



**GÜNÜBİRLİK CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA TABURCU
EDİLDİKTEN SONRA BULANTI VE KUSMA GÖRÜLME SIKLIĞI İLE
BAŞ ETME YÖNTEMLERİNİN BELİRLENMESİ**

Gülseren MARAŞ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

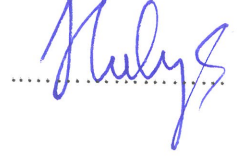
MAYIS 2019

Gülseren MARAŞ tarafından hazırlanan "GÜNÜBİRLİK CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA TABURCU EDİLDİKTEN SONRA BULANTI VE KUSMA GÖRÜLME SIKLIĞI İLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİNİN BELİRLENMESİ" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Hülya BULUT

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Başkan : Doç. Dr. Sevil GÜLER DEMİR

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Zahide TUNÇBİLEK

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,

Hacettepe Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Tez Savunma Tarihi: 27 / 05 / 2019

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Gülseren MARAŞ

27/05/2019

**GÜNÜBİRLİK CERRAHİ UYGULANAN HASTALARDA TABURCU
EDİLDİKTEN SONRA BULANTI VE KUSMA GÖRÜLME SIKLIĞI İLE BAŞ
ETME YÖNTEMLERİNİN BELİRLENMESİ**
(Yüksek Lisans Tezi)

Gülseren MARAŞ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Mayıs 2019

ÖZET

Bu araştırma günübirlik cerrahi uygulanan hastalarda taburcu edildikten sonra bulantı ve kusma görülme sıklığı ile baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 3 Temmuz 2017-6 Mart 2018 tarihleri arasında Kulak Burun Boğaz (KBB), Ortopedi ve Travmatoloji, Üroloji ve Genel Cerrahi servislerinde günübirlik cerrahi kapsamında genel anestezi altında opere edilen ve 24 saat içinde taburcu edilen 350 hasta ile yürütülmüştür. Araştırma verileri araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen “Hasta Tanılama Formu” ve “Bulantı-Kusma Günlüğü” ile toplanmıştır. Veriler hastaların ameliyatından sonra (ortalama 2-4 saat) dosyalarından, kendileriyle yüz yüze görüşülerek ve taburculuk sonrası 1. ve 2. gün telefonla görüşülerek toplanmıştır. Hastaların ameliyat sonrası %30,6’sında, taburculuk sonrası birinci günde %26,3’ünde ve taburculuk sonrası ikinci günde %3,4’ünde bulantı-kusma olduğu tespit edilmiştir. Taburculuk sonrası bulantısı olan 92 hastanın %26,1’i hafif, %44,6’sı orta, %20,7’si yüksek ve %8,7’si şiddetli düzeyde bulantı yaşamıştır. Taburculuk sonrası bulantı kusma ile baş etmede; istirahat etme (%49), açık havaya çıkma (%23,4), bir şeyler yeme (%17) ve bir şeyler içme (%10,6) alternatif yöntemlerini kullandıkları görülmüştür. Taburculuk sonrası bulantı görülme durumu ile bulantı-kusma risk faktörleri olan; kadın cinsiyet, bulantı kusma öyküsü olması, ayılma ünitesinde bulantı olması, ayılma ünitesinde opioid uygulanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda; bulantı ve kusma ile ilgili komplikasyonların önlenmesi için risk puanlamasının etkili bir şekilde yapılması, hastanın bulantısının giderilmesinde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerin etkili olup olmadığının değerlendirilmesi önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1032.1
Anahtar Kelimeler : Bulantı, kusma, taburculuk,başetme yöntemleri, günübirlik cerrahi
Sayfa Adedi : 95
Danışman : Prof. Dr. Hülya BULUT

DETERMINATION OF COPING METHOD WITH THE PREVALENCE OF NAUSEA
AND VOMITING POST DISCHARGE PATIENTS APPLIED AMBULATORY
SURGERY

(M. Sc. Thesis)

Gülseren MARAŞ

GAZİ UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

May 2019

ABSTRACT

This study was carried out as a descriptive study to determine the incidence of nausea and vomiting and coping methods post discharge. The study was carried out with 350 patients who were operated under general anesthesia and discharged within 24 hours in the Otorhinolaryngology (ENT), Orthopedics and Traumatology, Urology and General Surgery services between 3 July 2017 -6 March 2018 in Erciyes University Medical Faculty Hospitals. The data were collected by "Patient Diagnosis Form" and "Nausea-Vomiting Diary" developed by the researcher from the literature. The data were collected from the files after the surgery of the patients (average 2-4 hours) by face to face interviews with them and on the 1st and 2nd days post discharge by telephone. It was found that the patients had nausea and vomiting at 30.6% of the postoperative day, 26.3% on the first day post discharge and 3.4% on the second day post discharge. Of the 92 patients with nausea post discharge, 26.1% experienced mild, 44.6% moderate, 20.7% high and 8.7% severe nausea. In coping with nausea and vomiting post discharge; resting (49%), breathing fresh air (23.4%), eating something (17%) and drinking something (10.6%) were used as alternative methods. There was a statistically significant difference between nausea and vomiting risk factors and nausea post discharge; female gender, a history of nausea or vomiting and opioid administration or nausea in the postanesthesia care unit ($p<0.05$). According to the data obtained from the research; In order to prevent complications related to nausea and vomiting, it is recommended to perform risk scoring effectively and to evaluate whether the pharmacological and non-pharmacological methods are effective in eliminating the patient's nausea.

Science Code : 1032.1
Key Words : Nausea, vomiting, post discharge, coping method, ambulatory surgery
Page Number : 95
Supervisor : Prof. Dr. Hülya BULUT

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışmam boyunca değerli yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, kıymetli tecrübelerinden faydalandığım danışmanım sayın Prof. Dr. Hülya BULUT'a,

Değerli görüş ve önerileri ile tez ve ders dönemim süresince hiçbir konuda benden yardımlarını esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Sevil GÜLER DEMİR'e,

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri (EÜTFH) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji, Genel Cerrahi ve Üroloji Anabilim Dalı Başkanlıklarına, servis hemşirelerine, hekimlerine ve personeline,

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm hasta ve hasta yakınlarına,

Beni yetiştiren ve tüm hayatım boyunca her zaman yanımda olan anneme, babama ve kardeşime ayrıca kuzenim Menekşe KARAHAN'a katkılarından dolayı sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Günübirlik Cerrahinin Tanımı ve Tarihçesi.....	7
2.2. Günübirlik Cerrahinin Avantaj ve Dezavantajları	9
2.3. Günübirlik Cerrahi İçin Hasta Seçimi	10
2.4. Günübirlik Cerrahi Sonrası Yaşanan Sorunlar	12
2.5. Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusma.....	15
2.5.1. Ameliyat sonrası bulantı-kusmanın tanımı, fizyolojisi ve sıklığı	15
2.5.2. Risk faktörleri.....	17
2.5.3. Ameliyat sonrası bulantı-kusmaya bağlı gelişebilecek sorunlar	20
2.5.4. Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın değerlendirilmesi	20
2.5.5. Ameliyat sonrası bulantı-kusmanın önlenmesi	22
2.6. Taburculuk Sonrası Bulantı-Kusma.....	23
2.6.1. Tanımı ve sıklığı	23
2.6.2. Risk faktörleri.....	24
2.6.3. Taburculuk sonrası bulantı-kusma deneyimleyen hastaların yaşadıkları problemler	25
2.6.4. Bulantı kusma ile baş etmede kullanılan farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler	26

Sayfa

2.6.5. Taburculuk sonrası bulantı-kusma ile baş etmede kullanılan bireysel yöntemler	30
2.6.6. Bulantı-kusmanın önlenmesi ve yönetiminde hemşirelik bakımı	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Amacı	35
3.2. Araştırmanın Şekli	35
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	35
3.4. Araştırmanın Evreni	36
3.5. Araştırmanın Örneklemi	36
3.6. Verilerin Toplanması	37
3.6.1. Hasta Tanılama Formu	37
3.6.2. Bulantı-Kusma Günlüğü	38
3.7. Araştırmanın Ön Uygulanması	39
3.8. Araştırmanın Uygulanması	39
3.9. İzinler ve Etik Konular	40
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	40
4. BULGULAR	43
4.1. Hastaların Tanıtıcı Bulguları	44
4.1.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri	44
4.1.2. Hastaların cerrahi girişimlerine ilişkin özellikleri	45
4.2. Hastaların Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusmaya İlişkin Bulguları	46
4.2.1. Hastaların ameliyat sonrası bulantı ve kusma görülme sıklığı	46
4.2.2. Hastaların ameliyat sonrası bulantı-kusmaya ilişkin risk faktörlerinin dağılımı	46
4.3. Hastaların taburculuk sonrası bulantı-kusmaya ilişkin bulguları	48
4.3.1. Hastaların taburculuk sonrası bulantı ve kusma görülme sıklığı	48
4.3.2. Hastaların taburculuk sonrası bulantı ve kusma risk faktörleri	49

	Sayfa
4.3.3. Hastaların taburculuk sonrası bulantı ve kusma risk skoru.....	49
4.3.4. Hastaların taburculuk sonrası bulantı-kusma şiddetleri	51
4.4. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre bulantı-kusma sıklığının karşılaştırılması.....	53
4.5. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre bulantı şiddet ortalamasının karşılaştırılması.....	57
4.6. Hastaların taburculuk sonrası bulantı ve kusma ile baş etme yöntemleri	61
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
6.1. Sonuçlar	71
6.2. Öneriler	72
KAYNAKLAR	73
EKLER.....	83
EK-1. Hasta tanılama formu	84
EK-2. Bulantı-kusma günlüğü formu	86
EK-3. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon kararı	87
EK-4. Erciyes Üniversitesi Hastaneleri izni	89
EK-5. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu	90
ÖZGEÇMİŞ	92

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Bulantı kusma ile baş etmede kullanılan farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler	26
Çizelge 3.1. Yetişkinler için ameliyat sonrası bulantı-kusmaya yönelik basitleştirilmiş Apfel risk skoru.....	38
Çizelge 3.2. Yetişkinler için taburculuk sonrası bulantı-kusmaya yönelik basitleştirilmiş Apfel risk skoru	38
Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri	44
Çizelge 4.3. Hastaların cerrahi girişimine ilişkin özellikleri	45
Çizelge 4.4. Hastaların ameliyat sonrası bulantı ve kusma görülme sıklığı	46
Çizelge 4.5. Hastaların ameliyat sonrası bulantı-kusma risk faktörlerine göre dağılımı	46
Çizelge 4.6. Hastaların ameliyat sonrası bulantı-kusma risk skoruna göre dağılımı	46
Çizelge 4.7. Hastalarda bulantı-kusma risk skorları ile ameliyat sonrası bulantı-kusma görülme durumu arasında korelasyon.....	47
Çizelge 4.8. Hastaların taburculuk sonrası bulantı ve kusma görülme sıklığı.....	48
Çizelge 4.9. Hastaların taburculuk sonrası bulantı-kusma risk faktörlerine göre dağılımı	49
Çizelge 4.10. Hastaların taburculuk sonrası bulantı-kusma risk skoruna göre dağılımı	49
Çizelge 4.11. Hastaların taburculuk sonrası risk skoru ve bulantı-kusma gelişme durumu arasındaki korelasyonlar.....	50
Çizelge 4.12. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin ameliyat sonrası bulantı-kusma sıklığı ile karşılaştırılması	53
Çizelge 4.13. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre taburculuk sonrası bulantı sıklığının karşılaştırılması.....	55
Çizelge 4.14. Hastaların sosyodemografik özelliklerin taburculuk birinci gün bulantı şiddet ortalaması ile karşılaştırılması.....	57
Çizelge 4.15. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre taburculuk birinci gün kusma şiddet ortalamasının karşılaştırılması	59

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.16. Hastaların taburculuk sonrası birinci gün bulantı ve kusma ile baş etme yöntemleri	61

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Kusma fizyolojisi.....	16
Şekil 2.2. Ameliyat ve taburculuk sonrası sonrası bulantı-kusma durumu sınıflandırması	23
Şekil 3.3. Görsel Analog Skala (GAS) bulantı-kusma derecelendirme ölçeği	39
Şekil 4.1. Hastalarda ameliyat sonrası bulantı-kusma risk skoruna göre bulantı-kusma görülme sıklığı grafiği	47
Şekil 4.2. Ameliyat sonrası bulantı-kusma Spearman's Rho korelasyon analizi	48
Şekil 4.3. Hastalarda taburculuk sonrası bulantı-kusma risk skorlarına göre bulantı-kusma görülme sıklığı grafiği	50
Şekil 4.4. Hastaların taburculuk sonrası risk faktörleri skoru ile bulantı görülme durumunun arasındaki ilişki	50
Şekil 4.5. Hastaların taburculuk sonrası risk faktörleri skoru ile kusma görülme durumunun arasındaki ilişki	51
Şekil 4.6. Hastaların taburculuk sonrası bulantı-kusma şiddetlerinin dağılımı grafiği...	51

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
ASA	Amerikan Anesteziyoloji Derneği
BKI	Beden Kitle İndeksi
EÜTFH	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri
TIVA	Total İntravenöz Anestezi
VAS/GAS	Visual Analog Skala (Görsel Analog Skala)

1. GİRİŞ

Problemin tanımı

Tarih öncesi dönemlerden beri uygulanmakta olan cerrahi girişimler 19. yüzyıla kadar oldukça riskli tedavi şekli olarak görülmüş ve başarısızlıkla sonuçlanan vakalar nedeniyle en son çare olarak düşünülmüştür. Cerrahi alanındaki hızlı teknolojik gelişmeler, ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımındaki ve anesteziadaki ilerlemeler sonucu cerrahi girişimler yaygın olarak uygulanan bir tedavi yöntemi olmuştur (Erdil ve Elbaş, 2001). Hızla artmakta olan cerrahi girişim sayısı ile ilgili olarak; Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Sağlık Bakım Maliyet ve Kullanım Projesi (Healthcare Cost and Utilization Project – HCUP) 2014 yılı verilerine göre 17,2 milyon cerrahi gerçekleştirildiği ve bunun %57,8'inin günübirlik cerrahi şeklinde gerçekleştiğini bildirmişlerdir. Türkiye’de ise 2016 yılında 5 milyona yakın cerrahi girişim yapıldığı görülmektedir (HCUP,2014; Sağlık İstatistikleri, 2017).

Son yıllarda anestezi, cerrahi teknik, asepsi ve nitelikli bakım alanında gözlenen hızlı ilerlemeler, hastanın kısa sürede bilinç kazanması ve erken iyileşmesi, özbakım girişimlerinin desteklenmesi, bağımlılık süresini kısaltarak yaşam kontrolünün kısa bir zamanda elde edilmesi gibi faktörler günübirlik cerrahinin gelişimini sağlamıştır (Aksoy ve Yazıcı, 2004). Günübirlik cerrahi; ameliyat öncesinde yapılacak işlem için uygunluğu belirlenen hastaların, planlı olarak ameliyata alınmasını ve ameliyat olduktan sonra 24 saat içerisinde taburcu olabilmelerini sağlayan girişimler olarak tanımlanmaktadır (Çilingir ve Bayraktar, 2006). Seksenli yıllarda ameliyat olan her sekiz hastadan yedisinin hastanede en az bir gece yatması gerekirken günümüzde ameliyat olan hastaların %60’ı aynı gün hastaneden çıkabilmekte ve önceleri üç-dört gün olan bir cerrahi girişim süreci günümüzde dört-beş saate kadar indirgenmektedir (Yavuz ve diğerleri, 2001; Gül ve diğerleri, 2008; Lafortune ve diğerleri, 2012). Günübirlik cerrahi daha çok küçük cerrahi girişimler için uygulanmakla birlikte, günümüzde artık cerrahi girişim gerektiren ameliyatlarda büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2001).

Günübirlik cerrahi Friedman’ın belirttiğine göre, özellikle ABD gibi gelişmiş ülkelerdeki bütün cerrahi girişimlerin %65’ini oluşturmaktadır (Friedman ve diğerleri, 2004). Günübirlik Cerrahi Birliği’ne (Association for Ambulatory Surgery) göre, ABD’de 4 000

günübirlik cerrahi ünitesinde günde 8 000'den fazla ameliyat gerçekleştirilmektedir (Ambulatory Surgery Handbook, 2014). Toftgaard ve arkadaşlarının yapmış olduğu 2007-2009 yılları arası ülkelere göre günübirlik cerrahi uygulanma oranlarına bakıldığında %50-80 arasında değiştiği belirtilmektedir (Toftgaard, 2009).

Günübirlik cerrahi; hastanede kalış süresinin kısa olması buna bağlı hastane enfeksiyona yakalanma riskinin az olması, hastanın yaşam düzeninin çok az değişmesi, erken mobilizasyon, ameliyat sonrası komplikasyonların minimal olması, cerrahi girişim ve anesteziye bağlı komplikasyonların az olması ve hastanın günlük yaşam aktivitelerine hızlı dönmesi gibi avantajları bulunmaktadır (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Türe, 2006, Şal Sarıca, 2007).

Günübirlik cerrahinin birçok yararı nedeniyle tercih edilmesine karşın aynı gün içinde hastaların hem ameliyatını hem de taburculuğunu içermesi nedeniyle bazı sorunlarla da karşılaşılabilir. Hastaların ameliyat öncesi dönemde yetersiz hazırlığı ve ameliyat sonrası döneme ilişkin eksik bilgilendirilmesine bağlı olarak ağrı, yorgunluk ve öz bakımda yetersizlik yaşayabilecekleri belirtilmektedir (Costa, 2001). Bunların yanı sıra ameliyat sonrası bulantı ve kusma, boğaz ağrısı, ses kısıklığı, öksürük, baş dönmesi, baş ağrısı, ateş, yara yerinde kanama, akıntı, uyku hali, oryantasyon bozukluğu gibi sorunların da yaşandığı ve bu sorunların yaşamı tehdit etmemekle birlikte hasta konforunu azalttığı bilinmektedir (Jenkins ve diğerleri, 2001). Özellikle ameliyat sonrası kanama, ağrı, bulantı ve kusmanın taburculuğu geciktirdiği ve yeniden hastaneye yatışlara yol açtığı; ameliyat sonrası yaşanan komplikasyonlar ve taburculuk sonrası bakım yetersizliklerinin de hastaların günübirlik cerrahi girişimlere olan güvenini azaltabileceği bildirilmektedir (Jenkins ve diğerleri, 2001; Ambulatory Surgery Handbook, 2014)

Günübirlik cerrahi uygulamalarında en sık görülen komplikasyonlardan biri olan bulantı yeni anestetik ajanlar, antiemetik ilaçlar ve konuyla ilgili önemli araştırmalara rağmen, halen ameliyat sonrası hastaların üçte birinde ameliyat sonrası en önemli sorun olarak görülmektedir (Acalovschi, 2002; Watcha, 2002). Taburculuk sonrası bulantı-kusma insidansı üzerine yapılan ilk çalışmalardan biri olan Carroll ve arkadaşlarının araştırmasında, günübirlik cerrahi geçiren 211 hastada ameliyat ve taburculuk sonrası bulantı-kusma insidansı %35 bulunmuştur (Carroll ve diğerleri, 1995). Wu ve arkadaşlarının yaptıkları sistematik bir derlemede taburculuk sonrası bulantı insidansı %0-

55 aralığında, kusma insidansı ise %0-16 arasında değişen oranlarda rapor edilmiştir (Wu ve diğerleri, 2002). Pavlin ve arkadaşlarının çalışmasında, hastaların %34'ünün ameliyat sonrası bulantı-kusma yaşadıkları ve taburculuk süresinin yaklaşık olarak 1 saat geciktiği saptanmıştır (Pavlin ve diğerleri, 2002). Odom ve arkadaşlarının taburculuk sonrası bulantı kusma insidansını incelemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada ise bulantı insidansı %56.9, kusma insidansı %19.4 olarak belirlenmiştir (Odom ve diğerleri, 2013). Ameliyat ve taburculuk sonrası bulantı ve kusmanın insidansının yüksek olması beraberinde birçok olumsuz etkileri de getirmektedir. Bunlar; aspirasyon riski, yara açılması riski, ameliyat sonrası hastanede kalış süresinin uzaması, taburculuk sonrası beklenmeyen hastaneye yatış, cerrahiden sonraki 24 saatlik dönemde hastanın fonksiyonel yeteneğinin gecikmeli olarak geri dönmesi ve evdeki hastalar ve bakım sağlayıcıları için zaman kaybıdır (Odom ve Moster, 2005; Awad ve Chung, 2006; Crichton ve Edmonds, 2009). Ameliyat sonrası bulantı ve kusma, hastada iyileşme sürecinin kalitesini etkileyerek hasta memnuniyetini azaltan, yüksek riskli hastalarda tekrar hastaneye yatma potansiyelini artıran bir durum olmasına rağmen halen araştırılması gereken önemli bir konu olarak yeteri kadar ele alınmamıştır (White ve diğerleri, 2008; Pan ve diğerleri, 2008).

Ameliyat sonrası bulantı-kusmanın farmakolojik tedavisinde antiemetik etkili ilaçlar kullanılmakla birlikte halen cerrahi hastaları için %100 etkili bir antiemetik yoktur. Antiemetik profilaksisi de rutin olarak her hasta için her zaman uygun değildir ve her hastanın gereksinimi de olmayabilir. Antiemetiklerin iyi tolere edilenleri olduğu kadar baş ağrısı, sedasyon, ağız kuruluğu ve yaşam bulgularında değişiklikler yapan türleri de olabilmektedir (Fetzer, 2008; McCracken ve diğerleri, 2008).

Farmakolojik tedavi dışında ameliyat sonrası bulantı-kusmanın yönetiminde; akupunktur, akupressure, müzik tedavisi, aromaterapi ve bitkisel tedavinin kullanıldığı da görülmektedir. Medikal ve ilaç dışı alternatif yöntemlere rağmen hastalar ameliyat sonrası bulantı-kusmaya bağlı gelişen semptomlarla çoğunlukla evde kendi çözüm yöntemleri ile baş etmektedir (Fetzer ve diğerleri, 2005). Odom ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu bir çalışmada taburculuk sonrası bulantı-kusma insidansının %56.9 olduğu ve hastaların bir kısmının semptomları önlemek amacıyla farmakolojik yöntemleri kullanırken, bir kısmının farmakolojik olmayan yöntemleri kullandığı belirlenmiştir. Bu çalışmada, taburculuk sonrası yaşanan bulantının hastanın yaşam kalitesini, hasta memnuniyetini, hasta

fonksiyonunu, uyku kalitesini ve sosyal yaşamını olumsuz olarak etkilediği ortaya konmuştur (Odom ve diğerleri, 2014).

Ameliyat sonrası gelişen tüm bu olumsuzluklar ve girişim sonrası hastaların 24 saat içerisinde taburcu edilmesi nedeniyle ameliyat ve taburculuk sonrası bakımın en iyi koşullarda ve nitelikli bir biçimde gerçekleştirilebilmesini sağlayan planlamaların yapılması gerekmektedir (Aksoy ve Yazıcı, 2004). Özellikle hasta eğitiminin, girişim kararından hemen sonra multidisipliner bir yaklaşımla başlatılması, hemşrelerin bu ekip içerisinde aktif rol alması ve taburculuk sonrasında da sürdürülmesi gerekmektedir (Aksoy ve Yazıcı, 2004; Türe, 2006).

Tüm ameliyatların %60'ından fazlasını oluşturan günübirlik cerrahi sonrası her yıl milyonlarca insan ameliyat sonrası hem hastanede hem de evde bulantı-kusma deneyimlemektedir (Joshi ve Twersky, 2000). Ülkemizde ise, taburculuk sonrası bulantı-kusma insidansının belirlenmesine yönelik yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma ile hastaların ameliyat öncesi risk faktörlerinin belirlenmesi ve risk skorlarının oluşturulması, ameliyat sonrası ve evde bulantı ve kusma insidansı belirlenmesi, taburculuk öncesi bu semptomun giderilmesine yönelik bakım faaliyetlerinin planlanması amaçlanmaktadır. Bu şekilde hastanın bakım kalitesi ve memnuniyeti artacak, iyileşme süreci hızlanacaktır.

Araştırmanın amacı

Bu araştırma günübirlik cerrahi uygulanan hastalarda bulantı ve kusma görülme sıklığı ile baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Araştırmanın soruları

1. Günübirlik cerrahi uygulanan hastalarda bulantı ve kusma görülme sıklığı nedir?
2. Günübirlik cerrahi uygulanan hastalarda bulantı ve kusma ile baş etme yöntemleri nelerdir?

Araştırmanın önemi

Ameliyat sonrası bulantı-kusma yönetimine yönelik tedavilere rağmen, bulantı kusma sorunu cerrahi uygulanan hastalarda halen yüksek oranda devam etmektedir. Gününbirlik cerrahi uygulanan hastalar ise hem ameliyat sonrası hem de özellikle taburculuk sonrası bulantı-kusma yaşamaya devam etmekte ve başetmede bireysel yöntemlere başvurumaktadırlar (Fetzer ve diğerleri, 2005). Ameliyat sonrası bulantı-kusmanın yüksek düzeyde insidansa sahip olması, buna bağlı görülebilecek ciddi komplikasyonların ortaya çıkması ve hastaların konfor düzeylerinin bozulması gibi sorunlar nedeniyle sağlık personelinin bu konuda farkındalığının artırılması bulantı-kusma gelişmeden önlenmesi için önemlidir.

Ameliyat sonrası bulantı-kusmanın neden olduğu komplikasyonları, maliyet etkisini ve hastaların yaşadığı rahatsızlıkları göz önüne alındığında hemşirelerin ameliyat sonrası bulantı-kusma ve risk faktörleri konusundaki bilgi düzeylerinin araştırılması, ameliyat sonrası bulantı kusmaya ilişkin farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi ve hemşirelerin bu konudaki yaklaşımlarının artırılması son derece önemlidir. Ameliyat sonrası bulantı-kusmanın ameliyat öncesi ve sonrası değerlendirilmesinde kanıta dayalı, basitleştirilmiş risk puanlarını içeren skorlamalar bulunmaktadır. Özellikle hemşireler hastalardan ameliyat öncesi bilgi alırken, bu skorlamalara göre risk değerlendirmesi yapıp, sonuçları anestezi ve cerrahi ekiple paylaşması, bulantı-kusma yönetiminde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemleri kullanmalı ve etkinliği değerlendirmesi gerekmektedir. Bu uygulamalar hastalar taburcu olmadan önce bulantı-kusma insidansının en aza indirilmesini sağlayacak, hasta konforunu arttıracak, gelişebilecek komplikasyonları azaltacak ve hastanın tekrar sekonder bir problemle hastaneye başvurmasına engel olacaktır (Hooper, 2015).

Bu çalışmamızdan elde edilen sonuçların; cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat ve taburculuk sonrası bulantı-kusma farkındalıklarını arttıracığı, ameliyat sonrası bulantı-kusma yönetimine yönelik oluşturulacak kılavuzlara ve ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Günübirlık Cerrahinin Tanımı ve Tarihçesi

Tanımı

İnsan var olduğundan bu yana nasıl hastalıklar var ise, cerrahi girişimler de vardır. Cerrahi girişimler tarih öncesi dönemlerden beri uygulanmakta olup 19. yüzyıla kadar kaba ve tehlikeli tedavi şekli olarak görülmüştür. Eski dönemlerde başarısızlıkla sonuçlanan vakalar nedeniyle en son çare olarak başvurulmuş cerrahi 19. yüzyıl sonrası başlayan ve günümüze kadar gelen alandaki hızlı teknolojik gelişmeler ve anesteziye ilişkin ilerlemeler sonucunda en son başvurulmuş tedavi yöntemi olmaktan çıkmış ve yaygın olarak uygulanmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2001). Hızla artmakta olan cerrahi girişim sayısı ile ilgili olarak; Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Bakım Maliyet ve Kullanım Projesi (Healthcare Cost and Utilization Project–HCUP) 2014 yılı verilerine göre 17,2 milyon cerrahi gerçekleştirildiği ve bunun %57,8’inin günübirlık cerrahi şeklinde gerçekleştiğini bildirmişlerdir. Türkiye’de ise 2015 yılında 4 milyon 770 bin 145, 2016 yılında ise toplam 4 milyon 772 bin 229 cerrahi girişim yapıldığı görülmektedir (HCUP,2014; Sağlık İstatistikleri, 2017).

