

## CERRAHİ HEMŞİRELİĞİNDE AİLE MERKEZLİ YAKLAŞIM

### FAMILY-CENTERED APPROACH IN PERIOPERATIVE NURSING

Ar.Gör. Nurten TAŞDEMİR

Doç.Dr. Meryem YAVUZ

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

#### ÖZET

Aile merkezli bakım, hem hastalara hem de onların ailelerine bakım sağlayan yaklaşımdır. Bu yaklaşım tüm sağlık kurumlarında ve her yaştaki hastaya uygulanabilir. Cerrahi işlemler hastalar ve aileleri için anksiyete oluşturan bir durumdur. Aile merkezli cerrahi hemşireliğinin temel amacı; hasta ve hasta ailesinin ameliyatla baş etmesinde desteklenmesidir. Bu makalede cerrahi hemşireliğinde aile merkezli yaklaşım incelendi.

**Anahtar Kelimeler:** Aile, aile merkezli bakım, cerrahi hemşireliği.

#### ABSTRACT

*Family-centered care is an approach for providing care to patients and their families. This approach may practiced in any healthcare setting and patients of all ages. Surgical interventions are an anxiety-producing situation for patients and family members. The primarily aim of family-centred perioperative nursing is supporting patients and families coping with the operation. In this article family centered approach in perioperative nursing is examined.*

**Key Words:** Family, family centered care, perioperative nursing.

#### GİRİŞ

Aile, insan türünün sürekliliğini sağlayan, ilk toplumsallaşma sürecini oluşturan, karşılıklı ilişkileri belirli kurallara bağlayan, toplum kültürünü kuşaktan kuşağa aktaran, biyolojik, psikolojik, ekonomik, hukuksal yönleri bulunan toplumsal bir kurumdur (Ayoğlu ve Kanan 2003). İnsan yaşamında, doğumdan önce başlayan ve ömrünün sonuna dek etkili bir kurum olan aile, bireyi, fizyolojik, ekonomik ve toplumsal, duygusal ve davranışları açısından biçimlendirip yönlendirir.

“Aile Sistemleri Teorisine” göre aile üyelerinden birinde hastalık olduğunda etkisini sadece hasta birey üzerinde göstermez; bu etki tüm aile sistemleri üzerine yansır (Akyolcu 1999). Cerrahi hem hastalar hem de aileler için stres yaratan hastalık durumlarından biridir. Hasta ve

hasta aileleri cerrahi girişim sürecinde stres deneyimlemektedirler (Leske 1992, Leske 1996, Carley ve Anderson 1999, Majasaari ve ark. 2005). Ameliyat olacak hasta aileleri genellikle anestezi, sevdikleri birinin kaybı ya da sakat kalması, ameliyatın etkinliği ve getireceği risk faktörleri, olası komplikasyonlar, ekonomik güçlükler ve hasta bireye nasıl yardımcı olacaklarını bilememe gibi konularda korku ve endişe yaşamaktadırlar (Ayoğlu ve Kanan 2003, Uzun ve ark. 2002). Hastanın bakım ve tedavisinin planlanmasında, hastada yaşamı fiziksel ve psikolojik yönden tehdit eden durumlara öncelik verilmesi, hasta ailesinin gereksinimlerinin ihmal edilmesine ya da gözden kaçmasına neden olabilmektedir (Uzun ve ark. 2002).

### **AİLE MERKEZLİ BAKIM**

Aile merkezli bakım hem hastalara hem de onların ailelerine bakım sağlayan yaklaşımdır. Bu bakımın temeli, hastalar ve ailelerin bir bütün olarak kabul edilip, tüm aile bireylerini de içermesidir. (Henneman ve Cardin 2002). Aile merkezli bakımda, sağlık bakımı verenler ailenin fiziksel ve duygusal açıdan desteklenmesine yardımcı olmaktadır. (Calvin ve Kolar 2000). Aile merkezli bakım kavramı ilk olarak 1950'li yıllarda çocuk hastaların aileleri ile birlikteliğinin sürdürülmesi ile başlamıştır. Bu kavram ilk olarak çocuk hastalarda çalışılmış, daha sonra cerrahi hastalar içinde tercih edilmeye başlanmıştır (Shields 2007). Fakat bu yaklaşım her yaştaki hastaya ve bütün sağlık kurumlarında uygulanabilir (Shields ve ark. 2006, Shields 2007).

