

## GÜNÜBİRLİK CERRAHİDE HASTANIN HAZIRLIĞI \*

Güler AKSOY \*\*, Yazile YAZICI SAYIN \*\*\*

### ÖZET

Günübirlik cerrahi hasta sayısı ve çeşidinin giderek arttığı yeni bir cerrahi yöntemidir. Bu yöntem hem hasta hem de sağlık çalışanları için çok önemli etkilere sahiptir.

Hastane koşullarının 1900'ü yıllarda oldukça ilkel olması enfeksiyon ve mortalite oranlarının artmasına neden olmaktadır. Bu durum birçok ameliyatın hastaneler yerine ev koşullarında yapılmasını zorunlu kılmakta, hastaneleri iyileşmek için değil ölmek için gidilen yerler olarak göstermektedir. Zamanla teknolojik ilerlemeler, asepsi hakkındaki bilginin artması ameliyatların yeniden hastanelerde yapılmasına yol açmıştır. Böylece hastaneler evlerden daha üstün ve daha güvenli yerler haline gelmiştir. Bakım kalitesi anlayışının değişmesi, sağlık sigortasının devlete ve bireye getirdiği yük ve anesteziye sorunlar da günübirlik cerrahinin kısa bir süre içinde gelişmesini sağlamıştır.

Audit komisyon (hükümet düzeyinde yaşam kalitesi üzerine öneriler geliştiren komisyonlar), hasta seçiminde ilk adımın, bütün hastaların günübirlik cerrahi için aday olduklarının dikkate alınması olduğunu belirterek, uygun hasta seçiminin bundan sonraki aşama olduğu üzerinde durmaktadır. Günübirlik cerrahide hatadan kaçınmada hem hasta, hem de bakım vericiler açısından, hastaların uygun bir şekilde ve dikkatlice seçilmesi çok önemlidir. Günübirlik cerrahi işlem için adayın uygunluğu belirlendikten sonra, ameliyat olacak hastanın hazırlığı fiziksel, entellektüel, emosyonel, sosyal durumuna ait bazı koşulların incelenmesini gerektirir.

Bu makalenin amacı, günübirlik cerrahide hasta seçimi ve hazırlığını tartışmak ve değerlendirme kriterlerine örnekler sağlamaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Günübirlik cerrahi, hasta seçimi, hasta hazırlığı, hemşirelik bakımı

### ABSTRACT

#### Patient Preparation for Day Surgery

Day surgery is a new surgery method in which the number and type of patients have increased. This method has very important effects for both the patient and the health industry employees.

The primitiveness of the hospital conditions in the 1900s was the reason of the increase of infection and mortality rates. This situation led to carry out a lot of operations at home conditions instead of hospitals, and hospitals were places to go for dying instead of recovering. The technological improvements over time and the increase of information on asepsis have led to carrying out the operations in hospitals again. Thus, hospitals have become superior and safer places than homes. The change in the quality of care, the burden of the health insurance to the individual and to the state and problems in anesthesia have also helped the day surgery to develop in a short period of time.

Audit commission (the commissions which develop proposals on the quality of life at governmental levels) state that all patients are candidates for day surgery, and the selection of suitable patients is the following stage. It is very important to select the patients appropriately and carefully to avoid mistakes in day surgery for both the patients and care takers. After the appropriateness of the patient is determined for day surgery, the preparation of the patient to be operated requires the examination of certain physical, intellectual, emotional, and social conditions.

The purpose of this article is to discuss the selection and preparation of the patient in day surgery and to provide samples for the evaluation criteria.

**Key words:** Day surgery, patient selection, patient preparation, nursing care.

### GİRİŞ

Günümüzde önem kazanan günübirlik cerrahinin, çeşitli alanlarda kullanımının yaygınlaştığı ve giderek artan oranlarda uygulandığı görülmektedir. Günübirlik

cerrahi, hastanede yatan hastalara uygulanan cerrahi girişimi temel alan, ancak yatış gerektirmeyen ve aynı gün taburculuğu öngören bir yaklaşım olarak

\* 2. Uluslar arası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresinde sunulmuştur (7-11 Eylül 2003, Antalya)

\*\* Prof.Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

\*\*\* Araş.Gör. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul

tanımlanmaktadır (Johnson 1996; Litwack 1995). Günübürlük cerrahinin yatan hastaların ameliyat öncesi hazırlığına eşdeğer bir hazırlık, yeterlilik ve güvenlik gerektirmesine karşın, hastaneye yatış gerektirmediğinden dolayı hasta, aile, sağlık çalışanları, kurum ve maliyet açısından olumlu getirileri olduğu belirtilmektedir. Bu durumun günübürlük cerrahinin sayısal artışında önemli olduğu ileri sürülmektedir (Johnson 1996; Litwack 1995; Woghorn, McKee, ve Thompson 1997).

Hastanede yatan hastalar tarafından; özellikle hastane ortamında aile/arkadaşlardan ayrı, yabancı bir çevrede, tanımadığı bireylerle ortak bir yaşamı paylaşmanın getirdiği endişelerle günlük yaşama uyum sağlamaya çalışmanın, hastalığın belirtileri ile başetme kadar güç olduğu ifade edilmektedir (Akyolcu 2003; Johnson 1996; Malster ve Perry 2000). Ayrıca hastanede yatış süresi ile enfeksiyon oranı arasındaki doğru orantı ve buna bağlı artan mortalitenin günübürlük cerrahiyi, elektif cerrahiye göre avantajlı duruma getirdiği belirtilmektedir (Johnson 1996; Litwack 1995; Malster ve Perry 2000; Woghorn, McKee ve Thompson 1997).