Gelişen teknoloji ile birlikte günümüzde önem kazanmaya başlayan günübirlık cerrahinin de çeşitli alanlarda kullanımı yaygınlaşmaya ve giderek artan oranlarda uygulanmaya başladığı görülmektedir. 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, günübirlık cerrahinin gelişimini etkileyen en önemli faktörler olarak gösterilmektedir. Günübirlık cerrahi daha çok küçük cerrahi girişimler için uygulanmakla birlikte, günümüzde artık cerrahi girişim gerektiren ameliyatların büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2001).

Günübirlık cerrahi; bireyin hastaneye kabulü ile başlayan genel, bölgesel veya lokal anestezi ile uygulanan ve 24 saat içinde taburculuk ile sonlanan bir süreçtir (Tran ve diğerleri, 2014). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nin (SGK-SUT) 2.1.2.b bendine göre “günübirlık tedavi kapsamındaki işlemler; sağlık kurumlarında

yatış ve taburculuk işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde genel, bölgesel/lokal, intravenöz veya inhalasyon anestezi ile gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler” olduğu açıklanmaktadır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2014). Günübirlik cerrahi dünyada ayakta ve günübirlik cerrahi gibi adlandırılan birçok tanıma sahiptir; Uluslararası Ambulator Cerrahi Derneği (International Association for Ambulatory Surgery) günübirlik cerrahiyi, aynı iş gününde taburcu edilen hastalar için tanımlayıcı olarak kullanılmasını önermiştir (Ambulatory Surgery Handbook, 2014).

Teknoloji ve tedavi seçeneklerindeki gelişmelere bağlı olarak günübirlik cerrahi de yaygınlaşmakta ve uluslararası alanda hızla artmaktadır (Toftgaard, 2012). Günübirlik cerrahi hem yüksek kalitede bir uygulama hem de mali yararlar sağlayan gelişmekte olan bir günübirlik ameliyat yöntemidir (Mottram, 2011).

Tarihçesi

Günübirlik cerrahi ilk kez 1900’lü yıllarda hastaların hastanede kalma sürelerini azaltarak hastane kaynaklı komplikasyonları ortadan kaldırmak amacıyla uygulanmaya başlamıştır (Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004). 1899–1908 yılları arasında İskoçya’da Glaskow Royal hastanesinde bir pediatri hekiminin 8.898 çocuktaki tavşan dudak, yarık damak ve fitik gibi ameliyatları günübirlik cerrahi olarak komplikasyonsuz olarak uygulanmasıyla başlamıştır (Takemura ve diğerleri, 2002). 1918’de ABD Iowa Sioux şehrinde Dr. Ralph Waters tarafından, ilk genel anestezi ile günübirlik cerrahi girişimleri uygulanmaya başlamış fakat ameliyathane ortamının uygun olmaması ve anestezinin ameliyat süresine yetişememesi gibi sorunlar yaşanmıştır. 1996 yılında Kanada’da Dr. Douglas ve Genel Cerrahlar Birliği’nin yaptığı toplantıda günübirlik cerrahinin geleneksel cerrahiye alternatif olduğunu vurgulamış, hastaların evlerine daha çabuk döndüğünü ve erken mobilizasyonun iyileşmeye yardımcı olduğunu belirtmiş, uzun süre yatakta kalmaya bağlı komplikasyonların da azaldığını vurgulamıştır (Takemura ve diğerleri, 2002).

Günübirlik cerrahi dünyada yaklaşık 40 yıldan beri süregelen bir uygulamakta olup özellikle son 20 yılda Avustralya, Avrupa ve Kuzey Amerika’da gelişimini önemli ölçüde arttırmıştır. İngiltere’de 1989-90 döneminde %34 iken, 1998-99 yılları arasında %65’e yükselmiştir. ABD’de bugünkü rakam %70’in üzerindedir (Jarrett, 2001).

Gelişmiş birçok ülkede günübirlık cerrahi girişimlerin yaygın olarak uygulanmasına karşın, ülkemizde bu uygulamalar henüz yenidir (Gül ve diğerleri, 2008). Türkiye’de ilk hastane merkezli günübirlık cerrahi ünitesi 1998 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde açılmıştır (Türe, 2006). Son yıllarda minimal invaziv cerrahi ve lazer teknolojisinin sağladığı yeni cerrahi teknikler, kısa etkili anestetik ilaçlar, ameliyat sonrası ağrı kontrolü ve bulantı-kusmanın önlenmesi, erken mobilizasyon, antibakteriyel tedavinin gelişmesi ile günübirlık cerrahi uygulamalarının gelişmesi de hız kazanmıştır (Rhodes ve diğerleri, 2006).

Günübirlık cerrahi uygulamaları klinikler veya poliklinikler içinde kurulan ünitelerde, hastanenin faaliyet gösterdiği farklı binalarda kurulan ünitelerde veya kliniklerde uygulanmaktadır. Bunun yanı sıra, özel kuruluşlar tarafından açılan merkezlerde de günübirlık cerrahi uygulanmaktadır (Güven, 2009). Günübirlık cerrahi girişimler, tanı ve tedavi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda, günübirlık cerrahiye uygun 861 girişim Gilliard ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada belirlenmiştir (Gilliard ve diğerleri, 2006).

2.2. Günübirlık Cerrahinin Avantaj ve Dezavantajları

Hastanede kalışı gerektirmeyen hasta memnuniyeti oldukça yüksek olan ve günümüzde tercih edilen bir cerrahi yöntem olan günübirlık cerrahinin yararları aşağıdaki gibidir:

- Hastanın hastanede kalış süresi kısadır.
- Hastanın memnuniyeti yüksektir.
- Hastanın anksiyetesi daha azdır.
- Hastanın günlük rutinleri çok etkilenmez.
- Hasta günlük yaşantısına ve aile ortamına erken döner.
- Hastane kaynaklı enfeksiyonlarla karşılaşma riski azdır.
- Hastanın ameliyat için beklemesi gereken süre kısadır.
- Hastanın erken mobilizasyonuna bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonlar azalır.
- Zaman, malzeme, yatak giderlerinin azalması gibi durumlar kurumlar açısından avantajlıdır.
- Kısa zamanda ve az maliyetle daha çok hastanın tedavisi mümkündür.

- Kaynakların daha etkili ve verimli kullanılmasını sağlar (Yellen ve diğerleri, 2001; Kakande ve diğerleri, 2005; Türe, 2006; Şal Sarıca, 2007; Sarıhasan ve diğerleri, 2008; Ögütü, 2011).

Günübirlik cerrahinin dezavantajları ise;

- Hasta ameliyat öncesi ve sonrası yeteri kadar eğitim almayabilir.
- Acil durumlarda ve gelişebilecek komplikasyonlarda uygun bakımı alamayabilir.
- Taburcu olan bireye evinde kritik ilk 24-48 saat süre içerisinde öz bakımını sağlayacak bir kişi olmayabilir.
- İlk 24-48 saat evde bakım alması gereken hastaya evde bakım verecek kişi ya da kişilere yeterli bilgilendirme yapılmaması bakımın sürdürülmesini engelleyebilir.
- Cerrahi ve anestezi sonrası oluşabilecek komplikasyonlardan bulantı ve kusma, gaz çıkaramama, iştah değişiklikleri, yara problemleri, distansiyon ve ilaçlara bağlı problemler gibi anestezi ve cerrahiye bağlı birçok şikayetlerle hasta evde kendi başına baş etmek zorunda kalabilir.
- Evde iyi bir bakım sağlanamamasına bağlı olarak hastanede tekrar yatışını gerektirecek komplikasyon gelişmesi ve buna bağlı anksiyetesinin artmasına neden olabilir.
- Hasta ve bakıma katkı verecek bireylerin eğitiminde gereksinimlerin belirlenmesi ve hemşire hasta arasındaki iletişimi için yeterli sürenin olmaması.
- Taburcu olan hastanın eğitiminin hemşire tarafından telefon veya bilgisayar bağlantısı ile devam ettirmenin önünde bulunan engeller.
- Akut ağrının yetersiz tedavisi, taburcu edildikten sonra yeniden hastaneye tekrarlı yatışlara, yaşam kalitesinin azalmasına ve kronik ağrı gelişmesine yol açabilmektedir (Costa, 2001; Dindo ve diğerleri, 2004; Mitchell, 2015; Vadivelu ve diğerleri, 2016).

2.3. Günübirlik Cerrahi İçin Hasta Seçimi

Günübirlik cerrahinin güvenliği ve başarısı, ameliyat sonrası komplikasyonların en aza indirilmesi ve uygun hasta seçimine bağlıdır. Bu nedenle Avrupa Anestezistler Derneği (European Society of Anaesthesiologists, ESA), 2003 yılında günübirlik cerrahiye uygun hasta seçimi için cerrahi, medikal ve sosyal kriterlere dayalı kriterler belirlemiştir. Bunlar:

Cerrahi kriterler

- Kısa ve orta süreli cerrahi
- Kan kaybı ve sıvı gereksiniminin fazla olmaması
- Özellikle cerrahi malzemenin gerekli olmaması
- Özel ameliyat sonrası bakımın gerekli olmaması
- Önemli ameliyat sonrası komplikasyon beklenmemesi
- Evde ağrı kontrolünün sağlanabilmesi (oral analjezikler) (European Society of Anaesthesiologists, 2003).

Medikal kriterler

- Yandaş hastalığı olmaması
- Yandaş hastalığın kontrol altında olması
- Semptomların stabil olması
- Hastanın yandaş hastalığı hakkında bilgisinin olması (kendi durumunu değerlendirebilecek olması)
- Yandaş hastalığın cerrahiden olumsuz yönde etkilenmeyecek olması (European Society of Anaesthesiologists, 2003).

Sosyal kriterler

- Ameliyat sonrası ilk 24 saatte hastanın yanında bulunabilecek bir yetişkinin var olması
- Hastaların verilen öneri ve talimatları anlayabilecek olması
- Telefonla hastaneye ulaşabilme olanağının olması
- Bir doktor veya hemşireye ulaşabilecek olması
- Gereksinim halinde yeterli sürede hastaneye dönebilecek olması
- Hastanın ameliyat sonrası çocuk bakımı veya kendine zarar verebileceği işlerle uğraşmayacak olması (European Society of Anaesthesiologists, 2003).

Hastanın günübirlik cerrahiye uygunluğuna karar verirken aynı zamanda, hastanın yanında ameliyat öncesi ve sonrası uygulamalara ilişkin yazılı ve sözlü açıklamaları anlayabilecek ve evinde bakımını üstlenecek bir erişkinin bulunması, hastanın sağlık durumu kadar

önemlidir. Beklenmeyen bir durum gelişmesi halinde gece hastanede kalma olasılığı hasta tarafından anlaşılmalı ve kabul edilmelidir (Erem, 2006).

2.4. Günübirlik Cerrahi Sonrası Yaşanan Sorunlar

Günübirlik cerrahinin birçok yararı nedeniyle tercih edilmesine karşın aynı gün içinde hastaların hem ameliyatı ile birlikte taburculuğunu içermesinden nedeniyle bazı sorunları da beraberinde getirmektedir. Günübirlik cerrahi sonrası majör komplikasyon görülme insidansı düşük olmasına rağmen, gelişebilecek minör komplikasyonlar hasta üzerine olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Bu olumsuz etkiler iyileşme sürecinin kalitesini etkileyerek hasta memnuniyetini azaltan, yüksek riskli hastalarda tekrar hastaneye yatma potansiyelini artıran durumlar oluşturabilmektedir (Ambulatory Surgery Handbook, 2014).

Ameliyat bölgesinde ağrı, hastaların ameliyattan sonra yaşadığı sorunlar arasında birinci sırada yer almaktadır. Çilingir ve Bayraktar (2006) çalışmalarında günübirlik cerrahi girişim uygulanan hastaların ameliyat sonrası birinci günde şiddetli ağrı yaşadıklarını, üçüncü günde ağrı şiddetinin azaldığını; hareketle birlikte ağrının arttığını belirtmişlerdir. Oberle ve arkadaşlarının (1994) yaptığı çalışmada, günübirlik cerrahi uygulanan hastalarının ameliyat sonrası birinci günde şiddetli ağrı yaşadıkları, üçüncü günde ise ağrı şiddetinin azaldığı belirlenmiştir. Westman ve arkadaşlarının (1996) yaptığı çalışmada ise, 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.

Yapılan çalışmalarda hastalar boğaz ağrısı yaşamaktan kaçınmakta (Jenkis ve diğerleri, 2001), ancak ameliyat ve anesteziye bağlı olarak günübirlik cerrahi girişim sonrasında bu sorunu deneyimleyebilmektedirler. Bunun yanı sıra hastalarda ses kısıklığı ve öksürük de yaşanabilmektedir. Le ve arkadaşlarının (2007) 73 hasta ile yaptıkları çalışmada; ameliyat sonrası boğaz ağrısının görülme oranını %91 olarak belirlemişlerdir.

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. Özellikle rinoplasti, tonsillektomi gibi bazı günübirlik cerrahi girişimlerden sonra hastaların ameliyat bölgesinde kanama, akıntı/sızıntı gibi sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir (Marley ve Swanson 2001, Çilingir ve Bayraktar 2006). Morales ve arkadaşlarının (2002) 3502 hasta ile yaptığı çalışmada ise, hastaların %15.9'unun kanama nedeniyle ameliyattan sonra hastaneye başvurduğu belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalar, ameliyattan sonra hastaların evde yaşadığı diğer bir sorunlara bakıldığında ise, Karahan ve arkadaşlarının (2010) 53 cerrahi hastası ile yaptıkları çalışmada günübirlik cerrahi hastalarının ev ortamında yaşadıkları deneyim ve güçlüklerine ilişkin taburculuk sonrası ilk 24 saatte hastaların %73.6'sı ağrı, %60.4'ü yorgunluk ve %20.8'i uykusuzluk yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların tamamına yakınında, yorgunluk dışında diğer sorunlar 7-10. günlerde ortadan kalkmıştır. Hastaların yarısından çoğunun genel olarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte zorlanmadıkları; yürüme, merdiven çıkma ve giyinme gibi aktivitelerde zorlanmalarına rağmen yaptıkları; en az gerçekleştirilen aktivitelerin ise ev işleri, yemek ve alışveriş olduğu belirlenmiştir .

Dal ve arkadaşlarının (2012) cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlara ilişkin çalışmalarında hastalar, taburculuk sonrası evdeki bakımlarına ilişkin kendilerine bilgi verilme oranının %57.1 olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmada, hastaların evde ağrı (%70.9) başta olmakla üzere, dolaşım (%40.8), egzersiz ve aktivite (%32.1) ile özbakıma (%40.8) ilişkin sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Horvath (2003) günübirlik jinekolojik laparoskopik cerrahi geçiren 224 hasta ile yaptığı 26 çalışmada; hastaların yorgunluk yaşadığını ve bu yorgunluğun taburculuk sonrası altı gün boyunca devam ettiği bildirilmektedir.

Pavlin ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise, 24 hastanın %34'ünün ameliyat sonrası bulantı ve kusma yaşadıkları ve taburculuk süresinin yaklaşık olarak 1 saat geciktiği saptanmıştır. Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın ortaya çıkmasında; hastanın yaşı, cinsiyeti, ilave sistemik hastalık varlığı, premedikasyon uygulanıp/uygulanmaması, cerrahi girişimin türü, kullanılan anestetik ve analjezik ajanlar, ameliyat sonrası ağrı gibi birçok faktör rol oynamaktadır (Şalviz ve Alkış 2010). Bauer ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada, günübirlik cerrahi girişimlerden sonra hastaların yaklaşık %25'inin bulantı-

kusma sorunu olduğu saptanmıştır (Bauer ve diğerleri, 2001). Linden ve arkadaşlarının (1996) yaptığı çalışmada hastaların %11'inin evde bulantı sorunu yaşadığı belirlenmiştir.

Ameliyat sonrası ilk 24 saatte dehidratasyona bağlı olarak vücut sıcaklığındaki artış normal olup, ilerleyen günlerde vücut sıcaklığının normale dönmesi beklenir. Vücut sıcaklığının normale dönmemesi ise enfeksiyon gelişimini düşündürür. Hasta, vücut sıcaklığının 38,5°C ya da daha yüksek olması ve yapılan soğuk uygulamaya karşı düşmemesi durumunda acil servise başvurması konusunda bilgilendirilmelidir (Çilingir ve Bayraktar 2006).

Jenkis ve arkadaşlarının (2001) 355 gününbirlik cerrahi hastası ile yaptıkları çalışmada; hastaların, ağrı, bulantı, kusma, oryantasyon bozukluğu, boğaz ağrısı, baş dönmesi, öğürme, taburculuk süresinin uzaması gibi komplikasyonları yaşadıkları bildirilmiştir. Gününbirlik cerrahi işlem sonrası sıklıkla yaşanan sorunlar ise;

- Ağrı
- Ateş
- Öğürme
- Bulantı-kusma
- Kanama/akıntı/sızıntı
- Boğaz ağrısı, ses kısıklığı, öksürük:
- Uyku hali, yorgunluk, oryantasyon bozukluğu
- Aktivite düzeyi kısıtlılığıdır.

Tüm cerrahi operasyonların %65'ini kapsayan günü birlik cerrahi ile 35 milyondan fazla hasta ameliyat edilmektedir. Ameliyat sonrasında ilk 24 saat içinde bu hastaların %20-30'unda, yüksek risk grubundaki hastaların ise %70-80'ininde taburculuk sonrası %35-50'si bulantı- kusma deneyimlemektedir (Gupta ve diğerleri, 2003; Odom ve Moser, 2005; American Society of PeriAnesthesia Nurses, 2006).

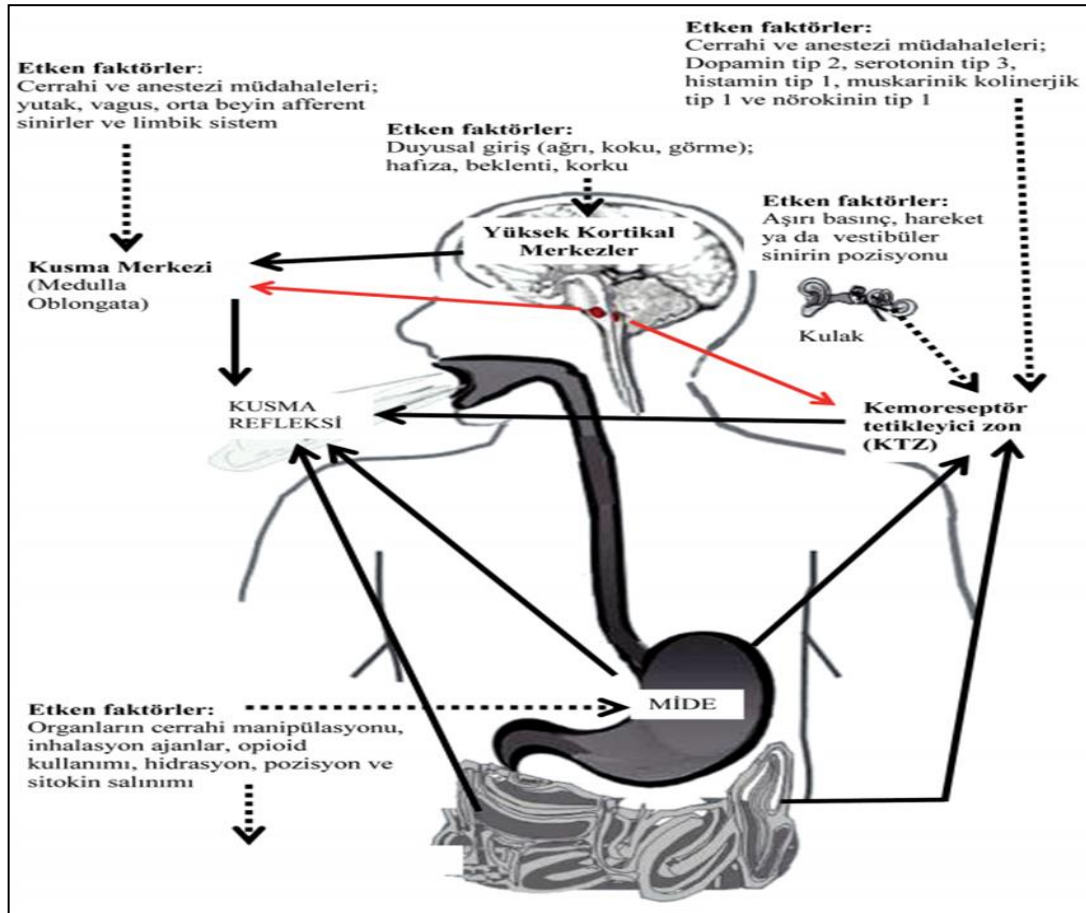
2.5. Ameliyat Sonrası Bulantı ve Kusma

2.5.1. Ameliyat sonrası bulantı-kusmanın tanımı, fizyolojisi ve sıklığı

Bulantı ve kusma ağız yoluyla alınan toksinlerin tekrar atılması için önemli bir savunma mekanizmasıdır. Bulantı tek başına veya kusmanın da eşlik edebileceği subjektif, hoş olmayan bir duygudur. Genellikle epigastriumda ve boğazın arka kısmında hissedilir. Gastrik tonusun kaybolması duodenal kontraksiyon ve mide içeriğinin reflüsü ile birliktedir. Ciddi olduğunda buna sekresyon artışı, vazomotor bozukluk ve terleme eşlik eder. Öğürme, ağız ve glottis kapalıyken gastrik içerik boşalmadan diyafram, eksternal interkostal kaslar ve abdominal kasların spazmotik, senkron ve ritmik inspiratuar hareketi ile karakterizedir. Kusma, gastrik içeriğin ağızdan güçlü bir şekilde atılması ve abdominal kasların güçlü kontraksiyonu, diyafram aşağı inmesi ve gastrik fundusun relaksasyonu sonucunda oluşur. Bu aktivite kalp hızı ve solunum sayısında artış ve terleme ile ilişkilidir. Emezis ise, bu üç durumun tamamını ifade etmekte kullanılır ve nöbetler halinde geldiğinde de “emetik epizod” olarak adlandırılır. En sık nedenleri; hamilelik, ilaçlar, enfeksiyon hastalıkları ile ilişkili bulantı ve kusma, ameliyat sonrası durumlar ve taşıt tutmasıdır (Watcha ve White, 1992, Apfel ve diğerleri, 2002).

Kusma merkezi sinir sistemi kontrolü altında medullada bulunmaktadır. Kusmanın merkezi kontrolü iki alana ayrılır: kusma merkezi olarak adlandırılan birincisi tükürük salgılama ve solunum ile ilişkili aktiviteleri yöneten hücre grubunun ortasında, lateral retiküler formasyonda bulunur. Kemoreseptör trigger zon olarak adlandırılan diğeri, kusma merkezine yakın dördüncü ventrikülün tabanı boyunca dar bir şerittir. Kusma merkezi gastrointestinal sistemden ve diğer periferik yapılardan kalkan uyaranlarla aktive olur. Kemoreseptör trigger zon dolaşımında bulunan toksik ajanlar ve serebellumdan kalkan uyaranlarla aktive olur; bu zonun kusma merkezi üzerindeki etkileri sonuçtaki kusma eylemini oluşturur. Herhangi bir somatik veya viseral bölgede veya bir duyu organında oluşan uyaranlar, ilgili duyu sinirleri yolu ile kusma merkezini aktive ettikleri medullaya ulaşır; vücuda giren veya endojen olarak dolaşan toksik maddeler kemoreseptör trigger zon üzerinde etki gösterir, bu zon yoluyla uyaranlar komşuluğundaki kusma merkezine ulaşır ve aktive eder.

Kusma eşiği aşılmadan önce, kortekse geçen uyarılar bulantı hissine neden olur. Kusma merkezi, komşu nöral bileşenlerden kusma eyleminde rol alan çeşitli yapılara uyarı salınımını koordine eder. İnterkostal kasların ve diyaframın kasılması keskin bir inspiratuar hareket ve karın kaslarının kasılmasının katılımı ile karın iç basıncı artışına yol açar. Glottisin kapanması solunum yollarına aspirasyonu engeller. Midenin pilorik kısmı kasılır; midenin gövdesi, kardias, özafagus ve krikofrangeal kas gevşer ve mide içeriği ağza ve şiddetli kusmalarda buruna doğru itilir (Özatamer, 2010; Martin, 2011; Hasler, 2015) .



Şekil 2.1. Kusma fizyolojisi (Collins, 2011)

Kusma preeksiyon, ejeksiyon ve postejsiyon olmak üzere birbirini izleyen fazlara ayrılır.

- Preeksiyon fazı: Salivasyon, yutkunma, taşikardi gibi otonomik işaretler ve bulantı gibi prodromal semptomları; ejeksiyon fazı öğürme ve kusmayı içerir (Apfel ve diğerleri, 2002; Gan ve diğerleri, 2003).

- Ejeksiyon fazı: Midenin antrumu kasıldığında proksimali gevşer ve midenin içeriği mide ve özefagus arasında sallanır. Öğürme sırasında diyafram hiatal bölümü gevşemediği için intratorasik basınç azalırken intraabdominal basınç artar. Tam tersine kusma sırasında diyafram hiatal bölümünün gevşemesi intraabdominal basıncın toraksa geçmesine olanak sağlar. Karın ön duvarının rektus abdominis ve eksternal oblik kasların kontraksiyonu, özefagus sfinkterinin gevşemesi intratorasik ve intragastrik basıncın artması peristaltizmi geri çevirir, açık bir glottis ve ağız gastrik içeriğin atılmasına yol açar (Apfel ve diğerleri, 2002; Gan ve diğerleri, 2003).
- Postejeksiyon fazı: Otonomik ve visseral cevaplar geri döner ve vücut rahatlar. Bulantı olabilir veya olmayabilir (Apfel ve diğerleri, 2002; Gan ve diğerleri, 2003)

Genel anestezi sonrası ilk 24 saat içerisinde, kusma ile birlikte veya tek başına bulantı gelişmesi şeklinde tanımlanabilen ameliyat sonrası bulantı-kusma, hastaların %20-30'unda görülen ciddi bir ameliyat sonrası sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Literatüre göre ameliyat sonrası bulantı ve kusma sıklığı ameliyat sonrası dönemde ilk 24 saatten 48 saate kadar giderek azalmaktadır (Mulholland ve Doherty, 2008; Barash ve diğerleri, 2013).

2.5.2. Risk faktörleri

Ameliyat sonrası bulantı ve kusma için risk faktörleri üç ana başlıkta toplanabilir.

Ameliyat öncesi risk faktörleri

- Yaş: Yetişkinlerde, artan yaş ile ameliyat sonrası bulantı ve kusma insidansının azalması arasında bir ilişki vardır. Ameliyat sonrası bulantı ve kusma, 3 yaşından sonra çocuklarda daha sık görülür. 11-14 yaş grubunda ise en yüksek insidansa sahiptir.
- Cinsiyet: Ergenliğe kadar, ameliyat sonrası bulantı ve kusma insidansı erkek ve kadın hastalar arasında eşit görünmektedir. Ergenlik döneminden sonra, kadın hastalarda daha ciddi olması ile birlikte ameliyat sonrası bulantı ve kusma deneyimleme olasılığı 2-3 kat daha fazladır.
- Hormonal Denge: Kadın hastalar için, adet döngüsüne daha yakın olanlarda ameliyat sonrası bulantı ve kusma riski artmaktadır.