Aile merkezli bakımda sağlık bakımı verenlerin ailenin; bilgi gereksinimi, güven ve destek gereksimi ile hastanın yanında olma gereksinimi karşılamaları gerekir.

### **CERRAHİ HEMŞİRELİĞİNDE AİLE MERKEZLİ BAKIM**

Günümüzde cerrahi girişimlerde, anestezi tekniklerinde, ameliyat sonrası bakımdaki gelişmeler sonucunda, cerrahi en son başvurulan tedavi yöntemi olmaktan çıkmış ve rutin olarak uygulanmaktadır (Tea 2004). Amerikan Hastane birliğinin 1992 yılında yaptığı açıklamaya göre hastaneye kabul edilen yatışların %55- 75 arasında cerrahi ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Yavuz 2002). Cerrahi hemşireliği ameliyat olacak hastanın ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası bakımını kapsayan hasta bakım uygulamalarını içermektedir (Tea 2004). Hemşire ameliyatın türü ve tipine bağlı olmaksızın hastanın ameliyata hazırlanmasında, ameliyat esnasında gözetimi sürdürmede, komplikasyonları önleme ve ameliyat sonrası bakımda önemli rol oynar. Cerrahide her alanın kendine özgü hasta bakımı olsa da hepsinde kapsamlı bir ameliyat öncesi hemşirelik değerlendirilmesi, aile ve hastaya yapılabilecek

hemşirelik girişimleri vardır. Hemşirelik bakımında, cerrahi girişimden önce hasta ve ailesinin sahip olduğu iyilik düzeyine eşit ya da daha iyi koşulların sağlanmasına çalışılmalıdır (Akyolcu 2004). Bütüncül sağlık yaklaşımının önemli bir boyutu, hastanın ailesi ile birlikteliğinin hastane koşullarında da sürdürülmesidir (Shields 2007).

Hasta bireye evdeki aile üyelerinin bakması yüzyıllar boyunca uygulanan bir yöntemdir. Aile merkezli cerrahi hemşireliğinin temel amacı hasta ve hasta ailesinin ameliyatla baş etmesinde desteklenmesidir (Paavilainen ve ark. 2001). Hastanın ve ailesinin stres kaynakları tanımlanmalı ve duygularını ifade etmeleri sağlanmalıdır (Garbee ve Gentry 2001 Majasaari ve ark. 2005). Hemşire aile üyelerini hasta ile zaman geçirmeye teşvik etmeli, bakıma katılımlarını desteklemelidir. Özellikle hasta ameliyat için beklerken zaman geçirmesinin en basit ve maliyet etkili yolu hastanın aile üyeleri ile birlikte olmasıdır (Carley ve Anderson 1999).

Leske tarafından belirlenmiş, beş temel aile gereksinimi vardır. Bu gereksinimler; hasta hakkında bilgi, hasta ile birlikte ya da yakınında olma, psikolojik destek, hastaya yardım edebilme ve kişisel gereksinimler olarak sıralanmıştır. Bu gereksinimler akut bakım verilen ortamların tümü için geçerlidir (Uzun ve ark. 2002, Cunningham ve ark. 2003).

Burada cerrahi girişimin üç aşamasındaki aile merkezli bakım uygulamaları incelenecektir.