Son yıllarda anestezi, cerrahi teknik, asepsi ve nitelikli bakım alanında gözlenen hızlı ilerlemeler, kısa sürede bilinç kazanılması ve erken iyileşmeyi sağlaması, özbakım girişimlerinin desteklenmesi, bağımlılık süresini kısaltarak yaşam kontrolünün kısa bir zamanda elde edilmesi, günübürlük cerrahinin gelişimini etkileyen en önemli faktörler olarak gösterilmektedir (Audit Commission 2002; Bean 1990; Johnson 1996; Litwack 1995; Malster ve Perry 2000).

İlk olarak 1909'da İskoçya'da bir pediatri hekiminin başlattığı günübürlük cerrahi girişiminin, 1992'de Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 3 milyona ulaştığı bildirilmektedir (Lock 1999). Günübürlük cerrahideki sayısal artışta, 1970'den başlayarak yaygınlaşan evde bakım standartlarının geliştirilmesi ve eğitimin çok önemli bir rol oynadığı vurgulanmaktadır (Brockway 1997; Lock 1999). Amerikan Ulusal Sağlık Servisi'nin yakın bir gelecekte tüm elektif cerrahi girişimlerin %75'ine günübürlük cerrahinin uygulanabileceği varsayımını ileri sürdüğü belirtilmektedir (Brockway 1997; Lock 1999; Yellen ve Davis 2002). Geçmişte tartışılan bir uygulama olmasına karşın bugün dünyanın hemen her yerinde günübürlük cerrahi girişimi destekleyen pek çok görüş ve

uygulamadan söz edilmektedir (Akyolcu 2003; Dramalı 2003; Lock 1999; Yellen ve Davis 2002).

Bununla birlikte günümüzde günübürlük cerrahi girişiminin pek çok olumlu getirilerine karşın, hasta seçimi, cerrahi işleme hazırlık ve evde bakım kriterleri halen tartışılan konuların başında gelmektedir (Johnson 1996; Lock 1999; Watson ve Sangerino 1995).

## **GÜNÜBÜRLÜK CERRAHİ İÇİN HASTA SEÇİMİ**

Günübürlük cerrahi uygulamalarında hasta seçiminde ilk adım tüm elektif cerrahi hastalarının bu yöntem için aday olduğunun dikkate alınmasıyla başlar ve bu uygulama için uygun olan hastaların seçimi bundan sonraki aşamada gerçekleşir. Audit komisyon hatalı hasta seçimini engellemede hekim, hemşire ve anesteziistin'in anahtar rolü üstlendiğini belirtmekte ve bilimsel bilgi ve araştırmalara temellendirilen seçim kriterlerinin kullanılmasının önemini vurgulamaktadır (Audit commission 2002; Fysh 1999). Günübürlük cerrahide hasta seçimi ve değerlendirmesinin günübürlük cerrahi ünitesinin daha etkin kullanımı ve hasta güvenliğini sağlamadaki önemi üzerinde durulmakta ve bunun hasta, girişimi gerçekleştirecek ekip ve kurum açısından çok önemli olduğu ifade edilmektedir (Watson ve Sangerino 1995).

Hasta seçim sürecinin başlangıç aşamasında; uygulanacak girişimin günübürlük cerrahi için uygun olup olmadığının belirlenmesinin hasta seçim sürecinin ilk aşaması olduğu belirtilmektedir. Günübürlük cerrahi için uygunluğu doğrulanan hastalar ön kabule ilişkin aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmektedir. Bunlar;

- Bilgilendirilmiş yazılı izin alınması,
- Uygulanacak girişimin 60 dakikayı aşmaması,
- Yapılacak işlemin taburculuk sonrası parenteral analjezik uygulamasını gerektirecek kadar ağrı oluşumuna neden olmaması,
- Girişimin özel bir hemşirelik bakımı gerektirmemesi,
- Ameliyat sonrası kanama ve dren olasılığı olmaması,
- Evde bakım koşullarının yeterli olması,
- Evde bakımın sürekliliğini sağlayıcı destek sistemlerinin varlığının doğrulanmasıdır.

Tüm elektif cerrahi girişim hastalarının günübürlük cerrahi için aday olabilecekleri ileri sürülse de, bu tür

bir girişimi engelleyici faktörler de gündeme getirilmektedir.

*Bunlar arasında;*

- Yalnızca diyet yoluyla kontrol altına alınamayan diyabet,
- Angina pectoris, pacemaker gerektiren kalp yetmezliği, iki yıl önce geçirilen Myokard İnfarktüsü,
- Hipertansiyon varlığı (60 yaşın altında 160/100 mmHg, 60 yaşın üzerinde 180/100 mmHg),
- Kronik, kontrol edilemeyen, akut olarak alevlenen solunum sistemi hastalığı (Astma),
- Özellikle boyun, çene ve ellerde aktivite sınırlamasına neden olan ciddi artrit,
- Son yıllarda ya da öncesi anestezi deneyimini izleyen epilepsi atağı,
- Kan hastalığı (orak hücreli anemi),
- Jinekolog ve anestezistin onay vermediği gebelik durumu,
- Bulaşıcı bir enfeksiyon varlığı ( Hepatit B, HIV),
- Girişim sonrası idrar retansiyonu olasılığı,
- Steroidler, kan şekeri düzenleyicileri (özellikle hipoglisemik ajanların), kalp glikozitleri, antikuagülanlar, kontraseptifler ve alkolün kullanımı,
- Malign hipertermi ya da allerji öyküsü,
- Fizyolojik/psikolojik nedenle oluşan mental durum bozuklukları sayılmaktadır (Fysh 1999; Johnson 1996).