- **Ağırlık:** Morbid obez hastalar (ideal vücut ağırlığının 2 katından fazla olan), nonobez hastalara göre uzun işlemlerden (3 saatten fazla) daha yüksek, ameliyat sonrası bulantı ve kusma insidansına sahiptir. Bunun nedeni ise, anestezide kullanılan ajanlar için adipoz dokunun afinitesi nedeniyle vücuttan anestetiklerin temizlenmesi için gerekli olan daha uzun zaman ile ilişkili olduğu düşünülmektedir
- **Gastrik içerik:** Dolu bir mide hem indüksiyon hem de iyileşme sırasında bulantı ve kusma riskini artırır. Gastrik içeriğin aspirasyonu önemli bir husustur. Katı gıdalar, bağırsağı şişirerek ve kusma refleksini duyarlılaştırabilen gastrointestinal hormonlarının salınmasını artırarak ameliyat sonrası bulantı-kusma riskini artırır. Orta derecede sedasyon, derin sedasyon veya genel anestezi gerektiren elektif prosedürlerde 2 saat öncesine kadar berrak sıvıların alınması uygundur. Genel anestezi, bölgesel anestezi veya sedasyon / analjezi gerektiren elektif prosedürlerde 6 saat önce hafif bir öğün veya inek sütünün alınması uygundur. Amerikan Anesteziyoloji Derneği, kızarmış veya yağlı yiyeceklerin, etlerin alımının gastrik boşalma süresini uzatabileceğini belirtiyor. Bu durumlarda ek aç kalma süresi (örneğin:8 saat) gerekli olduğunu bildirmiştir. Uygun bir açlık periyodu belirlenirken hem alınan miktar hem de alınan yiyecek türü dikkate alınması önerilmektedir
- **Öyküsü:** Ameliyat sonrası bulantı-kusma ve araç tutması öyküsü olan hastalarda ameliyat sonrası bulantı ve kusma insidansında üç kat artış vardır (Gan, 2006; Cruthirds ve diğerleri, 2013).

Ameliyat sırasındaki risk faktörler

- **Cerrahi tipi:** Göz, ağız, plastik, kulak-burun-boğaz, baş ve boyun, jinekolojik, obstetrik, laparoskopik ve abdominal cerrahilerden sonra ameliyat sonrası bulantı ve kusma insidansının yüksek olması operasyon sahası ile ameliyat sonrası bulantı ve kusma arasında direkt bir ilişki olduğunu düşünmektedir. Ayrıca ağız, boğaz, bademcik ve adenoidlerin ameliyatı, kusmanın kuvvetli bir uyarıcısı olan kanın yutulması nedeniyle normalden daha yüksek risk taşır.
- **Cerrahi süresi:** Cerrahi süresi ne kadar büyük olursa, ameliyat sonrası bulantı ve kusma riski de o kadar yüksektir. Bunun nedeni, anestezi için kullanılan çeşitli ajanların artan klirens süresinin yanı sıra gerekli olan anestezi miktarının artmasıdır. Özellikle kullanılan inhalasyon ajanları ve opioid dozlarındaki artışa

bağlı olarak ameliyat sonrası bulantı ve kusma riski anestezi süresi uzadıkça artar. Cerrahi süresindeki 30 dakikalık artış bu riski %60 artırır.

- Anestezi tipi: Kullanılan anestezi türü ameliyat sonrası bulantı ve kusma riski üzerinde kesin bir etkiye sahiptir. Genel anestezi, bölgesel bloklardan daha fazla risk taşır. Opioidler ameliyat sonrası bulantı ve kusma için en yüksek riski taşır. Özellikle, premedikasyon için kullanılan opioidler benzodiazepin kullanımından daha büyük bir risk taşır. Ek olarak, etomidat, metohexaton, ketamin ve tiopenton; propofol kullanımından daha yüksek risk taşır.
- İnhalasyon anestezikleri: İnhalasyon anesteziklerinin kullanımı anestezi ilişkili faktörler içinde en güçlü tahmin edicidir. Özellikle ameliyat sonrası ilk 2 saat içindeki bulantı-kusmanın önemli nedenidir.
- Nitroz oksit: Yapılan çeşitli çalışmalarda nitroz oksidin emetojenik etkisi gösterilmiştir (Gan, 2006; Cruthirds ve diğerleri, 2013).

Ameliyat sonrası risk faktörler

- Ağrı: Ameliyat sonrası ağrı ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın başlıca nedenidir. Özellikle pelvik ve visseral orijinli ağrı veya buna bağlı olarak kullanılan opioidler ameliyat sonrası bulantı ve kusma nedenlerindendir
- Hipotansiyon: Dehidrasyona sekonder ortostatik hipotansiyon, ameliyat sonrası bulantı ve kusmaya katkıda bulunabilir. Opioid analjeziklerin; damar genişletici etkileri ve fenothiazin antiemetiklerin; periferik damarlarda α -adrenerjik reseptörleri bloke etmesi nedeniyle hipotansiyona katkıda bulunabilir. İntraoperatif yeterli sıvı replasmanı ile bu etkinin önlenebileceği belirtilmiştir.
- Dehidrasyon: Çocuklar ameliyat sonrası bulantı ve kusmaya katkıda bulunan dehidratasyona duyarlıdır.
- Opioid analjezi: Analjezi için verilen opioidlerin güçlü bir emetik etkisi vardır.
- Oral alım: Ameliyat sonrası dönemde ilk oral alım zamanı ameliyat sonrası bulantı ve kusma ile ilişkili olup erken dönemde oral alım ameliyat sonrası bulantı ve kusma görülme olasılığını arttırmaktadır.
- Mobilizasyon: Ameliyat sonrası erken mobilizasyon, ani hareketler ve pozisyon değişiklikleri sırasında analjezi amacıyla opioid kullanımı ameliyat sonrası bulantı ve kusma görülme riskini artırır.

- Anksiyete: Anksiyetenin ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı artırdığına dair sınırlı klinik kanıt bulunmaktadır. Cerrahiden 30 dk önce uygulanan 2 mg midazolamin ameliyat sonrası bulantı ve kusma sıklığını azalttığı gösterilmiştir (Gan, 2006; Cruthirds ve diğerleri, 2013).

Ameliyat sonrası bulantı ve kusma hastalar için tedavisi öncelikli ve önemli bir durum olmasına rağmen hala ciddi bir problemdir. Ameliyat sonrası bulantı ve kusma istenmeyen bir durum olmasının yanı sıra tıbbi riskler de taşır. Bu riskler hastaların taburcu olma süresini uzatır veya taburcu olduktan sonra gününbirlik hastaların tekrar hastaneye müracaatına neden olur (Gan, 2006; Cruthirds ve diğerleri, 2013).

2.5.3. Ameliyat sonrası bulantı-kusmaya bağlı gelişebilecek sorunlar

- Flep ayrılması
- Cerrahi alanda kanama
- Pulmoner aspirasyon riski
- Sütürlerde gerilme ve açılma
- Nazokomiyal enfeksiyon riski
- Dehidratasyon ve elektrolit dengesizlikleri
- Venöz, intrakraniyal, intraoküler basınç artışı
- İyileşmede gecikme ve taburculuk süresinin uzaması
- Maliyet artışı (American Society of PeriAnesthesia Nurses, 2006)

2.5.4. Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın değerlendirilmesi

Yakın tarihte multidisipliner ekipler ameliyat sonrası bulantı ve kusma konusunda uzlaşarak rehberler geliştirmişlerdir. Rehberler ameliyat sonrası bulantı ve kusma için yüksek riskli hastaların belirlenmesini vurgulamaktadır (Mulhokkand ve Doherty, 2008; Barash ve diğerleri, 2013). Yetişkin hastanın ameliyat sonrası bulantı-kusma riskinin hesaplanabilmesi için basitleştirilmiş risk modelleri geliştirilmiştir. Herhangi bir risk faktörü olmaması durumunda ameliyat sonrası bulantı-kusma riskinin %10 olduğu varsayılmaktadır (Apfel ve diğerleri, 2004).

Apfel ve arkadaşlarının (2004) ise risk puan değerlendirmesi için dört değişken içeren bir risk skor hesaplaması geliştirmişlerdir. Bu skorlamaya göre risk faktörleri ise;

1. Kadın cinsiyeti
2. Sigara kullanmama
3. Ameliyat sonrası bulantı-kusma öyküsü /Taşıt tutması
4. Ameliyat sonrası opioid kullanılması

Belirlenen dört risk faktöründen birinin bulunması ameliyat sonrası bulantı-kusma için %20 risk ile ilişkili iken her bir risk faktörünün eklenmesi ile riskin %20 arttığı, dört faktörün de bulunması durumunda %80'e ulaştığı kabul edilmektedir (Apfel ve diğerleri, 2004)

Ameliyat sonrası bulantı-kusma subjektif bir bulgu olduğundan Vizüel Analog Skala/Görsel Analog Skala (VAS/GAS=0-10) bu amaçla kullanılmaktadır. Görsel Analog Skala ile 0-10 arası bir ölçekte 0:bulantı yok, 10:olabilecek en şiddetli bulantıyı gösterir. Hastan bulantı şiddetini bu ölçekte 0 (bulantı yok), 1–3 (hafif), 4-6 (orta) ve 7–10 (şiddetli) olarak belirtmektedir (Apfel ve diğerleri, 1999; Gan ve diğerleri, 2014).

Koivuranta ve arkadaşlarının ise risk puan değerlendirmesi için beş değişken içeren bir risk skor hesaplaması geliştirmişlerdir. Bu skorlamaya göre risk faktörleri ise;

1. Kadın cinsiyeti
2. Sigara içmeme
3. Ameliyat sonrası bulantı ve/veya kusma öyküsü
4. Taşıt tutması
5. Ameliyat süresi (>60 dakika)

Bu risk faktörlerinden bir tanesinin olması %17, iki tanesinin olması %18, üç tanesinin olması %42 dört risk faktörünün olması %74 ve beş risk faktörünün de olması %87 oranında risk insidansı oluşturmaktadır (Koivuranta ve diğerleri, 1997).

Gan (2002) ise, cerrahi hastaları için risk faktörlerini kadın cinsiyet, ameliyat sonrası bulantı-kusma öyküsü veya araç tutması, sigara içmeme ve ameliyat sonrası opioid kullanımı olarak belirlemiş ve bu risk faktörlerinden kaçınılmasını önermiştir.

2.5.5. Ameliyat sonrası bulantı-kusmanın önlenmesi

Bulantı kusmanın tedavisinde; farmakolojik ajanlardan olduğu kadar farmakoloji dışı yöntemlerden de yararlanılmakta ve kullanılmaya devam edilmesi önerilmektedir. Ameliyat sonrası bulantı-kusmanın önlenmesi ve tedavisinde kullanılan ilaçlar şunlardır:

- Antikolinergikler (atropin, hiyosin, skopolamin)
- Antihistaminikler (siklizin, prometazin, dramamin, dimenhidrinat)
- Fenotiazinler (klorpromazin, prometazin, proklorperazin, perfenazin)
- Butirofenonlar (droperidol, haloperidol)
- Dopamin antagonistleri (metoklopramid, domperidon)
- Serotonin reseptör antagonistleri (ondansetron, dolasetron, granisetron, tropisetron)
- Deksametazon (Kayhan, 2004; Gan ve diğerleri, 2014).

Emezis başladıktan sonra hastanın rahatsızlığını azaltacak bazı işlemler arasında; hastanın sıvı kaybını karşılamak, hipotansiyona fırsat vermemek, ağrısını kontrol etmek sayılabilir. Ağrının öğürme sırasında daha da artacağı durumlarda ağrı kontrolü çok önemlidir. Mekanizması bilinmemekle beraber derin nefesler almanın bulantıyı azaltıcı etkisi görülmektedir (Kayhan, 2004).

Risk faktörlerinin azaltılması insidansının azaltılmasına yardımcı olur. Ameliyat sonrası bulantı-kusma riskinin azaltılması için önerilen stratejiler; genel anesteziden kaçınılarak rejyonel anestezinin tercih edilmesi, azot peroksitin kullanılmaması, genel anestezi indüksiyonu ve idamesinde propofol kullanılması, nitroz oksit ve inhalasyon anesteziklerinden kaçınılması, perioperatif opioid kullanımının azaltılması, yeterli hidrasyon sağlanması olarak sayılabilir (Gan ve diğerleri, 2014).

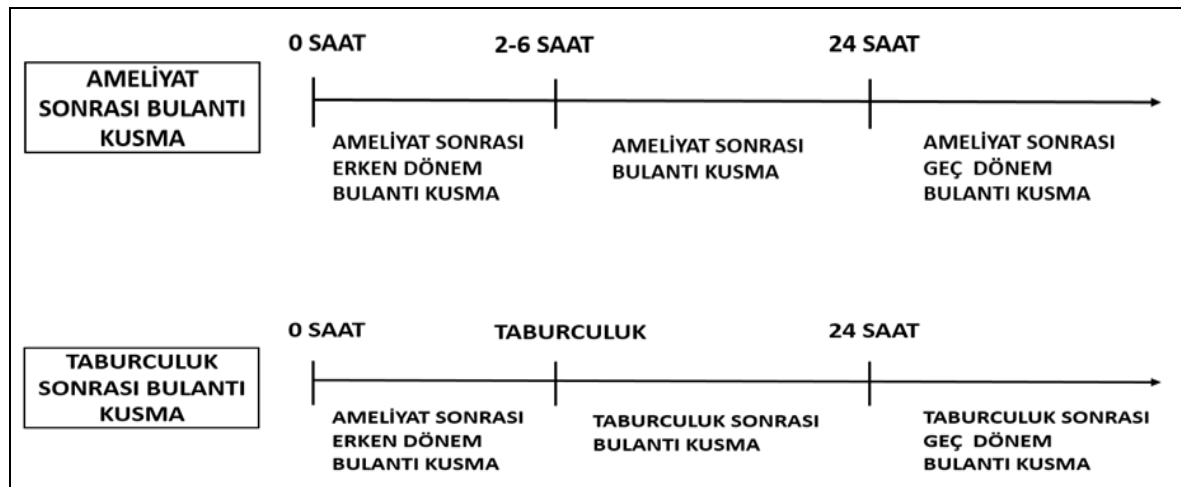
Ameliyat sonrası bulantı-kusma tedavisinde; oksijen tedavisi, dikkati başka yöne çekme, düş kurma, müzik tedavisi, davranışsal ve destekçi yöntemler, akupunktur, geleneksel tedavi yöntemleri, tamamlayıcı terapi, aromaterapi ve bitkisel takviyeler gibi farmakoloji dışı yöntemler de son zamanda sıkça kullanılmakta ve kullanılmaları da önerilmektedir (American Society of PeriAnesthesia Nurses, 2006; Ünülu, 2014).

2.6. Taburculuk Sonrası Bulantı-Kusma

2.6.1. Tanımı ve sıklığı

Taburculuk sonrası bulantı kusma ayaktan cerrahi geçiren hastanın taburculuk sonrası süreci ile ilgilidir. Fakat taburculuk sonrası bulantı ve kusma, taburculuktan sonraki ilk 24 saati kapsayıp kapsamadığı ya da taburculuk sonrası hastanın evine transportu esnasında meydana gelen bulantı ve kusmanın ameliyat sonrası mı ya da taburculuk sonrası mı kapsamında olması konusunda soru işaretleri oluşmaktadır. Amerikan Perianestezi Hemşireleri Derneği (American Society of Peri Anesthesia Nurses) tarafından toplanan Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma ve Taburculuk Sonrası Bulantı ve Kusma Stratejik Çalışma Ekibi, gelecekte yapılacak araştırmalar için ortak bir kılavuz oluşturarak taburculuk sonrası bulantı-kusmayı ameliyat sonrası bulantı kusmadan ayırmıştır.

- Ameliyat sonrası bulantı ve kusma: Ameliyat sonrasında takiben yatan hastada ilk 24 saatte meydana gelen bulantı ve/ve ya kusma olarak tanımlanmıştır (Şekil 2.2.).
- Taburculuk sonrası bulantı ve kusma: Ameliyat sonrasında takiben hasta hastaneden taburcu olduktan sonra meydana gelen bulantı ve /ve ya kusma olarak tanımlanmıştır (Şekil 2.2.).
- Geçikmiş taburculuk sonrası bulantı ve kusma: Taburculuk sonrası ilk 24 saat geçtikten sonra meydana gelen bulantı ve /ve ya kusma olarak tanımlanmıştır (American Society of PeriAnesthesia Nurses, 2006) (Şekil 2.2.).



Şekil 2.2. Ameliyat ve taburculuk sonrası bulantı-kusma durumu sınıflandırması

Taburculuk sonrası bulantı ve kusma geçmişte belirtileri ile ilgili tam bir tanımlama yapılamadığı için yeterli düzeyde bildirilememiştir (Joshi ve Twersky, 2000). Sağlık çalışanları hasta bireylere taburcu olduktan sonra gözetim ve bakım anlamında ulaşmakta güçlük yaşadıkları için bireylerde taburculuk sonrası gelişen semptomlarda bu nedenlerden dolayı yeterince bildirilememiştir. Tüm cerrahi operasyonların %65'ini kapsayan gününbirlik cerrahi ile 35 milyondan fazla hasta ameliyat edilmektedir. Bu hastaların yaklaşık %35-50'si taburcu olduktan sonra bulantı-kusma deneyimlemektedir. Konu ile ilgili en önemli eksiklik ise hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları bu problemle ilgili yeterli literatür olmamasıdır (Gupta ve diğerleri, 2003; Odom ve Moser, 2005, American Society of PeriAnesthesia Nurses,2006).

Carroll ve arkadaşlarının (1995) gününbirlik cerrahi geçiren 211 hasta ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların %35'inden fazlasının taburculuk sonrası bulantı-kusma deneyimlediklerini ve hatta birçoğunun ayılma ünitesinde bulantı-kusmaya dair bir deneyimlerinin olmadığını ortaya koymuşlardır. Bu hastalar için mide bulantısının şiddeti 10 puanlık bir ölçekte ortalama 5 olmuştur. Taburcu olduktan sonraki 5 gün boyunca, bu hastalar ortalama 1,7 gün boyunca bulantı, 0.7 gün boyunca kusma deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Taburculuk sonrası mide bulantısı ve kusma yaşayan bireyler normal günlük faaliyetlerini hızlı bir şekilde devam ettirememiştir (Carroll ve diğerleri, 1995). Gupta ve arkadaşları (2003) yapmış oldukları bir sistematik derlemede rutin profilaksinin (4 mg ondansetron) taburculuk sonrası bulantı-kusma insidansını etkileyip etkilemediğini araştırmışlardır. Ameliyattan en az 24 saat sonra taburcu edilen hastalarda genel bulantı insidansı %32.6, plasebo grubunda %35.7 ve tedavi grubunda %31.2 olarak bulunmuştur. Kusma insidansı ise genel olarak %14.7, plasebo grubunda %19.6 ve tedavi grubunda %12.1 olarak bildirmiştir. Wu ve arkadaşlarının (2002) yapmış olduğu bir sistematik derlemede dahil edilme kriterlerine uyan 31 makalenin 13'ünde (%42) tek başına bulantı, 12'sinde (%39) tek başına kusma ve 5'inde (%16) her ikisinin de olduğu ortaya konmuştur. Bu sonuçlar neticesinde bulantı insidansının %0-55, kusma insidansının ise %0-16 arasında değişkenlik gösterdiği saptanmıştır.

2.6.2. Risk faktörleri

Ameliyat sonrası yaklaşık olarak dört hastadan biri bulantı ve/veya kusma deneyimlemektedir. Ameliyat sonrası yatan hastalara yönelik bir risk skorlaması

geliştirilmesine karşın gününbirlik cerrahi hastalarında taburculuk sonrası için bulantı ve kusma risk puanı değerlendirmek üzere geliştirilmiş güncel bir risk skoru bulunmamaktaydı (Apfel ve diğerleri, 2012).

Ameliyat sonrası bulantı ve kusma multifaktöriyel nedenleri olan bir durumdur. Risk faktörleri bireyin kendisi, cerrahi prosedür, anestezi ve ameliyat sonrası dönemle ilişkili olabilmektedir. Apfel ve arkadaşları daha sonra güncel bir taburculuk sonrası erken bulantı ve kusma (ameliyattan 48 saat sonra) risk değerlendirmesi için tekrar bir risk skorlaması oluşturmuştur. Bu skorlamada 5 önemli bağımsız risk faktörü belirlenmiştir. Bunlar ise;

1. Kadın cinsiyet
2. 50 yaş altı olma
3. Ameliyat sonrası bulantı ve kusma öyküsü
4. Ayılma ünitesinde opioid uygulanması
5. Ayılma ünitesinde bulantı

Bu risk faktörlerinden bir tanesinin olması %10, iki tanesinin olması %20, üç tanesinin olması %30, dört risk faktörünün olması %50 ve beş risk faktörünün de olması %60-80 oranında risk insidansı oluşturmaktadır (Apfel ve diğerleri, 2012).

2.6.3. Taburculuk sonrası bulantı-kusma deneyimleyen hastaların yaşadıkları problemler

Taburculuk sonrası bulantı ve kusma geçiren hastaların normal günlük aktivitelerine hızlı bir şekilde dönmeleri bulantı-kusma deneyimlemeyen hastalara göre daha güç olmaktadır (Cruthirds ve diğerleri, 2013). Taburculuk sonrası bulantı ve kusmanın fizyolojik sonuçlarının yanı sıra hasta konforu üzerine de olumsuz sonuçları olmaktadır (Arif ve diğerleri, 2001; Kovac, 2003; Tramer, 2004)

Taburculuk sonrası hasta üzerine etkilerine baktığımızda ise, bulantı ve kusma uyku süresi ve kalitesini etkilemektedir (Parlow ve diğerleri, 1999), kullanılan antiemetik ilaçların neden olduğu uyku hali (Kokinsky ve diğerleri, 1999), pediatrik ebeveynlerin ailelerinde oluşan endişe (Carroll ve diğerleri, 1995), günlük yaşam aktivitelerine başlamada gecikme (Grenier ve diğerleri, 1998; Wu ve diğerleri, 2002), ağrı kesici ilaçların mide bulantısı kusmaya neden olduğuna inanarak ilacı almayı bırakma gibi sonuçlar görülebilmektedir

(Watt-Watson ve diğerkleri, 2004; Fetzer ve diğerkleri, 2005). Ayrıca; aspirasyon riski, yara açılması riski, ameliyat sonrası hastanede kalış süresinin uzaması taburculuk sonrası beklenmeyen hastaneye yatış, cerrahiden sonraki 24 saatlik dönemde hastanın fonksiyonel yeteneğinin gecikmeli olarak geri dönmesi ve evdeki hastalar ve bakım sağlayıcıları için işten zaman kaybı olmaktadır (Acalovschi, 2002; Gupta ve diğerkleri, 2003).

2.6.4. Bulantı kusma ile baş etmede kullanılan farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler

Çizelge 2.1. Bulantı kusma ile baş etmede kullanılan farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler

A. Farmokolojik Yöntemler	B. Farmokolojik Olmayan Yöntemler
a) Anestezi Teknikleri	a) Teropatik Yöntem
b) Antiemetik	b) Akupunktur/Akustimülasyon/Akupressür
c) Ağrı Tedavisi	c) Zencefil

Farmokolojik yöntemler

a. Anestezi teknikleri

Anestezi teknikleri arasında rejyonel anaestezide bulantı-kusma insidansının az olduğu fakat epinefrin veya ameliyat sonrası nöroaksiyel opioid uygulandığında ya da ağrı tedavisi için parenteral opioid kullanıldığında bu avantajın azaldığı çalışmalarla desteklenmiştir. Azot peroksitin kullanılmaması ameliyat sonrası bulantı-kusmayı azalttığı, inhalasyon anestetikler arasında ise ameliyat sonrası bulantı-kusma açısından fark olmadığı, sevofloran ve desfloranda biraz daha fazla görüldüğü ortaya konulmuştur. Barbitüratlar kullanıldığında etomidat ve katamine göre daha az görüldüğü, en az propofol ile görüldüğü kanıtlanmıştır. Özellikle gününbirlik cerrahi hastalarında inhalasyon anestetikler ve opioidlerin kullanımı ile insidans artmaktadır. Kısa etkili düşük doz opioidler insidansı azaltır ancak analjezik etkinin kısa olması bu avantajı ortadan kaldırır. Neostigmin veya seçilen nöromüsküler reverse edici antikolinerjik ajanların bulantı sıklığını artırıp arttırmadığı tartışmalıdır (Barash ve diğerkleri, 2013).

Paech ve arkadaşlarının (2002) yapmış olduğu bir randomize kontrollü bir çalışmada 144 ayaktan cerrahi hastayı 3 gruba ayırmışlardır. İlk grup inhalasyon anestezi artı dolasetron, ikinci grup total intravenöz anestezi (TIVA) artı dolasetron ve üçüncü grup tek başına total intravenöz anestezi alacak şekilde ayrılmıştır. Taburculuktan ameliyat sonrası 24.saaate kadar bakıldığında inhalasyon anestezi+dolasetron grubunda bulunan hastaların %55'inde mide bulantısı %38'inde kusma görülmüştür. İnhalasyon anestezi+dolasetron grubunda taburculuk sonrası bulantı önemli ölçüde yüksek bulunmuş, en düşük taburculuk sonrası bulantı insidans ise total intravenöz+dolasetron grubunda olduğu görülmüştür. Taburculuk sonrası kusma bakımından gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sonuç olarak dolasetronlu ve ya dolasetronsuz total intravenöz anestezi taburculuk sonrası bulantıyı, inhalasyon anestezisi artı dolasetron ile karşılaştırıldığında etkili şekilde azalttığı ortaya konulmuştur.

b. Antiemetikler

Ameliyat sonrası bulantı-kusma tedavisinde ve profilaksisinde kullanılan serotonin bloke edici ajanlar, deksametazon, droperidol gibi ilaçlar maliyet, hasta memnuniyeti açısından benzer etkilere sahip olup ASA'nın ameliyat sonrası bakım kılavuzlarında da onaylanmıştır. Bu antiemetiklerin farklı etki yerleri olduğu için iki veya daha fazla proveke edici faktör varlığında kombine tedavi ile daha iyi sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Serotonin bloke edici ajanların ameliyat sonrası bulantı-kusma önlemede başarılı olduğu ve erişkin için optimum intravenöz ondansetron dozu cerrahi sonunda 4 mg olarak belirlenmiştir. Bu ajanların ayılma ünitesinde kalış süresini azalttığı tekrar hastaneye yatışları azalttığı ancak maliyet açısından kullanılacak ilk ajan olup olmadığı tartışmalıdır (Barash ve diğerleri, 2013).

Deksamezon ameliyat sonrası bulantı-kusma profilaksisinde özellikle inflamasyon provoke edici olduğu işlemlerde etkilidir. Droperidol ameliyat sonrası bulantı-kusma ciddiyetini ve sıklığını azaltır ancak hastaya ve cerrahi girişime göre etkisi değişmesi ve hastada huzursuzluk, hipotansiyon ve aritmi gibi yan etkiler göstermesi nedeniyle tartışmalıdır (Barash ve diğerleri, 2013).