### **Ameliyat Öncesi Dönem**

Cerrahi girişim kararı verildiğinde başlar, hasta ameliyathaneye gönderildiğinde biter (Tea 2004). Bu dönemde hasta ailelerinin gereksinimleri arasında bilgilendirme en öncelikli sıradadır ve hastanın destek sistemi olan ailenin/yakınlarının eğitimi de önemlidir (Uzun ve ark. 2002, Carley ve Anderson 1999, Fox 1998).

**Cerrahi girişim ile ilgili bilgilendirme:** Cerrahi girişim ile ilgili genel bilgi ile ameliyat öncesi ve sonrası bakım aktivitelerini içeren işlemlerin açıklanmasıdır. Hasta ve ailesinin ne olacağına ilişkin bilmek istediklerini ve öğrenme gereksinimlerini kapsar. Aşağıdaki sorulara verilen uygun açıklamaları içerir (Akyolcu 2004).

- Kliniğin yeri,
- İşlem ne zaman başlayacak?
- İşlem ne kadar sürecek?
- Hasta odasına ne zaman dönecek?
- Ameliyat sırasında hastanın ailesi veya yakınları nerede bekleyecek?
- Hasta ameliyathaneye nasıl gönderilecek?
- Hastaya verilecek anestezi türü ne?

- Cerrahi girişim ile ilgili diğer özel koşullar ne?
- Ameliyat sonrası hasta da olabilecek herhangi bir araç / gerecin ne ve nasıl olduğuna ilişkin bilgi verilir (Akyolcu 2004).

### **Ameliyat Sırası Dönem**

Hastanın ameliyathaneye kabulüyle başlar, ayılma ya da yoğun bakım ünitesine nakledilmesiyle biter. Bu dönemde Hasta ameliyatta iken bekleme odasındaki hasta yakınlarına, hastanın durumu ile ilgili bilgi alabileceği telefon numarası verilerek, iletişim kurmaları sağlanmalıdır. Cerrahi girişimde herhangi bir gecikme olduğunda ya da tamamlanamadığında aile bireylerine haber verilir. Ameliyat sırasında, aile bireyleri hastanın durumuna ilişkin sürekli bilgilendirilmeli ve hastanın ameliyat sonrası ilk olarak nereye (yoğun bakım, ayılma odası) gideceği açıklanmalıdır (Tea 2004, Akyolcu 2004).

Erdil ve ark. (2000)'nin çalışmasında ameliyat olan 120 hasta yakınının %55'i bilgi aldığını ifade etmiştir, alınan bilgilerin yetersiz olduğu belirtilmektedir (Erdil ve ark. 2000). Özellikle ameliyat sırasında beklerken hasta aileleri yüksek düzeyde anksiyete yaşamaktadırlar (Leske 1992; Leske 1996). Leske'nin (1992) ameliyat sırasında ameliyathane hemşiresi tarafından verilen ameliyatın ilerlemesine ilişkin bilgilerin hasta ailesinin anksiyete düzeyini düşürmede etkili olduğu saptanmıştır (Leske 1992). Ayoğlu (2003)'nin çalışmasında, cerrahi girişim öncesi ve sırasında eğitim ve bilgilendirilme yapılmasının ve bu bilgileri içeren el kitapçıklarının verilmesinin aile üyelerinin anksiyete düzeylerini ve kan basıncını düşürmede etkili olduğu saptanmıştır (Ayoğlu 2003). Majasaari ve ark. (2005)'nin çalışmasında ise, cerrahi işlem geçiren 100 hastanın %80'i ailelerine bilgi verilmesi gerektiğini düşündüğü, hasta ailelerinin ise %53'ü yeterli bilgi aldıkları belirtilmiştir (Majasaari ve ark. 2005). Paaivilainen ve ark. (2001)'nin çalışmalarında acil cerrahi yapılan 112 yetişkin hasta ve hasta ailesinin ameliyat sürecine katılımı değerlendirilmiş; ameliyat sırasında hasta ailelerin %77'sinin bilgi alamadığı saptanmıştır. Buna rağmen hastaların sadece %13'ü ameliyat masasında iken ailenin hastanede bulunmasının baş etmesine yardımcı olacağını düşünmüştür (Paaivilainen ve ark. 2001).