Günübirlilik cerrahide, hem hasta hem de girişimi uygulayacak ekip ve kurum açısından, en önemli boyutun hasta seçim işlemi olduğu ifade edilmektedir. Girişim öncesi ön koşul olan hasta değerlendirmesinin hasta güvenliğini sağlamada önemli bir kriter olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda aday hasta seçiminde cerrahi girişimin başarı ve güvenilirliğini etkileyen fizyolojik, psikolojik ve sosyal parametrelerin değerlendirilmesine dikkat çekilmektedir (Booth ve Finegan 1995; Fysh 1999; Johnson 1996; Watson ve Sangerino 1995).

### 1.FİZYOLOJİK DEĞERLENDİRME

Hasta seçimine ışık tutacak fizyolojik parametreler kapsamında; tıbbi durumun değerlendiril-

mesi, yaş, beden ağırlığı, fizik muayene ve laboratuvar tetkik sonuçları yer almaktadır.

### Tıbbi durumun değerlendirilmesi

*Tıbbi durumu değerlendirmek için Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) tarafından önerilen hasta sınıflamasında belirlenen kriterler şunlardır (Fysh 1999; Johnson 1996);*

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

ASA'ya göre, genellikle, I.ve II. sınıf grubuna giren hastaların günübirlilik cerrahi için en uygun adaylar olduğu, ancak fizyolojik parametrelerin çok iyi kontrol altına alınabileceğine karar verilen III.sınıf hastaların da aday olarak düşünülebileceği bildirilmektedir (Booth ve Finegan 1995; Watson ve Sangerino 1995).

### Yaş

Günübirlilik cerrahide yaş sınırının en önemli nedeni, yaşlılık süreciyle ilişkili ortaya çıkan sağlık problemleridir. Bundan dolayı hasta seçiminde yaşın üzerinde de durulması gerekir (Fysh 1999; Malster ve Peery 2000). Royal Cerrahlar Koleji (1999) günübirlilik cerrahide üst yaş sınırını 65-70 olarak önermekte ise de yaş hasta seçiminde tek başına bir kriter değildir. Ancak burada en önemli noktanın ek sorunların varlığı olduğu, yaş uygun olmasına karşın sorunu olan hastaların günübirlilik cerrahiye aday olamayabilecekleri üzerinde durulmaktadır (Fysh 1999). Geçmişte genç, ek sağlık sorunu olmayan bireyler günübirlilik cerrahi için aday hastalar olarak tanımlanırken, artık yaş ve ek sağlık sorununun bu girişim için engel oluşturmadığı ifade edilmektedir. Günübirlilik cerrahinin alt yaş sınırı 1 olarak kabul edilse de bazı ünitelerde diğer kriterlerin uygunluğu halinde daha küçüklere de bu olanağın sağlandığı gözlenmiştir (Fysh 1999). Ayrıca ASA'nın

sınıflamasına göre de I. ve II. sınıf hastalarda yaş sınırlamasından söz edilmemektedir (Booth ve Finegan 1995; Fysh 1999).

### **Beden ağırlığı**

Fizyolojik değerlendirmede bir diğer kriterin beden ağırlığı olduğu ve tüm cerrahi yöntemlerdeki gibi obesitenin gününbirlik cerrahide de önemli bir sorun oluşturduğu bilinmektedir. Anestezi, cerrahi işlem ve bakım uygulamalarında teknik zorluklara yol açarak girişim süresinin uzamasına, iyileşmenin gecikmesine ve bunun paralelinde komplikasyonlara neden olabileceğinden obes hastaların, gününbirlik cerrahiye uygun adaylar olmadıklarına dikkat çekilmektedir (Booth ve Finegan 1995; Fysh 1999). Literatürde beden ağırlığı adına belirlenen üst sınır 80 kg olmasına karşın cerrahi girişimin tipinin de kilo sınırlamasında etkin bir faktör olduğu belirtilmektedir. Ayrıca adayın kilosuna ilişkin değerlendirmede boy uzunluğunun da değerlendirme kriterleri içinde ele alınmasının ( beden kitle indeksinin 30-33 arasında olması) önemli olduğu vurgulanmaktadır (Fysh 1999).

### **Fizik muayene**

Hasta değerlendirmesinin önemli aşamalarından birinin de fizik muayene olduğu tartışılmaz. Aday hastanın tüm sistemlerine ilişkin değerlendirmenin yapılması, geleceğe ilişkin komplikasyon olasılığını belirlemeye yardımcı olacaktır. Bu nedenle özellikle solunum, kardiyovasküler, nörolojik, kas iskelet, gastro intestinal ve genitoüriner sistem değerlendirmelerinin üzerinde önemle durulması gerekmektedir ( Fysh 1999; Girard 2004; Smeltzer ve Bare 2000).