Jan Odom ve arkadaşlarının (2014) yapmış oldukları bir çalışmada taburculuk sonrası bulantı ve/veya kusma ile baş etmede hastaların %14.9'unun antiemetik kullandığı;

promethazine (n:32), butyrophenone (n:1) ondansetron (n:2), 5HT-3 antagonisti (n:1); dexamethasone (n:2), steroid (n:1) ve diphenhydramine (n:1), antihistaminik (n:1) bulantı ve kusma ile baş etmede çok çeşitli non-farmakolojik yöntemler kullandıkları görülmüştür. Bunlar ise, hastaların 1/3'ü (%31.5) sıvı yiyeceklerden katı yiyeceklere kademeli olarak geçmiş, %50'si ilaçlarını yemek ile birlikte almış, %46.4'ü bulantılarını hafifletmek veya önlemek amacı ile bir şeyler yemiş, %40.7'si asitli içecekler tüketmiş ve %50.8'i ise bulantılarını rahatlatmak amacı ile uzanmıştır. Sadece bir hasta bulantı ile baş etmede akupressure bandı kullanılmıştır. Kullandıkları diğer uygulamalar ise; yürüyüşe çıkma, hareketsiz olarak dinlenme, ağrı kesici ilaçları içmeyi bırakma, temiz hava alma, derin nefes alıp verme ve kendiliğinden geçmesini beklemek olmuştur.

c. Ağrı tedavisi

Ameliyat sonrası ağrı ayılma ünitesinden başlanarak düzenli olarak değerlendirilmesi ve kayıt edilmesi gereken ilk önceliktir. Cerrahi hastalarda yetersiz analjezi sağlanması birçok komplikasyon gibi bulantı-kusmanın da sebebi olabilmektedir. Ameliyat sonrası ağrı ile ilgili olarak 10.008 gününbirlik cerrahi hastasıyla yapılan bir çalışmada ayılma ünitesinde hastaların ancak %5.3'ünde ve taburcu olduktan sonra %1.7'sinde şiddetli ağrı ve buna bağlı komplikasyonlar görülmüştür. İnsizyonel ağrı cerrahi anestezi indüksiyonundan önce başlayıp tüm ameliyat sonrası dönemde devam eden planlanmış analjezinin bir parçası olarak intravenöz opioidler kullanılmaktadır. Sıklıkla fentanil sitrat, morfin ve petidin hidroklorür gibi opioidler ise bulantı-kusma gibi yan etkilere sahiptir (Barash ve diğerleri, 2013).

Claxton ve arkadaşlarının ambulator cerrahi sonrası ağrı prosedüründe yer alan intravenöz morfin hidroklorür ve fentanil sitratın analjezik etkinliği ve yan etkileri insidansını karşılaştıran bir çalışma yapmışlardır. 58 hasta ayılma ünitesinde fentanil ve morfin grubu olmak üzere randomize edilmiştir. Sonuç ise, ayılma ünitesi için anlamlı bir fark yok fakat 24.saatte morfin grubunda taburculuk sonrası bulantı-kusma insidansı daha yüksek olarak bulunmuştur (Claxton ve diğeri, 1997).

Farmakolojik olmayan yöntemler

a. Terapotik yöntem

Progresif gevşeme yöntemleri, terapötik masaj, hipnoz ve müzik terapi gibi yöntemler birçok semptomu yönetmekte önerilen non-farmakolojik yöntemlerdir. Lebovits ve arkadaşları (2000), bir grup günöbirlik cerrahi hastasını tedavi ve kontrol grubu olarak iki gruba ayırmışlardır. Bir gruba cerrahi boyunca rahatlatıcı bir bayan sesi ile hastayı bekleyen olası yan etkiler ve olaylar rahatlatıcı öneriler ile 7 dakika boyunca dinletilmiş diğör gruba hastanenin tarihi 7 dakika boyunca dinletilmiştir. Cerrahiden önce ve sonra 30. 60. ve 90. dakika, 2. 6. ve taburculuk sonrası 24. saat ağrı ve bulantı-kusma durumları değeriendirilmiştir. İki grup arasında ağrı şiddeti ve analjezik ihtiyacı bakımından anlamlı bir fark gözlenmemiş, bulantı ve kusma açısından tedavi grubunda ilk 90 dakika anlamlı derecede insidans düşüğü fakat diğör zamanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ayrıca tedavi grubunda ameliyat sonrası dönemde daha az yan etki görölmüş özellikle daha az baş ağrısı daha az kas rahatsızlıkları görölmüştür.

b. Akupunktur / Akustimölasyon / Akupressür

Çin tıbbının dünyaya sunduğı akupunktur ve akupressür birçok alanda kullanılmaktadır. Akupunkturda amaç çelik ve gümüş iğnelerle deri ve deri altındaki kas dokusunu etkileyerek bu enerji akışını tekrar düzenlemektir. Akupressür ise; vücutta enerji taşıyan meridyenler üzerinde akupunktur noktalarına parmak, avuç içi veya özel stimölasyon bantlarıyla basınç uygulayarak, enerji kanallarının-kan dolasımı gibi düzgün çalışmasını sağlayan bir tedavi yöntemidir. White ve arkadaşlarının (2002) relief bandının ondansetron ile birlikte ve yalnız kullanımının bulantı-kusma üzerindeki etkisini karşılaştırmak amacıyla bir çalışma yapmıştır. Günöbirlik cerrahi hastası olan 120 kişiyi 3 gruba ayırmışlardır; 1. grup (40 hasta) profilaktik 4 mg ondansetron ve sahte akustimölasyon kol bandı cihazı (relief bandı) 2. grup (40 hasta) aktif akustimölasyon kol bandı ve 2 ml IV salin grubu ve 3. grup (40 hasta) 4 mg ondansetron ve aktif akustimölasyon grubu olarak ayrılmıştır. Ameliyat sonrası bulantı-kusma insidansı ve antiemetik ihtiyacı 72 saate kadar karşılaştırılmıştır. Sonuçlar; 3. grup 1. grup ile karşılaştırıldığında bulantı-kusma insidansı ve antiemetik ihtiyacı 24. saate kadar anlamlı derecede düşük bulunmuş dahası normal diyetle erken dönemde geçme anlamında da etkili olmuştur. 3. grupta aynı zamanda iyileşme kalitesi ve hasta memnuniyeti skorları da diğör gruplara göre yüksek çıkmıştır.

Antiemetik profilaksi için droperidole adjuvan olarak uygulandığında, Relief Band ve ondansetron arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştı.

Ünülü ve arkadaşlarının (2018), 97 jinekolojik cerrahi geçiren hastayı randomize olarak iki gruba ayırmış: ilk gruba (47 hasta) ameliyat sonrası 12 saat boyunca P6 noktasında bilek bandı ile bası uygulandı uygulandı ve 2. gruba (50 hasta) ameliyat sonrası ve sonrası antiemetik tedavi uygulanmıştır. P6 noktasına bası uygulanan hastalarda kusma daha az görülse de, bulantı üzerindeki etkisi daha iyi olmuştur. Ayrıca, P6 noktasına bası uygulamasının hasta konforunu da arttırdığı görülmüştür.

c. Zencefil

Zencefil kullanımının bulantı ve kusmanın tedavisinde geleneksel ve non-farmakolojik yöntemler içerisinde etkin bir yöntem olarak ispatlanmıştır. Pongrojapaw ve Chiamchanya (2003), ameliyat sonrası bulantı-kusmanın önlenmesinde zencefilin etkinliğini belirlemek için günübirlik 80 hasta üzerinde bir araştırma yapmışlardır. Tedavi grubuna iki adet zencefil kapsülü (her biri 0.5 mg zencefil tozu) kontrol grubuna plasebo tabletleri işlemiden bir saat önce verilmiştir. İkinci ve dördüncü saatte bulantı durumu tedavi grubunda belirgin olarak daha azalmış, ancak 24 saatte anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Kusma açısından ise herhangi bir zamanda iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Sonuç olarak araştırmacılar günübirlik cerrahi geçiren laparoskopik jinekoloji hastalarında prosedürlerinde bulunan zencefilin plasebo grubu ile karşılaştırıldığında ameliyat sonrası bulantıyı belirgin olarak azalttığını belirtmişlerdir.

2.6.5. Taburculuk sonrası bulantı-kusma ile baş etmede kullanılan bireysel yöntemler

Günübirlik cerrahi hastasının ameliyat sonrası kendi kendine bakım aktivitelerini seçme ve uygulamadaki yeteneği ve etkinliği, iyileşmenin hızına ve başarısına katkıda bulunabilir. Bununla birlikte, hastaların seçtiği aktiviteler etkili veya uygun olmayabilir. Etkin olmayan aktiviteler ek komplikasyonlara ve hatta tekrarlı hastaneye yatışlara yol açabilir. Günübirlik cerrahi hemşirelerinin, hasta sonuçlarının değerlendirilmesi yoluyla, taburcu olduktan 24 ile 48 saat sonra hastalar ile iletişime geçerek taburculuk sonrası bulantı-kusma için etkili hasta öz bakım stratejilerini belirlemeleri ve güçlendirmeleri önemlidir. Özbakım stratejilerinin tanımlanması, daha iyi hasta öğretimi, daha kısa iyileşme süreleri ve daha iyi hasta sonuçlarına yol açabilir (Fetzer ve diğerleri, 2005).

Fetzer ve arkadaşlarının günöbirlik cerrahi geçiren hastalarda taburculuk sonrası bulantı ve kusma ile baş etmede kullandıkları bakım aktivitelerini belirlemeye yönelik yapmış oldukları bir çalışmada, kullandıkları yöntemin etkili olup olmadığını değerlendirmişlerdir. Çalışmaya katılan 190 hastaya yöneltilen açık uçlu sorularda bulantı-kusma ve öğürmeyi önlemeye yönelik ne yaptıkları ve uygulamanın etkili olup olmadığı sorulmuştur. Cevaplar ise;

- 16 hasta bir şeyler yediğini
- 22 hasta sıvı bir şeyler içtiğini
- 30 hasta hiç bir şey yapmadığını
- 30 hasta uzanıp hareketsiz kaldıklarını
- 80 hasta aldıkları ağrı kesici ilaçların buna sebep olduğunu düşünüp almayı bıraktıkları
- 7 hasta ise doktoru ile iletişime geçtiğini ifade etmiştir.

Çalışma sonucunda kimsenin bitkisel (zencefil, nane yağı) ya da akupressür gibi bir uygulamaya başvurmadığı görölmüştür. Hastaların %70.5'i kullandıkları baş etme yönteminin bulantı-kusmayı önleme açısından etkili olduğunu, %17.8'i biraz etkili olduğunu ve %11.6'sı etkili olmadığını ifade etmişlerdir (Fetzer ve diğerleri, 2005).

Taburculuk sonrası bulantı-kusma ile ilgili yapılan 248 hastanın bulunduğu başka bir çalışmada hastaların taburculuk sonrası bulantı-kusma ile ilgili kullandıkları bireysel yöntemlere bakıldığında ise; hastaların yaklaşık üçte birinin sıvı gıdalardan katı gıdalara yavaş yavaş geçerek, yaklaşık yarısının antiemetik bir ilaç aldığı, %46,4'ünün bulantıyı hafifletmek veya önlemek için bişeyler yiyerek, %40,7'sinin gazlı içecekler içerek ve %50,8'inin istirahat ederek başettikleri bildirilmiştir (Odom-Forren ve diğerleri, 2014).

2.6.6. Bulantı-kusmanın önlenmesi ve yönetiminde hemşirelik bakımı

Ameliyat ve taburculuk sonrası bulantı-kusma cerrahi hastalarında istenmeyen ve anestezinin ile ağrının en sık görölen yan etkilerinden biridir. Ameliyat sonrası bulantı-kusma dehidratasyon, aspirasyon, kanama, yara açılması ve taburculuk sonrası yeniden hastaneye yatma gibi ciddi problemlere neden olmaktadır. Günöbirlik cerrahi hastaları tüm bu problemler ile hastanede kalış süresi kısa olduğu için kendileri baş etmek zorunda

kalmaktadır. Bu nedenle ameliyat ve taburculuk sonrası ile ilgili bakımın en iyi koşullarda ve nitelikli bir biçimde gerçekleştirecek planlamaların yapılması gerekmektedir (Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004). Günübirlik cerrahi hastası ile yatan hasta arasındaki en önemli farklardan biri de günübirlik cerrahide hasta-hemşire ilişkisinin çok kısa bir süre içinde gerçekleşmesi girişim öncesi/sonrası bakıma ilişkin aktivitelerin büyük bir bölümünün hasta ve yakınları tarafından uygulanmaktadır. Bu nedenle hasta eğitiminin, girişim kararından hemen sonra multidisipliner bir yaklaşımla başlatılması ve taburculuk sonrasında da sürdürülmesi gerekmektedir (Türe, 2006; Aksoy ve Yazıcı Sayın, 2004). Taburculuk sonrası bulantı ve kusma ile ilgili literatürlere bakıldığında yeteri kadar araştırma olmadığı görülmektedir. Bulantı ve kusma da dâhil olmak üzere taburculuk sonrası semptomlar hastaların iyileşmesini ve normal aktivitelerine geri dönme süresini etkilemektedir. Bu semptomların ne kadar sürdüğü, iyileşmeyi ve iyileşmede gecikmeyi nasıl ve ne kadar etkilediği pek bilinmemektedir (Wu ve diğerleri, 2002).

Ameliyat sonrası bulantı-kusmanın neden olduğu sorunları inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Pfisterer ve arkadaşlarının günübirlik cerrahi hastaları için antiemetik kullanımının neden olabileceği risk faktörlerinin dikkate alınması gereğini ileri sürmektedir. Araştırmacılar, gelecekteki çalışmalara da eski antiemetik ilaçların kullanımının ve etkinliğinin yeni antiemetiklerle karşılaştırılması gerektiğini de belirtmektedir. Araştırmacılar ayrıca taburculuk sonrası belirtiler hakkında bilgi toplayan geçerli ve güvenilir araçlar yapılması önermektedir (Pfisterer ve diğerleri, 2001). Fetzer ve arkadaşlarının taburculuk sonrası bulantı ve kusma deneyimi yaşayan 190 kişiden sadece 7'sinin semptomları için bir sağlık uzmanıyla iletişim kurduğunu belirtmiştir. Araştırmacılar hastaların bu semptomlar ile baş etmede en çok kullanılan yöntemin kullandıkları ağrı kesici ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilaçlarını almayı bıraktıklarını ifade etmiştir (Fetzer ve diğerleri, 2005). Ülkemizde de buna yönelik çalışmalar arttırılmalı ve hastaların ameliyat sonrası ve taburculuk sonrası bulantı-kusma insidansları, gelişebilecek komplikasyonlar, farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerin etkinliği ve hastaların baş etme yöntemleri belirlenmelidir.

Hemşireden bulantı-kusmanın olduğu bu olumsuzlukları önlemek için sistematik bir şekilde değerlendirmesi beklenmektedir. Ameliyat sonrası dönemde en sık görülen sorunlardan birisi olan bulantı ve kusmanın, kanıta dayalı girişimler uygulanarak etkili yönetimi sağlanmalıdır. Ameliyat sonrası bulantı kusma insidansını, risk faktörlerini ve

etkileyen durumları inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Apfel ve arkadaşları (Apfel ve diğerleri, 2004; Apfel ve diğerleri, 2012) tarafından geliştirilmiş ameliyat ve taburculuk sonrası basitleştirilmiş bulantı-kusma risk skorlarının kullanılarak hastaların risk faktörlerini ve risk skorlarını belirleyerek multidisipliner bir yaklaşım ile cerrahi ve anestezi ekip ile paylaşması ve belirlediği hemşirelik tanılarına uygun girişimleri yapması beklenmektedir. Hastanın rahatsızlığının giderilmesi ve buna bağlı komplikasyonların önlenmesi için, risk puanlamasının etkili bir şekilde yapılması, proflaktik tedavinin uygulanması, hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan yöntemlerin etkili olup olmadığının değerlendirilmesi bulantı-kusma sıklığını azaltacak ve hasta memnuniyetini artıracaktır. Hastanın memnun olması da sağlık profesyonellerinin başarı duygusunu, iş doyumunu ve memnuniyetini üst düzeye çıkaracaktır (Aygin, 2004).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma gününbirlik cerrahi uygulanan hastalarda bulantı ve kusma görülme sıklığı ile baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Şekli

Araştırma, gününbirlik cerrahi uygulanan hastalarda bulantı ve kusma görülme sıklığı ile baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde (EÜTFH) gününbirlik cerrahinin en sık uygulandığı Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji, Genel Cerrahi ve Üroloji kliniklerinde yapılmıştır. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri 22 Haziran 1982 tarihinde kurulmuş olup, 1300 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Hastanede hemşirelik hizmetleri Başhemşirelik tarafından yönetilmekte olup, toplam 900 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler cerrahi kliniklerde 08:00-16:00, 16:00-08:00 ve 16:00-24:00 olmak üzere üç farklı vardiya şeklinde çalışmaktadır. Hastanenin gününbirlik cerrahi için ayrılmış bir ünitesi bulunmamaktadır.

Araştırmanın yapıldığı Kulak Burun Boğaz Hastalıkları kliniği 35 yataklı olup toplam 9 hemşire üç vardiya (08:00-16:00, 16:00-08:00 ve 16:00-24:00), Ortopedi ve Travmatoloji kliniği 60 yataklı olup toplam 14 hemşire üç vardiya (08:00-16:00, 16:00-08:00 ve 16:00-24:00), Genel Cerrahi kliniği 73 yataklı olup toplam 22 hemşire iki vardiya (08:00-16:00, 16:00-08:00) ve Üroloji kliniği ise 35 yataklı olup toplam 8 hemşire ile iki vardiya (08:00-16:00, 16:00-08:00) şeklinde çalışmaktadır.

Hastanın aldığı tanıya göre değişiklik göstermekle birlikte; gününbirlik cerrahi hastaları ameliyat sonrası 24 saat içinde taburcu olmaktadır. Hastanın aldığı klinik tanıya ve cerrahi müdahaleyi yapan hekimin belirlediği aralıklara göre hastaların genellikle birinci, üçüncü, altıncı ay ve yıllık kontrollere gelmesi gerektiği belirtilmektedir. Hastalara taburculuk

sonrası, kullanacakları ilaçlar, kontrollere ne zaman gelecekleri, dikkat etmesi gerekenler vb. konularla ilgili doktorlar tarafından kısa bir bilgilendirme yapılırken, standart bir taburculuk eğitimi verilmemektedir. Bu kliniklerde hastaların ameliyat sonrası ve taburculuk sonrası bulantı-kusmasını önlemeye yönelik herhangi bir protokol uygulanmamakta, hastanede kaldığı sürece hastaların bulantı-kusması olduğunda antiemetik (metpamid, sinarex) tedavi uygulanmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 3 Temmuz 2017-6 Mart 2018 tarihleri arasında izin alınan Kulak Burun Boğaz, Ortopedi ve Travmatoloji, Üroloji ve Genel Cerrahi servislerinde gününbirlik cerrahi kapsamında kabul edilen 350 hasta oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme Kulak Burun Boğaz, Ortopedi ve Travmatoloji, Üroloji ve Genel Cerrahi servislerinde yatan gününbirlik cerrahi kapsamında, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın dâhil edilme kriterlerine uyan hastalar alınmıştır. Araştırma 3 Temmuz 2017-6 Mart 2018 tarihleri arasında 350 hasta ile tamamlanmıştır. Ameliyat sonrası çalışmayı kabul eden tüm hastalar örnekleme alınmıştır.

Literatürde Carroll ve arkadaşlarının (1995), Gupta ve arkadaşlarının (2003), Stewart ve arkadaşlarının (2013) taburculuk sonrası bulantı-kusma ile ilgili yapmış oldukları çalışmalarında taburculuk sonrası bulantı ve kusma sıklığı sırasıyla %35, %32,6 ve %36,6 olarak belirtilmektedir. Bu bilgiler ışığında taburculuk sonrası bulantı-kusma sıklığı %35’lik beklenen insidansın %5 kesinlik ve %95 güven aralığında tahmin edilebilmesi için gerekli minimum hasta sayısı 350 olarak belirlenmiş ve araştırma 350 hasta ile sonlandırılmıştır. Çalışma sonucunda yapılan güç analizine göre (post güç analizi) çalışmanın gücü %95 olarak saptanmıştır. (Çalışma öncesi ve çalışma sonrası güç analizlerinde G-Power 3.1.9.2 sürümü kullanılmıştır).

Örnekleme dâhil edilme kriterleri

1. 18 yaş ve üstü olmak

2. Genel anestezi almış olmak
3. Ameliyata alındıktan sonra 24 saat içinde taburcu olmuş olmak
4. İletişim kurmaya engeli bulunmamak

Örnekleme dâhil edilmeme kriterleri

1. Gebeler
2. Anestezi öncesi kalıcı veya tekrarlayan mide bulantısı ve/veya kusması olan hastalar

3.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında “Hasta Tanılama Formu” ve “Bulantı-Kusma Günlüğü” kullanılmıştır.

3.6.1. Hasta Tanılama Formu

Literatür taranarak (Apfel ve diğerleri, 1999; Apfel ve diğerleri 2002; Apfel ve diğerleri 2004; Forren, 2009; Apfel ve diğerleri, 2012) araştırmacı tarafından geliştirilen bu formda hastaların *sosyodemografik özellikleri* (cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşanan yer, yaş, kilo, boy, beden kitle indeksi ve meslek); *hastalığına ilişkin özellikleri* (bulunduğu klinik, yatış süresi, kronik hastalık, migren-vertigo öyküsü, yol tutması, sigara-alkol alışkanlığı, sürekli kullanılan ilaçlar); *ameliyat sonrası 0.gün* (ameliyat sonrası 2-4 saat arası) *bulantı-kusma risk faktörleri* (cinsiyet, sigara kullanmama, daha önceki cerrahi girişim sonrası bulantı kusma öyküsü, ameliyat sonrası opioid uygulanması); *taburculuk sonrası bulantı-kusma görülme durumu* (daha önceki cerrahi girişim ve buna bağlı ameliyat sonrası, taburculuk sonrası bulantı-kusma öyküsü, cerrahi tipi, anestezi tipi, ASA sınıflaması, cerrahi süre, ameliyat sırası ve sonrası kullanılan ilaçları) ve *taburculuk sonrası bulantı-kusma risk faktörlerini* (cinsiyet, daha önceki cerrahi girişim sonrası bulantı kusma öyküsü, yaş, ayılma ünitesinde bulantı yaşama durumu, ayılma ünitesinde opioid uygulanması) içeren toplam 34 kapalı uçlu soru yer almaktadır (EK-1).

Ameliyat sonrası bulantı-kusma gelişme riskini değerlendirmek için “kadın cinsiyet, ameliyat sonrası bulantı-kusma veya taşıt tutma öyküsü, sigara içmeme, ameliyat sonrası opioid uygulanması” gibi 4 risk faktörünü içeren Apfel risk skoru kullanıldı. Her riskin 1

puandan oluştuğu risk skoruna göre 0-1 (düşük), 2-3 (orta), 4 risk faktörü olduğunda (yüksek risk) kategorisinde olduğu toplam skorun 4 puan olduğu Apfel skoru kullanıldı. Bu skorda 0, 1, 2, 3 ve 4 risk faktörleri varlığında, ameliyat sonrası bulantı-kusma insidansı sırasıyla %10, %20, %40,%60 ve %80 olarak belirlenmektedir (Apfel ve diğerleri, 2004).

Çizelge 3.1. Yetişkinler için ameliyat sonrası bulantı-kusmaya yönelik basitleştirilmiş Apfel risk skoru

Risk Faktörleri	Puan
Kadın cinsiyet	1
Sigara kullanmama	1
Ameliyat sonrası opioid kullanılması	1
Ameliyat sonrası bulantı kusma öyküsü veya taşıt tutması yks	1
Toplam	0...4

Taburculuk sonrası bulantı-kusma gelişiminin tahmini için kadın cinsiyet, 50 yaş altı olma, ameliyat sonrası bulantı-kusma öyküsü, ayılma ünitesinde opioid uygulanması ve ayılma ünitesinde bulantı yaşama durumu gibi 5 risk faktörünü içeren her riskin 1 puandan oluştuğu toplam skorun 5 puan olduğu Apfel skoru kullanıldı. Bu skorda 1, 2, 3, 4 ve 5 risk faktörleri varlığında, ameliyat sonrası bulantı-kusma insidansı sırasıyla %10, %20, %30,%50 ve %60-80 olarak belirlenmektedir (Apfel ve diğerleri, 2012).

Çizelge 3.2. Yetişkinler için taburculuk sonrası bulantı-kusmaya yönelik basitleştirilmiş Apfel risk skoru

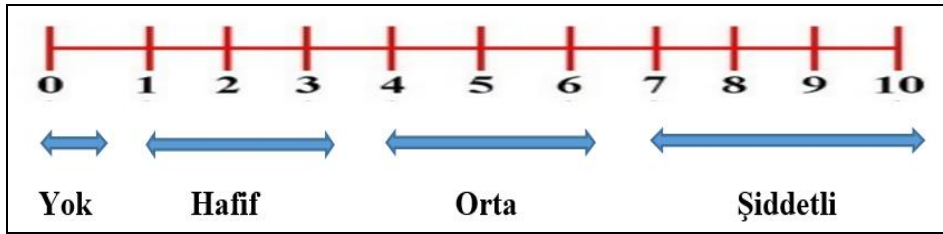
Risk Faktörleri	Puan
Kadın cinsiyet	1
50 yaş altı olma	1
Ameliyat sonrası bulantı ve kusma yks	1
Ayılma nitesinde opioid uygulanması	1
Ayılma nitesinde bulantı	1
Toplam	0...5

3.6.2. Bulantı-Kusma Günlüğü

Bulantı-Kusma Günlüğü literatür taranarak (Apfel ve diğerleri, 1999; Apfel ve diğerleri 2002; Apfel ve diğerleri 2004; Forren, 2009; Apfel ve diğerleri, 2012) araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Taburculuk sonrası bulantı-kusma görülme durumu ve hastanın baş etme yöntemlerinin sorgulandığı 4 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde bulantı-kusma görülme durumu, ikinci bölümde bulantı-kusma şiddeti, nc bölümde bulantı-kusma

durmunun günlük yaşama etkisi ve dördüncü bölümde hastanın bulantı-kusma ile başetme yolları sorgulanmıştır (EK-2).

Boogaerts ve arkadaşlarının (2000) çalışmalarında hastanın bulantı-kusma şiddeti ve günlük yaşamı etkileme durumu şiddeti 0 ile 10 cm arasında derecelendirilen Görsel Analog Skala (GAS) derecelendirme ölçeği kullanılarak yapılmıştır. Hasta bulantı şiddetini bu ölçekte 0 (bulantı yok), 1–3 (hafif), 4-6 (orta) ve 7–10 (şiddetli) olarak belirtmektedir. Bu çalışmada da benzer şekilde hastaların bulantı-kusma şiddeti ve bu durumun bireyin günlük yaşamını etkileme durumu Görsel Analog Skala (GAS) derecelendirme ölçeği ile değerlendirilmiştir.



