gerektiren bir işle uğraşmaması, araba, bisiklet kullanmaması konusunda bilgi vermelidir (52). Payne ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (53), günübirlik cerrahi girişimi geçiren hastaların %32'sinin ağrıya bağlı olarak uyku sorunları yaşadıkları saptanmıştır. Yine Linden ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada

(44), hastaların %52'sinin evde bir yada daha fazla sorun yaşadığı; bu sorunların %15'ini uyku bozukluğunun oluşturduğu ve taburcu olurken yeterli bilgi alamayan hastaların da evde kaygı yaşadığı saptanmıştır. Hastalara, ağrıya bağlı uyku sorunu varsa, ağrı kesici ilaç almaları ve yatakta rahat edebilecekleri bir pozisyonda yatmaları önerilebilir.

Taburcu olmadan önce, evde gelişebilecek sorunlar ve çözümleri, sorun olduğunda kime ve nereye başvuracağı hakkında yeterli bilgi almaması, hastada endişe ve stres yaratır. Endişe ve stres ise iyileşmeyi olumsuz yönde etkiler. Payne ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (53), hastaların ameliyat öncesi anksiyete, ağrı beklentileri ve taburculuktaki ağrı düzeyleri ile evde ağrı yaşama arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Bu nedenle, hemşirenin taburcu olmadan önce hem hasta hem de ailesine bu konularda yeterli ve anlayacakları bir şekilde bilgi vermesi, hastanın duygularını ifade etmesine izin verecek şekilde duygusal destek sağlaması sorunların çözümlenmesine yardımcı olabilmektedir (35,54).

7. Üriner Sistem İle İlgili Sorunlar

Hastalar ameliyattan sonra normalde ilk 6- 8 saat içinde idrar yaparlar. Ancak bazı hastalar, ameliyat ve anestezi türü, korku ve ağrı gibi nedenlerle idrar yapmayabilirler (16). Buna ek olarak hastalar, idrar yaparken yanma, ağrı ve sık idrara çıkma sorunlarıyla da karşılaşabilmektedirler. Ameliyat sırasında spinal yada epidural anestezi alan erkek hastalarda ameliyattan sonra idrar yapmada zorluk, ağrı; kadınlarda ise idrar inkontinansı olabilir (25). Türe ve arkadaşlarının 654 hasta ile yaptığı çalışmada (55), hastaların %3.5'inde dizüri olduğu ve bunun ürolojiye ilişkin ameliyat geçiren hastalarda daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu sorunları önlemek için hastaya üretral kateter uygulanabilir. Spinal ve epidural anestezi sonrası üretral kateter 1-2 gün kalabilir. Hemşirenin, üretral kateteri olan hastaya evde kateter bakımı, idrar torbasının değiştirilmesi, idrarın izlenmesi (rengi, miktarı vb) ve kontrendike değilse bol sıvı alması konusunda yeterli bilgi vermesi önem taşır (24).

8. Kas İskelet Sistemi İle İlgili Sorunlar

Ameliyat sırasında hastaya kas gevşetici ilaç verilmesi ve uzun süre ameliyat masasında aynı pozisyonda yatırılmasına bağlı olarak hastada ameliyattan sonra kas, sırt ağrısı ve yorgunluk gelişebilir (25). Hastada ameliyattan sonraki ilk 12 saatte şiddetli yorgunluk görülür. Anestezinin etkisinin azalmasıyla birlikte yorgunluk da azalır. Ayrıca, ameliyat bölgesinde bulunan pansuman ve hareketle birlikte ağrının artacağı endişesi hastanın hareketlerini kısıtlamasına neden olmaktadır. Oberle ve arkadaşlarının gününbirlik cerrahi hastalarıyla yaptığı çalışmada (40), hastaların ameliyattan sonra ilk günde şiddetli yorgunluk ve güçsüzlük yaşadıkları, izleyen günlerde ise bu yakınmalarının azaldığı belirlenmiştir. Westman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (41) da, hastaların özellikle ameliyattan sonraki ilk 12 saat içinde şiddetli yorgunluk yaşadığı saptanmıştır.

Yorgunluk, kas ağrısı hastanın günlük yaşantısını olumsuz yönde etkilediğinden hemşirenin, evde yorucu aktivitelerden uzak durması ve mümkün olduğu kadar dinlenmesi konusunda hastaya bilgi vermesi gerekmektedir.