#### *Solunum sistemi*

Solunum sisteminin değerlendirilmesi, gününbirlik cerrahi adaylarına inhalasyon anesteziklerin güvenle verilmesinde, bireylerin transferlerinde, ameliyat sırası ve sonrası pozisyonlarının belirlenmesinde yönlendirici olarak kabul edilmektedir (Johnson 1996; Lock 1999).

#### *Kardiyovasküler sistem*

Olası kardiyak komplikasyonlara kaynak oluşturmamak için, kardiyovasküler sistemin ele alınması önemlidir. Bu nedenle hastanın nabız, ekstremite perfüzyonu, deri renk/ ısı, aritmi, pıhtılaşma, dispne açısından kontrolünün yapılması ve kullandığı ilaçlar ile hipertansiyon, hipotansiyon, anginal ağrı, pacemaker kullanımının sorgulanmasından elde edilen

verilerin ekip tarafından yorumlanması gerekir (Johnson 1996).

#### *Nörolojik sistem*

Tüm gününbirlik cerrahi aday hastaların gerçeği değerlendirme, dikkat/ algılama ve uyum yeteneklerinin değerlendirilmesi önemlidir. Nörolojik fonksiyonların yeterliliğine ilişkin şüphe oluşması durumunda hasta güvenliğini sağlama ve ameliyat sonrası komplikasyon olasılığını ortadan kaldırmada sağlık personeline önemli sorumluluklar düşmektedir. Nörolojik sistem değerlendirmesi, bireyin bilinç düzeyi, zaman, yer ve kişiye oryantasyonun belirlenmesiyle başlar ve sırasıyla görme, duyma, konuşma, ağrı, hissetme gibi duyularının yeterliliğinin doğrulanmasını içerir. Böylece iletişimi sağlama, çevre güvenliği, adaptasyon, yardımcı araç-gereçlerin gerekliliği, özel iletişim yöntemleri ve travmadan korunmaya ilişkin planlamalar için yönlendirici verilere ulaşılabilir (Johnson 1996).

#### *Kas/iskelet sistemi*

Kas/iskelet sistemine ilişkin veriler genelde adayın hareket yeteneği üzerine temellenir. Hareket sınırlılığının insizyon yeri, hastanın hazırlanması, pozisyonu ve ek araç-gereç (alçı, fiksator...) kullanımına ait gereksinimlerin belirlenmesinde ve bakımı planlamada rehberlik edeceği vurgulanmaktadır (Johnson 1996; Smeltzer ve Bare 2000).

#### *Gastrointestinal sistem*

Gastrointestinal sistem ve beslenme durumunun değerlendirilmesi de adayın gününbirlik cerrahi için uygunluğu ve ameliyat sonrası komplikasyon olasılığının belirlenmesinde bir kriter olarak ele alınmaktadır. Obesite kadar aşırı zayıflığın da yara iyileşmesi için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Ayrıca bulantı-kusma yakınmalarının, gastrotomi ve ileostominin sıvı-elektrolit dengesi üzerindeki olumsuz etkileri gününbirlik cerrahide özel dikkat gerektirmektedir. Bağırsak alışkanlıkları, karaciğer sorunu ve anemi öyküsünün dikkate alınması ve öncesi sorunların çözümüne yönelik düzenlemelere gidilmesi üzerinde durulmaktadır (Johnson 1996).

#### *Genitoüriner sistem*

Böbrek ve mesane fonksiyon yeterliliğinin belirlenmesinde erkeklerde prostat öyküsü, idrar akımı azalması, testis ödemi ve üretral akıntı; kadında ise menstruasyon düzeni, son menstruasyon tarihi, vaginal akıntı ve yanma ile doğum kontrol hapı kullanımı ve hamilelik, memede kitle ya da son mammografi

sonuçlarının sorgulanması önerilmektedir. Böbrek fonksiyonlarının yetersizliğinin tüm sistemler üzerindeki olumsuz etkisinin ciddi sorunlara kaynak oluşturacağına dikkat çekilmektedir (Girard 2004; Johnson 1996; Smeltzer ve Bare 2000).

### **Laboratuvar testleri**

Laboratuvar test sonuçları da hasta seçiminde önemli bir kriter olarak gösterilmektedir. Test sonuçları fizik muayenenin tekrarlanmasına fırsat vermesinin yanı sıra hasta, ekip ve kurum adına etik /yasal sorunları elimine ederek tedavi/bakımdaki güvenilirlik düzeyini artırır. Günübürlük cerrahi için gerekli laboratuvar testlerinin mümkünse ameliyattan bir hafta önce yapılması, bir bozukluk olması halinde hastanın tedavi edilmesine zaman kazandıracaktır. Rutin testler kapsamında hemoglobun, elektrolitler, üre, kan şekeri, toraks grafisi, EKG, hepatit ve HIV incelemesi, trombosit sayısı/ pıhtılaşma varlığının kontrolü önerilmektedir (Fysh 1999; Girard 2004; Wattsman ve Davies 1997).