Şekil 3.1. Görsel Analog Skala (GAS) bulantı-kusma derecelendirme ölçeği

3.7. Araştırmanın Ön Uygulanması

Araştırmanın ön uygulaması veri toplama formlarının işlerliğini saptamak amacıyla Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri 12.06.2017-23.06.2017 tarihleri arasında Kulak Burun Boğaz (2 hasta), Ortopedi ve Travmatoloji (3 hasta), Üroloji (3 hasta) ve Genel Cerrahi (2 hasta) servislerinde gününbirlik cerrahi kapsamında kabul edilen örneklem özelliklerine uygun 10 hastaya yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda anket üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmamış, ancak ön uygulama yapılan hastalar araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.8. Araştırmanın Uygulanması

Çalışma EÜTFH cerrahi kliniklerinde 03.07.2017-06.03.2018 tarihleri arasında genel anestezi (laringeal maske veya endotrakeal entübasyon) altında gününbirlik cerrahi uygulanan hastalar ile yapılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce kurumlardan ve etik komisyondan yazılı izin (EK-3), hastalardan ise bilgilendirilmiş yazılı onam (EK-5)

alınmıştır. Araştırmanın verileri hasta hastaneye yattıktan sonra araştırma hakkında bilgi verilerek ve araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen 34 maddeden oluşan Hasta Tanılama Formu (EK-1) ve Bulantı-Kusma Günlüğü (EK-2) kullanılmıştır. Araştırmacı günlük olarak ilgili kliniklerin her sabah ameliyat listelerini kontrol edip gününbirlik cerrahi uygulanacak ve araştırmaya dâhil etme kriterlerine uygun olan hastaları belirlemiştir. Araştırmacı belirlenen hastaları ameliyattan ortalama 2-4 saat sonra odalarında ziyaret etmiş, dahil etme kriterlerine uygun tüm hastaları kaçırmadan örnekleme dahil etmiştir. Hasta tanılama formu çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar için dosyalarından ve kendilerine sorularak doldurulmuştur. Hastaya taburculuk sonrası evde kullanacakları hasta günlüğü ve taburcu edildikten sonra 1. ve 2. gün telefon ile aranarak bulantı-kusma semptomları ve baş etmede kullandıkları yöntemlerin sorgulanacağı konusunda bilgi verilmiş, ulaşılabilir telefon numaraları alınmıştır. Hastalar taburcu edildikten sonra 1. gün ve 2. gün telefon ile aranmış ve bulantı-kusma günlüğüne kaydetmiş oldukları verileri araştırmacının elinde bulunan Bulantı-Kusma Günlüğüne kayıt edilmiştir. Hasta ile görüşmeler ortalama 10 dakika sürmüştür.

3.9. İzinler ve Etik Konular

Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan onay alınmıştır (EK-3). EÜTFH Üroloji, Kulak Burun Boğaz, Ortopedi ve Travmatoloji ve Genel Cerrahi Servislerinin Anabilim Dalı Başkanlıklarından yazılı izin alınmıştır (EK-4). Araştırmanın uygulanması aşamasında hastalara araştırmanın amacı açıklanarak hastalardan (n:350) onam alınmıştır (EK-5).

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizlerinde SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Science) paket programı kullanılmıştır. Veriler %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Grupların sosyo-demografik özellikleri için sayı ve yüzde dağılımı ile gruplar arası ilişkinin varlığı için χ^2 analizi yapılmıştır. Sürekli olan değişkenler için ortalama hesaplanmış ve normallik analizi yapılmıştır. Çalışma için normallik analizi grafik, test ve basıklık çarpıklık değerleri incelenerek

yapılmıştır. Normal dağılım varsayımının sağlandığı gruplarda, iki grup için bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup için tek yönlü varyans analizi F testi; normal dağılımın sağlanmadığı gruplarda iki grup için Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup için ise Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde; gününbirlik cerrahi uygulanan hastalarda taburcu edildikten sonra bulantı ve kusma görülme sıklığı ile baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada bulgulara yer verilmiştir. Bu bölümler;

4.1. Hastaların Tanıtıcı Bulguları

4.2. Hastaların Bulantı-Kusmaya İlişkin Bulguları

4.3. Hastaların Taburculuk Sonrası Bulantı ve Kusmaya İlişkin Bulguları

4.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bulantı-Kusma Sıklığının Karşılaştırılması

4.5. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bulantı-Kusma Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırılması

4.6. Hastaların Bulantı ve Kusma İle İlgili Baş Etme Yöntemleri

4.1. Hastaların Tanıtıcı Bulguları

4.1.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri (n:350)

Sosyodemografik Özellikler	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	121 (34,6)
Erkek	229 (65,4)
Yaş	
<50	241 (68,9)
50 ≥	109 (31,1)
Yaş Ortalaması ($\bar{X} \pm SD$)	40,45± 17,72 min. = 18,00; max. =89,00
Eğitim Durumu	
İlköğretim	175 (50,0)
Lise	82 (23,4)
Yüksekokul ve üzeri	93 (26,6)
Medeni Durum	
Evli	244 (69,7)
Bekar	106 (30,3)
Yaşanılan Yer	
İl	335 (95,7)
İlçe	15 (4,3)
BKI (Beden Kitle İndeksi)	
Zayıf (18.5 kg/m ² 'nin altı)	11 (3,1)
Normal (18.5-24.9 kg/m ²)	145 (41,4)
Fazla Kilolu (25-29.9 kg/m ²)	133 (38, 0)
1.Derece Obez (30-34.9 kg/m ²)	51 (14,6)
2.Derece Obez (40 kg/m ² üzeri)	10 (2,9)
BKI Ortalaması ($\bar{X} \pm SD$)	26,06±4,48 min. = 15,57 ; max. =41,96
Kronik Hastalık Bulunma Durumu	
Evet	75 (21,4)
Hayır	275 (78,6)

Hastaların sosyodemografik özellikleri Çizelge 4.1.'de yer almaktadır. Çalışmamıza katılan hastaların; %65,4'ünün erkek, %34,6'sı kadın; yaş ortalaması 40,45±17,72 ve %50'si ilköğretim mezunudur. Hastaların %69,7'sinin evli ve %95,7'sinin ilde yaşadığı tespit edilmiştir. Hastaların %41,4'ü normal kiloda ve %38'i, fazla kilolu olup, BKİ ortalaması 26,06±4,48'dir. Hastaların %21,4'ünde kronik hastalığı varken; tabloda belirtilmemekle birlikte %37,2'sinde obezite, %28'inde hipertansiyon ve %15,8'inde diyabet bulunmaktadır.

4.1.2. Hastaların cerrahi girişimlerine ilişkin özellikleri

Çizelge 4.2. Hastaların cerrahi girişimine ilişkin özellikleri (n:350)

Cerrahi Girişimlerine İlişkin Özellikleri	n (%)
Klinikler	
Ortopedi Kliniği	114 (32,6)
Kulak Burun Boğaz Kliniği	103 (29,4)
Üroloji Kliniği	89 (25,4)
Genel Cerrahi Kliniği	44 (12,6)
Yatış Süresi (saat)	
0-6	43 (12,3)
7-12	171 (48,9)
13-18	44 (12,6)
19-24	92 (26,2)
Ortalama Yatış Süresi ($\bar{X} \pm SD$)	12,58 $\pm$ 6,15
Sürekli İlaç kullanma durumu	
Evet	61 (17,4)
Hayır	289 (82,6)
Ameliyata İlişkin Özellikler	
Anestezi tipi	
Endotrekeal entübasyon	190 (54,3)
Laringeal maske	160 (45,7)
Cerrahi süresi (dakika)	
0-59	191 (54,6)
60-119	118 (33,7)
120 ve üstü	41 (11,7)
Ortalama Ameliyat Süresi ($\bar{X}$ /dakika)	117 $\pm$ 41,4

Hastaların cerrahi girişimine ilişkin özellikleri Çizelge 4.2.'de yer almaktadır. Çalışmaya katılan hastaların %32,6'sına ortopedik cerrahi girişim uygulandığı ve tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların %12,5'ine septoplasti, %8,5'ine sistokopi ve %7,7'sine fiksator çıkarma yapıldığı belirlenmiştir. Hastaların % 48,9'unun 7-12 saat arasında hastanede kaldığı ve ortalama yatış süresinin 12,58 $\pm$ 6,15 saat olduğu görülmüştür. Hastaların %82,6'sının sürekli kullandığı bir ilacın olmadığı belirlenmiştir. Ameliyat sırasında, anestezi tipi incelendiğinde ise, hastaların %54,3'üne endotrekeal entübasyon, %45,7'sine laringeal maske kullanıldığı görülmüştür. Hastaların geçirdiği ameliyatın süresi incelendiğinde ise ortalama ameliyat süresi 117 $\pm$ 41,4 dakika olarak tespit edilmiştir.

4.2. Hastaların Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusmaya İlişkin Bulguları

4.2.1. Hastaların ameliyat sonrası bulantı ve kusma görülme sıklığı

Çizelge 4.3. Hastaların ameliyat sonrası bulantı ve kusma görülme sıklığı (n:350)

	Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma
	n
Bulantı- Kusma	107
	%
	30,6

Hastaların ameliyat sonrası bulantı ve kusma görülme sıklığına ilişkin çizelge 4.3.'de görülmektedir. Hastaların ameliyat sonrası 0. gün (ortalama 2-4 saat arası) %30,6'sında bulantı-kusma varlığı tespit edilmiştir.

4.2.2. Hastaların ameliyat sonrası bulantı-kusmaya ilişkin risk faktörlerinin dağılımı

Çizelge 4.4. Hastaların ameliyat sonrası bulantı-kusma risk faktörlerine göre dağılımı (n:350)

Risk Faktörleri	n*	(%)**
Kadın cinsiyet	121	34,57
Sigara kullanmama	254	72,57
Ameliyat sonrası opioid kullanılması	81	23,14
Ameliyat sonrası bulantı-kusma öyküsü veya taşıt tutması	54	15,42
öyküsü		

* Yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

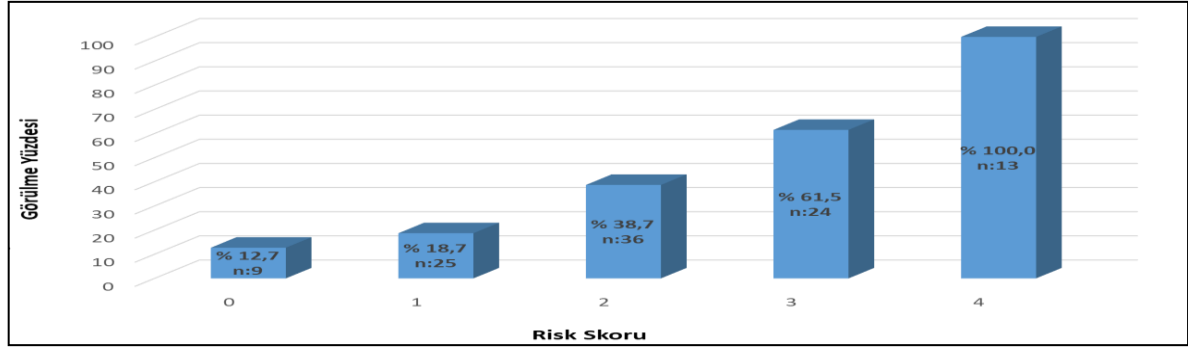
** Çizelgede satır yüzdesi alınmıştır.

Hastaların ameliyat sonrası bulantı-kusmayı etkileyen risk faktörleri Çizelge 4.4.'te verilmiştir. Buna göre hastaların %34,57'sinde kadın olma, %72,57'sinde sigara kullanmama, %23,14'ünde ameliyat sonrası opioid kullanma ve %15,42'sinde ise ameliyat sonrası bulantı-kusma veya taşıt tutma öyküsü varlığı tespit edilmiştir.

Çizelge 4.5. Hastaların ameliyat sonrası bulantı-kusma risk skoruna göre dağılımı (n: 350)

	Risk skoru	n(%)
	0	71 (20,3)
Ameliyat Sonrası	1	134 (38,3)
Bulantı-Kusma	2	93 (26,6)
Risk Skoru	3	39 (11,1)
	4	13 (3,7)
Ortalama ($\bar{X} \pm SD$)	1,39 $\pm$ 1,04	
Toplam		350 (100,0)

Hastaların ameliyat sonrası bulantı-kusma risk skoruna göre dağılımı Çizelge 4.5.'te verilmiştir. Hastaların % 20,3'ünde ameliyat sonrası bulantı-kusma risk faktörlerinden hiçbirinin olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %38,3'ünün bir, %26,6'sının iki, %11,1 'inin üç ve %3,7'sinin dört risk faktörüne sahip olduğu bulunmuştur.



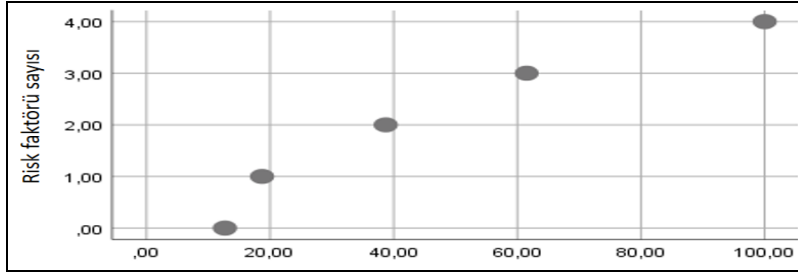
Şekil 4.1. Hastalarda ameliyat sonrası bulantı-kusma risk skoruna göre bulantı-kusma görülme sıklığı grafiği (n:107)

Hastalarda risk skorlarına göre ameliyat sonrası bulantı-kusma görülme durumu Şekil 4.1.'de verilmiştir. Hiçbir risk faktörü olmayan hastalarda %12,7, bir risk faktörü olan hastalarda %18,7, iki risk faktörü olan hastalarda %38,7, üç risk faktörü olan hastalarda %61,5 ve dört risk faktörü olan hastaların tamamında (%100,0) bulantı-kusma saptanmıştır. Bu da risk faktörü arttıkça bulantı kusmanın da arttığını göstermektedir.

Çizelge 4.6. Hastalarda bulantı-kusma risk skorları ile ameliyat sonrası bulantı-kusma görülme durumu arasında korelasyon

Değişkenler		Ameliyat sonrası bulantı-kusma görülme durumu
Risk Faktörü	r	1,000
Skoru	p	0,000*

Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma Spearman's Rho Korelasyon Analizi
r: Korelasyon Katsayısı *p<0,01



Şekil 4.2. Ameliyat sonrası bulantı-kusma Spearman's Rho korelasyon analizi

Hastalardan elde edilen sonuçlara göre risk faktörü skoru ile ameliyat sonrası bulantı görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve çok kuvvetli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=1,000$; $p<0,01$). Korelasyon analizi sonuçlarına göre risk faktörü sayısı arttıkça kişilerdeki bulantı-kusma görülme oranıda artmaktadır.

4.3. Hastaların taburculuk sonrası bulantı-kusmaya ilişkin bulguları

4.3.1. Hastaların taburculuk sonrası bulantı ve kusma görülme sıklığı

Çizelge 4.7. Hastaların taburculuk sonrası bulantı ve kusma görülme sıklığı (n:350)

	Taburculuk Sonrası Birinci Gün		Taburculuk Sonrası İkinci Gün	
	n	%	n	%
Bulantı	92	26,3	12	3,4
Kusma	54	15,4	-	-

Hastaların taburculuk sonrası bulantı ve kusma görülme sıklığı çizelge 4.7.'de görülmektedir. Taburculuk sonrası birinci günde hastaların %26,3'ünde bulantı, %15,4'ünde kusma ve taburculuk sonrası ikinci günde %3,4'ünde bulantı varlığı saptanmıştır. Taburculuk sonrası ikinci günde hastalarda kusma gelişmemiştir.

4.3.2. Hastaların taburculuk sonrası bulantı ve kusma risk faktörleri

Çizelge 4.8. Hastaların taburculuk sonrası bulantı-kusma risk faktörlerine göre dağılımı (n:350)

Risk faktörleri	n*	%**
Kadın cinsiyet	121	34,57
50 yaş altı olma	241	68,85
Ameliyat sonrası bulantı ve kusma öyküsü	54	15,42
Ayılma ünitesinde opioid uygulanması	64	18,28
Ayılma ünitesinde bulantı	26	7,42

*Yüzdele n üzerinden alınmıştır.

** Çizelgede satır yüzdesi alınmıştır.

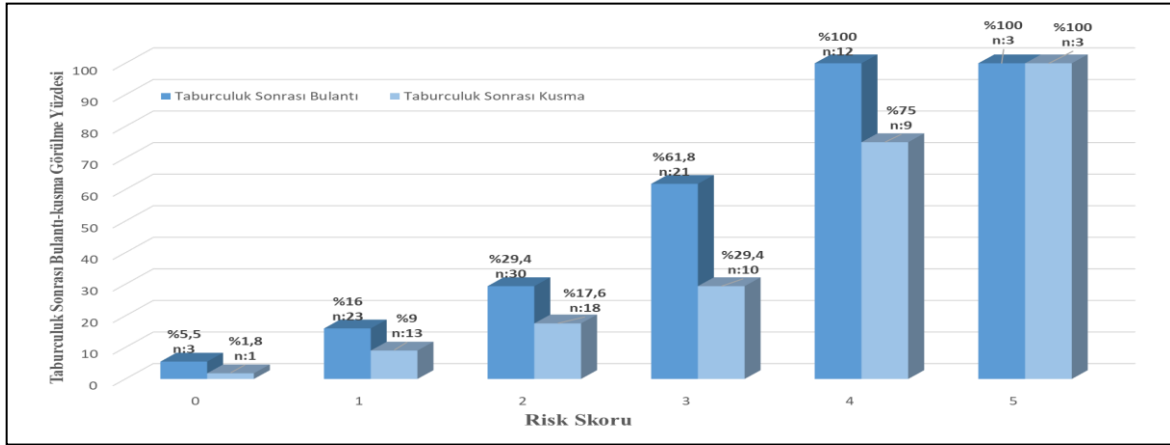
Hastaların taburculuk sonrası bulantı-kusmayı etkileyen risk faktörleri Çizelge 4.8.'te verilmiştir. Buna göre hastaların %34,57'sinde kadın olma, %68,85'inde 50 yaş altı olma, %15,42'sinde ameliyat sonrası bulantı-kusma öyküsü, %18,28'inde ayılma ünitesinde opioid uygulaması ve %7,42'sinde ayılma ünitesinde bulantı risk faktörünün varlığı belirlenmiştir.

4.3.3. Hastaların taburculuk sonrası bulantı ve kusma risk skoru

Çizelge 4.9. Hastaların taburculuk sonrası bulantı-kusma risk skoruna göre dağılımı (n:350)

	Risk Skoru	n(%)
	0	55(15,7)
Taburculuk Sonrası Bulantı-Kusma Risk Skoru	1	144(41,1)
	2	102(29,1)
	3	34 (9,7)
	4	12(3,4)
	5	3(0,9)
Ortalama ($\bar{X} \pm SD$)	1,46±1,03	
Toplam		350(100,0)

Hastaların taburculuk sonrası bulantı-kusmayı etkileyen risk faktörleri Çizelge 4.9. 'da verilmiştir. Hastaların %15,7'sinde risk faktörlerinden hiçbirinin olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların %41,1'inde 1 tane, %29,1'inde 2 tane, %9,7'sinde 3 tane, %3,4'ünde 4 tane ve %0,9'unda 5 tane risk faktörüne sahip olduğu saptanmıştır.



Şekil 4.3. Hastalarda taburculuk sonrası bulantı-kusma risk skorlarına göre bulantı-kusma görülme sıklığı grafiği

Hastalarda risk skorlarına göre taburculuk sonrası bulantı-kusma görülme durumu Şekil 4.3.'te verilmiştir. Hiçbir risk faktörü olmayan hastalarda %5,5, bir risk faktörü olan hastalarda %16,0, iki risk faktörü olan hastalarda %29,4, üç risk faktörü olan hastalarda %61,8, dört risk faktörü olan hastalarda da %100 ve 5 risk faktörü olan hastalarda %100,0 oranında bulantı görülmüştür. Kusma ise, hiçbir risk faktörü olmayan hastalarda %1,8, bir risk faktörü olan hastalarda %9,0, iki risk faktörü olan hastalarda %17,6, üç risk faktörü olan hastalarda %29,4, dört risk faktörü olan hastalarda da %75 ve 5 risk faktörü olan hastaların tamamında (%100,0) gelişmiştir.

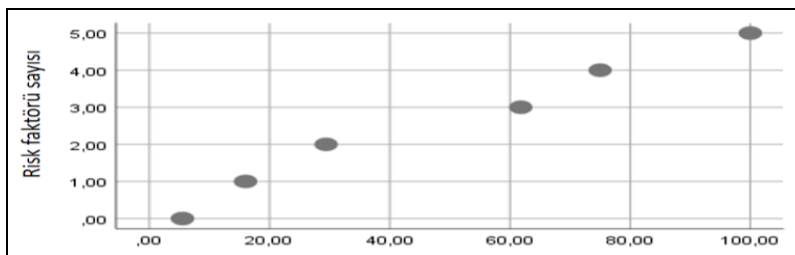
Çizelge 4.10. Hastaların taburculuk sonrası risk skoru ve bulantı-kusma gelişme durumu arasındaki korelasyonlar

Değişkenler		Taburculuk Sonrası Bulantı	Taburculuk Sonrası Kusma
Risk Faktörü	r	1,0000	0,986
Skoru	p	0,0000*	0,0000*

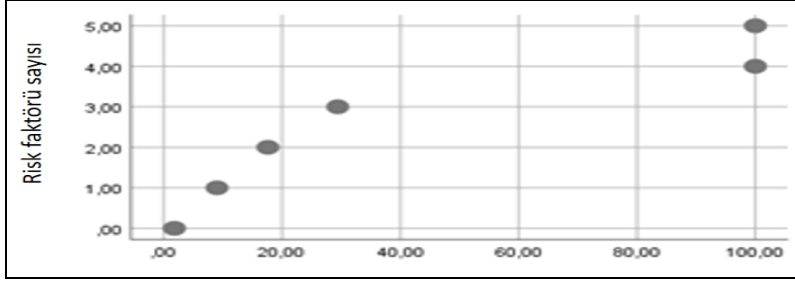
Spearman's Rho Korelasyon Analizi

r: Korelasyon Katsayısı

*p<0,01



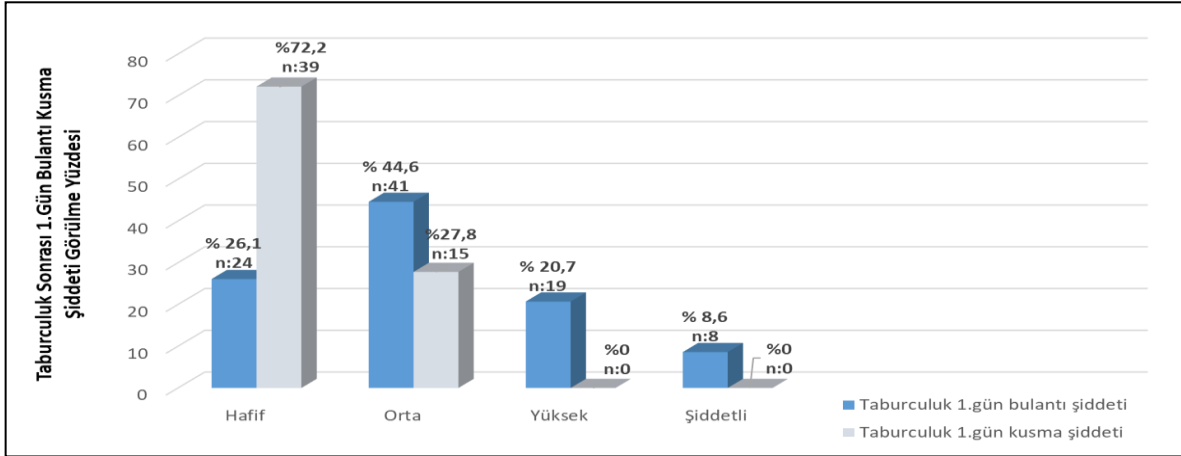
Şekil 4.4. Hastaların taburculuk sonrası risk faktörleri skoru ile bulantı görülme durumunun arasındaki ilişki



Şekil 4.5. Hastaların taburculuk sonrası risk faktörleri skoru ile kusma görülme durumunun arasındaki ilişki

Hastalardan elde edilen sonuçlara göre risk skoru ile taburculuk sonrası bulantı görülme arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve çok kuvvetli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=1,000$; $p<0,01$). Risk faktörü skoru ile taburculuk sonrası kusma arasında da istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve çok kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,986$; $p<0,01$). Bu bulgu risk faktörü arttıkça bulantı-kusma riskinin arttığını göstermektedir.

4.3.4. Hastaların taburculuk sonrası bulantı-kusma şiddetleri



Şekil 4.6. Hastaların taburculuk sonrası bulantı-kusma şiddetlerinin dağılımı grafiği

Hastaların taburculuk sonrası birinci gün bulantı-kusma şiddetlerinin dağılımı Şekil 4.6'da verilmiştir. Hastaların taburculuktan sonra %26,3'ünde (92 kişi) birinci gün bulantı tespit edilmiştir. Bulantısı olan hastaların %26,1'i hafif, %44,6'sı orta, %20,7'si yüksek, %8,6'sı şiddetli düzeyde bulantı yaşamıştır. Hastaların sadece %15,4'ü kusma yaşadığını belirtmiştir. Taburcu edildikten sonra birinci gün kusma yaşayan kişilerin kusma şiddeti

değerlendirildiğinde, hastaların % 72,2'sinin hafif, %27,8'inin orta düzeyde kusma yaşadığı saptanmıştır.

Tabloda belirtilmemekle birlikte; taburculuk sonrası ikinci günde hastaların %3,4'ünde bulantı olduğu, bulantısı olan hastaların (12 kişi) ise tamamının (%100,0) hafif şiddette bulantı yaşadığı belirlenmiştir.

4.4. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre bulantı-kusma sıklığının karşılaştırılması

Çizelge 4.11. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin ameliyat sonrası bulantı-kusma sıklığı ile karşılaştırılması (n:350)

	Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma		Ki-kare (χ^2) değeri (p<0,05)
	Var n (%)	Yok n (%)	
Cinsiyet			
Erkek	45 (19,7)	184 (80,3)	37,220 (p<0,001)
Kadın	62 (51,2)	59 (48,8)	
Yaş			
<50	73 (30,5)	166 (69,5)	0,000 (0,987)
50 ≥	34 (30,6)	77 (69,4)	
Beden Kitle İndeksi			
Zayıf	5 (45,5)	6 (54,5)	5,082 (0,279)
Normal	37 (25,5)	108 (74,5)	
Fazla kilolu	44 (33,1)	89 (66,9)	
1. derece obez	16 (31,4)	35 (68,6)	
2.derece obez	5 (50,0)	5 (50,0)	
Klinik			
Ortopedi	24 (21,1)	90 (78,9)	25,868 (p<0,001)
Kulak burun boğaz	37 (35,9)	66 (64,1)	
Üroloji	20 (22,5)	69 (77,5)	
Genel cerrahi	26 (59,1)	18 (40,9)	
Kronik Hastalık olma durumu			
Evet	23 (30,7)	52 (69,3)	0,000 (0,984)
Hayır	84 (30,5)	191 (69,5)	
Sigara kullanma durumu			
Evet	25 (26,0)	71 (74,0)	1,279 (0,258)
Hayır	82 (32,3)	172(67,7)	
Daha önce cerrahi geçirme durumu			
Evet	69 (34,3)	132 (65,7)	3,140 (0,076)
Hayır	38 (25,5)	111 (74,5)	
Ameliyat sonrası bulantı-kusma öyküsü			
Evet	30 (51,7)	28 (48,3)	10,943 (0,001)
Hayır	39 (27,3)	104 (72,7)	
Taburculuk sonrası bulantı-kusma öyküsü			
Evet	17 (50,0)	17 (50,0)	4,458 (0,035)
Hayır	52 (31,1)	115 (68,9)	
Anestezi Havayolu Aracı			
Edotrekeal entübasyon	71 (37,4)	119 (62,6)	9,047 (0,003)
Laringeal maske	36 (22,5)	124 (77,5)	
ASA Sınıflaması			
ASA 1	68 (30,2)	157 (69,8)	0,433 (0,805)
ASA2	35 (30,4)	80 (69,6)	
ASA 3	4(40,0)	6(60,0)	

Çizelge 4.11. (devam) Hastaların sosyodemografik özelliklerinin ameliyat sonrası bulantı-kusma sıklığı ile karşılaştırılması (n:350)

	Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma		Ki-kare (χ^2) değeri (p<0,05)
	Var n (%)	Yok n (%)	
Cerrahi Süresi (dakika)			
0-59	40 (20,9)	151 (79,1)	21,820
60-119	45 (38,1)	73 (61,9)	(p<0,001)
120 ve üstü	22 (53,7)	19 (46,3)	
Ayılma ünitesinde bulantı görülme durumu			
Evet	23 (88,5)	3 (11,5)	44,346
Hayır	84 (25,9)	240 (74,1)	(p<0,001)
Ayılma ünitesinde opioid kullanma durumu***			
Evet	36 (56,3)	28 (43,8)	24,332
Hayır	71 (24,8)	215 (75,2)	(p<0,001)
Ayılma ünitesinde antiemetik kullanma durumu****			
Evet	10 (83,3)	2 (16,7)	16,297
Hayır	97 (28,7)	241 (71,3)	(p<0,001)
Ameliyat Sonrası Opioid kullanma durumu***			
Evet	52 (64,2)	29 (35,8)	56,144
Hayır	55 (20,4)	214 (79,6)	(p<0,001)

Tek tek belirtilmeden beklenen değeri beşten küçük sayısı yüzde yirmiyi aşmış hücrelerde Fisher Exact Test kullanılmıştır.