9. Hasta Yakınlarının Hastanın Bakımında Yaşadığı Güçlükler

Hemşirenin, gününbirlik cerrahi girişim geçirecek hastalara ameliyattan sonra evde ilk

24 saat bakımına yardımcı olacak bir yakınının olması gerektiğini ameliyattan önce mutlaka hatırlatması gerekir (6,35). Ameliyat ve ameliyat sırasında alınan anestetik ilaçlar hastanın günlük yaşam aktivitelerini etkiler. Özellikle ameliyattan sonra hastanın gereksinimlerinin karşılanması hasta yakınlarının desteğiyle sağlanmaktadır (8,35). Yeterli düzeyde bilgilendirme yapılmaması hasta ve yakınlarında stres ve kaygı yaratmaktadır. Hasta ve yakınları evde yemek yeme zamanı, önerilen ilaçların kullanılması, yara bakımı ve pansuman yapılması, aktivite kısıtlamaları, banyo ve gelişebilecek komplikasyonlar konusunda sorunlar yaşamaktadırlar (44,54). Hemşirenin hasta ve yakınlarına bu konularda yeterli bilgi vermesi hastanın stres ve kaygısını engeller ve iyileşme sürecini hızlandırır.

10. Sağlık Personeline Ulaşma ve Yeterli Yardım Alma İle İlgili Sorunlar

Hastaların ameliyattan sonra sağlık çalışanlarından evde bakıma yönelik olarak yeterli yardım alamamaları iyileşme sürecini etkileyen sorunlardan biridir. Hastalar, ameliyattan sonra evde bakım, gelişen sorunlar ve çözümleri gibi konularda hemşire ve hekimden yardım almaya gereksinim duyabilirler. Mitchell'in (5) belirttiğine göre, King'in çalışmasında hastaların yalnızca %5'ine ilk 48 saat içerisinde yardım sağlandığı ve bunun yeterli olmadığı belirlenmiştir. Yine Mitchell (56), yapılan bir çalışmada, hastaneden taburcu olduktan sonra hastaların %7'sinin günübirlik cerrahi merkezini, %10'unun hekimi ve %1'inin ise yaşadığı bölgedeki hemşireyi telefonla arayarak bilgi aldıklarını belirtmiştir.

Evde yaşanan diğer bir sorun, hasta ve yakınlarının reçete edilen ilaçların yan etkileri, diğer ilaçlarla etkileşimleri, hangi yolla, nasıl ve ne sıklıkla kullanılması gerektiğini bilememeleridir. Bu nedenle hemşirenin, taburcu olmadan önce reçete edilen ilaçların yan etkileri, diğer ilaçlarla etkileşimleri, hangi yolla, nasıl ve ne sıklıkla kullanılması gerektiği konusunda mutlaka hasta ve yakınlarına sözel ve yazılı olarak bilgi vermesi önemlidir (44).

Ameliyattan sonra evde yaşanan sorunların belirlenmesinde ve bu sorunların giderilmesinde hemşireye önemli görevler düşmektedir. Hemşire hastaneden taburcu olmadan önce kontrole gelme tarihi, acil durumlarda iletişim kuracakları kişilerin telefon numaraları ve arama zamanını içeren bilgileri hasta ve yakınlarına yazılı olarak vermelidir. Böylece hasta evde sorun yaşadığında sağlık çalışanlarına kolaylıkla ulaşabilmelidir (35). Ayrıca, ameliyattan sonraki ilk 24 saat içinde hastayı telefonla arayarak evde bakımın devamlılığını sağlaması günübirlik cerrahi hemşiresinin etkin rolünü gerçekleştirmesi yönünden önemlidir (32,33).