## **2.PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME**

Hasta değerlendirmesinin bir diğer aşaması hastanın psikolojik açıdan durumunun belirlenmesi ve uyumunun sağlanmasıdır. Tüm cerrahi hastalarında olduğu gibi günübürlük cerrahi hastasında da yoğunluğu bireyden bireye değişen endişelerin yaşanması beklenen bir durumdur. Günübürlük cerrahi hastalarının fizyolojik hazırlığı gibi psikolojik hazırlıkları da multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Hasta ile iletişimde bulunan ilgili alan hemşiresinin önemli sorumlulukları arasında, hastanın endişelerin giderilmesi ilk sıralarda gösterilmektedir. Psikolojik sağlığı ileri düzeyde bozulmuş bireyin (genellikle psikotikler) ameliyat sonrası gerekli destek kaynakları yoksa ve güvenliği yeterince sağlanamayacaksa bu bireyler için günübürlük cerrahi riskli bir uygulama olarak kabul edilmektedir. Bu tip sağlık sorunlarında cerrahi uygulamanın yataklı tedavi kurumlarında yapılmasının daha uygun olduğu bildirilmektedir (Booth ve Finegan 1995; Johnson 1996).

Günübürlük cerrahide, girişim öncesi bir süre hastanede yatmamış olmanın endişeyi daha da yukarı taşıyabileceği gözardı edilmemelidir. Hastaların: "Cerrahi işlem ciddi midir?, anestezinin etkisinden kurtulamazsam ne olur?, sorun yaşar mıyım?, neler olabilir?, ameliyatım başarılı olur mu?, ameliyat günü neler yapmam gerekir?, kendime bakacak kadar bilgim

var mı?, bana kim bakacak?, evde bakım yeterince güvenli mi?, bakıma ilişkin nasıl bir düzenleme yapmalıyım?, İşimden izin alabilir miyim?, işime ne zaman dönebilirim?, ev yaşamımda neler değişecek?, parasal sorun yaşar mıyım?, sağlık güvencem yapılacak işlemi karşılar mı?" gibi endişelerini yansıtan soruların yanıtlarını arayabileceğine dikkat çekilmektedir (Fysh 1999; Lanchester 1997; Lock 1999; Woghorn, McKee ve Thompson 1997).

### **Bilgilendirme**

Günübürlük ameliyata karar verme aşamasında hastanın yeterince bilgilendirilmiş olması, kendisi için doğru ve uygun karar almada yol gösterici olacaktır. Hastanın beklentileri konusunda bilgi sahibi olan hemşiresinin empatik yaklaşımlarının hazırlıklara ışık tutacağı, ön yargıların giderilmesinde etkin olabileceği vurgulanmaktadır. Hazırlıklar sırasında hastanın katkısını almak amacıyla; işlem öncesi yapılması gerekenler, bakım uygulamaları ve taburculuk işlemlerinin tartışılması ve bilgilerin yazılı olarak da kaydedilmesi hastada güven duygusunun gelişimine ortam hazırlayabilir. Tüm günübürlük cerrahiye aday hastaların algılama ve uyum yeteneklerinin değerlendirilmesi önemlidir. Hastanın algılama ve uyum yeteneklerinin yeterliliğinden şüphe edilmesi durumunda hasta güvenliğini sağlama ve ameliyat sonrası komplikasyon olasılığını ortadan kaldırmak için, girişimin yatış sonrası yapılmasının uygun olacağı bildirilmektedir (Fysh 1999; Lancaster 1997; Litwack 1995; Lock 1999).

## **3. SOSYAL PARAMETRELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Günübürlük cerrahinin gereklerinden biri de uygun ev koşulları ile hastanın evdeki bakım sorumluluğunu üstlenebilecek birinin olmasıdır. Bu nedenle sosyal kriterlerin değerlendirilmesinin eve dönüşte hastanın güvenli bir şekilde bakımının sağlanmasında önemli olduğu belirtilmektedir.

Sosyal parametreler olarak (Fysh 1999; Watson ve Sangerino1995).

- Ameliyat sonrası en az 24-36 saat süreli bakım görevini üstlenebilecek bireyin olması,
- Eve gidişi sağlayacak bir araç ve refakat edebilecek bir bireyin varlığı,
- İletişimin sağlanabileceği bir telefonun olması,
- Eve ulaşılması için yol planı,

- Bakımın sürdürüleceği uygun bir mekanın (tercihen tuvaleti içeride olan) olması,
- İşlem sonrası yolculuğun bir saatten uzun olmaması sayılmaktadır.

Ameliyat olacak bireyde işlem öncesi bu kriterlerin değerlendirilmesi sonucunda hastanın geceyi hastanede geçirmek durumunun ortaya çıkabileceği, bunun kabul edilmemesi durumunda da bireye hastaneye yakın bir otel seçmesi önerilmektedir. Girişim sonrası bakımı üstlenecek birey ya da destekleyicinin hasta beklentilerinin farkında olması için hemşirenin bu bireyleri bilgilendirmesi önemlidir. Ayrıca hasta ailesinin bekleyebilecekleri bir mekan gösterilmesi, girişimi yapan cerrahla görüşmelerinin sağlanması ve bakıma ilişkin bilgi almalarına ortam hazırlanması gerekir (Bean 1990; Fysh 1999; Watson ve Sangerino 1995).