Çizelgede satır yüzdeleri alınmıştır.

* Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

** χ^2 : ki kare testi kullanılmıştır.

*** Kullanılan ilaçlar kapsamında Fentanilyl, Aldolan türü ilaçlar yer almaktadır.

**** Kullanılan ilaçlar kapsamında Metpamid, Sinarex türü ilaçlar yer almaktadır.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre, ameliyat sonrası bulantı-kusma görülme durumu karşılaştırıldığında, ameliyat sonrası bulantı-kusma ile kadın cinsiyet, KBB cerrahisi geçirilmesi, ameliyat ve taburculuk sonrası bulantı-kusma öyküsü olması, endotrekeal entübasyon yapılması, cerrahi süresinin 120 dakikadan fazla sürmesi, ayılma ünitesinde bulantı olması, ayılma ünitesinde opioid ve antiemetik uygulanması ve ameliyat sonrası opioid uygulanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05)

Çizelge 4.12. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre taburculuk sonrası bulantı sıklığının karşılaştırılması (n:350)

	Taburculuk sonrası Birinci Gün Bulantı gürülme durumu		Ki-kare (χ^2) değeri** (p<0,05)
	Var n (%)*	Yok n (%)*	
Cinsiyet			
Erkek	36 (15,7)	193 (84,3)	38,159 (p<0,001)
Kadın	56 (46,3)	65 (53,7)	
Yaş			
<50	66 (27,6)	173 (72,4)	0,687
50 ≥	26 (23,4)	85 (76,6)	(0,407)
Beden Kitle İndeksi			
Zayıf	5 (45,5)	6 (54,5)	5,508
Normal	31 (21,4)	114 (78,6)	(0,239)
Fazla kilolu	39 (29,3)	94 (70,7)	
1. derece obez	13 (25,5)	38 (74,7)	
2.derece obez	4 (40,0)	6 (60,3)	
Klinik			
Ortopedi	16 (14,0)	98 (86,0)	24,381 (p<0,001)
Kulak burun boğaz	36 (35,0)	67 (65,0)	
Üroloji	19 (21,3)	70 (78,7)	
Genel cerrahi	21 (47,7)	23 (52,3)	
Kronik Hastalık			
Evet	18 (24,0)	57 (76,0)	0,257
Hayır	74 (26,9)	201 (73,1)	(0,612)
Sigara kullanma durumu			
Evet	19 (19,8)	77 (80,2)	2,879
Hayır	73 (28,7)	181 (71,3)	(0,090)
Daha Önce Cerrahi Geçirme Durumu			
Evet	58 (28,9)	143 (71,1)	1,609
Hayır	34 (22,8)	115 (77,2)	(0,205)
Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma Öyküsü			
Evet	28 (48,3)	30 (51,7)	14,977
Hayır	30 (21,0)	113 (79,0)	(p<0,001)
Taburculuk Sonrası Bulantı-Kusma Öyküsü			
Evet	15 (44,1)	19 (55,9)	4,643
Hayır	43 (25,7)	124 (74,3)	0,031
Anestezi Havayolu Aracı			
Edotrekeal entübasyon	63 (33,2)	127 (66,8)	10,130
Laringeal maske	29 (18,1)	131 (81,9)	(0,001)
ASA Sınıflaması			
ASA 1	60 (26,7)	165 (73,3)	1,210 (0,546)
ASA2	28 (24,3)	87 (75,7)	
ASA 3	4 (40,0)	6 (60,0)	
Cerrahi süresi (dakika)			
0-59	34 (17,8)	157 (82,2)	19,936 (p<0,01)
60-119	38 (32,2)	80 (67,8)	
120 ve üstü	20 (48,8)	21 (51,2)	

Çizelge 4.12. (devam) Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre taburculuk sonrası bulantı sıklığının karşılaştırılması (n:350)

	Taburculuk sonrası Birinci Gün Bulantı Görülme Durumu	
	Var	Yok
	n (%)	n (%)
Ayılma Ünitesinde Bulantı görülme durumu		
Evet	22(84,6)	4 (15,4)
Hayır	70 (21,6)	254 (78,4)
		(p<0,001)
Ayılma Ünitesinde Opioid kullanma durumu***		
Evet	32 (50,0)	32 (50,0)
Hayır	60 (21,0)	226 (79,0)
		(p<0,001)
Ayılma Ünitesinde Antiemetik kullanma durumu****		
Evet	9 (75,0)	3 (25,0)
Hayır	83 (24,6)	255 (75,4)
		(p<0,001)
Ameliyat Sonrası Opioid kullanma durumu***		
Evet	36 (44,4)	45 (55,6)
Hayır	56 (20,8)	213 (79,2)
		(p<0,001)

Tek tek belirtilmeden beklenen değeri beşten küçük sayısı yüzde yirmiyi aşmış hücrelerde Fisher Exact Test kullanılmıştır. Çizelgede satır yüzdeleri alınmıştır.

* Yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

** χ^2 : ki kare testi kullanılmıştır.

*** Kullanılan ilaçlar kapsamında Fentaniyl, Aldolan türü ilaçlar yer almaktadır.

**** Kullanılan ilaçlar kapsamında Metpamid, Sinarex türü ilaçlar yer almaktadır.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre, taburculuk sonrası birinci gün bulantı sıklığı durumu karşılaştırıldığında; taburculuk sonrası birinci gün bulantı sıklığı ile kadın cinsiyet, KBB cerrahisi geçirilmesi, ameliyat ve taburculuk sonrası bulantı-kusma öyküsü olması, endotakeal entübasyon yapılması, cerrahi süresinin 120 dakikadan fazla sürmesi, ayılma ünitesinde bulantı olması, ayılma ünitesinde opioid ve antiemetik uygulanması ve ameliyat sonrası opioid uygulanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05).

Tabloda belirtilmemekle birlikte; hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre, taburculuk sonrası ikinci gün bulantı sıklığı durumu karşılaştırıldığında; taburculuk sonrası ikinci gün bulantı sıklığı ile 50 yaş altı olan, KBB cerrahisi geçiren, geçirilmiş ameliyat öyküsü olmayan, ameliyat ve taburculuk sonrası bulantı-kusma öyküsü olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05).

4.5. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre bulantı şiddet ortalamasının karşılaştırılması

Çizelge 4.13. Hastaların sosyodemografik özelliklerin taburculuk birinci gün bulantı şiddet ortalaması ile karşılaştırılması

Özellikler	Taburculuk Birinci Gün Bulantı Şiddet Ortalaması $\bar{X} \pm SS$ (şiddet ortalaması)	Test Değeri/ (p<0,05)
Cinsiyet		
Erkek	3,25±2,03	t= -2,54*
Kadın	4,30±1,87	p= 0,013
Yaş		
<50	3,96±1,95	t= 0,59*
50 ≥	3,69±2,13	p= 0,551
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf	4,20±2,04	
Normal	3,96±2,00	F= 0,10*
Fazla kilolu	3,74±2,11	p= 0,981
1. derece obez	4,00±1,73	
2.derece obez	4,00±2,44	
Klinik		
Ortopedi	4,06±1,76	
Kulak burun boğaz	4,22±2,16	F= 0,81**
Üroloji	3,52±1,98	p= 0,490
Genel cerrahi	3,52±1,88	
Kronik hastalık		
Evet	3,72±2,02	t= -0,39*
Hayır	3,93±2,00	p= 0,691
Sigara kullanma durumu		
Evet	3,57±2,06	t= 0,76*
Hayır	3,97±1,98	p= 0,447
Daha Önce Cerrahi Geçirme Durumu		
Evet	3,79±2,09	t= 0,61*
Hayır	4,05±1,84	p= 0,541
Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma Öyküsü		
Evet	4,00±1,94	t= -0,72*
Hayır	3,60±2,23	p= 0,472
Taburculuk Sonrası Bulantı-Kusma Öyküsü		
Evet	4,80±2,00	t= -2,24*
Hayır	3,44±2,02	p= 0,029
Anestezi Havayolu Aracı		
Edotrekeal Entübasyon	3,84±2,07	t= -0,35*
Laringeal Maske	4,00±1,85	p= 0,725
ASA Sınıflaması		
ASA 1	3,80±2,08	F= 0,17**
ASA 2	4,07±1,98	p= 0,936
ASA 3	4,00±0,00	

Çizelge 4.13. (devam) Sosyodemografik özelliklerin taburculuk birinci gün bulantı şiddet ortalaması ile karşılaştırılması

Özellikler	Taburculuk Birinci Gün Bulantı Şiddet Ortalaması $\bar{X} \pm SS$ (şiddet ortalaması)	Test Değeri/ (p<0,05)
Cerrahi Süresi (dakika)		
0-59	3,85±1,74	F= 0,01** p= 0,990
60-119	3,92±2,03	
120 ve üstü	3,90±2,40	
Ayılma Ünitesinde Bulantı görülme durumu		
Evet	4,13±2,29	t= -0,65*
Hayır	3,81±1,90	p= 0,512
Ayılma Ünitesinde Opioid kullanma durumu		
Evet	3,84±2,09	t= 0,16*
Hayır	3,91±1,95	p= 0,869
Ayılma Ünitesinde Antiemetik kullanma durumu		
Evet	3,00±2,12	t= 1,41*
Hayır	3,98±1,97	p= 0,160
Ameliyat Sonrası Opioid kullanma durumu		
Evet	3,91±2,12	t= -0,09*
Hayır	3,87±1,92	p= 0,923

*t:t testi, **F:Ftesti

Hastaların sosyo demografik özelliklere göre taburculuk sonrası birinci gün bulantı şiddet ortalaması karşılaştırıldığında, kadınlarda ve taburculuk sonrası bulantı-kusma öyküsü olan kişilerde taburculuk sonrası birinci gün bulantı şiddetinin ortalamasının istatistiksel olarak farklı olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).

Çizelge 4.14. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre taburculuk birinci gün kusma şiddet ortalamasının karşılaştırılması

Özellikler	Taburculuk Birinci Gün Kusma Şiddet Ortalaması	
	$\bar{X} \pm SS$ (şiddet sıra ortalaması)	Test Değeri/ (p<0,05)
Cinsiyet		
Erkek	27,11	U= 325,00* p= 0,861
Kadın	27,71	
Yaş		
<50	26,08	U=223,00* p= 0,147
50 ≥	31,57	
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf	20,00	KW=2,23** p= 0,692
Normal	26,35	
Fazla kilolu	29,39	
1. derece obez	25,40	
2.derece obez	33,50	
Klinik		
Ortopedi	31,57	KW= 3,59** p= 0,309
Kulak burun boğaz	29,39	
Üroloji	22,25	
Genel cerrahi	26,75	
Kronik hastalık		
Evet	30,80	U= 187,00* p= 0,344
Hayır	26,75	
Sigara kullanma durumu		
Evet	29,00	U= 189,00* p= 0,686
Hayır	27,20	
Daha Önce Cerrahi Geçirme Durumu		
Evet	27,36	U= 342,00* p= 0,918
Hayır	27,71	
Ameliyat Sonrası Bulantı-Kusma Öyküsü		
Evet	15,97	U= 113,50* p=0,357
Hayır	18,39	
Taburculuk Sonrası Bulantı-Kusma Öyküsü		
Evet	17,58	U= 122,50* p=0,785
Hayır	16,63	
Anestezi Havayolu Aracı		
Edotrekeal Entübasyon	28,3	U= 295,00* p=0,640
Laringeal Maske	26,35	
ASA Sınıflaması		
ASA 1	28,46	KW= 1,13** p= 0,567
ASA2	26,35	
ASA 3	20,00	
Cerrahi Süresi (dakika)		
0-59	23,00	KW= 3,76** p= 0,152
60-119	30,29	
120 ve üstü	29,00	

Çizelge 4.14 (devam) Hastaların sosyodemografik özelliklerinin taburculuk birinci gün kusma şiddet ortalamasının karşılaştırılması

Özellikler	Taburculuk Birinci Gün Kusma Şiddet Ortalaması	
	$\bar{X} \pm SS$ (şiddet sıra ortalaması)	Test Değeri/ (p<0,05)
Ayılma Ünitesinde Bulantı görülme durumu		
Evet	31,81	U= 235,00* p= 0,092
Hayır	25,68	
Ayılma Ünitesinde Opioid kullanma durmu		
Evet	28,53	U= 313,00* p=0,649
Hayır	26,94	
Ayılma Ünitesinde Antiemetik kullanma durmu		
Evet	25,40	U= 112,00* p= 0,772
Hayır	17,71	
Ameliyat Sonrası Opioid kullanma durmu		
Evet	29,39	U= 313,00* p= 0,327
Hayır	26,10	

* U: Mann Whitney U testi , ** KW: Kruskal Wallis testi

Hastaların sosyo demografik özelliklere göre taburculuk sonrası birinci gün kusmanın şiddet sıra ortalaması karşılaştırıldığında, kusmanın şiddet sıra ortalaması sosyo-demografik özelliklere göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p>0,05)

4.6. Hastaların taburculuk sonrası bulantı ve kusma ile baş etme yöntemleri

Çizelge 4.15. Hastaların taburculuk sonrası birinci gün bulantı ve kusma ile baş etme yöntemleri (n:350)

Taburculuk Birinci Gün Bulantı Görülme Durumu (n:350)	n (%)*
Evet	92 (26,3)
Hayır	258 (73,7)
Taburculuk Birinci Gün Bulantı-Kusmanın Günlük İşleri Etkileme Durumu (n:92)	
Etkiledi	56 (60,9)
Etkilemedi	36 (39,1)
Taburculuk Birinci Gün Bulantı-Kusmanın Günlük İşleri Etkileme Düzeyi (n:56)	
Hafif	27 (48,2)
Orta	25 (44,6)
Yüksek	4 (7,2)
Taburculuk Birinci Gün Bulantı-Kusma ile Baş Etmede Alternatif Yöntem Kullanma Durumu (n: 92)	
Evet	47 (51,0)
Hayır	45 (49,0)
Taburculuk Birinci Gün Bulantı-Kusma ile Baş Etmede Kullanılan Alternatif Yöntemler (n:47)	
İstirahat etmek	23 (49,0)
Açık havaya çıkmak	11 (23,4)
Bir şeyler yemek(ekmek, kraker vs.)	8 (17,0)
Bir şeyler içmek (su,soda vs.)	5 (10,6)
Taburculuk Birinci Gün Kullanılan Alternatif Yöntemi Etkili Bulma Durumu (n: 47)	
Etkili	15 (31,9)
Biraz etkili	28 (59,6)
Etkili değil	4 (8,5)

* Yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

Hastaların taburculuk sonrası birinci gün bulantı-kusma ile baş etme yöntemi olarak en çok kullanılan yöntemin istirahat etmek (%49,0) olduğu tespit edilmiştir. (Çizelge 4.15.) Alternatif yöntemi kullananların %8,5'i kullandığı alternatif yöntemin etkili olmadığını, %59,6'sı biraz etkili olduğunu, %31,9'u da etkili olduğunu ifade etmiştir. Taburculuk sonrası birinci gün bulantı-kusmanın günlük işleri etkileme düzeyi incelendiğinde; hastaların %48,2'sini hafif ve %44,6'sını orta derecede etkilediği belirlenmiştir

Tabloda belirtilmemekle birlikte; hastaların taburculuk sonrası ikinci gün bulantı-kusma ile baş etme yöntemi olarak en çok kullanılan istirahat etmek ve bir şeyler yemek olduğu (%40,0) tespit edilmiştir. Alternatif yöntemi kullananların %20'si kullandığı alternatif yöntemin etkili olmadığını, %40'ı biraz etkili ve diğer %40'ı etkili olduğunu ifade etmiştir.

Taburculuk sonrası ikinci gün bulantı-kusmanın günlük işleri etkileme düzeyi incelendiğinde hastaların , %41,7'sinin hafif düzeyde etkilediği belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Cerrahi alanındaki hızlı teknolojik gelişmeler, ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımındaki ve anesteziideki ilerlemeler sonucunda, cerrahi girişimler, en son başvuru olan tedavi yöntemi olmaktan çıkmış ve yaygın olarak uygulanmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2001). Cerrahi girişim minör ya da majör olsun, ameliyat sonrası hastada sorun gelişme riskinin her zaman var olduğu bilinmektedir (Ambulatory Surgery Handbook, 2014). Ameliyat sonrası en sık rastlanan sorunlar arasında; ağrı, ateletazi, yara enfeksiyonu, parolitik ileus, üriner retansiyon ve üriner enfeksiyon yer almaktadır (Yılmaz, 2002; Markey ve Brown, 2002; Miedema ve Johnson, 2003). Bunların yanı sıra ameliyat sonrası bulantı ve kusma (White P., 2004), boğaz ağrısı, ses kısıklığı, öksürük (Dal ve diğerleri, 2012), baş dönmesi, baş ağrısı, ateş, yara yerinde kanama, akıntı, uyku hali, oryantasyon bozukluğu gibi sorunların yaşandığı, bu sorunların yaşamı tehdit etmemekle birlikte hasta konforunu azalttığı belirtilmektedir (Jenkins ve diğerleri, 2001, Özşaker ve diğerleri, 2019). Özellikle ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın taburculuğu geciktirdiği ve yeniden hastaneye yatışlara yol açtığı, ameliyat sonrası yaşanan komplikasyonlar ve taburculuk sonrası bakım yetersizliklerinin de hastaların gününbirlik cerrahi girişimlere olan güvenini azaltabileceği bildirilmektedir (Jenkins ve diğerleri, 2001; Ambulatory Surgery Handbook, 2014).

Bu çalışma gününbirlik cerrahi uygulanan hastalarda taburcu edildikten sonra bulantı ve kusma görülme sıklığı ile baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı desende yapılmıştır. Araştırmada 350 gününbirlik cerrahi hastası ile çalışılmıştır. Çalışmamıza katılan hastaların; yaş ortalaması $40,45 \pm 17,72$ (min:18 yaş, max:89 yaş) olup, %65,4'ü erkek ve %69,7'si evlidir (Bkz. Çizelge 4.1.). Literatür incelendiğinde yapılan birçok çalışmada gününbirlik cerrahi yapılan hastaların yaş ortalaması 41-49 olarak saptanmıştır (Fetzer ve diğerleri, 2004; Matilla ve diğerleri, 2005; Fetzer ve diğerleri, 2005; Apfel ve diğerleri, 2012; Odom ve diğerleri, 2013). Bulgumuz yukarıda belirtilen çalışma sonuçları ile uyum göstermekte olup bu bulgulara göre gününbirlik cerrahi uygulanan hastaların yaş ortalamasının benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Çalışmamıza katılan hastaların %57,4'ünün daha önceden bir cerrahi girişim geçirdiği ve daha önce ameliyat geçiren 201 kişinin %28,9'unda şimdiki ameliyatı sonrası bulantı ve kusma görüldüğü belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.2.). Çalışmamızda ameliyat sonrası bulantı-kusma öyküsü ve taburculuk sonrası bulantı-kusma öyküsü olan hastalarda şimdiki

ameliyatlari sonrası bulantı-kusma görülme durumunun arttığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Literatürde Apfel ve arkadaşlarının (2004) ameliyat sonrası bulantı-kusmayı inceledikleri çalışmada daha önce ameliyat deneyimi olan katılımcıların %29,3'ünde, Bruderer ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında %19,4'ünde, Odom ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında %31,5'inde, Pierre ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise %23'ünde bulantı-kusma görülmüştür. Yapılan bu çalışma sonuçlarında daha önceki ameliyatına bağlı ameliyat sonrası bulantı-kusma öyküsünün hastaların bir sonraki ameliyatlarında bulantı-kusma görülmesi açısından risk oluşturduğu dikkati çekmektedir.

Cerrahi süresi ne kadar uzun olursa, ameliyat sonrası bulantı ve kusma riski de o kadar yüksektir. Bunun nedeni, anestezi için kullanılan çeşitli ajanların artan klirens süresinin yanı sıra gerekli olan anestezi miktarının artmasıdır. Özellikle kullanılan inhalasyon ajanları ve opioid dozlarındaki artışa bağlı olarak ameliyat sonrası bulantı ve kusma riski anestezi süresi uzadıkça artmaktadır. Cerrahi süresindeki 30 dakikalık artış bu riski %60 oranında arttırmaktadır (Cruthirds ve diğerleri, 2013; Gan, 2006). Çalışmamızda hastaların geçirdiği ameliyatın süresi incelendiğinde, hastaların %54,6'sının 0-1 saat ameliyatta kaldığı ve ameliyat süresinin ortalama $1,57 \pm 0,69$ saat sürdüğü görülmektedir (Bkz. Çizelge 4.2.). Çalışma bulgularımız literatürde belirtilen ve ortalama 0-1 saat arasında değişen cerrahi süresi ile benzerlik göstermektedir (Matilla ve diğerleri, 2005; Bruderer ve diğerleri, 2017; Apfel ve diğerleri, 2012; Odom ve diğerleri, 2013). Hastaların ameliyat sonrası (Bkz. Çizelge 4.11.) ve taburculuk sonrası bulantı kusma (Bkz. Çizelge 4.12.) ile cerrahinin süresi arasında fark olup olmadığına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların cerrahi süresi arttıkça ameliyat sonrası bulantı ve kusma riski de artmaktadır.

Ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı arttıran risklerden biri de opioid kullanımıdır. Özellikle, premedikasyon için kullanılan opioidler, benzodiazepin kullanımından daha büyük bir risk taşımaktadır (Cruthirds ve diğerleri, 2013; Gan, 2006). Ağrı yönetiminde kullanılan özellikle morfin türevi ilaçlar kemoreseptör triger zonu stimüle ederek bu zon yoluyla uyaranlar komşuluğundaki kusma merkezine ulaşmakta ve aktive etmektedir. Kusma eşiği aşılmadan önce, kortekse geçen uyaranlar ise bulantı hissine neden olmaktadır (Özatamer, 2010; Martin, 2011; Hasler, 2015). Çalışmamızda; hastaların %98,6'sına ameliyat sırasında, %18,3'üne ayılma ünitesinde ve %23,1'ine klinikte opioid

uygulanmıştır. Ayrıca hastalarımızın %3,4'üne ayılma ünitesinde ve %1,1'ine ise klinikte antiemetik uygulanmıştır (Bkz. Çizelge 4.2.). Ameliyat sonrası (Bkz. Çizelge 4.11.) ve taburculuk sonrası (Bkz. Çizelge 4.12.) bulantı-kusma ile opioid ve antiemetik kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bruderer ve arkadaşlarının 222 hasta ile yapmış oldukları çalışmalarında hastaların %15,8'ine opioid yapıldığı ve opioid uygulanan hastalarda bulantı görülme oranının daha yüksek olduğu saptamıştır. Hastalarda ameliyat sonrası ve sonrası ağrının tedavisinde opioid kullanımının ameliyat sonrası bulantı ve kusma riskini arttırdığı saptanmıştır (Eberhart ve diğerleri, 2000; Pierre ve diğerleri, 2002; Apfel ve diğerleri, 2012; Stewart ve diğerleri, 2013; Bruderer ve diğerleri, 2017;)

Çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 0. gün (ortalama 2.-4. saatte) hastaların üçte birinde (%30,6) bulantı-kusma görülmüştür (Bkz. Çizelge 4.3.). Literatüre bakıldığında ameliyat sonrası bulantı-kusma görülme insidansı %25-50 arasında değişiklik göstermektedir (Kovac, 2000; Eberhart ve diğerleri, 2000; Pierre ve diğerleri, 2002; Van den Bosch ve diğerleri, 2005; İzveren ve Dal, 2011; Cappen ve diğerleri, 2015; Sherif ve diğerleri, 2015). Çalışmaya katılan hastaların %26,3'ünde taburculuk sonrası birinci gün bulantı tespit edilmiştir (Bkz. Çizelge 4.7.). Bulantısı olan hastaların (92 kişi) %26,1'i hafif, %44,6'sı orta, %20,7'si yüksek, %8,6'sı şiddetli düzeyde bulantısı olduğu belirlenmiştir. Taburculuk sonrası birinci gün ise kusma yaşayan hastaların oranı %15,4'dür. Taburcu edildikten sonra birinci gün kusma yaşayan kişilerin kusma şiddeti değerlendirildiğinde %72,2'sinin hafif, %27,8'inin şiddetli bir kusma yaşadığı tespit edilmiştir (Bkz. Şekil 4.5.). Odom ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında şiddetli mide bulantısı, ameliyat günü hastaların %19,4'ünü etkilemiş ve 7. günde hastaların %2'sini etkilemeye devam etmiştir. Mide bulantısı olanların %30'unun evine ulaşana kadar şiddetli bulantı yaşamaya devam ettiği belirtilmektedir (Odom ve diğerleri, 2013). Stewart ve arkadaşlarının taburculuk sonrası bulantı-kusma ile ilgili yapmış oldukları çalışmalarında hastaların %36,6'sında bulantı, %11,9'unda kusma ve %37,1'inde bulantı ve kusma bir arada görülmüştür. Hastaların %13,3'ü şiddetli bulantı ve %5'i şiddetli kusma bildirmişlerdir (Stewart ve diğerleri, 2013). Bruderer ve arkadaşlarının taburculuk sonrası bulantı-kusma ile ilgili yapmış oldukları çalışmalarında ameliyat sonrası bulantı insidansı %30,6 hafif ve %10,4 ünde şiddetli düzeyde bulantı tespit edilmiştir (Bruderer ve diğerleri, 2017). Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri ile bulantı şiddet ortalaması karşılaştırıldığında, kadın cinsiyet ile taburculuk sonrası birinci gün bulantı

şiddet ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre kadınların bulantı şiddetinin erkeklere göre daha fazla olduğu söylenebilir. Ayrıca daha önceki ameliyatında taburculuk sonrası bulantı-kusma yaşayan kişilerin taburculuk sonrası birinci gün bulantı şiddetinin yaşamayanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.13.).