Hastalar genel sorunlara ek olarak ameliyatlarına özel sorunlar da yaşayabilirler. Hastalara taburcu olmadan önce yeterli bilgi verilmesi bu sorunların giderilmesinde katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak, günübirlik cerrahi sürecinin başarılı olabilmesi için etkin bir ekip çalışmasının gerekli olduğu söylenebilir. Bu ekipte günübirlik cerrahi hemşiresinin hastanın ve hasta yakınlarının işleme hazırlanmasında ve bilgilendirilmesinde önemli rolleri bulunmaktadır. Hastanın ve hasta yakınlarının cerrahi süreç boyunca bilgilendirilmesinin, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde gelişebilecek sorunların önlenmesini sağlayarak bakımın kalitesini artıracığı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Aksoy G, Sayın Yazıcı Y. Günübirlik Cerrahide Hasta Hazırlığı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 8 (2): 39-46.
2. Day Surgery: Operational Guide. Available from: <http://www.bads.co.uk> Accessed: 26.08.2003
3. Defazio- Quinn DM. Ambulatory Surgery. Nursing Clinics of North America 1997; 32 (2): 377-386.
4. Coll AM, Torrance C. Fine Tuning the Day Surgery Process. Nursing Standard 1999; 14 (4): 39-41.
5. Mitchell M. Patients' Perceptions of Day Surgery: A Literature Review. Ambulatory Surgery 1999; 7 (2): 65-73.
6. Torrance C, Serginson E. Surgical Nursing. London: Baillière Tindall; 1997.
7. Wasowicz DK, Schmitz RF, Borghans HJ, De Groot RRM, Go PMNYH. Growth Potential of Ambulatory Surgery in The Netherlands. Ambulatory Surgery 2000; 8 (1): 7-11.
8. Yavuz M, Dramalı A. Pediatrik Günübirlik Cerrahide Hasta ve Ailesinin Taburculuğa Hazırlanması ve Taburcu Edilme Kriterleri. Hemşirelik Forumu 1998; 1 (6): 266-269.
9. Brockway PM. The Ambulatory Surgical Nurse. Nursing Clinics of North America 1997; 32 (2): 387-394.
10. Ambulatory Surgical Centers' Utilization Report 2001. Available from: <http://www.in.gov/isdh/regsuc/acc/asc/2001.htm> Accessed: 02.09.2003
11. Guzzanti E, Mastrobuono I. Organisational, Technological and Structural Standards for Office Based Ambulatory Surgery and Day Surgery. Ambulatory Surgery 1999; 7 (3): 159- 165.
12. Williams GD. Preoperative Assessment and Health History Interview. Nursing Clinics of North America 1997; 32 (2): 395-415.
13. Janikowski DL, Rockefeller CA. Awake and Talking: Ambulatory Surgery and Conscious Sedation. Nursing Economics 1998; 16 (1): 37-43.
14. Plet P, Kress J, Friesen RM, Hudson RJ. The Preadmission Assesment Clinic: Patients Impression and Impact on Length Stay. Today's Surgical Nurse 1998; 20 (4): 14-17.
15. Parker BM, Tetzlaff JE, Litaker DL, Maurer WG. Redefining The Preoperative Evaluation Process and The Role of The Anesthesiologist. Journal of Clinical Anaesthesia 2000; 12 (5): 350-356.
16. Erdil F, Elbaş- Özhan N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: Kaya Matbaacılık; 1999.
17. Joshi GP, Tewersky, R.S. Fast Tracking in Ambulatory Surgery. Ambulatory Surgery 2000; 8 (4): 185-190.
18. Wilmore DW, Kehlet H. Management of Patients in Fast Track Surgery. British Medical Journal 2001; 322 (7284), 473-476.
19. Your Spinal Anaesthetic. Available from: <http://www.youranaesthetic.info> Accessed: 26.08.2003
20. Anesthesia for Ambulatory Surgery. Available from: <http://www.ASAhq.org> Accessed: 02.09.2003
21. Linaeres-Gil MJ, Pelegri- Isanta MD, Pi- Siqués F, Amat- Rafols S, Esteva- Ollé MT, Gomar C. Unanticipated Admissions Following Ambulatory Surgery. Ambulatory Surgery 1997; 5 (4): 183-188.
22. Parnass SM. Ambulatory Surgical Patients Priorities. Nursing Clinics of North America 1993; 28 (3): 531-543.
23. Dilmen N. Günübirlik Operasyon Hemşirelik Yaklaşımları. Süreç Hemşire Eğitim Rehberi 2004; 9 (58): 5-9.
24. Joshi GP. New Concept in Recovery after Ambulatory Surgery, Ambulatory Surgery 2003; 10: 167- 170.
25. Marshall SI, Chung F. Discharge Following Ambulatory Surgery. Ambulatory Surgery 1997; 5: 3-8.
26. Pavlin DJ, Rapp SE, Polissar NL, Malmgren JA, Koerschgen M, Keyes H. Factors Affecting Discharge Time in Adult Outpatient. Anesthesia and Analgesia 1998; 87 (4): 816-826.
27. Hoque SL. Assessing Tool to Measure Patient Functional Ability After Outpatient Surgery. Anesthesia and Analgesia 2000; 91 (1): 97-106.
28. Lookinlands, Pool M. Study on Effect of Methods of Preoperative Education in Women. AORN Journal 1998; 67 (1): 203-213.
29. Mitchell M. Patients' Perceptions of Pre-operative Preparation for Day Surgery. Journal of Advanced Nursing 1997; 26: 356-363.