### **GÜNÜBİRLİK CERRAHİDE HASTANIN HAZIRLANMASI VE HEMŞİRELİK**

Günübirlik cerrahi hastalarının hastanede kalış süreleri, ameliyat sonrası 1-6 saat gibi kısa bir süreyi kapsadığından, bakımı en iyi koşullarda ve nitelikli bir biçimde gerçekleştirecek planlamaların yapılması gerekir.

Ameliyat öncesinde, psikotik bireyler kadar, anksiyetesi kontrol altına alınamayan bireyin de günübirlik cerrahi için uygun aday olamayacaklarına dikkat çekilmekte ve yeterli fizyolojik hazırlık kadar psikolojik hazırlık için de özel zaman ayrılması önerilmektedir (Brockway 1997; Lanchester 1997). Amerika Birleşik Devletleri'nde pek çok sağlık kuruluşuna ait günübirlik cerrahi kabul klinikleri bulunmaktadır. Bu kliniklerde, hemşirelerin hasta değerlendirme ölçütlerinin olduğu, girişimden önceki günlerde (2-3 hafta önce) hasta kabul kliniklerinde hastaları bilgilendirici yardımcı sistemlerin bulunduğu belirtilmektedir (Brockway 1997; Lanchester 1997; Lock 1999; Takemuray, Ishida, Inoune ve ark. 2002; Yavuz 2003).

Günübirlik cerrahi hastası ile yatan hasta arasındaki en önemli farklılıklardan birisi, günübirlik cerrahide hasta-hemşire ilişkisinin çok kısa bir süre içinde gerçekleşmesi gerektiğidir. Hasta eğitiminin, girişim kararından hemen sonra multidisipliner bir yaklaşımla başlatılması ve taburculuk sonrasında da sürdürülmesi gereklidir (Johnson 1996). Bazı günübirlik cerrahi merkezlerinde taburcu olan hastanın eğitimi

hemşire tarafından telefon veya bilgisayar bağlantısı ile devam ettirilmektedir. Her ne kadar hemşirelik profesyonelleri tarafından, karmaşık bir bilgisayar ağı ile sunulan hemşirelik bakımının hümanistik değerleri taşıyamayacağı, hasta ve hemşireyi birbirine yabancılaştıracağı düşünülmekte ise de, hemşirelik bakımında teknolojinin etkin kullanımının hastalarda güven duygusu oluşumu ve öz bakım girişimlerini desteklediği belirtilmektedir (Johnson 1996; Litwack 1995). Yellen ve Davis (2002) çalışmalarında, günübirlik cerrahi ünitelerindeki bakımın yönlendirilmesinde bilgisayar kullanımının özellikle genç hastalar arasında memnuniyeti arttırdığını ifade etmişlerdir.

Kısa süreli yatışa bağlı girişim öncesi / sonrası bakıma ilişkin aktivitelerin büyük bir bölümünün hasta ve yakınlarınca uygulanmasının gerekliliği, eğitimin günübirlik cerrahinin ayrılmaz bir parçası olduğunu ortaya koymaktadır. Günübirlik cerrahi kurumlarında eğitimin amacı, girişim öncesi hastanın hazırlanmasına yardımcı olma, güvenli bir biçimde evine transfer, girişim sonrası bakım gereksinimlerini karşılamaya ilişkin gerekli ortamı ve nitelikli bir bakımı sağlamadır (Litwack 1995; Watson ve Sangerino 1995).

Hasta ve bakıma katkı verecek bireylerin eğitiminde gereksinimlerin belirlenmesi ile başarı arasındaki olumlu ilişki ele alınmakta ve hemşire hasta arasındaki iletişimin önemi vurgulanmaktadır. Etkin bir hasta eğitimi sağlamada hastanın öncelikleri, gelişimsel yapısı, geçmiş deneyimleri, çevre koşulları ve kültürel yapısını göz önüne alan öğretim yöntemleri kullanmanın uygun olacağı belirtilmektedir (Lock 1999). Ayrıca eğitimin planlanması ve uygulanması aşamasında hastanın aktif katılımı eğitimin başarısını olumlu yönde etkileyecektir (Litwack1995). Bu tür bir yaklaşım hastanın güven duygusu gelişimine yardım ederek kendisi ile ilgili daha fazla bilgi alma isteğini arttıracak, iyileşmesinde olumlu rol alma fırsatı sağlayacaktır. Ayrıca girişim öncesi eğitimin, hastanın anksiyete düzeyini düşürdüğü; girişim sonrası ise kısa sürede bilincin kazanılmasını sağladığı, ağrı kontrolünü kolaylaştırdığı ve erken taburculuğa ortam hazırladığı belirtilmektedir (Litwack1995; Lock 1999; Watson ve Sangerino 1995; Yavuz 2003).

Çalışmalar günübirlik cerrahi hastalarına yapılan eğitimin mutlaka yazılı olarak verilmesi gerektiğini, hastanede yatmama nedeniyle anlaşılabilen ya da zaman içinde unutulmuş bilginin tekrarlanma olanağı olmayacağına özellikle dikkate alınması gerektiğini

belirtmektedirler (Lock 1999; Woghorn, McKee ve Thompson 1997). Gregory'nin (1981) çalışmasında yazılı bilgi alan hastaların uzun ve kısa süreli bilgi skorlarının, sözel bilgi verilen hastalardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Woghorn, McKee ve Thompson 1997).

*Günübirlik cerrahi hastalarına verilecek eğitimde hasta gereksinimlerinin göz önüne alınmasına ek olarak (Johnson 1996; Lock 1999);*

- Girişim öncesi gecede yapılması gereken hazırlıklar,
- Günübirlik üniteye kabul ve girişim günü hazırlığı,
- Girişim yerinin büyüklüğü ve bakımı,
- Aktiviteler, kısıtlamalar, destek araç gereçler, ilaçlar,
- İyileşme için gerekli zaman,
- Olası ağrı / rahatsızlıkla baş etme yöntemleri üzerinde durulması ve bilgilendirmenin önemi vurgulanmaktadır.

Günübirlik cerrahi ünitelerinin, üniteye kabul öncesinde girişime yakın günlerde, hasta ve kendisine bakım verecek kişiler tarafından ziyaret edilmesi önemlidir. Bu ziyaretler, ameliyatla ilgili gerekli hazırlıkları kontrol etme, girişimle ilgili kabul işlemini kolaylaştırma ve bu ünitelerin hizmet kalitesini yükseltmeye yöneliktir. Kabul öncesi ziyaretler; hasta / aile bireylerinin sağlık çalışanlarını, kalacağı yatak ve çevresini tanımasını sağlayacağı gibi, ulaşım planlaması yapma, hizmet saatleri, haberleşme vb. konularda bilgilendirmelerine katkı verebilir (Fysh 1999; Lock 1999).

*Bazı günübirlik cerrahi ünitelerinde girişime hazırlanmaya ilişkin hastalara çağrı mektubu gönderildiği belirtilmektedir (Lanchester 1996; Lock 1999). Bu mektubun kapsamında;*

- Hastanedeki yatağına ulaşmaya yardımcı bir plan/kroki,
- Girişim kabul tarihi, saati,
- Öncesi gecede yapılması gerekenler,
- Varsa alacağı ilaçlar,
- Yanında getirmesi gerekenler,
- Ulaşım aracı ve refakat edecek bir yetişkin,
- Girişim saatinden en az 2 saat önce gelmesini hatırlatıcı bilgiler yer almaktadır.

Birçok günübirlik cerrahi ünitesinde bu yaklaşımın telefon bağlantısıyla banttan verildiği, ancak bu durumda bireyin soru sorma şansının ortadan

kalktığı, bu nedenle de yeni yöntem arayışı içine girildiği belirtilmektedir (Lanchester 1997). Bazı günübirlik cerrahi kurumlarında ise, genellikle ameliyathane hemşiresi tarafından bu tip hatırlatıcı telefonlar canlı bağlantı ile gerçekleştirilebilmektedir (Lock 1999).

Günübirlik cerrahide girişim öncesi gece hazırlıklarından biri olan oral alım konusunda tartışmalar söz konusudur. Hastalar bazen bu süre içinde bir şey yutmaksızın sakız gibi şeyleri çiğneyebileceklerini düşünebilirler. Oysa sakız çiğnemenin gastrik sekresyon artışına, bulantıya neden olduğu için mide boşalmasını geciktirebileceği ifade edilmektedir (Lock 1999). Girişim öncesi oral alım kısıtlaması konusunda farklılıklar olmasına karşın genelde, sabah erken girişim yapılacaklar için gece yarısından sonra; ilerleyen saatlerde yapılacaklar için son 6 saat içinde sigara dahil ağızdan hiçbir şey alınmaması gerektiği hastaya açık şekilde anlatılmalı ve anlaşıldığı test edilmelidir. Bazı uygulamalarda da yiyecekler için 4 , sıvılar için 2 saat kısıtlamanın kabul gördüğü, düzenli alınması gereken ilaçlar için cerrah ve anesteziistin onayı ile çok az su yardımıyla ilacın alınmasına izin verildiği gözlenmektedir (Bringhamand 2003; Lock 1999).

Cerrahi girişimin yapıldığı gün yönetici ve bakım verecek hemşire tarafından karşılanan hastanın yatağına kabulü yapılırken, diğer sağlık çalışanları ve odasını paylaşacağı bireylerle tanıştırılması, servise uyumlandırılması ve kabul işlemlerindeki bilgilerinin kontrol edilmesi gerekir. Girişim öncesi birey ve refakatçiye ilişkin gerekli bilgi kayıtları tamamlanmış olmalıdır (Bean 1990; Lock 1999).

*Bireye ait kayıtlarda;*

- Acil bir durumda ilişki kurulabilecek bireyler, telefonlar,
- En son yiyecek içecek alınan saat,
- En son alınan ilaç ve saati,
- Değerli eşyaların kaydı, güvenliği,
- Makyaj, oje kontrolü,
- Protezlerin çıkarıldığı,
- Allerjik durum kontrolü,
- Gerekli ise cilt hazırlığı, ameliyat giysisi, bone takılması,
- Bilgilendirilmiş yazılı izin, gerekirse premedikasyon ve saati yer alır (Litwack 1995; Watson ve Sangerino 1995).

Günübürlük cerrahi ünitelerinde genelde, hastanın bilincini kazanma süresi ve taburculuk değerlendirmesinin gecikmesine neden olabileceğinden dolayı premedikasyondan kaçınıldığı, ancak kurum politikası ve hastanın anksiyete düzeyinin yanı sıra ekip tercihinin göz önüne alındığı da bildirilmektedir (Litwack 1995; Watson ve Sangerino 1995).