Hastaların ameliyat sonrası ve taburculuk sonrası bulantı-kusma yaşamalarını ilişkin risk faktörlerinin değerlendirilmesinin önemli olduğu bilinmektedir. Literatürde hem ameliyat sonrası hem de taburculuk sonrası bulantı-kusma riskini değerlendiren skorlama sistemi bulunmaktadır (Apfel ve diğerleri, 2004; Apfel ve diğerleri 2012). Apfel Risk Puanı'na göre ameliyat sonrası bulantı-kusma için belirlenen dört risk faktörü; kadın olma, ameliyat sonrası bulantı-kusma hikâyesi veya yol tutması, sigara içmeme ve ameliyat sonrası opioid kullanmadır. Bu risk faktörlerinden kadın cinsiyetinin risk faktörü olmasının sebebi; hormon seviyesinde meydana gelen değişiklikler olduğu ve özellikle menstrüal siklusun 14. ve 15. günleri ile son iki haftasının riskli günler olduğu belirtilmiştir. Menopoz öncesi ve sonrası kadınlarda ameliyat sonrası bulantı-kusma riskinin benzer olduğu ancak 70 yaşından sonra ameliyat sonrası bulantı-kusma insidansının azaldığı görülmüştür (Sweis ve diğerleri, 2013). Ameliyat sonrası bulantı-kusma hikâyesi veya yol tutması olan hastalarda kusma eşiğinin düşük olmasına bağlı olarak ameliyat sonrası bulantı-kusma daha sık görülmektedir (Apfel ve diğerleri 2004; Apfel ve diğerleri 2012) Sigara içmeme; uzun süreli sigara kullanımının karaciğer mikromozal enzimleri aktivasyonu ile ameliyat esnasında kullanılan ilaçların metabolizmasını etkileyerek bulantı kusma üzerine koruyucu etki oluşturmaya bağlanmaktadır. Aynı zamanda sinir sistemindeki nikotinik reseptörlerde değişiklik meydana gelerek nikotinin emetik etkilerine karşı tolerans gelişebilmektedir (Gan ve diğerleri, 2014). Opioid kullanımının kemoreseptör triger zonunu stimüle ederek bu zon yoluyla bulantı-kusma hissine neden olmaktadır (Martin, 2011). Bu risk faktörlerine göre hastaların ameliyat sonrası bulantı-kusma riski %60 ve %78 gibi yüksek oranlara çıkmaktadır (Apfel ve diğerleri, 2004). Apfel ve arkadaşlarının (2004) ameliyat sonrası bulantı-kusma risk faktörlerini araştırdıkları çalışmada, hastaların %64,7'sinde kadın olma, %8,8'inde sigara kullanmama, %25,4'ünde ameliyat sonrası opioid kullanma ve %29,3'ünde ise ameliyat sonrası bulantı-kusma veya taşıt tutma öyküsü risk faktörleri tespit edilmiştir (Apfel ve diğerleri, 2004). Araştırmamıza katılan hastaların bu risk faktörlerine göre dağılımı incelendiğinde, hastaların %34,57'si kadın cinsiyet, %72,57'sinde sigara kullanmama durumu, %23,14'ünde ameliyat sonrası opioid

kullanılması, %15,42'sinde ise ameliyat sonrası bulantı-kusma öyküsü risk faktörleri varlığı tespit edilmiştir (Bkz. Çizelge 4.4., Şekil 4.1.). Taburculuk sonrası için de bulantı-kusma riskini değerlendiren Apfel ve diğerlerine (2012) ait bir skorum sistemi bulunmaktadır. Apfel Risk Puanı'na göre belirlenen beş risk faktörü; kadın olma, 50 yaş altında olma, ameliyat sonrası bulantı-kusma öyküsü, ayılma ünitesinde bulantı olması ve ayılma ünitesinde opioid uygulanmasıdır. Kadın hastalar için, adet döngüsüne daha yakın olanlarda ameliyat sonrası bulantı ve kusma riski artmaktadır (Sweis ve diğerleri, 2013). 50 yaşından küçük olmak ameliyat ve taburculuk sonrası bulantı-kusma için anlamlı bir risk faktörüdür. Yetişkinlerde artan yaş ile ameliyat sonrası bulantı ve kusma insidansının azalması arasında bir ilişki vardır. (Apfel, 2012). Ameliyat sonrası bulantı-kusma hikâyesi veya yol tutması olan hastalarda kusma eşiğinin düşük olmasına (Apfel ve diğerleri, 2004; Apfel ve diğerleri, 2012), opioid kullanımı da kemoreseptör triger zonu stimüle ederek bu zon yoluyla bulantı-kusma hissine neden olmaktadır (Martin, 2011). Apfel ve arkadaşlarının (2012) taburculuk sonrası bulantı-kusma risk faktörlerini incelediği çalışmasında, hastaların %42,6'sında kadın olma, %46,9'inde 50 yaş altı olma, %46,7'sinde ameliyat sonrası bulantı-kusma öyküsü, %44,4'inde ayılma ünitesinde opioid uygulaması ve %62,5'sinde ayılma ünitesinde bulantı risk faktörünün varlığı tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan hastalarda ise, %34,57'sinde kadın olma, %68,85'inde 50 yaş altı olma, %15,42'sinde ameliyat sonrası bulantı-kusma öyküsü, %18,28'inde ayılma ünitesinde opioid uygulaması ve %7,42'sinde ise ayılma ünitesinde bulantı-kusma risk faktörleri olarak belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.8., Şekil 4.3.).

Risk faktörlerine göre risk değerlendirilmesi yapılarak hastaların bulantı-kusma sıklıkları öngörülebilmektedir. Apfel ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında ameliyat sonrası bulantı-kusma için belirlenen dört risk faktöründen birinin bulunması ameliyat sonrası bulantı-kusma için %20 risk ile ilişkili iken her bir risk faktörünün eklenmesi ile riskin %20 arttığı, dört faktörün de bulunması durumunda %80'e ulaştığı kabul edilmektedir (Apfel ve diğerleri, 2004). Bizim çalışmamızda ise; hastaların % 20,3'ünde ameliyat sonrası bulantı-kusma risk faktörlerinden hiçbirinin olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %38,3'ünün 1, %26,6'sının 2, %11,1 'inin 3 ve %3,7'sinin 4 risk faktörüne sahip olduğu bulunmuştur. Hiçbir risk faktörü olmayan hastalarda %12,7, bir risk faktörü olan hastalarda %18,7, iki risk faktörü olan hastalarda %38,7, üç risk faktörü olan hastalarda %61,5 ve dört risk faktörü olan hastaların tamamında (%100,0) bulantı-kusma saptanmıştır. Apfel ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında taburculuk sonrası bulantı-kusma için belirlenen 5 risk

faktörlerinden hiç birinin olmaması %10, birinin olması %20, ikisinin olması %30, üçünün olması %50, dördünün olması %60 ve beş risk faktörünün de olması %80 oranında bulantı-kusma risk insidansı oluşturmaktadır (Apfel ve diğerleri, 2012). Odom ve arkadaşlarının taburculuk sonrası 7 gün boyunca 248 hastanın bulantı-kusma insidansını inceledikleri çalışmalarında 0, 1, 2, 3, 4 ve 5 risk faktörü varlığında ameliyat sonrası bulantı-kusma insidansı sırasıyla %40, %19,4, %39,7, %65, % 88,4 ve 93,8 olarak bulunmuştur (Odom ve diğerleri, 2013). Bizim çalışmamızda ise; hiçbir risk faktörü olmayan hastalarda %5,5, bir risk faktörü olan hastalarda %16,0, iki risk faktörü olan hastalarda %29,4, üç risk faktörü olan hastalarda %61,8, dört risk faktörü olan hastalarda da %75,0 ve 5 risk faktörü olan hastaların tamamında (%100,0) bulantı-kusma görülmüştür (Şekil 4.4.). Çalışmamızda risk faktörü arttıkça bulantı-kusma insidansının arttığı saptanmıştır ve bu sonuç literatürle uyum göstermektedir.

Hastalar ameliyat sonrası bulantı-kusmaya bağlı gelişen semptomlarla, gelişen teknoloji, ilaç ve ilaç dışı uygulamalara rağmen çoğunlukla evde kendi çözüm yöntemleri ile baş etmektedirler. Çalışmamızda hastaların taburculuk sonrası birinci ve ikinci gün bulantı-kusma ile baş etme yöntemleri incelendiğinde en çok kullanılan yöntemin istirahat etmek, açık havaya çıkmak, birşeyler yemek (ekmek, kraker vs.) ve bir şeyler içmek (su,soda vs.) (sırasıyla %49, %23,4, %17,0 ve %10,6) olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Çizelge 4.15). Ayrıca taburculuk sonrası birinci gün bulantı-kusmanın hastaların günlük işlerini etkileme düzeyi incelendiğinde, hastaların %10,3'ünün günlük işlerini etkilemediği, %48,2'sinin hafif etkilediği, %44,6'sının orta derecede etkilediği, %7,2'sinin yüksek derecede etkilediği belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.15.) Fetzer ve arkadaşlarının gününbirlik cerrahi geçiren ve bulantı-kusma deneyimleyen 190 hasta ile yapmış olduğu çalışmasında, hastaların yarısı (%50, n=95), bulantı, kusma ya da öğürme gibi bu üç semptomdan ikisini deneyimlediklerini bildirmiştir. Ayrıca hastaların tamamına yakını (n:99), taburculuk sonrası mide bulantısı ve kusmanın normal aktivitelerini sürdürme yeteneklerini etkilediğini belirtmiştir. Hastalar ilaç dışı uygulama olarak uzanıp hareketsiz kaldıklarını (n:30), hiç bir şey yapmadığını (n:30), sıvı bir şeyler içtiklerini (n:22), bir şeyler yediklerini (n:16) ve doktorları ile iletişime geçtiklerini (n:7) ifade etmişlerdir. Katılımcıların taburculuk sonrası bulantı-kusmayı gidermek için kendi kendine bakım etkinliklerinin %70,5'i (n:134) etkili olduğuna inandıkları saptanmıştır (Fetzer ve diğerleri, 2005). Odom-Forren ve arkadaşlarının taburculuk sonrası bulantı-kusma ile ilgili çalışmalarında hastaların taburculuk sonrası bulantı-kusma ile ilgili kullandıkları bireysel

yöntemlere bakıldığında, hastaların yaklaşık üçte birinin sıvı gıdalardan katı gıdalara yavaş yavaş geçerek, yaklaşık yarısının antiemetik bir ilaç aldığı, %46,4'ünün bulantıyı hafifletmek veya önlemek için birşeyler yediği, %40,7'sinin gazlı içecekler içtikleri ve %50,8'inin istirahat ederek başettikleri bildirilmiştir (Odom-Forren ve diğerleri, 2014)

Sonuç olarak bu çalışmada, çalışmaya katılan hastaların ameliyat sonrası 0. günde (ortalama 2.-4. Saatte) %30,6'sında, taburculuk sonrası birinci günde %26,3'ünde ve taburculuk sonrası ikinci günde %3,4'ünde bulantı-kusma varlığı tespit edilmiştir. Ameliyat ve taburculuk sonrası bulantı-kusma olma durumunun kadın cinsiyette, bulantı-kusma öyküsü olan hastalarda, ayılma ünitesinde bulantı-kusma yaşayan hastalarda, ayılma ünitesinde opioid kullanılan ve antiemetik kullanılan hastalarda arttırdığı belirlenmiştir. Ayrıca hastanın risk skoru arttıkça bulantı-kusma görülme sıklığının da arttığı saptanmıştır. Hastaların taburculuk sonrası bulantı-kusma ile baş etme yöntemleri incelendiğinde, en çok kullanılan yöntemin istirahat etmek olduğu saptanmıştır.

Hastanın rahatsızlığının giderilmesi ve buna bağlı komplikasyonların önlenmesi için, risk puanlamasının etkili bir şekilde yapılması, profilaktik tedavinin uygulanması, hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan yöntemlerin etkili olup olmadığının değerlendirilmesi ve uygun hemşirelik bakımının planlanması önerilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Günübirlik cerrahi uygulanan hastalarda taburcu edildikten sonra bulantı ve kusma görülme sıklığı ile baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışmamıza katılan hastaların çoğunun erkek olduğu, yaş ortalamasının $40,45 \pm 17,72$ yaş, yarısının ilköğretim mezunu olduğu, çoğunluğunun evli, büyük çoğunluğunun ilde yaşadığı, yarıdan azının normal kiloda olduğu, BKİ ortalamasının $26,06 \pm 4,48$ kg/m^2 olduğu belirlenmiştir. Hastaların çoğunun herhangi bir kronik hastalığının olmadığı tespit edilmiştir.
- Hastaların ameliyat sonrası 0. gün (ortalama 2-4 saat arası) %30,6'sında bulantı-kusma varlığı tespit edilmiştir. Risk faktörleri ise; %34,57 kadın olma, %72,57 sigara kullanmama, %23,14 ameliyat sonrası opioid kullanma ve %15,42 ameliyat sonrası bulantı-kusma veya taşıt tutma öyküsü varlığı olarak tespit edilmiştir. Hastaların %38,3'ünün 1 tane risk skoruna sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca dört risk skorunu taşıyan hastalarda %100,0 oranında bulantı-kusma görülmüştür. Korelasyon analizi sonuçlarına göre de risk skoru arttıkça kişilerdeki bulantı-kusma görülme oranında artmaktadır ($r=1,000$; $p<0,01$).
- Hastaların taburculuk sonrası birinci günde %26,3'ünde ve taburculuk sonrası ikinci günde ise %3,4'ünde bulantı varlığı; taburculuk sonrası birinci günde %15,4'ünde kusma varlığı tespit edilmiştir. Risk faktörleri ise; %34,57 kadın olma, %68,85 50 yaş altı olma, %15,42 ameliyat sonrası bulantı-kusma öyküsü, %18,28' ayılma ünitesinde opioid uygulaması ve %7,42 ayılma ünitesinde bulantı risk faktörü varlığı olarak tespit edilmiştir. Hastaların %41,1'inin 1 tane risk faktörüne sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca 5 risk skoru olan hastalarda %100,0 oranında bulantı-kusma görülmüştür. Hastalardan elde edilen sonuçlara göre risk skoru ile taburculuk sonrası bulantı görülme arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve çok yüksek bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=1,000$; $p<0,01$).
- Hastalarda ameliyat sonrası bulantı-kusma görülme durumunu kadın cinsiyet, KBB cerrahisi geçirilmesi, ameliyat ve taburculuk sonrası bulantı-kusma öyküsü olması, endotrekeal entübasyon yapılması, cerrahi süresinin 120 dakikadan fazla sürmesi,

ayılma ünitesinde bulantı olması, ayılma ünitesinde opioid ve antiemetik uygulanması ve ameliyat sonrası opioid uygulanması etkilemiştir ($p<0,05$).

- Hastaların taburculuk sonrası birinci gün bulantı-kusma görülme durumunu kadın cinsiyet, KBB cerrahisi geçirilmesi, ameliyat ve taburculuk sonrası bulantı-kusma öyküsü olması, endotakeal entübasyon yapılması, cerrahi süresinin 120 dakikadan fazla sürmesi, ayılma ünitesinde bulantı olması, ayılma ünitesinde opioid ve antiemetik uygulanması ve ameliyat sonrası opioid etkilemiştir ($p<0,05$).
- Hastaların sosyo demografik özelliklere göre taburculuk sonrası birinci gün bulantı şiddet ortalaması karşılaştırıldığında, kadın cinsiyette göre taburculuk sonrası birinci gün bulantı şiddetinin ortalamasının istatistiksel olarak farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Diğer farklılık ise taburculuk sonrası bulantı-kusma öyküsü olan kişiler arasında bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hastaların taburculuk sonrası birinci gün bulantı-kusma ile baş etme yöntemi olarak en çok kullanılan yöntemin istirahat etmek (%49,0) olduğu tespit edilmiştir. Alternatif yöntemi kullananların %59,6'sı biraz etkili olduğunu ifade etmiştir. Taburculuk sonrası birinci gün bulantı-kusmanın günlük işleri etkileme düzeyi incelendiğinde hastaların , %48,2'sini hafif derecede etkilediği belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hastalarda taburculuk sonrası bulantı ve kusma görülme sıklığı ile baş etme yöntemlerinin belirlenmesinin değerlendirildiği geniş örnekleme sahip çok merkezli çalışmaların yapılması,
- Ameliyat sonrası evde hastanın yaşadığı bulantı ve kusma insidansı belirlenerek, taburculuk öncesi bu semptomun giderilmesine yönelik bakım faaliyetlerinin planlanması,
- Hastaların rahatsızlığının giderilmesi ve buna bağlı komplikasyonların önlenmesi için, bulantı-kusma uygulamalarının değerlendirilmesi, ameliyat olacak hastalarda bulantı-kusma riski değerlendirilmesinin etkin bir şekilde yapılması, profilaktik tedavinin uygulanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi, hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan yöntemlerin etkili olup olmadığının değerlendirilmesi ve hemşirelere bunlara yönelik eğitimler verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acalovschi, I. (2002). Postoperative nausea and vomiting. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 13(1), 37-43.
- Aksoy, G. ve Sayın, Y. Y. (2004). Günübirlik cerrahide hastanın hazırlığı. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(2), 39-46.
- American Society of PeriAnesthesia Nurses PONV/PDNV Strategic Work Team. (2006). ASPAN'S evidence-based clinical practice guideline for the prevention and/or management of PONV/PDNV. *Journal of PeriAnesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 21(4), 230.
- Apfel, C. C., Kranke, P., and Eberhart, L. H. J. (2004). Comparison of surgical site and patient's history with a simplified risk score for the prediction of postoperative nausea and vomiting. *Anaesthesia*, 59(11), 1078-1082.
- Apfel, C. C., Läärä, E., Koivuranta, M., Greim, C. A., and Roewer, N. (1999). A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting conclusions from cross-validations between two centers. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 91(3), 693-693.
- Apfel, C. C., Philip, B. K., Cakmakaya, O. S., Shilling, A., Shi, Y. Y., Leslie, J. B. and Hooper, V. D. (2012). Who is at risk for postdischarge nausea and vomiting after ambulatory surgery?. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 117(3), 475-486.
- Apfel, C. C., Roewer, N., and Korttila, K. (2002). How to study postoperative nausea and vomiting. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 46(8), 921-928.
- Arif, A. S., Kaye, A. D., and Frost, E. (2001). Postoperative nausea and vomiting--a review. *Middle East Journal of Anaesthesiology*, 16(2), 127-154.
- Awad, I. T., and Chung, F. (2006). Factors affecting recovery and discharge following ambulatory surgery. *Canadian Journal of Anesthesia*, 53(9), 858-872.
- Aygin, D. (2004). Bulantı ve Kusma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1), 44-56.
- Barash, P., Cullen, B. F., Stoelting, R. K., Cahalan, M., Stock, M. C., and Ortega, R. (2013). *Handbook of Clinical Anesthesia*. Lippincott Williams & Wilkins, 1397-1398.
- Bauer, M., Böhrer, H., Aichele, G., Bach, A., and Martin, E. (2001). Measuring patient satisfaction with anaesthesia: perioperative questionnaire versus standardised face-to-face interview. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45(1), 65-72.
- Boogaerts, J. G., Vanacker, E., Seidel, L., Albert, A., and Bardiau, F. M. (2000). Assessment of postoperative nausea using a visual analogue scale. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 44(4), 470-474.

- Bruderer, U., Fisler, A., Steurer, M. P., Steurer, M., and Dullenkopf, A. (2017). Post-discharge nausea and vomiting after total intravenous anaesthesia and standardised PONV prophylaxis for ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 61(7), 758-766.
- Cappen, T. H., Vergouwe, Y., van Wolfswinkel, L., Kalkman, C. J., Moons, K. G. M. and van Klei, W. A. (2015). Impact of adding therapeutic recommendations to risk assessments from a prediction model for postoperative nausea and vomiting. *British Journal Anaesth*, 114, 252-60.
- Carroll, N. V., Miederhoff, P., Cox, F. M. and Hirsch, J. D. (1995). Postoperative nausea and vomiting after discharge from outpatient surgery centers. *Anesthesia & Analgesia*, 80(5), 903-909.
- Claxton, A. R., McGuire, G., Chung, F. and Cruise, C. (1997). Evaluation of morphine versus fentanyl for postoperative analgesia after ambulatory surgical procedures. *Anesthesia & Analgesia*, 84(3), 509-514.
- Collins, A. S. (2011). Postoperative nausea and vomiting in adults: implications for critical care. *Critical Care Nurse*, 31(6), 36-45.
- Costa, M. J. (2001). The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients. *AORN Journal*, 74(6), 874-881.
- Crichton, T. and Edmonds, M. (2009). *Developing an evidence-based guideline: prophylaxis of post-operative nausea and vomiting*, 2006.
- Cruthirds, D., Sims, P. J., and Louis, P. J. (2013). Review and recommendations for the prevention, management, and treatment of postoperative and postdischarge nausea and vomiting. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 115(5), 601-611.
- Çilingir, D. ve Bayraktar, N. (2006). Günübirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 13(1), 069-081.
- Dal, Ü., Bulut, H., ve Demir, S. G. (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1), 34-40.
- Dindo, D., Demartines, N., and Clavien, P. A. (2004). Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Annals of Surgery*, 240(2), 205.
- Eberhart, L. H. J., Högel, J., Seeling, W., Staack, A. M., Geldner, G., and Georgieff, M. (2000). Evaluation of three risk scores to predict postoperative nausea and vomiting. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 44(4), 480-488.
- Erdil, F., ve Elbaş, N. Ö. (2001). *Cerrahi hastalıkları hemşireliği*. Aydoğdu Ofset. 456-505.
- Erem, Y. (2006). *Günübirlik anestezi öncesi yapılan tetkikler ne kadar gerekli?* Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 35-36.

- European Society of Anaesthesiologists (ESA). (2003). *Screening and selection of ambulatory surgery patients*, Glasgow, 6-7.
- Fetzer, S. (2008). Putting a stop to postop nausea and vomiting. *American Nurse Today*, 3(8),10-12.
- Fetzer, S. J., Hand, M. A., Bouchard, P. A., Smith, H. B. and Jenkins, M. B. (2005). Self-care activities for postdischarge nausea and vomiting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 20(4), 249-254.
- Fetzer, S. J., Hand, M. C., Bouchard, P. A., Smith, H., and Jenkins, M. B. (2004). Evaluation of the Rhodes Index of Nausea and Vomiting for ambulatory surgery patients. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 74-80.
- Forren, J. O. (2009). Post discharge nausea and vomiting in ambulatory surgical patients: Incidence and management strategies, *University of Kentucky Doctoral Dissertations*. 112-139.
- Friedman, Z., Chung, F., and Wong, D. T. (2004). Ambulatory surgery adult patient selection criteria—a survey of Canadian anesthesiologists. *Canadian Journal of Anesthesia*, 51(5), 437
- Gan, T. J. (2002). Postoperative nausea and vomiting—can it be eliminated?. *Jama*, 287(10), 1233-1236.
- Gan, T. J. (2006). Risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia*, 102(6), 1884-1898.
- Gan, T. J., Diemunsch, P., Habib, A. S., Kovac, A., Kranke, P., Meyer, T. A., and Bergese, S. D. (2014). Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia*, 118(1), 85-113.
- Gan, T. J., Meyer, T., Apfel, C. C., Chung, F., Davis, P. J., Eubanks, S., and Tramèr, M. R. (2003). Consensus guidelines for managing postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia*, 97(1), 62-71.
- Gilliard, N., Eggli, Y., and Halfon, P. (2006). A methodology to estimate the potential to move inpatient to one day surgery. *BMC Health Services Research*, 6(1), 78.
- Grenier, B., Dubreuil, M., Siao, D., and Meymat, Y. (1998). Paediatric day case anaesthesia: estimate of its quality at home. *Paediatric Anaesthesia*, 8(6), 485-489
- Gupta, A., Wu, C. L., Elkassabany, N., Krug, C. E., Parker, S. D., and Fleisher, L. A. (2003). Does the routine prophylactic use of antiemetics affect the incidence of postdischarge nausea and vomiting following ambulatory surgery? A systematic review of randomized controlled trials. *Anesthesiology*, 99(2), 488-495.
- Gül, R., Göksu, S., Mızrak, A., Koruk, S., ve Öner, Ü. (2008). Gününbirlik cerrahi ünitemizde ilk sekiz aylık uygulamalarımız. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 23-27.

- Güven, B. (2009). *Günübirlik cerrahide hasta ve hasta yakınlarının ameliyat sonrasına ilişkin endişelerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 56-62
- Hasler, W. L. (2015). Approach to the patient with nausea and vomiting. *Yamada's Textbook of Gastroenterology*, 676-694.
- Hooper, V. D. (2015). SAMBA consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting: An executive summary for perianesthesia nurses. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(5), 377-382.
- Horvath, K. J. (2003). Postoperative recovery at home after ambulatory gynecologic laparoscopic surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 18(5), 324-334.
- İnternet: Ambulatory Surgery Handbook 2 nd Edition 2014. URL: http://www.iaas-med.com/files/2014/Day_Surgery_Manual2.pdf.http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.iaasmed.com%2Ffiles%2F2014%2FDay_Surgery_Manual2.pdf&date=2019-05-07, Son Erişim Tarihi: 07.05.2019
- İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri yılı 2016. URL:<http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.saglik.gov.tr%2FTR%2C52696%2Fsaglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html&date> Son Erişim Tarihi: 06.05.2019
- İnternet: Claudia A. Steiner, M.D., M.P.H., Zeynal Karaca, Ph.D., Brian J. Moore, Ph.D., Melina C. Imshaug, M.P.H., and Gary Pickens, Ph.D.. Surgeries in Hospital-Based Ambulatory Surgery and Hospital Inpatient Settings, URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.hcupus.ahrq.gov%2Freports%2Fstatbriefs%2Fsb223-Ambulatory-Inpatient-Surgeries-2014.pdf&date>, Son Erişim Tarihi: 16.05.2019.
- İnternet: Kurumu, S. G. (2014). *Sağlık Uygulama Tebliği*. URL:<http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.mevzuat.gov.tr%2FMetin.Aspx%3FMevzuatKod%3D9.5.17229%26sourceXmlSearch%3D%26MevzuatIliski%3D0&date> Son Erişim Tarihi: 21.05.2019
- İzveren, A. Ö. ve Dal, Ü. (2011). Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 036-046.
- Jarrett, P. E. M. (2001). Day care surgery. *European Journal of Anaesthesiology*, 18(S23), 32-35.
- Jenkins, K., Grady, D., Wong, J., Correa, R., Armanious, S., and Chung, F. (2001). Post-operative recovery: Day surgery patients' preferences. *British Journal of Anaesthesia*, 86(2), 272-274.
- Joshi, G. P., and Twersky, R. S. (2000). Fast tracking in ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery*, 8(4), 185-190.

- Kakande, I., Nassali, G., and Kituuka, G. O. (2005). Day care surgery: the norm for elective surgery. *East and Central African Journal of Surgery*, 10(2), 1-4.
- Karahan, A., Kav, S., Abbasoğlu, A., Doğan, N. ve Tepe, A. (2010). Günübirlık cerrahiyi takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 12(3).
- Kayhan, Z. (2004). *Klinik Anestezi*, İstanbul: Logos Yayıncılık, 439, 441-452.
- Koivuranta, M., Läärä, E., Snåre, L., and Alahuhta, S. (1997). A survey of postoperative nausea and vomiting. *Anaesthesia*, 52(5), 443-449.
- Kokinsky, E., Thornberg, E., Östlund, A. L., and Larsson, L. E. (1999). Postoperative comfort in paediatric outpatient surgery. *Pediatric Anesthesia*, 9(3), 243-251.
- Kovac, A. L. (2000). Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting. *Drugs*, 59(2), 213-243.
- Kovac, A. L. (2003). Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting. In *Antiemetic Therapy* (pp. 121-160). Karger Publishers.
- Lafortune, G., Balestat, G. and Durand, A. (2012). Comparing activities and performance of the hospital sector in Europe: How many surgical procedures performed as inpatient and day cases? *Final Report on Work Package*, 2, 1-80.
- Le, T., Drolet, J., Parayno, E., Rosmus, C., and Castiglione, S. (2007). Follow-up phone calls after pediatric ambulatory surgery for tonsillectomy: what can we learn from families? *Journal of Perianesthesia Nursing*, 22(4), 256-264.
- Lebovits, A. H., Twersky, R., and McEwan, B. (2000). Intraoperative Therapeutic Suggestions in Day-Case Surgery: Are There Benefits for Postoperative Outcome?. *Survey of Anesthesiology*, 44(2), 64-65.
- Lindén, I., and Engberg, I. B. (1996). Patients' opinions of information given and postoperative problems experienced in conjunction with ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery*, 4(2), 85-91.
- Markey, D. W. and Brown, R. J. (2002). An interdisciplinary approach to addressing patient activity and mobility in the medical surgical patient. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(4), 1-12.
- Marley, R. A., and Swanson, J. (2001). Patient care after discharge from the ambulatory surgical center. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 16(6), 399-419.
- Martin, H. Floch .(2011). *Netter gastroenteroloji*, Çev. H. Alkan Bulantı ve Kusma, (48), 161-165.
- McCracken, G., Houston, P., and Lefebvre, G. (2008). Guideline for the management of postoperative nausea and vomiting. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30(7), 600-607.