### **Ameliyat Sonrası Dönem**

Hasta ayılma odasına gönderildiğinde başlar ve hasta iyileşinceye kadar devam eder (Tea 2004, Akyolcu 2004). Bu dönemde aile üyelerinin hastayı mümkün olan en kısa sürede görmeleri sağlanmalıdır. Hastanın ameliyat sonrası bakımı sağlanırken, hasta ailesinin de yapılan uygulamalara hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir (Paavilainen ve ark. 2001). Ameliyat sonrası komplikasyonlar ve rehabilitasyon konusunda ailenin bilgi gereksinimi değerlendirilerek ailenin bilgilendirilmesinin ekip yaklaşımı gerektireceği ve hasta/ hasta aileleri ile yakın ilişki içinde

bulunan hemşirelerin bu konuya duyarlı olmaları ve sorumluluk almaları gerekmektedir (Ayoğlu ve Kanan 2003).

Hastaların nitelikli bakım almalarında ailenin bakıma katılımı, hastayı destekleme ve özellikle taburculuk döneminde hastanın yardım alacağı bir kaynaktır (Ayoğlu 2003). Taburcu olma planı hastayı ve aileyi hastanedeki bakımdan evdeki bakıma hazırlayan bir süreçtir (Yavuz ve Dramalı 1998). Genel olarak taburculuk eğitimi kapsamında; hastaneden çıktıktan sonra sürekli bakımda sorumluluk alacak kişiyi (hekim/hemşire) belirleme, aileye evde güvenli çevrenin oluşturulmasında yardımcı olma, bireysel bakım felsefesini destekleme, finans ya da sosyal servisler/evde bakım kurumları ile iletişim için, önerilerde bulunma ve taburculuk işlemlerini düzenleme gibi aktiviteler yer alır (Akyolcu 2004). Taburculuk eğitimi kapsamında hasta ve aile üyelerinin evde bakım ve olası sorunlara karşı bilgilendirilmeleri ve beceri eğitimi olmalıdır.

**Tablo 1:** Aile Merkezli Cerrahi Hemşireliği

<b>Ameliyat öncesi dönem</b>	Ailenin durumunun belirlenmesi Hasta tarafından seçilen aile üyesinin bilgilendirilmesi Ailenin duygularının dikkate alınması Ailenin desteklenilmesi
<b>Ameliyat sırasında</b>	Aileye bilgi ve danışmanlık sağlama
<b>Ameliyat sonrası dönem</b>	Ailenin durumunun değerlendirilmesi Ailenin desteklenilmesi Aile üyesinin taburculuk eğitimine dahil edilmesi Ailenin geleceğinin planlanması

Paavilainen E, Seppanen S, Astedt-Kurki P, (2001). Family involvement in perioperative nursing of adult patients undergoing emergency surgery. Journal of Clinical Nursing (10), sayfa 232' den alınmıştır.

**Ayılma Ünitesine Aile Ziyareti:** Ameliyat sonrası ayılma ünitesine aile üyelerinin ziyareti tartışmalı bir konu olmakla birlikte, yurt dışında yapılan çalışmalarda hastalar ve hasta yakınlarının bu uygulamayı yararlı buldukları belirtilmektedir (Smykowski ve Rodriguez 2003, Tuller ve ark. 1997).

#### **Hasta Ailesinin Beklediği Alanların Düzenlenmesi**

Cerrahi girişim yapılan bölümlerin çoğunda hasta yakınları için bekleme alanı olmalıdır. Ülkemizde hasta yakınlarının ameliyat sırasında bekleyebilecekleri alanlar ve hasta ailelerini destekleyecek personel sayısal olarak yetersizdir. Hasta yakınlarına ayrılan bu alanda hemşire, sosyal hizmet uzmanı, hekim ya da gönüllüler hasta ailesini desteklemekte ve iletişimi sağlamaktadırlar (Dexter ve Epstein 2001). Bekleme alanı olmadığında hasta yakınları ya da aile üyeleri yataklı servislerin dışında

veya ameliyathane trafiğini engelleyecek şekilde ameliyathane önündeki koridorda beklemektedirler (McEven ve ark. 1998).

Erdil ve arkadaşları (2000) 120 hasta yakınına kapsayan çalışmada, hasta yakınlarının % 75'i bekleme salonlarını yetersiz bulmuşlardır (Erdil ve ark. 2000). Carmichael ve Agre (2002)'nin çalışmalarında, 284 ameliyat olan hasta ailesinin bekleme alanlarından beklentileri değerlendirilmiş; hasta ailelerinin %84'ü hekimle görüşebilecekleri alanların, % 81'i telefonun, %77'si iyileşme dönemine ilişkin eğitimsel materyallerin, %72' si yemek ya da çalışmak için masaların, %43'ü yumuşak bir müzik %33'ü büyük bir televizyonun olmasını bekledikleri saptanmıştır (Carmichael ve Agre 2002).

### **Günübirlik Cerrahi ve Hasta Ailesi**

Günübirlik cerrahi, hastanede yatan hastalara uygulanan cerrahi girişimi temel alan, ancak yatış gerektirmeyen ve aynı gün taburculuğu öngören bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Hekimler, hemşireler ve toplum tarafından günübirlik cerrahi çok yaygın kabul görmesinin nedenleri olarak; fiyatlarının uygun olması, cerrahi teknolojideki gelişmeler, (lazer, laparoskopik cerrahi vb.) anestezi yöntemlerinin gelişmesi, (kısa etkili anestezikler), analjezi yöntemlerinin gelişmesi (uygun ağrı kontrolü) sağlık sigorta sistemlerindeki değişiklikler (maliyeti azaltma isteği) sağlık bakımı alacak kişilerin önceliklerindeki değişiklikler (işe erken dönme) etken olarak gösterilmektedir (Yavuz 2002). Michel günübirlik cerrahinin "hastaneye yatan veya yatmadan ameliyat olan hastalar için gereken aletleri, ağrıyı, hasta ve ailesini ortadan kaldırmadığını, sadece boşa geçen zamanı azalttığını" belirtmektedir (Michel ve Myrick 1990).

Günübirlik cerrahi işlemlerinin genişletilmesi, hemşirelik uygulamalarında da hasta gereksinimlerinin değişmesine bağlı olarak farklılıklar oluşturmaktadır. Günübirlik cerrahi hastalarının gereksinimleri hastaneye yatan hastalardan farklıdır ve bu yönden değerlendirilmelidir. Günübirlik cerrahi yatan hastalara eş değer bir hazırlık, yeterlilik ve güvenlik gerektirmektedir (Yavuz 2002).

Cerrahi sonrasında evde iyi bir bakım şarttır. Bu yüzden hastalara kiminle yaşadıkları, nasıl bir yerde barındıkları ve meslekleri sorulmalıdır. Ayrıca hastanın bakmakla yükümlü olduğu kaç kişi varsa bu kişilere de iyileşme süresince yardımcı olunmalıdır. Bu tedavinin gerektireceği işbirliği ve anlayışa sahip olmayan erişkinler günübirlik cerrahiye alınmazlar. Günübirlik cerrahinin gereklerinden biri de uygun ev koşulları ile hastanın ameliyat sonrası en az 24- 36 saat süreli evde bakım sorumluluğunu üstlenebilecek birinin olmasıdır. (Aksoy ve Yazıcı 2004, Yavuz 2002). Özellikle günübirlik cerrahi uygulamasında istenilen başarının elde edilmesi, ameliyat öncesi ve sonrası hasta ve ailesinin ele alınması, iyi bir bakım ve eğitim verilmesiyle mümkündür (Karadağ 2003). Hastaya bakacak kişilerin görevlerini tam olarak yerine getirebil-

meleri için hastanın yaşadıklarını, evde neler ile karşılaşabileceklerini ve ne yapacaklarını bilmelidirler. Hastaya bakım verecek kişinin ilgili, fiziksel olarak yeterli güçte, yardım veya bakım için istekli, öğrenme kapasitesi olan, gerçekçi beklentileri olan evde gerekli şartları sağlayabilecek ve hastanın gereksinim duyacağı yardımlar konusunda planlı düşünebilen kişi olması gereklidir (Bean 1990, Yavuz 2002). Bu nedenle taburcu olan hastanın mutlaka yanında onu eve götürecektir ilk 24 saat ona bakım verecek bir refakatçisi olmalıdır. Hemşire hastayı taburcu olurken bu kişiye teslim etmelidir (Yavuz 2002).

#### **Günübirlik Cerrahide Hasta Ailesi ve Diğer Hasta Yakınlarına Yapılacak Açıklamalar:**

Aileye hastanın odasından uzak olduğu sürenin, ameliyat süresini kapsamadığı, ameliyathanede bazı gecikmelerin olabileceği ve ameliyat sonrası hastanın bir süre ayılma odasında kalacağı açıklanmalıdır. Ayrıca hastanın odasına dönüşünde hala uyuyor olabileceği damar içi sıvılar, kan transfüzyonu, oksijen uygulaması, drenaj tüpleri ya da ameliyata bağlı özel araç gereçle gelebileceği aileye önceden, neden ve sonuçlarıyla birlikte anlatılmalıdır. (Yavuz 2002).

### **SONUÇ**

cerrahi girişimin, hastanın yanı sıra hasta ailesi üzerine de etkileri vardır. Bu nedenle; hasta bireyin yanı sıra ailenin de durumunun değerlendirilmesi, ameliyat süreci ile baş etmesinde desteklenmesi ve hastanın bakımına katılması sağlanmalıdır. Bu doğrultuda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

### **ÖNERİLER**

- Aile ile cerrahi ekip arasında uygun iletişimin sağlanması,
- Hasta aileleri ve yakınları için ameliyat sırasında bekleyebilecekleri alanların oluşturulması, var olan alanların hasta ailelerinin/ yakınlarının gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenmesi,
- Ameliyat sırasında hasta ailelerine ameliyat sürecine ilişkin bilgi sağlanması,
- Hasta ve ailesine ameliyat sonrası dönem aktivitelerine yönelik eğitim verilmesi,
- Hasta aileleri ve yakınları için ameliyata ve iyileşme dönemine ait bilgileri içeren kitapçık/broşürlerin sağlanmasıdır.

## KAYNAKLAR

1. Aksoy G, Yazıcı SY, (2004), Günübirlik cerrahide hasta hazırlığı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Cilt: 8, Sayı: 2, 39- 46.
2. Akyolcu N, (2004), Perioperatif Hasta ve Ailesinin Gereksinimleri ve Hemşirenin Rolü, Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Sektör Paneli Ve Bildirileri 26-30 Mayıs 2004 Antalya, Kongre Kitabı. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 97- 108.
3. Akyolcu N. (1999). Hasta ve ailesinin hastalığa adaptasyonu. Hemşirelik Bülteni, 11 (43- 44); 23- 31.
4. Ayoğlu T, Kanan N, (2003), Ameliyat öncesi ve sırası bilgi vermenin hasta ailelerinin anksiyete düzeylerine ve kan basıncına etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
5. Bean M. (1990), Preparation for surgery in Ambulatory Surgery Unit, Journal of Post Anesthesia Nursing 5(1) 42- 47.
6. Calvin R, Kolar KR, (2000), Development of a family liaison model during operative procedures. AORN Journal 72 (2), 308- 310.
7. Carley JM, Anderson FR, (1999), When a minute seems like a millennium. Journal of PeriAnesthesia Nursing 14 (5), 275- 277.
8. Carmichael MJ, Agre P, (2002), Preferences in Surgical Waiting Area Amenities, AORN Journal 75 (6); 1077- 1083.
9. Cunningham M, Hanson- Heath C, Agre P, (2003), A perioperative liaison program: CNS interventions for cancer patients and their families. Journal of Nursing Care Quality 18 (1), 16- 21.
10. Dexter F, Epstein HR, (2001), Reducing Family Members' Anxiety While Waiting on the Day of Surgery: Systematic Review of Studies and Implications HIPAA Health Information Privacy Rules. Journal of Clinical Anesthesia 13, 478-481.
11. Erdil F. ve ark. (2000). Hasta yakınlarının ameliyat Öncesi Döneme İlişkin Bilgi Gereksinimleri Ameliyatı beklerken yaşadıkları Duyguları ve Ameliyathane Bekleme Salonuna İlişkin Görüşleri. Hemşirelik Forumu 3(6), 1-5.
12. Fox V, (1998), Postoperative education that works. AORN Journal 67 (5), 1010-1017.
13. Garbee DD, Gentry JA. (2001). Coping with the stress of surgery. AORN Journal 73 (5), 946- 951.
14. Hanneman EA, Cardin S, (2002), Family- Centered critical care: practical approach to making it happen. Critical Care Nurse 22(6), 12- 19.
15. Karadağ M, (1999), Ayaktan Cerrahi Uygulamalarında Hasta Eğitimi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Cilt:3, Sayı:2, 27- 34.
16. Leske JS, (1992), Effects of intraoperative progress reports on anxiety of elective surgical patients' family members. Clinical Nursing Research 1, 266- 277.
17. Leske JS, (1996). Intraoperative progress reports decrease family members' anxiety. AORN Journal 64(3), 428- 436.
18. Majasaari H ve ark., (2005), Patients' Perceptions Of Emotional support and Information Provided To family Members. AORN Journal 81 (5).
19. McEven DR. Ve ark. (1998). Family-centered perioperative nursing care takes on a new look. AORN Journal 68 (1), 97-100.



20. Michel LL, Myrick C. (1990). Current and future trends in Ambulatory Surgery and their impact on nursing practice, *Journal of Post Anaesthesia Nursing*, 5(5), 347-349.
21. Paavilainen E, Seppanen S, Astedt-Kurki P, (2001). Family involvement in perioperative nursing of adult patients undergoing emergency surgery. *Journal of Clinical Nursing*. 10; 230-237.
22. Shields L, Pratt J, Hunter J, (2006), Family centered care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1317- 1327.
23. Shields L, (2007), Family centered care in the perioperative area:an international perspective. *AORN Journal* 85 (5), 893- 903.
24. Smykowski L, Rodriguez W, (2003), The postanesthesia Care unit experiences A Family- Centered approach. *Jornal of Nursing Care Quality*. 18 (1), 5- 15.
25. Tea C, (2004), Preoperative Nursing Management. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. Ed: Smeltzer SC. Bare BG. 10. Edition. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins, A Wolters Kluwer Company. 398-416.
26. Tuller S, ve ark., (1997), Patient, visitor, and nurse evaluations of visitation for adult postanesthesia care unit patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 12(8), 402- 412.
27. Uzun Ö, Özer N, Akyl ÇR, (2002), Bazı Cerrahi Kliniklerinde ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Aile Üyelerinin Gereksinimleri, *AÜTD* 34, 39- 45.
28. Yavuz M, (2002). Günübirlik cerrahide hemşirelik bakımı. Ulusal Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Sektör Paneli Ve Bildirileri 15- 19 Mayıs Antalya, Kongre Kitabı. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.
29. Yavuz M, Dramalı A. (1998), Pediatrik Günübirlik Cerrahide Hasta ve Ailesinin Taburculuğa Hazırlanması ve Taburcu Edilme Kriterleri. *Hemşirelik Forumu*, 1(6), 266-269.