30. Mitchell M. Constructing Information Booklets for Day-case Patients. *Ambulatory Surgery* 2001; 9 (1): 37-45.
31. Bergström Y, Carlson T, Jonsson A. Nursing Care for Day Surgery: The Concept and Organization of Nursing Care. *Ambulatory Surgery* 2000; 8: 3-5.
32. Graling PR. Improving Telephone Follow up After Ambulatory Surgery. *AORN Journal* 1998; 67 (3): 688-689.
33. Haskell DM, Brown HN. Calling All Patients. *Nursing Management* 1998; 29 (9): 39-40.
34. Junger A, Benson M, Klases J, Sciuok G, Fuchs C, Sticher J, Hempelmann G. Influences and Predictors of Unanticipated Admission After Ambulatory Surgery. *Anaesthetist* 2000; 40: 875-880.
35. Lancaster KA. Patient Teaching in Ambulatory Surgery. *Nursing Clinics of North America* 1997; 32 (2): 417-427.
36. Dewar A, Craig K, Muir J, Cole C. Testing The Effectiveness of a Nursing Intervention in Relieving Pain Following Day Surgery. *Ambulatory Surgery* 2003; 10 (2): 81-82.
37. Joshi GP. Pain Management After Ambulatory Surgery. *Ambulatory Surgery* 1999; 7 (1): 3-12.
38. Kleinbeck SVM, Hoffart N. Outpatient Recovery After Laparoscopic Cholecystectomy. *AORN Journal* 1994; 60 (3): 394-402.
39. Morales Casas R, Blanco C. Why are Ambulatory Surgical Patients Admitted to Hospital. *Ambulatory Surgery* 2002; 9 (4): 197- 205.
40. Oberle K, Allen M, Lynkowski P. Follow-up of Same Day Surgery Patients. *AORN Journal* 1994; 59 (5): 1016-1025.
41. Westman L, Legeby M, Ekblom A. A 3-Day Postoperative Study Related to Pain, Nausea, Vomiting and Tiredness in Patients Scheduled for Day Surgery. *Ambulatory Surgery* 1996; 4: 61-66.
42. Lindén I, Engberg IB. Patients' Opinions of Information Given and Postoperative Problems Experienced in conjunction With Ambulatory Surgery. *Ambulatory Surgery* 1996; 4: 85-91.
43. Home Care after Rhinoplasty/ Septoplasty/ Nasal Fracture. Available from: <http://www.acs.ohio-state.edu/units/osuhops/patedu/Materials/PDFDocs/surgery/after-rhino.pdf> Accessed: 10.03.2004
44. Lindén I, Engberg IB. Patients' Opinions and Experiences of Ambulatory Surgery – A Self Care Perspective. *Ambulatory Surgery* 1995; 3 (3): 131-139.
45. Groggaard B, Kimsas E, Raeder J. Wound Infection in Day-Surgery. *Ambulatory Surgery* 2001; 9 (2): 109-112.
46. Sayek İ. *Temel Cerrahi*. Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti; 1993.
47. Bauer M, Böhler H, Aichele G, Bach A, Martin E. Measuring Patient Satisfaction With Anaesthesia: Perioperative Questionnaire Versus Standardized Face to Face Interview. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2001; 45 (1): 65-72.
48. Jenkins K, Grady D, Wong J, Correa R, Armanious S, Chung F. Postoperative Recovery: Day Surgery Patients' Preferences. *British Journal of Anaesthesia* 2001; 86 (2): 272- 274.
49. Young R, De Guzman CP, Matis MS, McClure K. Effect of Preadmission Brochures on Surgical Patients' Behavioral Outcomes. *AORN Journal* 1994; 60 (2): 232-241.
50. Jimenez A, Arribas MD, Murillo C, Abenia JM, Elia M, Gonzalez M. Analysis of Complications and Causes of Unexpected Hospitalisation in Ambulatory Surgery. *Ambulatory Surgery* 1998; 6: 163-167.
51. Paech MJ, Pavy TJG, Kristensen JH, Wojnar- Horton RE. Postoperative Nausea and Vomiting: Development of A Management Protocol. *Anaesthesia and Intensive Care* 1998; 26 (2): 152-154.
52. Same Day Surgery. Available from: <http://www.stfrancisblueisland.com> Accessed: 24.08.2003
53. Payne FB, Ghia JN, Levin KJ, Wilkes NC. The Relationship of Preoperative and Intraoperative Factors on The Incidence of Pain Following Ambulatory Surgery. *Ambulatory Surgery* 1995; 3 (3): 127-130.
54. Fox VC. Postoperative Education That Works. *AORN Journal* 1998; 67 (5): 1010-1017.
55. Türe H, Eti M, Adil M, Kara Ö, Göğüş FY. The Incidence of Side Effects and Their Relation with Anesthetic Techniques after Ambulatory Surgery. *Ambulatory Surgery* 2003; 10: 155-159.
56. Mitchell M. Psychological Preparation for Patients Undergoing Day Surgery. *Ambulatory Surgery* 2000; 8 (1): 19-29.