Gerekli hazırlıkların kontrolü yapılarak hasta, dosyası ve gerekli araç gereç, ilaçlar ile birlikte hemşire refakatinde, tercihen tekerlekli iskemle ya da, yürüyerek cerrahi girişime götürülür. Bireyin yakınları bekleme salonuna alınarak gerekli bilgi verilmelidir. Hasta yakınlarının girişim süresince haber alabilmelerinin sağlanması rahatlamalarına ortam hazırlayacaktır. Ayrıca TV, müzik, okuma materyallerini isteğe bağlı kullanabilecekleri ve girişim sonrası hekiminden bilgi alabilecekleri ortam hazırlanmalıdır. Hastaların kısa süreli hastane deneyimlerinin iletişim zorluklarına neden olabileceği düşünülse de, hemşirelerin günübürlük cerrahide önemli rollerinden birisi iletişimi, sözlü ve yazılı olarak sağlamaktır (Booth ve Finegan 1995; Watson ve Sangerino 1995).

## SONUÇ

Günübürlük cerrahi hastanede yatan hastalara uygulanan cerrahi girişimi temel alan, ancak yatış gerektirmeyen ve aynı gün taburculuğu öngören bir yaklaşımdır (Johnson 1996; Litwack 1995). Yakın bir gelecekte günübürlük cerrahi girişimlerin tüm alanlardaki girişimlerin yaklaşık % 75'ini alacağı belirtilmektedir. Bu alandaki gelişmeler uygun hasta seçimi ve hazırlığının önemine işaret etmekte ve perioperatif hemşireliğin sınırlarının hastane dışına çıkması gerektiğini göstermektedir (Fysh 1999; Johnson 1996; Litwack 1995).

## KAYNAKLAR

- Akyolcu N** (2003) *Günübürlük cerrahi hemşireliğinde profesyonel öncelikler*, Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova-İzmir, ss:61-70.
- Audit Commission** (2001), *Day Surgery Guide to The Indicators*, <http://www.doh.gov.uk/daysurgery-operational/guide/> 26.6.2003.
- Bean M** (1990) *Preparation for surgery in an ambulatory surgery unit*, *Journal of Postanesthesia Nursing*, 5(1):42-47.

**Booth P, Finegan BA** (1995) *Changing the admission process for elective surgery: An Economic Analysis*, *Can J Anesth*, 42(5):391-394.

**Bringhamand Hospital** (2003) *Ambulatory surgery: patient preparation/* [www. bringhamandwomens. org/family/ DaySurgHome/](http://www.bringhamandwomens.org/family/DaySurgHome/) 18.4. 2003.

**Brockway PM** (1997) *The ambulatory surgery nurse*, *Nursing Clinics North America*, 32(2):387-393.

**Dramalı A** (2003) *Günübürlük cerrahide tarihçe*, *Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı*, Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova-İzmir, ss:35-38.

**Fysh R** (1999) *Patient selection*, D Hodge (Ed), *Day Surgery A Nursing Approach*, Churchill Livingstone, pp: 5-25.

**Girard NJ** (2004) *Perioperative care: Medical Surgical Nursing*, SM Lewis, MM Heitkemper, SR Dirksen (Ed), 6.edt., Mosby, Vol (1):360-393.

**Johnson JH** (1996) *Ambulatory surgery*, JC Rothrock (Ed), *Perioperative Nursing Care Planning*, Mosby St Louis, pp:467-484.

**Lancaster KA** (1997) *Patient teaching in ambulatory surgery*, *Nursing Clinics of North America*, 33(2):417-427.

**Litwack K** (1995) *Ambulatory surgery, Post-Anesthesia Care Nursing*, Second ed., Mosby St Louis, pp:352-374.

**Lock E** (1999) *Preparation for procedures*, D Hodge (Ed), *Day Surgery A Nursing Approach*, Churchill Livingstone, pp:26-39.

**Malster M, Peery A** (2000), *Day surgery*, K Mannley, L Bellman (Ed), *Surgical Nursing Advancing Practice*, Churchill Livingstone, pp:161-286.

**Smeltzer SC, Bare BG** (Eds) (2000), *Perioperative care: Medical Surgical Nursing*, 9.edt., Lippincott, pp:316-322.

**Takemuray Y, Ishida H, Inoune Y ve et.al.** (2002) *Yield and cost of individual common diagnostic test in new primary care outpatient in Japan*, *Clin Ohem*, 48(1):42-54.

**Watson DS, Sangerino CA** (1995) *Ambulatory surgery*, MD Meeker and JC Rothrock (Eds), *Alexander' Care of The Patient Surgery*, Mosby St Louis, pp:1125-1144.

**Wattsman TA, Davies RS** (1997) *The utility of preoperative laboratory testing in general surgery patients for outpatient procedures*, *Ambulatory Surgery*, 63 (1):81-90.

**Woghorn A, McKee M, Thompson JC** (1997) *Surgical outpatients: challenges and responses*, *Brit J Surg*, 84 (3):300-307.

**Yavuz M** (2003) *Günübürlük cerrahide hemşirelik bakımı*, *Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı*, Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova-İzmir, ss:71-86.

**Yellen E, Davis G** (2002) *Patient satisfaction in ambulatory surgery*, *AORN Journal*, 74(4):483-497.