- Miedema, B. W. and Johnson, O. J. (2003). Methods for decreasing postoperative gut dysmotility. *The Lancet Oncology*, 4, 365-372.
- Mitchell, M. (2015). Home recovery following day surgery: a patient perspective. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(3-4), 415-427.
- Morales, R., Esteve, N., Casas, I., and Blanco, C. (2002). Why are ambulatory surgical patients admitted to hospital?: Prospective study. *Ambulatory Surgery*, 9(4), 197-205.
- Mottram, A. (2011). 'They are marvellous with you whilst you are in but the aftercare is rubbish': a grounded theory study of patients' and their carers' experiences after discharge following day surgery. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(21-22), 3143-3151.
- Mulholland, M. W., and Doherty, G. M. (2008) (Erbil Y, Değerli Ünal (ed.)) *Cerrahide Komplikasyonlar*, Güneş Tıp Kitabevleri, 87-88.
- Oberle, K., Allen, M. and Lynkowski, P. (1994). Follow- up of same day surgery patients: A study of patient concerns. *AORN Journal*, 59(5), 1016-1018.
- Odom-Forren, J. and Moser, D. K. (2005). Postdischarge nausea and vomiting: A review of current literature. *Ambulatory Surgery*, 12(2), 99-105.
- Odom-Forren, J., Hooper, V., Moser, D. K., Hall, L. A., Lennie, T. A., Holtman, J. and Apfel, C. C. (2014). Postdischarge nausea and vomiting: management strategies and outcomes over 7 days. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 29(4), 275-284.
- Odom-Forren, J., Jalota, L., Moser, D. K., Lennie, T. A., Hall, L. A., Holtman, J. and Apfel, C. C. (2013). Incidence and predictors of postdischarge nausea and vomiting in a 7-day population. *Journal Of Clinical Anesthesia*, 25(7), 551-559.
- Öğütlü, Ö. (2011). *Asker hastanelerindeki gününbirlik genel cerrahi uygulamalarında ameliyat öncesi hasta hazırlık kriterlerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 8-9.
- Özatamer O. (2010). *Anesteziye Güncel Konular II*. İstanbul, 428-31.
- Özşaker, E., Durak, H. ve Canbazogulları, Ü. (2019). Gününbirlik cerrahide hastaların ameliyat sonrasına ilişkin endişelerinin incelenmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 9(1), 1-1.
- Paech, M. J., Lee, B. H. S., and Evans, S. F. (2002). The effect of anaesthetic technique of postoperative nausea and vomiting after day-case gynaecological laparoscopy. *Anaesthesia and Intensive Care*, 30(2), 153.
- Pan, P. H., Lee, S. C., and Harris, L. C. (2008). Antiemetic prophylaxis for postdischarge nausea and vomiting and impact on functional quality of living during recovery in patients with high emetic risks: a prospective, randomized, double-blind comparison of two prophylactic antiemetic regimens. *Anesthesia & Analgesia*, 107(2), 429-438.

- Parlow, J. L., Meikle, A. T., van Vlymen, J., and Avery, N. (1999). Post discharge nausea and vomiting after ambulatory laparoscopy is not reduced by promethazine prophylaxis. *Canadian Journal of Anesthesia*, 46(8), 719.
- Pavlin, D. J., Chen, C., Penaloza, D. A., Polissar, N. L., and Buckley, F. P. (2002). Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery. *Anesthesia & Analgesia*, 95(3), 627-634.
- Pfisterer, M., Ernst, E. M., Hirlekar, G., Maser, P., Shaalan, A. K., Haigh, C., and Upadhyaya, B. (2001). Post-operative nausea and vomiting in patients undergoing day-case surgery: an international, observational study. *Ambulatory Surgery*, 9(1), 13-18.
- Pierre, S., Benais, H. and Pouymayou, J. (2002). Apfel's simplified score may favourably predict the risk of postoperative nausea and vomiting. *Canadian Journal of Anesthesia*, 49(3), 237.
- Pongrojapaw, D. and Chiamchanya, C. (2003). The efficacy of ginger in prevention of post-operative nausea and vomiting after outpatient gynecological laparoscopy. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaiher Thangphaet*, 86(3), 244-250.
- Rhodes, L., Miles, G. and Pearson, A. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: a systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 12(4), 178-192.
- Sarihasan, B., Kelsaka E. ve Taş, N. (2008). Günöbirlik anestezi uygulaması. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 25(3): 111–115.
- Sherif, L., Hegde, R., Mariswami, M. and Ollapally, A. (2015). Validation of the Apfel scoring system for identification of High-risk patients for PONV. *Karnataka Anaesthesia Journal*, 1(3), 115.
- Stewart, M. W. (2013). Research news: Postdischarge nausea and vomiting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 28(1), 40-42.
- Sweis, I., Yegiyants, S. S., and Cohen, M. N. (2013). The management of postoperative nausea and vomiting: current thoughts and protocols. *Aesthetic Plastic Surgery*, 37(3), 625-633.
- Şal Sarıca, E. (2007). *Günöbirlik cerrahi kararını etkileyen değişkenler, hastaların yöntem hakkındaki bilgi ve memnuniyet düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 28-29.
- Şalviz, E. A. ve Alkış, N. (2010). *Postoperatif Bulantı, Kusma. İçinde: Anestezide Güncel Konular*. Editörler: O. Özatamar, Y. Batislam, G. E. Özgencil, F. Alkaya, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 24: 427-437.
- Takemura, Y., Ishida, H., Inoue, Y., and Beck, J. R. (2002). Yield and cost of individual common diagnostic tests in new primary care outpatients in Japan. *Clinical Chemistry*, 48(1), 42-54.
- Toftgaard, C (2009). Day surgery development. *Ambulatory Surgery* 15(1): 4-9.

- Toftgaard, C. (2012). Day Surgery Activities International Survey on Ambulatory Surgery conducted 2011. *Ambulatory Surgery*, 17(3).
- Tramèr, M. R. (2004). Strategies for postoperative nausea and vomiting. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 18(4), 693-701.
- Tran, T. T., Kaneva, P., Mayo, N. E., Fried, G. M., and Feldman, L. S. (2014). Short-stay surgery: what really happens after discharge?. *Surgery*, 156(1), 20-27.
- Türe A. (2006). *Çocuklara yönelik gününbirlik cerrahi girişimlerde annelerin bilgilendirilmelerinin anksiyete düzeylerine etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, 66-73
- Ünülü, M. (2014). *Perikardiyum 6 noktasına bilek bandı ile akupresürün ameliyat sonrası bulantı kusma ve konfor düzeyine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 14-20.
- Ünülü, M., & Kaya, N. (2018). The Effect of Neiguan Point (P6) Acupressure With Wristband on Postoperative Nausea, Vomiting, and Comfort Level: A Randomized Controlled Study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(6), 915-927.
- Vadivelu, N., Kai, A. M., Kodumudi, V. and Berger, J. M. (2016). Challenges of pain control and the role of the ambulatory pain specialist in the outpatient surgery setting. *Journal of Pain Research*, 9, 425.
- Van den Bosch, J. E., Kalkman, C. J., Vergouwe, Y., Van Klei, W. A., Bonse, G. J., Grobbee, D. E. and Moons, K. G. M. (2005). Assessing the applicability of scoring systems for predicting postoperative nausea and vomiting. *Anaesthesia*, 60(4), 323-331.
- Watcha, M. F. (2002). Postoperative nausea and emesis. *Anesthesiology Clinics of North America*, 20(3), 709-722.
- Watcha, M. F. and White, P. F. (1992). Postoperative nausea and vomiting. Its etiology, treatment, and prevention. *Anesthesiology*, 77(1), 162-184.
- Watt- Watson, J., Chung, F., Chan, V. W. and Mcgillion, M. (2004). Pain management following discharge after ambulatory same- day surgery. *Journal of Nursing Management*, 12(3), 153-161.
- Westman, L., Legeby, M. and Ekblom, A. (1996). A 3-day postoperative study related to pain, nausea, vomiting and tiredness in patients scheduled for day surgery. *Ambulatory Surgery*, 4(2), 61-66.
- White, P. F. (2004). *Prevention of postoperative nausea and vomiting—a multimodal solution to a persistent problem*.
- White, P. F., Issioui, T., Hu, J., Jones, S. B., Coleman, J. E., Waddle, J. P., and Ing, C. H. (2002). Comparative efficacy of acustimulation (ReliefBand®) versus ondansetron (Zofran®) in combination with droperidol for preventing nausea and vomiting. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 97(5), 1075-1081.

- White, P. F., O'hara, J. F., Roberson, C. R., Wender, R. H., and Candiotti, K. A. (2008). The impact of current antiemetic practices on patient outcomes: a prospective study on high-risk patients. *Anesthesia & Analgesia*, 107(2), 452-458.
- Wu, C. L., Berenholtz, S. M., Pronovost, P. J. and Fleisher, L. A. (2002). Systematic review and analysis of postdischarge symptoms after outpatient surgery. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 96(4), 994-1003.
- Yavuz, L., Eroğlu, F., Uçar, A., Ceylan, B. ve Özsoy, M. (2001). Günöbirlik cerrahi ve spiral anestezi. *SDÜ Tıp Faköltesi Dergisi*, 8(4).
- Yellen, E. and Davis, G. C. (2001). Patient satisfaction in ambulatory surgery. *AORN Journal*, 74(4), 483-498.
- Yılmaz, M. (2002). Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1), 40-51.

EKLER

EK-1. Hasta tanımlama formu

Anket No:.....

HASTA TANITIM FORMU

TARİH:/...../.....

A. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER
Dosya Numarası
1.Cinsiyet Kadın () Erkek ()
2.Eğitim Durumunuz: Okur Yazar Değil () İlkokul-Ortaokul() Lise () Yüksekokul ve üzeri ()
3.Medeni Durumunuz: Evli () Bekar ()
4.yaşadığınız Yer: İl () İlçe () Köy/Kasaba ()
5.Yaş/Kilo/Boy: BKI:
6.Mesleğiniz:
7. Adres/Telefon:

B. HASTALIĞINA İLİŞKİN VERİLER
1.Hastanın Bulunduğu Klinik:
2.Hastaneye Kabul Tarihi/Saati:
3.Hastaneden Çıkış Tarihi/Saati:
4. Kronik Hastalıklar: Evet () Hayır () DM () HT() KOAH() KALP YETMEZLİĞİ () KBY () Diğer()
5. Bulantının eşlik ettiği Migren Öyküsü: Evet () Hayır ()
6. Bulantının eşlik ettiği Vertigo öyküsü: Evet () Hayır ()
7. Yolculuklarınız esnasında (otobüs-uçak-gemi vb.) bulantı-kusma şikayetiniz olur mu? Evet () Hayır ()
8. Herhangi bir sigara-alkol-ilaç alışkanlığınız var mı? Evet () Hayır () Belirtiniz.....
9. Sürekli Kullandığınız ilaç/İlaçlar var mı ? Evet () Hayır () Evet ise belirtiniz.....

EK-1. Hasta tanılama formu

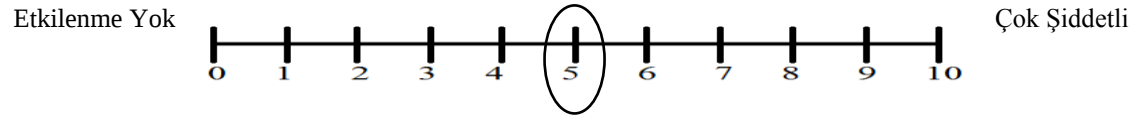
C. BULANTI-KUSMA GÖRÜLME DURUMU					
1. Daha önceden geçirmiş olduğunuz bir cerrahi girişiminiz var mı? Evet () Hayır ()					
2. Var ise ameliyat sonrasında bulantı-kusmanız oldu mu? Evet () Hayır () Evet ise ne sıklıkta.....					
3. Taburculuktan sonra bulantı-kusmanız oldu mu? Evet () Hayır () Evet ise ne sıklıkta.....					
4. Geçirilen cerrahinin tipi:					
5. Anestezi tipi: Genel anestezi () 1.Endotrakeal Entübasyon () 2.Laringeal Maske ()					
6. ASA Sınıflaması: ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 ()					
7. Cerrahinin süresi: 0-59 dakika () 60-119 dakika () 120 dakika ve üstü ()					
8. Ameliyat Sırası ve Sonrası Uygulanan İlaçlar					
Ameliyat Sırasında Uygulanan Anestezik Ajanlar		Ameliyat Sırasında Uygulanan Opioid Ajanlar ve Antiemetik Ajanlar		Ameliyat Sonrası Uygulanan Opioid ve Antiemetik Ajanlar	
İlacın Adı	İlacın Dozu	İlacın Adı	İlacın Dozu	İlacın Adı	İlacın Dozu
9. Ameliyat Sonrası 0. Gün (2-4 saat) Bulantı- Kusma Olma Durumu					
Ameliyat Sonrası Bulantı Olma Durumu Evet () Hayır ()			Ameliyat Sonrası Kusma Olma Durumu Evet () Hayır ()		

D.AMELİYAT SONRASI BULANTI-KUSMA RİSK FAKTÖRLERİ	E.TABURCULUK SONRASI BULANTI-KUSMA RİSK FAKTÖRLERİ
1.Cinsiyet: Kadın () Erkek ()	1.Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
2. Daha Önceki Ameliyat Sonrası Bulantı- Kusma Öyküsü: Evet () Hayır ()	2.Daha Önceki Ameliyat Sonrası Bulantı- Kusma Öyküsü: Evet () Hayır ()
3.Sigara Kullanmama Evet () Hayır ()	3.Yaş: 50 Yaş Altı() 50yaş Üstü ()
4. Ameliyat Sonrası Opioid Uygulanması Evet () Hayır ()	4. Ayılma Ünitesinde Bulantı Evet () Hayır ()
	5.Ayılma Ünitesinde Opioid Uygulanması Evet () Hayır ()

EK-2. Bulantı-kusma günlüğü formu

GÖRSEL KİYASLAMA ÖLÇEĞİ –BULANTI/KUSMA

Bu ölçek bulantının-kusmanın şiddetini ve bu durumun gün işlerinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Bulantı-kusmanın ve günlük işlerinizin etkilenme durumunun şiddeti “0-10” arasında bir cetvel üzerinde verilmiştir. Bulantı-kusma günlük yaşamınızı etkilemiyorsa “0” , şiddetli etkiliyorsa “10” rakamı ile belirtilmektedir. Size uygun olan alanı örnekteki gibi cetvel üzerinde yuvarlak içine alarak belirtiniz.



Aşağıda verilen tablo ameliyattan sonraki 2 gün boyunca bulantı- kusma görülme sıklığı ve baş etme yollarınızı belirlemeye yönelik hazırlanmıştır. Lütfen size uygun şekilde doldurunuz. TEŞEKKÜR EDERİZ

GÜN	BULANTI	KUSMA	BULANTININ NEDEN OLDUĞU RAHATSIZLIK HİSSİNİN ŞİDDETİ (0-10)	KUSMANIN NEDEN OLDUĞU RAHATSIZLIK HİSSİNİN ŞİDDETİ (0-10)	BULANTI-KUSMA ŞİKAYETİNİZ GÜNLÜK İŞLERİNİZİ ETKİLEDİ Mİ?		BULANTI-KUSMA İLACI KULLANMA DURUMU		BULANTI-KUSMA İÇİN UYGULANAN İLAÇ DIŞI ALTERNATİF YÖNTEMLER		MİDE BULANTINIZI, KUSMAYI VE ÖĞÜRMEYİ GİDERMEK İÇİN KULLANDIĞINIZ YÖNTEMİN ETKİLİ OLDUĞUNA İNANIYOR MUSUNUZ?	
					EVET İSE (0-10)	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
1.GÜN												
2.GÜN												

EK-3. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/03/2017-E.40830



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 02/02/2017 tarihli ve 14574941-302.99- E.17699 sayılı yazı.

İlgi yazınızla göndermiş olduğunuz, Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Gülseren MARAŞ'ın, Doç.Dr. Hülya BULUT'un danışmanlığında yürüttüğü "*Günübirlik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Taburcu Edildikten Sonra Bulantı ve Kusma Görülme Sıklığı ile Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi*" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 07.03.2017 tarih ve 03 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının Erciyes Üniversitesi Tıp fakültesi Hastanesi Üroloji Cerrahi Kliniği, Kulak Burun Boğaz Cerrahi Kliniği, Genel Cerrahi Kliniği, Jinekolojik Cerrahi Kliniği, Ortopedi ve Travmatoloji Cerrahi Kliniği ve Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği'nden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

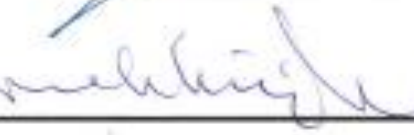
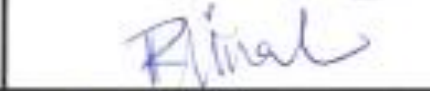
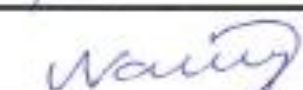
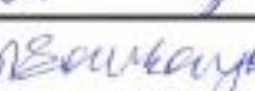
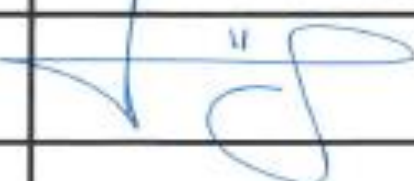
e-imzadır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No : 2017-101

Ek:1 Liste

EK-3. (devam) Gazi Üniversitesi Etik Komisyon kararı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 07.03.2017		TOPLANTI SAYISI : 03	
ADI-SOYADI		İMZA	
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN			
Prof.Dr.Mustafa NİLHAN BAŞKAN YRD.			
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT			
Prof.Dr.Fatma GÜMÜŞ			
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL			
Prof.Dr.Mehmet Sayın KARACAN			
Prof.Dr.Naciye YILDIZ			
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA			
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN			
Prof.Dr.C. Haluk BODUR			
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ		KATILAMADI	
Prof.Dr.Füsun DEMİREL			
Doç.Dr.Tuncay ÖNDER		KATILAMADI	

EK-4. Erciyes Üniversitesi Hastaneleri izni

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/06/2017-9518


**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**
 Tıp Fakültesi Dekanlığı
 

Sayı :14857630-903.99/
Konu :Diğer

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : 25/04/2017 tarihli ve 16807 sayılı yazınız

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Gülseren MARAŞ'ın "Günübirlik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Taburcu Edildikten Sonra Bulantı ve Kusma Görülme Sıklığı ile Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Fakültemiz Üroloji, Genel Cerrahi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dallarında yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
**Prof.Dr. Muammer Hakan
POYRAZOĞLU**
Dekan

Evrak Değerlemek İçin : http://ebys.erciyes.edu.tr/m/Anon-Sorgula/valdate_doc.aspx?V=BENUS8A2L Pin : 33902

Koçk Mahallesi Dede Efendi Sokak 38030 Melikgazi KAYSERİ
Telefon : +90 352 437 49 30
E-Posta : rektor@erciyes.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Feriye Dilek Şahin
Faks : +90 352 437 52 83
Elektronik Ağ : <http://ip.erciyes.edu.tr>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Doç. Dr. Hülya Bulut ve Araş. Gör. Gülseren Maraş tarafından yürütülen “Günübirlik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Taburcu Edildikten Sonra Bulantı ve Kusma Görülme Sıklığı ile Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

- **Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada ki amacımız günübirlik cerrahi uygulanan hastalarda taburcu edildikten sonra bulantı ve kusma görülme sıklığı ile baş etme yöntemlerinin belirlenmesidir.

1. Günübirlik cerrahi uygulanan hastalarda taburculuk sonrası bulantı ve kusma görülme sıklığı nedir?
2. Günübirlik cerrahi uygulanan hastaların taburculuk sonrası bulantı ve kusma ile baş etme yöntemleri nelerdir?

- **Araştırmanın İçeriği**

Bu araştırma günübirlik cerrahi uygulanan hastalarda taburcu edildikten sonra bulantı ve kusma görülme sıklığı ile baş etmeyöntemlerinin belirlenmesi amacıyla planlanan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini Erciyes Üniversitesi Hastanesi’nde günü birlik cerrahi nedeniyle kabul edilen genel anestezi altında opere edilen ve 24 saat içinde taburcu edilen, dahil edilme ve dahil edilmeme kriterlerine uygun olan, çalışmaya katılmayı kabul eden cerrahi servislerinde bulunan hastalar oluşturacaktır. Kriterlere uygun olup çalışmaya dahil olmayı kabul eden hastalarla ameliyat öncesi yüz yüze görüşülerek çalışma ile ilgili detaylı bilgi verildikten sonra Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatılıp hastanın yazılı onayı alınarak taburculuk sonrası 24. ve 48. saatte telefon görüşmesi ile hastaların kendilerinden bulantı-kusma durumları ve baş etme yöntemlerine dair bilgileri alınacaktır. Veriler SPSS programlarına işlenerek ve uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirilecektir

- **Araştırmanın Nedeni** ☐ Bilimsel Araştırma ☒ Tez Çalışması

- **Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:**

Üroloji, Kulak Burun Boğaz, Ortopedi ve Genel Cerrahi servislerinde bulunan kriterlere uygun 350 hasta oluşturacaktır.

- **Araştırmanın Yapılacağı Yerler**

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Cerrahi Kliniği
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Cerrahi Kliniği
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ortopedi Ve Travmatoloji Cerrahi Kliniği

EK-5. (devam) Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

KATILIMCI BEYANI

Günübirlik Cerrahi Uygulanan Hastalarda Taburculuktan Sonra Bulantı-Kusma Görülme Sıklığı ve Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi başlıklı araştırmanın yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma Yürütücüsünün Adı ve Soyadı: Doç.Dr. Hülya BULUT	Tarih ve İmza
Adres ve Telefon : Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hemşireliği 03122162624	
Araştırma Yürütücüsünün Adı ve Soyadı: Araş.Gör.Gülseren MARAŞ	Tarih ve İmza
Adres ve Telefon : Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hemşireliği 05448822748	

Katılımcı Adı ve Soyadı	Tarih ve İmza
Adres ve Telefon	

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin :

Veli/Vasinin Adı ve Soyadı	Tarih ve İmza
Adres ve Telefon	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : MARAŞ, Gülseren
 Uyruğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 21.04.1986
 Medeni hali : Bekar
 Telefon : 0544 882 27 48
 e-mail : gulserenmaras86@gmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Akdeniz Üniversitesi / Hemşirelik Fakültesi	2009
Lise	Keçiören YDA Lisesi	2004

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2016-devam ediyor	Erciyes Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Hemşirelik Bölümü/Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Araştırma Görevlisi
2012-2016	Gazi Üniversitesi Hastanesi	Hemşire
2010-2012	Ankara Güven Hastanesi	Hemşire
2009-2010	Ankara Medicana Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Ulusal-Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler

1. Seyidov M. , Büyükkasap Ç., Altiner S., Maraş G. , Nesirov M., Bostancı H. , "Tiroid Metastazı ile Seyreden Kolon Kanseri, Olgu Sunumu", XVI.Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi, IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, 16 Mayıs - 20 Haziran 2017 / Antalya-Türkiye,
2. Maraş G., Bulut H. , "Ameliyat ve Taburculuk Sonrası Bulantı- Kusma; Hasta Üzerine Etkileri", I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, 29 Haziran - 1 Temmuz 2017 / Aydın-Türkiye,
3. Yılmaz İ., Maraş G. , "Hemşirelik Öğrencilerinin Adli Hemşirelik İle İlgili Görüşleri", Uluslararası 3. Adli Hemşirelik 2. Adli Sosyal Hizmet I. Adli Gerontoloji Kongresi, 12-14 Ekim 2017/ Yozgat-Türkiye,
4. Maras G., Yılmaz İ., Ceyhan Özlem., Ameliyathane Hemşirelerinin Cerrahi Dumana İlişkin Yaşadıkları Sağlık Sorunları Ve Korunmaya Yönelik Kullandıkları Yöntemler I. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi 02-05 Mayıs 2018 / Burdur-Türkiye
5. Yılmaz İ., Maras G., Ameliyathanelerde Çalışan Güvenliğini Tehdit Eden Unsurlar ve İş Güvenliği, I. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi 02-05 Mayıs 2018 / Burdur-Türkiye
6. Maras G., Yılmaz İ., Ceyhan Özlem., Ameliyat Öncesi Oral Karbonhidrat Solüsyon Kullanımının Ameliyat Sonrası İnsülin Direncine Etkisi, I. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi 02-05 Mayıs 2018 / Burdur-Türkiye
7. Yılmaz İ., Maras G., Prostat Cerrahisi Sonrası İnkontinansta Tedavi Yaklaşımları ve Egzersizin Etkisi, I. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi 02-05 Mayıs 2018 / Burdur-Türkiye
8. Maras G., Ceyhan Ö., Meme Kanseri Cerrahisi Öncesi Bulantı ve Kusma Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, I. Uluslararası Ahi Evran Tıp ve Sağlık Bilimleri Kongresi 11-14 Nisan 2019/ Kırşehir-Türkiye
9. Maras G., Ceyhan Ö., Gluteraldehit Maruziyetinin Ameliyathane Çalışanları Üzerine Etkisi, I. Uluslararası II. Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi 2-3 Mayıs 2019/ Ankara-Türkiye

Bilimsel Faaliyetler

1. 1.Uluslararası 2. Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi, Ankara, Mayıs, 2019
2. I.Uluslararası Ahi Evran Tıp ve Sağlık Bilimleri Kongresi, Kırşehir, Nisan 2019
3. Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir, Nisan 2019

4. Organ ve Doku Naklinde Hukuki ve Cezai Sorunlar Paneli, Kayseri, Mart 2019
5. Düşüncenin İzinde XXXVI: S. Freud Konferansı, Kayseri, Subat 2019
6. Düşüncenin İzinde:XXXVII: K.Popper Konferansı, Kayseri, Kayseri, Mart 2019
7. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Mayıs 2018
8. 3.Üroonkoloji Konseyi Mesane Kanseri Multidisipliner Yaklaşım, Kayseri, Nisan 2018
9. 1.Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi ,Aydın, Haziran 2017
10. TKİTV ASBMT-CIBMTR TANDEM MEETING Sonrası Değerlendirme Sempozyumu, Ankara, Mart 2013

Sertifika, Kurs ve Eğitimler

1. EBSCOhost Databases and Services Training, Erciyes Üniversitesi, 2019
2. IX. Gazi Omuz Artroskopi Kursu, Ankara Gazi Üniversitesi, 2016
3. TKİTV Hemşirelik Eğitim Kursu, Türkiye Kemik İliği Transplantasyon Vakfı, 2013
4. JCI Akreditasyon, Ankara Medicana Hastanesi, 2010
5. CPR Kursu, Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, Medicana Hastanesi, 2010
6. CPR Kursu, Ankara Medicana Hastanesi, 2009

Üyelikler

1. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği

Akademik Kurs ve Görevler

1. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Akreditasyon Üst Kurul Üyesi
2. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dış Paydaş Toplantısı
3. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Meslektaşla Buluşma Programı
4. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ölçme Ve Değerlendirme Komisyonu Sınav Sorusu Hazırlama Kursu
5. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Klinik Değerlendirme Formu Hazırlama Komisyonu Üyesi

6. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Sağlıklı Yaşam ve Hemşirelik-5 Modülü Ünite Sorumlusu

Hobiler

Snowboard, Yüzme, Tenis



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR