

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ROPER, LOGAN VE TIERNEY' İN YAŞAM AKTİVİTELERİ BAKIM
MODELİ DOĞRULTUSUNDA “AMELİYAT ÖNCESİ YAŞLI
DEĞERLENDİRME FORMU”NUN GELİŞTİRİLMESİ VE
HEMŞİRELİK BAKIMINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Araş. Gör. DİLEK ÇEÇEN

DANIŞMAN

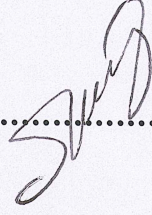
Yrd. Doç.Dr. TÜRKAN ÖZBAYIR

İZMİR-2011

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan:

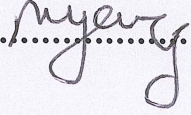
Yard.Doç.Dr.Türkan ÖZBAYIR

.....

(Danışman)

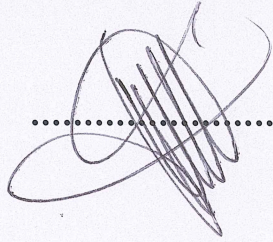
Üye :

Doç.Dr.Meryem YAVUZ

.....

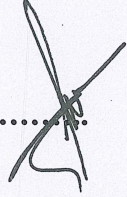
Üye :

Doç.Dr.Eray KARA

.....

Üye :

Doç.Dr.Fatma DEMİR KORKMAZ

.....

Üye :

Yard.Doç.Dr.Adalet KOCA KUTLU

.....

Doktora Tezinin Kabul Edildiği Tarih: 19.07.2011

ÖNSÖZ

Çalışmamın gerçekleşmesinde; desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, tüm meslek eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Yrd. Doç.Dr. Türkan Özbayır 'a;

Bilgi ve tecrübeleriyle mesleki gelişimime katkı sağlayan, çok değerli hocam, rahmetli Prof. Dr. Alev Dıramalı'ya;

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, araştırmamın şekillendirilmesinde ve yürütülmesinde her zaman desteklerini aldığım değerli hocalarım, Doç. Dr. Meryem Yavuz ve Doç. Dr. Fatma Demir Korkmaz 'a;

Mesleki bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, yaşamımda rehberliğini ve desteğini hissederek güç aldığım, değerli hocam, Sayın Yrd. Doç. Dr. Adalet Koca Kutlu ve Yrd. Doç. Dr. Emel Yılmaz 'a;;

Tezimi yaptığım süre boyunca benden yardımlarını ve ilgilerini esirgemeyen arkadaşlarım Arş. Gör. Dr. Nurgül Güngör Tavşanlı, Arş. Gör. Aynur Çetinkaya ve Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üye ve Elemanlarına ve öğrencilerime;

Araştırmamın şekillenmesinde ve yürütülmesinde her zaman desteklerini aldığım ve önerileri benim için çok kıymetli olan hocam, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof Dr. Erhan Eser ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Beyhan Özyurt'a;

Hayatımın her anında en büyük desteğim olan aileme, sonsuz minnettar olduğum canım annem ve babama;

Varlığı ile bana olan desteğini kelimelerle ifade edemeyeceğim, biricğim ve yol arkadaşım kızım Buse'ye;

İzmir/2011

TEŞEKKÜR EDERİM...

Araş. Gör. Dilek ÇEÇEN

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	iv
TABLolar DİZİNİ	v
GRAFİKLER DİZİNİ	vi
BÖLÜM I	
GİRİŞ	
1.1 Genel Bilgiler	1
1.1.1 Yaşlılığın tanımı	1
1.1.2 Psikolojik Yaşlanma	4
1.1.3 Sosyal Yaşlanma	4
1.1.4 Biyolojik Yaşlanma	5
1.1.5 Yaşlanma Teorileri	6
1.1.6 Yaşlılarda Sağlık Sorunları/ Kronik Hastalıklar	10
1.1.7 Yaşlanma Sürecinin Neden Olduğu Biyolojik Değişiklikler	11
1.2 Yaşlılarda Cerrahi	
1.2.1 Yaşlılarda Cerrahi Girişim Uygulama Nedenleri	18
1.2.2 Yaşlı Hastalarda Cerrahi Girişim Riskleri	20
1.3 Yaşlı Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı	
1.3.1 Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı	23
1.3.2 Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı	24
1.4 Roper, Logan Ve Thirney'in Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli	31
1.4.1 Yaşam Süresi	33
1.4.2 Bağımlılık/ Bağımsızlık Durumu	33
1.4.3 Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler	35
1.4.3.1 Fiziksel faktörler	35
1.4.3.2 Psikolojik faktörler	36
1.4.3.3 Sosyo kültürel faktörler	37
1.4.3.4 Çevresel faktörler	37
1.4.3.5 Politiko ekonomik faktörler	38
1.4.4 Yaşamda bireysellik ve Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı	39
1.4.5 "Roper, Logan, Thirney 'In Hemşirelik Modeli" ve Yaşlı Hastanın Bakımı	44
1.5 Araştırmanın Amacı	63
1.6 Araştırmanın Önemi	63
1.7 Hipotezler	64
1.8 Sınırlamalar	65
1.9 Araştırmaya Alınma Ölçütleri	65
1.10 Araştırmanın Yürütülmesinde Karşılaşılan Olumlu/ Olumsuz Durumlar	66
BÖLÜM II	
GEREÇ VE YÖNTEM	
2.1 Araştırmanın Tipi	67
2.2 Araştırmanın Yeri	67
2.3 Araştırmanın Evreni	67
2.4 Araştırmanın Örneklemi	67

2.5 Araştırma Ekibi	68
2.6 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	68
2.7 Araştırmanın Veri Toplama Araçları	69
2.8 Araştırma Yöntemi	73
2.8.1 Yaşlı Hastalarda Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı	77
2.8.2 Standart Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı	115
2.9 Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	122
2.10 Araştırmanın Süresi ve Olanakları	122
2.11 Araştırmanın Etik Yönleri	123

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi.	124
3.2.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Güvenli Çevre” Bileşenine Göre İncelenmesi.	130
3.2.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Güvenli Çevre” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi	149
3.3.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “İletişim” Bileşeni Açısından İncelenmesi	152
3.3.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “İletişim” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi	162
3.4.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Solunum” Bileşeni Açısından İncelenmesi	164
3.4.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Solunum” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi	166
3.5.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Beslenme” Bileşeni Açısından İncelenmesi	168
3.5.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Beslenme” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi	175
3.6.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Boşaltım” Bileşeni Açısından İncelenmesi	177
3.6.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Boşaltım” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi	180
3.7.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Kişisel Temizlik ve Giyinme” Bileşeni Açısından İncelenmesi	182
3.7.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Kişisel Temizlik ve Giyinme” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi	187
3.8.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Beden Isısını Kontrol” Bileşeni Açısından İncelenmesi	189
3.8.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Beden Isısını Kontrol” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi	190
3.9.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Hareket” Bileşeni Açısından İncelenmesi	192
3.9.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Hareket” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi	194
3.10.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Çalışma ve Boş Zamanlarını Değerlendirme” Bileşeni Açısından İncelenmesi	196
3.10.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Çalışma ve Boş Zamanlarını Değerlendirme” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik	197

Tanılarının İncelenmesi	
3.11.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Cinselliğini İfade Etme” Bileşeni Açısından İncelenmesi	198
3.11.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Cinselliğini İfade Etme” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi	199
3.12.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Uyku” Bileşeni Açısından İncelenmesi	201
3.12.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Uyku” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi	203
3.13.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Ölüm” Bileşeni Açısından İncelenmesi	204
3.13.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Ölüm” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi	205

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Sosyo demografik Özelliklerinin Tartışılması	209
4.2.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Güvenli Çevre” Bileşeni Özelliklerinin Tartışılması	214
4.2.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Güvenli Çevre” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Tartışılması	237
4.3.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “İletişim” Bileşeni Özelliklerinin Tartışılması	239
4.3.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “İletişim” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Tartışılması	245
4.4.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Solunum” Bileşeni Özelliklerinin Tartışılması	247
4.4.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Solunum” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Tartışılması	251
4.5.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Beslenme” Bileşeni Özelliklerinin Tartışılması	252
4.5.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Beslenme” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Tartışılması	263
4.6.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Boşaltım” Bileşeni Özelliklerinin Tartışılması	265
4.6.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Boşaltım” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Tartışılması	270
4.7.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Kişisel Temizlik ve Giyinme” Bileşeni Özelliklerinin Tartışılması	272
4.7.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Kişisel Temizlik ve Giyinme” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Tartışılması	278
4.8.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Beden Isısını Kontrol” Bileşeni Özelliklerinin Tartışılması	280
4.8.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Beden Isısını Kontrol” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Tartışılması	282
4.9.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Hareket” Bileşeni Özelliklerinin Tartışılması	284
4.9.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Hareket” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Tartışılması	288

4.10.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Çalışma ve Boş Zamanlarını Değerlendirme” Bileşeni Özelliklerinin Tartışılması	290
4.10.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Çalışma ve Boş Zamanlarını Değerlendirme” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Tartışılması	292
4.11.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Cinselliğini İfade Etme” Bileşeni Özelliklerinin Tartışılması	292
4.11.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Cinselliğini İfade Etme” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Tartışılması	295
4.12.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Uyku” Bileşeni Özelliklerinin Tartışılması	295
4.12.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Uyku” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Tartışılması	297
4.13.1 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Ölüm” Bileşeni Özelliklerinin Tartışılması	298
4.13.2 Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların “Ölüm” Bileşenine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Tartışılması	302

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 Sonuçlar	303
5.2 Öneriler	305

BÖLÜM VI

6.1 Özet	307
6.2 Summary	309

BÖLÜM VII

7.1 Yararlanılan kaynaklar	311

EKLER

EK I- Bilgilendirilmiş Onam Formu	336
EK II- “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu”	337
EK III- Yaşlı Hastalarda Hemşirelik Tanıları Kontrol Listesi	343
EK IV- Etik Kurul İzin Yazısı	345
EK V- Manisa Devlet Hastanesi Çalışma İzin Yazısı	346
EK VI- Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Çalışma İzin Yazısı	347
EK VII- CBÜ Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Çalışma İzin Yazısı	348

ÖZGEÇMİŞ

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil I. İleri Yaşlarda Bağımlılık/ Bağımsızlık Durumu.	34
Şekil II. Yaşam Modeline Dayalı Hemşirelik Modeli Diyagramı.	42
Şekil. III. Araştırma Uygulama Şeması	70

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Bazı Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı	124

Tablo 2. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Genel Sağlık/ Hastalık ve Cerrahi Girişim Durumlarının Dağılımı	130
Tablo 3. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Hastanedeki İnvaziv Girişim Durumlarının Dağılımı.	134
Tablo 4. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Yaşam Bulgularının Dağılımı.	135
Tablo 5. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Bazı Laboratuar Bulgularının (Hemogram) Dağılımı.	137
Tablo 6. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Bazı Laboratuar Bulgularının (Biyokimya) Dağılımı.	140
Tablo 7. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Hareketlilik ve Düşme Durumlarının Dağılımı.	144
Tablo 8. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların İlaç Kullanma Durumlarının Dağılımı.	147
Tablo 9. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Güvenli Çevre Bileşeni Değerlendirmelerine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Dağılımı.	149
Tablo 10. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Duyusal, Algısal Ve Davranışsal Özelliklerinin Dağılımı	152
Tablo 11. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Bilişsel Ve Mental Durumlarının Dağılımı.	159
Tablo 12. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Ağrı Özelliklerinin Dağılımı.	160
Tablo 13. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların İletişim Bileşeni Değerlendirmelerine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Dağılımı.	162
Tablo 14. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Solunum Özelliklerinin Dağılımı.	164
Tablo 15. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Solunum Bileşeni erlendirmelerine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Dağılımı.	166
Tablo 16. Grup I ve Grup I'ye Alınan Yaşlı Hastaların Beslenme Özelliklerinin Dağılımı.	168
Tablo 17. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Antropometrik Ölçüm Değerlerinin Dağılımı.	174
Tablo 18. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Beslenme Bileşeni erlendirmelerine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Dağılımı.	175
Tablo 19. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Boşaltım Özelliklerinin Dağılımı.	177
Tablo 20. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Boşaltım Bileşeni erlendirmelerine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Dağılımı.	180
Tablo 21. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Kişisel Bakım Özelliklerinin Dağılımı.	182
Tablo 22. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların deri ve eklerinin özelliklerinin dağılımı.	184
Tablo 23. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Kişisel Temizlik giyinme Bileşeni Değerlendirmelerine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının ılımlı.	187
Tablo 24. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Beden Isısı ve Kontrol Özelliklerinin Dağılımı	189
Tablo 25. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Beden Isısını Kontrol Bileşeni Değerlendirmelerine Göre Aldıkları Hemşirelik	190

Tanılarının Dağılımı.	
Tablo 26. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Hareket Özelliklerinin Dağılımı.	192
Tablo 27. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Hareket Bileşeni Değerlendirmelerine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Dağılımı	194
Tablo 28. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Çalışma Ve Boş Zamanlarını Değerlendirme Özelliklerinin Dağılımı	196
Tablo 29. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Çalışma Ve Boş Zamanlarını Değerlendirme Bileşeni Değerlendirmelerine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Dağılımı.	197
Tablo 30. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Cinsel Aktivite Özelliklerinin Dağılımı.	198
Tablo 31. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Cinselliğini İfade Etme Bileşeni Değerlendirmelerine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Dağılımı.	199
Tablo 32. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Uyku Özelliklerinin Dağılımı.	201
Tablo 33. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Uyku Bileşeni Değerlendirmelerine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Dağılımı.	203
Tablo 34. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Ölüme İlişkin Duygularının Dağılımı.	204
Tablo 35. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Ölüm Bileşeni Değerlendirmelerine Göre Aldıkları Hemşirelik Tanılarının Dağılımı	205
Tablo 36. Yaşlı Hastalarda Taburcu Olduktan Sonra Takip Edilme Durumu	206
Tablo 37. Ameliyat Öncesi İlk Değerlendirme İle Ameliyat Sonrası Değerlendirmelerde Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Yaşam Modelinin Alt Bileşenlerine Göre Karşılaştırılması.	207

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik I. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.	126
Grafik II. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Kliniklere Göre Dağılımı.	127
Grafik III. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.	128
Grafik IV. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Ameliyat Nedenlerine Göre Dağılımı.	129
Grafik V. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Kronik/ Yandaş Hastalıklarına Göre Dağılımı	133
Grafik VI. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Lökosit Ve Albumin Değerlerine Göre Dağılımı.	139
Grafik VII. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Düşemeye Neden Olan Faktörlerine Göre Dağılımı	146
Grafik VIII. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Yaşadıkları Ağrı Şiddetine Göre Dağılımı.	161
Grafik IX. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Beden Kitle İndekslerine (BKI) Göre Dağılımı.	172
Grafik X. Grup I ve Grup II'ye Alınan Yaşlı Hastaların Beslenme Şekillerine Göre Dağılımı.	173

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1 GENEL BİLGİLER

1.1.1 YAŞLILIKIN TANIMI

Yaşlanma; morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olumsuz yönde ilerlediği, geriye dönüşü olmayan, fiziksel, fonksiyonel, mental ve psikososyal işlevlerde azalmaya neden olan, çeşitli hastalıkların bir araya geldiği, evrensel ve doğal bir süreçtir (8,149). Dünya sağlık örgütü (DSÖ) yaşlanmayı; "Çevresel faktörlere uyum sağlama yetisinin giderek azalması" şeklinde tanımlamaktadır (150). Sağlık açısından bakıldığında bağımlılık dönemi, hukuk ve çalışma yaşamı açısından bakıldığında, çalışma performansının azalıp emekliliğin yaşandığı dönem, kronolojik olarak bakıldığında ise 65 yaş ve üzerini kapsayan dönemdir (81). Yaşlılık insan yaşantısının çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi doğal ve zorunlu dönemlerinden biridir (9).

Günümüzde, sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler ile geliştirilen yeni tanı ve tedavi yöntemleri, hastalıkların önlenmesi, erken dönemde tedavi olanaklarının sağlanması, bebek-çocuk ve anne ölümlerindeki ve doğum hızındaki çarpıcı azalmalar, eğitimdeki ilerlemeler ve bu gelişmelere paralel olarak yaşam standartlarının yükselmesi, insan ömrünün uzamasına ve yaşlı nüfusunun artmasına neden olmaktadır (38,66).

Yaşlanma, tüm dünya ülkeleri açısından önemi her geçen gün artan evrensel bir gerçekliktir. Günümüzde nüfus artış hızındaki azalma eğilimi ve ortalama yaşam beklentisinin yükselmesi genel nüfus içinde yaşlı nüfus oranının artmasına yol açmakta ve dünyamız giderek demografik yaşlanma sürecine girmektedir. "1998 yılında dünya genelinde ilk defa yaşlı bireylerin oranı çocukların oranını geçmiştir"

(83). Bugün dünya nüfusunun %10'u 65 ve daha yukarı yaşlardaki bireylerden oluşmaktadır (49). Yapılan tahminlerde, 2020 yılında dünya nüfusunun 7.5 milyara, 60 yaş ve üstü nüfus grubunun 1 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (89).

Ülkemizde 1990'lara kadar %5'in altında kalan yaşlı nüfus oranı son on beş yılda ciddi bir artış eğilimi içerisine girmiştir. Altmış beş yaş ve üzeri ülke nüfusunun 1990 yılında yapılan genel nüfus sayımı sonucunda oranı %4.3, toplam sayısı ise 2.419.200 olarak tespit edilmiştir. 1997'de bu sayı 3.021.000'e, 2000'de 3.621.000'e, 2004'te 4.5 milyona ulaşmıştır (46,47,48,59).Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK); beklenen yaşam süresinin 2010 yılında erkekler için 71.5 ve kadınlar için 76 iken, 2050 yılında erkekler için 77.3 ve kadınlar için: 80.4 olacağını belirtmektedir (202). Devlet Planlama Teşkilatı, 2005 yılında 6.147.000 olan 60 yaş ve üzerindeki kişilerin sayısının, 2015 yılında 8.442.700, 2025 yılında ise 12.055.400 olacağını bildirmektedir (50). Türkiye'de hayatta kalma beklentisi 2005 yılı itibari ile 70.8 yıl iken, 2015 de 72.3 yıl, 2023 de ise 74.1 yıl olacağı ön görülmektedir. Günümüzde bir asır öncesine oranla üç kat daha fazla 70 yaş üstü ve 10 kat daha fazla 80 yaş üstü insan vardır (50).

Türkiye nüfusu hakkında en güncel veri olan 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2008)'nin bulgularına göre yaşlı nüfusun (65 yaş ve üzeri), tüm nüfus grupları içerisindeki oranı yaklaşık % 7 dir. Buna göre ülkemizdeki yaşlı nüfus dünyadaki birçok ülkenin toplam nüfusundan bile fazladır. Ülkemizde 2010 yılı nüfus sayımına göre 65 yaş üzeri birey sayısı 5.327.736 ve 65 yaş üzeri nüfus oranı yaklaşık %7,2'dir (49,202,204).

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus oranında kaydedilen bu artış ve beklenen ölüm yaşının uzaması hemşirelerin Geriatri ve Gerontoloji bilimlerinde daha kapsamlı bilgi ve beceriye sahip olmasını gerektirmektedir (95,136).

Yaşlanma sürecinin son basamakları olarak nitelendirilen yaşlılık, değişik şekillerde tanımlanmakta ve çoğunluk tarafından kabul gören ortak bir tanımlı yapılamamaktadır. Yazıcı (1994)'nın çalışmasında, yaşlılıkla ilgili aşağıdaki tanımlara yer verilmektedir (220).

Ünlü Biyolog Handler 1960 yılında yaşlılığı şu şekilde tanımlamaktadır; "Yaşlılık, zamana bağlı olarak özellikle geriye dönüşü olmayan organizmanın yıkımı, gittikçe artan çevresel streslerle baş etmede zorlanma ve ölüme yaklaşmadır"

Comforl yaşlılığı, zaman içinde davranışlarda ve tutumlarda kararsızlığın ve dengesizliğin, sebatsızlığın giderek artması süreci olarak tanımlamaktadır.

Venvord ise, yaşlılığı statü kaybı, ekonomik çöküş, dulluk, kazalar ile bazı hastalıklara ve yeni stresörlere karşı zedelenebilirliğin artması olarak kabul etmektedir.

Tiniras yaşlanmayı; hastalık, kaza ve diğer çevresel baskıların kaçınılmaz bir biçimde neden olduğu fizyolojik yeterliliğin azalması durumu olarak değerlendirmektedir.

Demografik açıdan yaşlılığın sınırı 65 yaş olarak kabul edilmektedir. Literatürde yaşlılık şu şekilde sınıflandırılmaktadır (8, 81,149,150).

- **Genç (erken) yaşlılık (young old):** 65-74 yaş arasını kapsar. Bu dönem sıklıkla emekliliği takip eden dönemdir.
- **Yaşlılık (old):** 75-84 yaş arasını kapsar. Bu dönemde sıklıkla işlevsel kayıplar gözlenir, ancak kişi başkalarına bağımlı olmadan yaşamını sürdürebilir.
- **İleri yaşlılık (old old):** 85 yaş ve üzerini kapsar. Bu dönemde kişiler, özel bakıma, özel evlere veya yardıma ihtiyaç duyarlar.

Normal yaşlanma; zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişikliklerini tanımlamaktadır (81). Yaşlanma kavramı günümüzde; sadece kronolojik açıdan değil biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları ile de ele alınmaktadır. İnsanın doğumundan itibaren içinde bulunduğu zamana kadar geçen yıllara bağlı yaşlanma kronolojik yaşlanmadır. Biyolojik yaşlanma ise; bireysel farklılıkların söz konusu olduğu, emosyonel ve fiziksel sağlık, sosyoekonomik durum, kalıtım, kültür ve etnik köken gibi birçok faktörden etkilenen görünüş yaşlanmasıdır (95,136,208).

1.1.2 Psikolojik Yaşlanma

Erikson' a göre yaşamın 8 evresi vardır ve bunların sonuncusu olan "benlik bütünlüğü" evresi yaşlılık dönemini kapsar. Bu evrede benliğin (egonun) en önemli görevi daha önceki evrelerde kazanılmış olan benlik özelliklerinin bütünlleştirilmesidir. Benlik bütünlüğü olumlu olumsuz, acı tatlı yanları ile bütün bir yaşamın olduğu gibi kabul edilişidir. Benlik bütünlüğünün sağlanamaması ise geçmiş günlerin iyi yaşanmamış olduğu duygusu ve ölüm korkusu şeklinde ortaya çıkar.

Yaşlı kişiler çeşitli kayıp ve güçlüklerle karşı değişik tepkiler ve baş etme çabaları gösteriler. Örneğin bedenselleştirme (somatizasyon) yoluyla bedensel yakınmalar geliştirebilirler. Gündelik yaşamdaki yetersizliklerin anksiyete yarattığı durumlarda, yaşlı birey bu sıkıntıyı hafifletmek için etkinliklerini kısıtlayabilir, yeniliklere direnir ve bağımlılık geliştirebilir (84,179,208).

1.1.3 Sosyal Yaşlanma

Yaşlılık kişinin toplumsal rollerinde değişikliğe ve çoğu zamanda kayba yol açar. Çalışan insanlar için emeklilik, yaşlılıkla gelen en önemli değişkenlerden biridir. Emeklilik, beklenen bir biçimde ve kişinin kendi isteği ile gerçekleşmişse bir

ruhsal sıkıntı kaynağı olmamaktadır. Fakat emekliliğin toplumsal normlarla belirlenmiş emeklilik yaşından çok daha önce ya da sonra olması, ruhsal sıkıntıya ait belirtilerin ortaya çıkma riskini artırmaktadır.

Evlilik durumu ileri yaşlardaki kadın ve erkek gruplarında farklılık göstermektedir. 65 yaş üzerindeki kadınların %40'ı, erkeklerin ise %75'i eşleri ile birlikte yaşamakta; buna bağlı olarak eş kaybından doğan yaş tepkileri, depresif belirtilerde artmaya neden olmaktadır.

Yaşlı kişilerin çevresindeki sosyal desteğin ve ilişkilerin giderek azalması, kişilerin ruh sağlığı açısından ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Buna karşın aile (çocuklar ve kardeş) ilişkilerinin sürüyor olması, yaşlılıkta önemli bir duygusal doyum kaynağı olmaktadır (179,184,208).

1.1.4 Biyolojik Yaşlanma

Gerontolojistler biyolojik yaşlanmayı birincil ve ikincil yaşlanma olarak ikiye ayırmaktadırlar. Birincil yaşlanma; hücrenin evrensel ve genetik olarak programlanmış normal yaşlanma sürecine bağlı geçirdiği değişiklikler nedeniyle meydana gelen yaşlanmadır, bütün organ ve sistemlerde, anatomik ve işlevsel olarak büyük yapısal değişikliklere yol açabilmektedir. İkincil yaşlanma ise hastalıklar, yaralanmalar, hava kirliliği, güneş ışığı ve kötü yaşam koşulları gibi yaşlanma sürecini hızlandırabilen faktörlerle meydana gelen yaşlanmadır. Normal olmayan bu yaşlanma sürecinin, etkili sağlık bakım girişimleri ile engellenebileceği veya azaltılabileceği düşünülmektedir (37, 179, 184, 208).

Meek (2000), Keene'nin yaşlanma ile ilişkili temel fiziksel değişiklikleri; hücre çoğalmasında yavaşlama ve atrofi, doku hasarı, homeostaziste bozulma, immün sistem etkinliğinde ve nöromüsküler tepkide azalma olarak tanımladığını belirtmektedir (136).

Yaşlılardaki hücresel ve hücre dışı değişikliklerin, fonksiyonlarda gerileme ve fiziksel görünümde değişikliğe, organ ve sistemlerin tam olarak fonksiyon görememesine, hücre yenilenmesinde yavaşlamaya ve vücudun homeostazisi sürdürme yeteneğinde azalmaya yol açtığı belirtilmektedir. Normal yaşlanma sürecinin farklı kişilerde farklı hızlarda ilerlediği ayrıca bütün vücut sistemlerinin de aynı hızda yaşlanmadığı ve bireyler arasında büyük farklılıklar bulunduğu bildirilmektedir (37,111, 136, 179).

1.1.5 YAŞLANMA TEORİLERİ

Günümüzde, yaşlanmayı genetik kontrolü olan ve programlanmış belirtiler veren bir süreç ve çevresel faktörlerden etkilenme sonucu ortaya çeşitli şekillerde çıkabileceğini savunan teoriler yer almaktadır. Bu teorilerin hiçbirisi tek başına yaşlanmayı tam olarak açıklayamasa da yaşlanmaya çeşitli açılardan bakabilmemizi sağlayabilmektedir. Bu teoriler:

1) Serbest Radikal Teorisi: Serbest radikaller, hücre düzeyindeki tepkisel ve yakıcı metabolik süreçler sırasında oluşan kimyasal elementlerdir. Hücre mitokondrisinde yüksek oranda bulunmaktadır. Bunun yanında, ozonlar, hidrojen peroksit gibi kimyasal toksinler ve radyasyona maruz kalma sonucunda da serbest radikaller meydana gelmektedir. Çoğalan serbest radikaller DNA'yı hasara uğratarak hücrenin protein sentez yeteneğini etkileyebilmektedir (1, 143, 157,158).

Serbest radikallerin özellikle nöronlar ve miyokard da yaşlanma pigmentlerinin üretimini sağladığı düşünülmektedir. Serbest radikal teorisinin savunucularına göre, hücre içinde şekillenen radikal maddeler tarafından oluşturulan DNA değişiklikleri

ve mutasyonları konnektif doku, deri, kalp, nöronlar ve kas-iskelet sistemi yapıların da olumsuz değişikliklere neden olmaktadır (157,158).

2)Yıpranma Teorisi: Bu teori yaşlanma sürecini organizma düzeyinde açıklamaktadır. Teorinin temel fikri yaşayan organizmaların çalışmasının makinelere benzetilmesidir. Makinenin parçalan sürekli kullanıldığında eskir ve sonunda fonksiyonunu kaybeder. Canlı organizmaların çalışmasının da buna benzediğı savunulmaktadır.

Tüm teoriler temelde nöronlar veya diğere hücrelerde mekanik veya kimyasal yorgunlukla yenilenme gücünün kaybolduğı şekildeki yıpranma fikrine dayanmaktadır. Bu teorilerin temsilcileri hücre metabolizmasının yavaşlatılmasıyla, yaşlanmanın fizyolojik ve anatomik sonuçlarının geciktirilebileceğine inanılmaktadırlar. Bu teorinin zayıf olan noktası, bir makinenin kendi kendini tamir edemeyeceğı ancak canlı organizmanın kendini onarma yeteneğinin olmasıdır (157,158).

3)Genetik Teoriler: Genetik faktörler yaşlanmanın belirlenmesinde önemli belirleyicilerdir. Yaşam süresinin her tür için spesifik olması genetik faktörlerin önemini ortaya koymaktadır. İnsanlarda beklenen yaşam süresi ikizler kardeşlerde, kardeş ve diğere aile bireylerine göre daha yakındır. Araştırmacılar yaşlanma genini klonlama yöntemi ile araştırmaya çalışmaktadırlar.

4)Otoümmün Teori: Bu teori, yaşlanmanın vücudun immün sistemindeki bir bozukluk sonucu oluştuğunu savunmaktadır. Gelişen antikorlar, normal hücrelerle reaksiyona girmekte ve onların yapısını yıkmaktadır. Bu teoriye göre diabet, artrit,

romatoid artrit, bazı anemi tipleri ve bazı kanserler yanlış antikorların oluşumu ile meydana gelmektedir (97, 157,158).

5)Hayflick Limit Teorisi: Hayflick ve Moorehead'e göre hücreler çevresel faktörlerden etkilense de yaşlanma konusunda kendilerine ait içsel bir dengeleri vardır. Her hücrenin kendi yaşam süresini ayarlayan saatleri mevcuttur. Hiçbir hücre olması gerekenden fazla yaşayamaz.(94, 185).

6)Endokrin teorisi: Menapoz olayı overde foliküllerin ve oositlerin kısıtlı depolarının bitmesi ile meydana gelir. Geniş kapsamlı fizyolojik değişiklikler içerir (225).

7)Nöroendokrin teorisi: Yaşlanmada pitüiter bezin fonksiyonlarındaki değişikliklerin rolünü irdeleyen bir teoridir (225).

8)Pacemaker teoriler: Organ ve organ sistemleri (immün sistem, nöroendokrin sistem, hipotalamus gibi) yaşlanma sürecinde genetik olarak programlanmış pacemaker görevi görürler.

Yaşlanma ile B ve T hücre fonksiyonları adölesan dönemde başlayan timus bezinin yaşlanmaya başlanmasıyla paralel olarak azalmaya başlar. Bununla beraber malign hastalıklardaki yaşa bağlı artış, yaşa bağlı hücrel immün sistemdeki azalma ile bağlantılı olarak değişmektedir.

Bu teorinin pacemaker sisteminin temelini açıklamakta ve tüm organizmaların iyi gelişmiş immün ve nöroendokrin sistemlerine sahip olmamaları nedeniyle yetersiz kaldığı ifade edilmektedir (225).

9)Çapraz bağlanma (kollajen) teorisi: Dokular kollajen denilen ve hücreleri bir arada tutan sağlam bir fibröz protein içermektedir. Kollajen yapılar yaşın ilerlemesi ile sertleşme eğilimindedir. Yaşlanan tendon ve eklemler sertleşmektedir. Yaşlanma sürecinde kollajenin kemiklerin sıvı içeriği ile yer değiştirdiği görülmektedir. Zamanla değişmiş bir şekilde kan damarları, nöronlar ve kalp içerisinde birikmekte ve kollajen molekülünün bitişik kolları arasında çapraz bağlar meydana gelmektedir. Bu bağlar fibril esnekliğinin kaybına neden olmakta ve kan damarlarının geçirgenliğini azaltmaktadır.

Çapraz bağlanma teorisini destekleyenler, yaşlanma ile yaşam sürecinin yavaşladığına bu nedenle çapraz bağ oluşumunun geciktirilmesiyle yaşamın uzatılabileceğine inanılmaktadır (158).

10)Somatik Mutasyon Teorisi: Özellikle II.Dünya Savaşından sonra radyasyon biyolojisi üzerindeki araştırmaların artmasıyla gelişen bu teoriye göre radyasyona veya radyoaktif ajanlarca hasara uğrama, hücrelerde mutasyona neden olmakta bu da hücrelerin farklı şekillerde çalışmasına neden olmaktadır (71, 190). Bu durum yaşam süresini etkileyen bir faktördür.

Bu teorilerin dışında yaşlanma ile birlikte vücut sistemlerinde de değişiklikler görülmesi hastalıkların prevalansında artışa ve hastalıkların atipik seyretmesine yol açmaktadır. Bu da bireyin yaşam süresini etkileyen bir faktördür (190).

1.1.6 YAŞLILARDA SAĞLIK SORUNLARI/ KRONİK HASTALIKLAR

Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik, sosyolojik değişiklikler sonucu fonksiyon kayıplarının ortaya çıkması ve strese uyum yeteneğinin azalması nedeniyle kronik hastalıkların sıklığı artmaktadır (216).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 65 yaş üzeri bireylerin % 77'sinde birden fazla kronik hastalık olduğu bildirilmektedir (172). Gelişmekte olan ülkelerdeki kronik hastalık sıklığının 1990'da tüm hastalıkların %51'ini oluşturduğu belirlenmiştir ve 2020 yılına kadar bu oranın %78'e çıkacağı tahmin edilmektedir. Tüm dünyada yaşlılarda en sık görülen kronik hastalıkların sırasıyla kardiyovasküler sistem hastalıkları, hipertansiyon, serebro vasküler hastalıklar, diabetes mellitus, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, kas/iskelet sistemi hastalıkları (artrit, osteoporoz vb.), mental hastalıklar (demans, depresyon), görme kayıpları ve işitme bozuklukları olduğu bildirilmiştir (126, 216).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı (2004) tarafından yapılan bir araştırmaya göre, yaşlıların %90'ında en az bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde dört veya daha fazla kronik hastalığın bulunduğu, ülkemizdeki yaşlılarda en sık görülen ölüm nedenlerinin sırasıyla kardiyovasküler sistem (KVS) hastalıkları, serebrovasküler olaylar (SVO), kronik dejeneratif akciğer hastalıkları, DM ve kanserler olduğu bildirilmektedir (101).

Yaşlanma ile birlikte fizyolojik fonksiyonlarda belirgin azalmalar gözlenmektedir. Özellikle yaş ilerledikçe, kişisel alışkanlıklar, çevresel faktörler, heredite, psikososyal faktörler, kültürel ve sosyoekonomik yapı gibi birçok etkene bağlı olarak değişebilmektedir. Bir diğer anlamda fizyolojik yaşlanma her zaman kronolojik yaşlanma ile orantılı olmayabilir (72). Bu nedenle yaşlanmanın etkileri ile ilgili çalışmalarda normal yaşlanma ile oluşabilecek fizyolojik kayıplar ile hastalıklar

sonucu olaşabilecek fizyolojik kayıplar arasındaki farklılıkların saptanmasının önemi giderek artmaktadır.

Yaşlı bireylerde sık görülen sağlık sorunları, İngilizce baş harfleri dikkate alınarak yaşlılığın 7 I' sı olarak aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (84);

1. Intellectual failure (bilişsel yetersizlik)
2. Immobility (hareketsizlik)
3. Instability (dengesizlik)
4. Incontinence (inkontinans)
5. Insomnia (uykusuzluk)
6. Iatrogenic problems (iyatrojenik problemler)
7. Involvement of families (ailelerin katılımı).

1.1.7 YAşLANMA SÜRECİNİN NEDEN OLDUğU BİYOLOJİK DEğİşİKLİKLER

Kalp-Damar (Kardiyovasküler) Sistemi

Kalp hastalığı yaşlılıktaki ölüm nedenlerinden biridir. Büyük ve orta çaplı arterlerde bağ dokusu ve kollajen artışı ile gelişen damar sertliği, sistolik hipertansiyon ile sonuçlanır. Sistolik hipertansiyon sol ventrikül hipertrofisine ve miyokard sertliğinin daha da artmasına neden olur. Yaşlanma ile birlikte kalp kapakları kalınlaşır, sinüs nodu hücreleri ve baroreseptör duyarlılığı azalır, aorta dilate olur, miyokardın oksijen gereksinimi artar, kalp kası ve arterler elastikiyetini kaybeder, kontraksiyon gücü azalır. Koroner arterlerin elastikiyetini kaybetmesi, koroner arter ve periferel vasküler hastalık gelişmesine neden olur. Kalsiyum ve yağlar arteriyel duvarda birikerek çökerler, venlerde inflamasyon ve ağrılı varisler gelişir. Normal koşullar altında fonksiyonlar sürdürölse de kalp-damar sistemi, daha

az rezerve olur ve strese daha az etkili cevap verir. Kalp debisi 20 yaşından sonra her yıl %1 oranında azalır. Stresli durumlarda en üst düzeyde olan kalp debisi ve kalp hızı giderek gerileyerek, yaşamsal organlarda ve periferdeki kan akımında azalmaya, ellerde ve ayaklarda soğukluğa neden olur. Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, kalp yetersizliği, atrial fibrilasyon ve inme riski nedeniyle tüm yaşlılarda ciddi bir sorun olarak görülmektedir. Yaşla birlikte kolesterol düzeylerinin düşmesine ve kilo kaybına karşın koroner kalp hastalığı riskinin giderek arttığı; diğer taraftan inme sıklığında 65 yaş üzerinde 3 kat, 70 yaş üzerinde 4 kat artış olduğu belirtilmektedir. 60 yaş üzerinde atriyal fibrilasyon sıklığının normal popülasyondan 10 kat daha fazla olduğu, yaşlıların % 50' sinde diyastolik murmur gözlendiği ifade edilmektedir (95, 116, 179).

Solunum Sistemi

Solunum sisteminde, alveoler yüzey alanında azalma ve alveoler duvarda kalınlaşma, akciğer damar yatağı kapasitesinde, solunum kaslarının gücünde ve etkinliğinde azalma, akciğer ve kostaların rijiditesinde ve yardımcı kasların kullanımında artış, kostaların mobilitesinde azalma ve kostal kartilajın kalsifiye olması ve kifozla sonuçlanan vertebra kollapsı gibi yaşlanma ile ilişkili değişiklikler, akciğer kapasitesini ve fonksiyonunu etkiler. Akciğerlerin elastikiyetinin kaybolması veya rijiditenin artması rezidüel akciğer volümünde artış ve vital kapasitede azalma ile sonuçlanır. Gaz değişimi ve difüzyon kapasitesinin azalmasıyla P02 ve O2 saturasyonu azalır. Etkili solunum ve öksürmenin azalması, silyaların aktivitelerinin gerilemesi, ölü alanların artması, mukusun kalınlaşması, yaşlı bireylerde solunum yolu enfeksiyonu olasılığını artırır (39,95, 179).

Gastrointestinal Sistem

Diş çürükleri ve dişlerin kaybına yol açan diş hastalıkları yaygın olarak görülür, dilin papillalarının azalması, tat almada değişikliklere neden olur. Tükürük salgısı azalan yaşlı birey ağız kuruluğu deneyimler. Gastrointestinal sistem ile ilgili en önemli sorunlar; yutma güçlüğü, boğazda yanma hissi (mide ekşimesi nedeniyle), midede dolgunluk hissi ve hazımsızlık, hiatal herni ve aspirasyonda artış olarak belirtilebilir. Mide boşalmasında gecikme ile sonuçlanabilen gastrik motilitede, alt ösofagus sfinkter basıncında, mideye olan kan akımında azalma ve gastrik mukozada atrofi görülebilir. Asit sekresyonunda azalma nedeniyle, pepsin, demir, kalsiyum ve B12 vitamininin absorpsiyonunu azalır. Karaciğer hücrelerinin sayısı ve büyüklüğü ile rejenere olma yeteneği azalarak, protein sentezi bozulur. Pankreas kanalları gerilir, lipaz üretimi azalır, pankreatik rezerv bozulur. Yağlara tolerans ve emilimde bozukluklar olmasına karşın karaciğer, safra kesesi ve pankreas fonksiyonları genellikle sürdürülür. İleri yaşlarda safra taşları görülme sıklığı artar.

İnce bağırsaklarda villuslar ve enzim sekresyonları azalır, motilite yavaşlar. Konstipasyon yaşlı bireylerde sık görülür. Hafif düzeyde olduğunda abdominal rahatsızlık ve gaz şikayeti, daha ciddi düzeyde, fekal inkontinans ve obstrüksiyon ortaya çıkabilir (39,95, 179).

Genitoüriner Sistem

Nefronların kaybı ile böbrek kitlesinde azalma olmasına karşın, yaşlı bireyler genitoüriner sistem fonksiyonunu yeterli düzeyde sürdürebilmektedir. Böbrek fonksiyonundaki değişiklikler; fonksiyonel nefronların sayısında ve renal kan akımında azalma, sfinkter kontrolünde gerileme, filtrasyon hızında azalma, geri emilim etkinliğinin ve idrarı konsantre etme yeteneğinin azalması nedeniyle tubüler fonksiyonda gerileme, serum kreatinin, BUN ve idrarda protein düzeyinde artma,

toksinlerin ve ilaçların atımında azalma, stres inkontinansı, ani idrar yapma hissi (urgency) ve gece idrara çıkma sıklığında (noktüri) artma ve strese tepkide, asit baz dengesinin düzenlenmesinde yavaşlama olarak sıralanabilir. Yaşlı kadınlar genellikle stres veya urge inkontinans veya her ikisinden de yakınrlar. Yaşlı erkeklerde ise bening prostat hiperplazisi yaygın olarak görülür. Prostatın büyüklüğü üriner retansiyon ve inkontinans da dereceli olarak artışa neden olur. Prostat kanseri yavaş gelişen bir kanserdir ve sıklıkla 70 yaşın üzerindeki erkeklerde görülür. Böbrek ve mesane kanserleri 50 yaş ve üzerindeki bireylerde daha yaygın görülür. Sigara içme bu kanserlerin primer nedeni olarak bilinmektedir.

Prostatta büyüme, testiküler volümde ve sperm sayısında azalma, penis ve testis büyüklüğünde gerileme, östrojen düzeyinde artma, androjen düzeyinde ve seksüel cevapta azalma, ereksiyona ulaşma süresinde uzama ve ejakülasyonda azalma gibi değişiklikler, erkek üreme sisteminde yaşlanmaya bağlı olarak meydana gelmektedir.

Yaşlanma nedeniyle kadın üreme sisteminde meydana gelen değişiklikler ise overler, uterus, serviks, fallop tüpleri ve labialarda küçülme, glandlar ve epitel yapıda atrofi, pelvik alan elastikiyetinde azalma, servikal ve vajinal sekresyonlarda azalma, seksüel cevapta büyük ölçüde azalma, vajinal enfeksiyonlar ile vajina ve uterus prolapsusu olasılığında ve vajinal kaşıntı da artma, asiditede azalma ve vajinal pH'ın alkali hale gelmesi, estradiol, prolaktin ve progesteron düzeylerinde azalma, meme dokusunda azalma olarak sıralanmaktadır (95, 136, 177, 179).

Kas İskelet Sistemi

Kas iskelet sistemindeki değişiklikler, kemik, kas, eklem kıkırdağı, vertebralar arası disk, tendon, bağ ve eklem kapsüllerini oluşturan yumuşak dokulardan

kaynaklanmaktadır. Bağ dokusunda organik matriksin sıvı içeriği azalır; kollajen lifler sayı ve hacim olarak artar, dokuların elastikiyeti azalırken yoğunluğu artar.

Kemik kitlesindeki aşamalı ve ilerleyici azalma 40 yaşından önce başlar. Kemik kitlesinin aşırı kaybı osteoporoz ile sonuçlanır. Bu durum erkekleri de etkilemesine karşın sıklıkla menapoz sonrası kadınlarda hareketsizlik, yetersiz kalsiyum alımı ve östrojen kaybı ile birlikte görülür. Kemiklerde kırık riski, özellikle dorsal vertebra, humerus, radius, femur ve tibiada yüksektir. Genel olarak yaşı postürü, baş öne eğilmiş, üst ve alt ekstremiteler ve gövdenin hafif fleksiyon durumunda olduğu fleksiyon duruşudur.

İlerleyen yaşı ve azalan aktivite ile birlikte kasların yoğunluğunda azalma, kas rejenerasyonunda yavaşlama, kontraksiyon zamanı ve geçiş periyodunda uzama ve kas gücü, fleksibilite ve dayanıklılığında kayıplar meydana gelir. Kas gücü, 30- 80 yaşı arasında sırt ve kol kaslarında % 30, kol ve bacak kaslarında % 40- 60 oranında azalır. Yaşlanan kaslar kendi kasılmalarından bile etkilenir ve yaralanma durumunda geç iyileşir. Doku iyileşmesindeki bu gecikme hareketsizlik süresini uzatır ve kaslar giderek daha dayanıksız hale gelir. Sırt ağrısı çok yaygındır. Orta yaşların başlangıcında eklemlerin kartilajı giderek bozulur, mobilitesi azalır, eklemlerin her yöne hareketini sağlayan ROM (range-of-motion / eklem egzersizleri) sınırlanır, 70 yaşı üstündeki tüm yaşlılarda dejeneratif eklem hastalığı bulunur (95,136, 150,179).

Sinir Sistemi

Sinir sisteminin yapı ve fonksiyonu yaşlanma ile birlikte değişir. Beyindeki ve spinal korddaki nöronlar kaybedilir, beyin dokusunun büyüklüğü azalır, dentritler atrofiye uğrar, majör nörotransmitterlerin metabolizmasında ve birleşmelerinde gerileme oluşur. Sinir uyarılarının iletimi yavaşladığı için yaşı birey uyaranlara cevap vermede ve harekete geçmede daha yavaş olur, periferel sinir fonksiyonu

kaybedilir, otonom sinir sisteminin etkinliği azalır. Hareketlilik ve güvenlik açısından engelleyici faktör olan serebral iskemi kişilerin hızlı ayağa kalktıklarında baş dönmesi deneyimlemelerine neden olabilir. Uykuya dalmada güçlük, uyanıklık süresinin artması, ve REM uykusunun azalması, yaşlıların uyku ile ilgili deneyimledikleri problemlerdir (95,136,179).

Cilt

Yaşlanma ile birlikte cildin fonksiyonu ve görünümünde değişiklikler meydana gelir. Epidermis ve dermiş inceler, kollajenler, elastik lifler ve ekstremiteler deki subkütanöz yağlar azalır. Cildin kanlanması, yağ ve ter bezlerinin aktivitelerinin azalması, ciltte kuruluk, esneklik kaybı, kırışıklık, sarkma, irritasyonlardan daha çabuk etkilenme ve iyileşmede yavaşlama ile sonuçlanır. Pigment hücreleri ve duysal reseptörlerin azalması, ısı artışı ve güneşe maruz kalma toleransının azalmasına neden olur. Saçlarda, melanin, germ hücresi ve foliküller azalır, saçlar yavaş yavaş ağarır, inceler, kalitesi düşer. Pubik ve aksiller tüyler azalır. Tırnaklarda, incelme, kolay kırılma ve büyümede yavaşlama, tırnak yatağına olan kan akımında azalma gibi değişiklikler meydana gelir (95,136,179).

Duyusal Sistem

Yaşlanma ile birlikte meydana gelen duysal kayıplar, görme, işitme ve tat alma duyularını olumsuz yönde etkiler.

Görme

Orbital alandaki yağlar azalır, kaş ve kirpikler grileşir, göz kapağı kaslarının elastikiyeti ve gözyaşı üretimi azalır, korneal duyarlılık ve korneal refleksler azalır, lensler; yeşil veya opaktır, elastikiyeti azalır, uyum sağlama yeteneği geriler, iris ve pupilde pigment kaybı vardır ve pupiller konstrikte görünürler. Gözler içe çökmüştür, konjuktivit ve korneal abrasyon (aşınma) olasılığı vardır. Parlaklığa

tolerans azalır, karanlıktaki görüş bozulur, görme keskinliği, uzağı görme ve renkleri ayırt etme yeteneği azalır. Yaşlı kişiler aydınlık veya karanlık bir çevreden ayrıldıklarında, yeni ortama daha uzun sürede uyum sağlar ve yakını görmek için daha parlak bir ışığa gereksinim duyar. Her ne kadar patolojik görsel durumlar normal yaşlanmanın bir parçası olmasa da, yaşlı bireylerde katarakt, glokom, senil maküler dejenerasyon ve diyabetik retinopati gibi göz hastalıklarının insidansında bir artış söz konusudur (95,111,136,179).

İşitme

Dış işitme kanallarındaki tüyler azalır, orta kulaktaki kemik eklemleri dejenere olur, timpanik boşluk kalınlaşır, iç kulakla vestibular yapılar bozulur, kohlea ve korti organı atrofiye uğrar. Yaşlanmayla birlikte işitme kaybı ve yüksek frekanslı sesleri işitme yeteneğinde bozukluk meydana gelir, konuşmaları anlama yeteneği geriler, kulak çınlaması olabilir.

İşitme kayıpları nedeniyle, uyaranlara uygun olmayan yanıtlar veren, konuşmaları yanlış anlayan ve sosyal ilişkilerden kaçınan yaşlı bireyler, yanlışlıkla konfüze olarak değerlendirilebilirler (95,111,136,179).

Tat Alma

Yaşlanmayla birlikte, özellikle tatlı ve tuzlu besinleri algılamada yetersizlik gelişir (58, 95, 179).

Bağışıklık Sistemi

Ig A sekresyonu geriler, timus bezi involüsyona uğrar, lenfoid doku azalır, antikor üretimi bozulur, T ve B lenfositlerinin proliferatif tepkisi azalır, otoantikorlar artar. Mukozal yüzeylerde enfeksiyon olasılığı ve malignite insidansı artar, hücrel tepki bozulur, akut enfeksiyonlara tepki geriler, herpes zoster ve tüberküloz enfeksiyonlarının tekrarlama olasılığı vardır, otoimmün hastalıklar artar (58,95, 179).

1.2 YAŞLILARDA CERRAHİ

1.2.1 YAŞLILARDA CERRAHİ GİRİŞİM UYGULAMA NEDENLERİ

Yaşlanma sürecinin neden olduğu anatomik ve fizyolojik değişiklikler ile 65 yaş ve üzerindeki bireylerin %80'inden fazlasında bulunan kronik hastalıklar, fonksiyonlarda bozulmayla sonuçlanmakta ve yaşlı bireyler bu bozukluklar nedeniyle hastaneye yatırılmaktadırlar. Yaşlılarda hastaneye yatmakla sonuçlanan yaygın hastalıklar, aritmi, kalp yetmezliği, inme, sıvı elektrolit dengesizliği, pnömoni ve kalça kırıkları olup hastaneye yatan bireyler, sıklıkla çoğul sistem yetmezliği deneyimlemektedirler (10,78, 95). Palmer (1990), yılda 5 milyondan fazla 65 yaş ve üzerindeki kişinin, hastaneye yatırıldığını ve bunların %35-40' nı cerrahi servislerine yatanların oluşturduğunu bildirmektedir (153).

Yaşlı nüfus giderek artmakta, bunların büyük bir kısmında değişik sağlık sorunları bulunmakta ve bu sorunların giderilmesinde de giderek artan bir hızla cerrahi girişimlere başvurulmaktadır. Literatürde bütün cerrahi işlemlerin yaklaşık %20'sini 65 yaş ve üstü grubun geçirdiği belirtilmektedir (19, 144).

Günümüzde, yaşam süresindeki uzama ve cerrahi ile anestezi alanındaki gelişmelere paralel olarak ameliyat olan yaşlı birey sayısı da artmaktadır (124, 205). İngiltere'de yapılan bir çalışmaya göre 65 yaş altındaki 1000 kişiden 120'si ameliyat olurken 65 yaş üstü 1000 kişiden 235'i ameliyat olmaktadır ve acil ameliyatların yaklaşık yarısı yaşlılara yapılmaktadır (154). Erdil'in (2002) belirttiğine göre ABD'de ameliyat edilen hastaların %20-25'i 65 yaş üzerindedir (60). Barnett'in (2007) bildirdiğine göre ise 65 yaş üzeri bireylerin %50'sine ölmeden önce en az bir kez cerrahi girişim uygulanacağı tahmin edilmektedir (22).

Çeşitli çalışmalarda perioperatif komplikasyonların yaşla birlikte arttığı ve daha önceden var olan kronik hastalıkların cerrahi süreçte yaşanan olumsuzlukları

arttırdığı belirtilmektedir (124, 133, 140, 207). Genel toplumda %1.2 olan perioperatif mortalitenin, 60-69 yaş grubunda %2.2, 70-79 yaş grubunda %2.9, 80 ve üstü yaş grubunda %5.8-6.2 olduğu saptanmıştır (10). Diğer taraftan, pek çok çalışmada yaştan tek başına cerrahi riski teşkil etmediği gösterilmiştir. Bu çalışmalarda, yaşla birlikte görülme sıklığı artan bazı faktörlerin cerrahi riski arttırabildiği saptanmıştır. Cerrahi riski yaşla beraber etkileyen faktörlerin; uygulanan cerrahinin tipi (acil veya elektif), sistemik hastalıklar, eşlik eden malign hastalıklar, yetersiz beslenme ve mobilitedeki bozulma seviyesi olduğu belirlenmiştir. Bu faktörlerin yanı sıra, yaşlılarda çoklu ilaç ile bitkisel ürün kullanımının, anesteziğin etkisini değiştirerek cerrahi riski etkileyebildikleri gösterilmiştir (120, 126, 145, 159).

Günümüzde, yaşlı bireyler için elektif cerrahiden kaçınma nedeni olan yüksek cerrahi mortalite oranlarının, son yıllarda ameliyat ve anestezi teknikleri ve izleme sistemlerindeki ilerlemeler ve risk faktörlerinin ameliyat öncesi dönemde dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ile önemli bir azalma kaydettiği belirtilmektedir. Yaşlı bireyler için cerrahi girişimler çok yaygın olarak, bir önceki yıldan daha fazla ve daha başarılı bir şekilde uygulanmakta ve yaşlıların yaşam kalitesini ve fonksiyonlarını düzelten önemli bir işlem olarak görülmekte, ayrıca nitelik, nicelik ve hızlı gelişme bakımından da laparoskopik cerrahi girişimlerden sonra ikinci sırayı aldığı bildirilmektedir. (39, 79, 153).

Palmer (1990), yaşlılarda en sık uygulanan 10 cerrahi girişimin; prostat bezi ameliyatları, total kalça replasmanı, koroner arter bypass greft (CABG), kalın bağırsağın kısmi olarak çıkarılması, göz ameliyatları (katarakt), pace maker yerleştirilmesi veya replasmanı, internal fiksasyonla kırığın açık redüksiyonu, koroner darlığın giderilmesi, santral sinir sistemi ameliyatları, kolesistektomi,

olduğunu belirtmektedir. Ayrıca Palmer (1990), cerrahi girişimlerin türünü cinsiyetin etkilediğini, kadınlar için uygulanan en yaygın cerrahi girişimlerin, lens çıkarılması, kırık onarımı, kolesistektomi ve kalça replasmanı; yaşlı erkekler için ise, prostatektomi, inguinal herni onarımı ve lens çıkarılması olduğu bildirmektedir (153).

Yaşlılarda cerrahi girişimler genel olarak;

- Sağlığın yükseltilmesi,
- Fonksiyon yetersizliğinin azaltılması,
- Kaçınılmaz ölümün ertelenmesi,
- Yaşam kalitesinin artırılması, en azından daha iyi hale getirilmesi, amacıyla uygulanmaktadır (79, 136).

1.2.2 YAŞLI HASTALARDA CERRAHİ GİRİŞİM RİSKLERİ

Cerrahi girişim için hastaneye yatırılan yaşlı bireylerin yaşadıkları en önemli sorunlar arasında, akut konfüzyonel durum (deliryum), nazokomiyal enfeksiyonlar ve tam olarak iyileşmeden erken taburcu olma nedeniyle gelişen sorunlar yer almaktadır (43, 95, 128).

Cerrahi risk, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde oluşabilecek morbidite ve mortalite olasılığını içerir. Cerrahi girişim nedeniyle oluşan morbidite ve mortalitenin, yaşlılarda, gençlerden daha fazla olduğu ve normal yaşlanmanın neden olduğu değişikliklerden daha çok patolojik değişiklikler sonucu meydana geldiği belirtilmektedir (79, 95).

Meek (2000), Arron ve arkadaşlarının, cerrahi girişimde mortalite oranlarının

- 65 yaşından küçüklerde %1,
- 65-80 yaş arası % 5-10,
- 80 yaşından büyüklerde % 10 olduğunu ve mortalitenin her 10 yılda arttığını

bildirdiğinden söz etmekte; ameliyatın ve bakımın planlanmasında, risklerin değerlendirilmesinde sadece kronolojik yaşı değil, biyolojik yaş ile birlikte fiziksel durumun da göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadırlar (136). Bu nedenle, yaşlı cerrahi hastasına bakım veren hemşirelerin, cerrahi girişim ve anesteziye bağlı olarak yaşlı hastaların komplikasyon gelişimi açısından daha fazla risk altında olduğunu, genç bir hastayı daha az etkileyebilecek bir olayın, yaşlı hastayı çok daha fazla etkileyebileceğini göz önünde bulundurması gerekmektedir.

Yaşlanma, organ ve dokularda progresif atrofi, fibrozis ve elastisite kaybıyla karakterize bir durumdur. Yaşlı hastalar fizyolojik, farmakolojik, psikolojik ve sosyal yönden genç hastalardan farklı özelliklere sahiptir (201). Evers ve arkadaşları, yaşın farklı organ ve sistemler üzerindeki etkisinin genellikle normal fonksiyonları etkilemediğini vurgulamışlardır (69). Yaşlılarda herhangi bir kronik hastalık yokken organlar bazal ihtiyaçları karşılamakta, ancak fonksiyonel rezerv kapasitelerinde azalma olmaktadır (201). Bir stres durumunda yaşlılar yeterli yanıt verememektedir. Cerrahi ve anestezi de bir stres kaynağıdır. Postoperatif morbidite ve mortaliteyi etkileyen faktörler arasında ileri yaşı da önemli olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır (201). Ancak yaşı cerrahi ve anestezi için tek başına bir kontrendikasyon olamayacağını bildiren yayınlar da mevcuttur (51,52). “American Society of Anesthesiologists (ASA)”nın sınıflamasına göre yaş, anesteziye bağlı yan etkilerin ortaya çıkmasında tek başına kuvvetli bir etken değildir. “Cerrahi ve anestezi tek başına yaşa bakılarak reddedilmemelidir” denilmektedir (51). Yaş minör bir risk faktörüdür, esas olarak yaşla birlikte ortaya çıkan yandaş hastalıklar gözden geçirilmelidir (194). Yaşlıda perioperatif morbidite ve mortaliteyi etkileyen en önemli faktör kardiyovasküler, pulmoner, endokrin ve nörolojik sistemler başta olmak üzere organ ve sistemlerden kaynaklanan yandaş hastalıklardır (161, 194).

Yeni anestezi tekniklerinin, ilaçların, anestezi eğitiminin gelişmesiyle birlikte 2000’li yıllarda anesteziye bağlı mortalite oranı 100.000 ameliyatta 1’e inmiştir (7). Buna rağmen Li ve arkadaşlarının ABD’de 1999-2005 yılları arasında anesteziye bağlı mortalite oranlarını inceledikleri çalışmada, anesteziye bağlı mortalite oranı 75 yaştan itibaren yüksek bulunmuştur (125). Leung ve arkadaşları yaşlı cerrahi hastalarda postoperatif dönemde %21 oranında ve özellikle kardiyovasküler, nörolojik veya pulmoner sistemden kaynaklanan bir veya daha fazla olumsuz sonuçla karşılaştığını bildirmişlerdir (123). Geriyatrik cerrahiyi geliştirmek için dikkatli preoperatif değerlendirme, uygun cerrahi teknik ve anestezi yöntemi önemlidir. Geriyatrik hastalarda anesteziye bağlı gelişebilecek problemleri azaltmak için preoperatif değerlendirme, cerrahi problem dışındaki yandaş dahili hastalıkların iyi değerlendirilmesi ve uygun anestezi yöntemi ve ilaçların seçilmesi önem kazanmaktadır (134). Chung ve arkadaşları (1990) yaşlı hastalarda bölgesel anestezi sonrasında genel anesteziye göre daha az postoperatif konfüzyon ve deliryum geliştiğini ifade etmişlerdir (34).

1.3 YAŞLI HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ VE AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Yaşlı hastanın ameliyat öncesi ve sonrasında hemşirelik bakımında amaç; komplikasyonları önleyerek ya da en aza indirerek hastanın sağlığını en üst düzeyde sürdürmektir. Ameliyat olacak yaşlı hasta için yapılacak iyi bir ameliyat öncesi değerlendirme ve hazırlık, cerrahi tedavinin sonucunu olumlu yönde etkilemektedir. Hasta yaşlanmaya bağlı değişikliklerin ve önerilen ameliyatın yapılacağı riskler yönünden kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir (179).

1.3.1 AMELİYAT ÖNCESİ HEMŞİRELİK BAKIMI

Cerrahi kliniklerinde uygulanan hemşirelik girişimleri temelde, hastaların planlanan ameliyata hazırlanmaları, güvenli koşullarda girişimin sürdürülmesi ve sorunsuz bir ameliyat sonrası dönemin gerçekleştirilmesine odaklanır. Ameliyat öncesi bakımın amacı, hastanın psikolojik ve fizyolojik açıdan olabileceği en iyi durumda ameliyat ile karşı karşıya gelmesini sağlamak, komplikasyon gelişmesini engelleyerek kısa sürede bulunduğu topluma üretken bir biçimde geri dönmesine yardım etmek olarak tanımlanmaktadır (4).

Yaşlı bireylerin ameliyat öncesi bakımı, yaşamın diğer dönemlerindeki bireylerin bakımından farklı olmamakla birlikte, yaşlılarda normal yaşlanma sürecinin sonucu olarak meydana gelen değişikliklerin ve bazı kronik hastalıkların bulunduğu ve homeostatik cevapta azalma olduğu dikkate alınarak bakım verilmelidir. Yaşlılarda sıklıkla görülen, kalp damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, bağışıklık sistemi yetmezliği, metabolik hızda yavaşlama, beslenme bozuklukları, anemi, dehidratasyon ve mental durum bozuklukları, ameliyatı ve iyileşmeyi tehdit edebilen sorunlardır. Yaşlanma sürecinin neden olduğu değişiklikler ve kronik hastalıklar nedeniyle, travma ve strese hızlı tepki verme

yeteneğinde azalma, ameliyat sonrası iyileşme ve rehabilitasyon süresinde uzama riski olan yaşlı bireylerin, ameliyat öncesi dönemde dikkatli bir anamnez ve fizik muayene ile değerlendirilmesi, ameliyat ve ameliyat sonrası komplikasyonları önlemek için daha hızlı tanılanması ve komplikasyon gelişimi açısından daha yakından izlenmesi önem kazanmaktadır (57,78,79,136).

Hastaların tıbbi, fonksiyonel, sosyal ve psikolojik durumunun ayrıntılı bir şekilde ele alınması, profesyonel ekip çalışmasını ve bütüncül bir yaklaşımı gerektirir. Yaşlı bireylerin ameliyat öncesi değerlendirilmesinde, önemli rol oynayan cerrahi hemşirelerinin, ameliyat ve anestezi sonrası en üst düzeyde sonuç alınmasını sağlamak için, diğer sağlık ekibi üyeleri ile koordine bir şekilde çalışmalarını gerekmektedir (57, 95, 136, 153).

Ameliyat olmak üzere cerrahi kliniğine yatırılan yaşlı hastaların tanılanması, ameliyat öncesi bakımın önemli bir aşamasıdır. Hastanın fonksiyonel sağlık durumunu, fiziksel durumunu, bağımlı ve bağımsız günlük yaşam aktivitelerini, mental durumunu ve sosyal çevresini değerlendirmeyi içeren hemşirelik tanılanması, ayrıntılı bir sorgulama ve gözlemi gerektirmektedir (61, 78, 95,136).

Meek (2000), Lusi' in ameliyat öncesi dönemde hemşirelerin, ayrıntılı bir tanılama yapması ve hastanın öyküsünü bilmesi ile ameliyat sonrası dönemde, akut konfüzyon gelişimi açısından risk altında olan hastaları belirleyebileceğini ve hastalarda gelişebilecek geçici bilişsel bozukluğun süresini azaltacak veya insidansını düşürecek girişimleri planlayabileceğini belirlediğinden söz etmektedir (136).

1.3.2 AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Diğer yaş gruplarında olduğu gibi yaşlı hastalarda da ameliyat sonrası bakımın amacı, homeostatik dengenin yeniden sağlanması, komplikasyonların önlenmesi,

komplikasyon geliştiğinde ise erken tanılanması ve yönetilmesi ve mümkün olan en kısa sürede üst düzeyde bağımsızlığına kavuşabilmesi için hastaya yardım etmek ve desteklemektir. Cerrahi hemşireleri, hastanın cerrahi girişimden en üst düzeyde yararlanabilmesi için hastalara yardımcı olmada temel rol üstlenirler (4,78, 136). Kalp-damar, solunum ve renal sistemlerde yaşlanmaya bağlı oluşan değişiklikler nedeniyle, yaşlılarda anestezi ve cerrahi girişimin stresiyle baş etmenin daha güç olabileceği ayrıca birçok kronik hastalığın bir arada bulunması nedeniyle iyileşmenin daha geç gerçekleşebileceği ve bu faktörlerin komplikasyonların gelişmesini daha olası hale getirebileceği belirtilmektedir (78,95, 136, 179).

Yaşlı hastalarda ameliyat sonrası dönemde en sık karşılaşılan sorunların;

- hipotansiyon,
- hipotermi,
- solunum sorunları,
- akut renal yetmezlik,
- deliryum (akut konfüzyon),
- sıvı elektrolit bozuklukları,
- tromboflebit ve tromboembolizm,
- beslenme değişiklikleri, olduğu ve bu sorunların yaşlı hastaların başarı ile

tedavi edilmelerini ve iyileşmelerini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (78,136, 179).

Yaşlı hastalar çoğu zaman belirtilen bu sorunların klasik belirtilerini göstermedikleri için komplikasyonlar fark edilememektedir. Örneğin: çok az ağrı veya ağrı olmadan gizli infaktlar ya da ateşin yüksek olmadığı durumlarda akut konfüzyon gelişebilmektedir. Bu nedenle, yaşlı cerrahi hastasına bakım veren hemşirelerin, yaşlanmanın normal fizyolojisini bilmesi, dikkatli olması, hastanın

durumdaki herhangi bir değişikliği not etmesi ve erken dönemde tedaviye başlayabilmek için hastanın durumundaki değişiklikleri derhal bildirmesi gerekmektedir (79,136).

Hemřireler dehidratasyon, yetersiz besin alımı ve dūřme gibi konfüzyonu kōtūleřtirecek, morbidite ve mortalite artıřına yol açabilecek sekonder komplikasyonların önlenmesi üzerine de odaklanmalı ve bakımlarını, bu komplikasyonları göz önünde bulundurarak planlamalıdır. Hemřireler, özellikle yařlılar için kōtū bir deneyim olan cerrahi giriřimin ortaya çıkarabileceęi sonuçlardan biri olan geçici biliřsel bozulmanın süresini azaltmada ve insidansını dūřürmede etkin olabilirler (136, 153).

Amerikan hemşireleri derneği (AORN) tarafından yaşlı hastaların postoperatif hemşirelik bakımına yönelik kapsamlı bir hasta değerlendirme seti yayınlanmıştır. Bu bakım setinde ameliyat olacak yaşlı hasta için yapılması gereken temel hasta değerlendirmesi ve değerlendirmeye ilişkin hemşirelik girişimleri şöyledir (58,60):

Genel

1. Hastanın mahremiyetine özen gösterilmeli
2. İyi iletişim kurulmalı
3. Isınması (özellikle ayaklarının ısınması) için fazla battaniye verilmeli
4. Solunumu, deri ısısı- rengi değerlendirilmeli
5. Ağrıya ilişkin değerlendirme yapılmalı
6. Yaşam bulguları değerlendirilmeli
7. Kardiyak risk skalası gözden geçirilmeli
8. Kronik hastalık yönünden değerlendirilmeli
9. Transportu sırasında ve dūřmelere karşı güvenlik önlemleri alınmalı

Deri

1. Tüm beden yüzeyi ezik, aşınma, kabarıklık ve bası yarası yönünden değerlendirilmeli
2. Boy ve kilosu kontrol edilmeli
3. Beslenme durumu hakkında hasta yakınlarından bilgi alınmalı
4. Ameliyatta bedenin çıkıntılı kemik yüzeylerini korumak için uygun malzemeler kullanılmalı
5. Ameliyattan sonra yaralanma ve yanık yönünden değerlendirilmeli
6. Ameliyat sonrasında bası yarası yönünden izlem sürdürülmeli
7. Bası yarası risk faktörleri gözden geçirilmeli.

Görme- İşitme

1. Gözlük ve işitme cihazı kullanma durumu hasta dosyasından kontrol edilmeli
2. İşitme güçlüğü olan hastalar sıklıkla dudakları okuduğundan hastanın karşısına geçilmeli, yavaş ve tane tane konuşulmalı
3. Söylenilenler gerekli sıklıkta tekrarlanmalı, ses tonu hastanın anlayacağı şekilde yükseltilmeli yada düşürülmeli, bağırarak konuşulmamalı.

Kavrama- Mental Durum

1. Temel kavrama durumunu belirlemek için kısa mental durum değerlendirme soru kağıdı uygulanmalı
2. Yada hastaya 3 objenin adı söylenip tekrarlaması istenmeli, birkaç dakika sonra aynı objelerin ismini tekrarlaması istenmeli
3. Hasta hatırlamıyorsa kavrama yetersizliği olduğu düşünülmeli

4. Hastanın kavraması ağrı, işitme güçlüğü, depresyon, beslenme yetersizliğinden kaynaklanabilir, hasta iyileştikçe kavraması düzelecektir.
5. İyileşmeyi engelliycek olan depresyon, akut deliryum yada diğer psikososyal sorunlar açısından değerlendirilmeli
6. Deliryumun başlıca nedenleri gözden geçirilmelidir.

Labaratuvar ve Tanı Testleri

1. Testlerde normal olmayan bulgular kayıt edilmeli ve doktora bildirilmelidir.
2. Yaşa bağlı olarak labaratuvar değerlerinde gelişebilecek değişiklikler gözden geçirilmelidir.

Kronik Hastalıklar

1. Hastanın önceden yada hastaneye kabul edildiğinde steroid tedavisi görüp görmediği belirlenmeli
2. Steroid tedavisi kullanan hastalarda gelişebilecek “ addison tipi kriz” i önlemek için hastaya ameliyatta ve ameliyattan sonra steroid verilmesi gerekebilir.
3. Bu hastaların bağışıklık tepkisi azalmış olacağından cerrahi enfeksiyon riski artar.
4. Kan glikoz düzeyi sıklıkla düzelmiştir.

Hastanın Değerlendirilmesi

1. Serebrovasküler olay: hastada kuvvet kaybı, konuşma güçlüğü yada iletişim kurma güçlüğü görülebilir.

- Hasta hareket yetisi ve ameliyatta verilecek pozisyon yönünden değerlendirilmeli
2. Parkinson hastalığı: hasta rijidite, tremor ve hareket yetisi yönünden değerlendirilmeli
- Derideki değişiklikler ve bası yaraları değerlendirilmeli
 - Hastanın aldığı ilaçlar öğrenilmeli
3. Kardiyovasküler hastalık: hastanın EKG yada ekokardiyogramı gözden geçirilmeli
- Kalp atımlarının düzenli yada düzensiz olduğu belirlenip kaydedilmeli
 - Sağlıklı yaşlılarda aritmiler sık görülür. Yaşlı bireylerde kalp hastalığı olmaksızın 4. kalp sesi duyulabilir. 3. kalp sesi normal değildir. Yaşlıların dispne ve ağrı yakınması olmaksızın miyokardiyal iskemi gelişebilir. Kan basıncı izlenmeli, hipertansif alıyorsa belirlenmelidir.
 - Kardiyak risk skalası gözden geçirilmelidir.
4. Diyabetes mellitus: hastanın kan glikoz düzeyleri gözden geçirilmelidir
- Hastanın hangi ilaçları hangi sıklıkta aldığı öğrenilmeli
 - İnsülinin ameliyatta nasıl ve hangi dozda verileceği gözden geçirilmeli
 - Hasta nöropati, derideki değişiklikler yönünden değerlendirilmeli, değişiklik varsa kaydedilmelidir.

İlaçlar

1. Hastanın reçeteli yada reçetesiz aldığı ilaçlar, bitkisel ürünler hasta ve yakınların öğrenilmeli
2. Hastanın aldığı ilaç/ ilaçlar anestezi ve pıhtılaşmayı etkileyecekse doktora bildirilmeli

3. Hastanın alkol, benzodiyazepin grubu ilaçlar ve uyku ilaçları alıp almadığı öğrenilmeli
4. Tıbbi denetim altında almıyorsa nöbetlere hatta ölüme yol açabileceğinden bu ilaçları alması önlenmeli
5. Hastanın anksiyetesi varsa kaydedilmeli, doktora bildirilmeli
6. Anksiyete planlanan ameliyata ilişkin olmasa bile giderilmeli

Fonksiyonel Durum

1. Hasta ya da ailesinden fiziksel sınırlılıkları hakkında bilgi alınmalı
2. Hastanın hareket yetisi değerlendirilmeli
3. Hastanın ADL yetisi hasta dosyasında kontrol edilmeli.
4. Hastanın ameliyat masası hazırlanırken uygun destek malzemeleri kullanılmalı.

1.4 ROPER, LOGAN VE THİRNEY'İN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ MODELİ

Hemşirelik bakımında modellerin kullanılması, hasta bakımının kalitesini yükseltmektedir. Hemşirelik modelleri, hemşirelerin insan, çevre, sağlık ve hastalık kavramlarını nasıl tanımladığını gösterir. Kavramsal hemşirelik modelleri hemşirelik aktivitelerinin organizasyonu için bir yol sağlar ve hemşirelik uygulamaları için kavramsal bir çatı oluşturur (212).

Nancy Roper, Winifred W. Logan ve Alison Tierney'de 1970'li yıllarda, hemşirelik hizmetlerinin sistematik olarak sunumu ve insanı tüm boyutları ile ele almada akılcı bir araç ya da yöntem olarak kullanılabilecek olan Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) modelini sunmuşlardır. Roper, Logan ve Tierney'in geliştirdiği model bireyin GYA'ni sistematize etme olduğundan hemşireliğin temelinde yer almaktadır (172, 212).

Oluşturulan bu model toplum sağlığı merkezleri, hastanelerde: özellikle dahiliye, cerrahi, psikiyatri, geriatri, doğum ve nöroşirurji klinikleri, diyabet kliniği, gezici sağlık ekibi hizmetleri ve bölge hemşireliği gibi 9 farklı alanda kullanılmıştır. Bu farklı 9 alandan elde edilen veriler ve hemşirelik çalışmaları, 1983 'te “ Hemşirelik Modellerinin Kullanımı” adlı kitapta yayınlanmıştır (14).

GYA modeli Virginia Henderson'un tanımladığı ve evrensel olarak kabul gören hemşirelik tanımına anlam olarak önemli ölçüde uyum/benzerlik göstermektedir. 12 ana başlık altında toplanarak sistematize edilmiştir. Bunlar; güvenli çevrenin sürdürülmesi, iletişim kurma, solunum, yeme-içme, boşaltım, bireysel temizlik ve giyinme, vücut ısısının kontrolü, hareket etme, çalışma, cinsellik, uyku ve ölüm korkusudur (14,212).

Yaşam aktiviteleri oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Aktiviteler ayrı ayrı tanımlansa da birbirinden ayrı düşünülemez ve her parça, diğer parçayla yakın ilişkilidir ve birbirinden etkilenir. Solunum aktivitesi yaşamsal öneme sahiptir ve tüm aktivitelerin temelidir. Solunum aktivitesi hariç tutulursa yaşam aktiviteleri arasında belirgin bir öncelik yoktur. Koşullara ve bireysel önceliklere bağlıdır. Her aktivitenin bir diğeriyle bağlantısı vardır. Yaşam aktivitelerini sürdürmede bireyi etkileyen fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, çevresel, politiko-ekonomik faktörlerden söz edilmektedir. Bu beş faktörün tümü birbiriyle ilişkilidir. Yaşam süresi, bağımlılık/bağımsızlık durumu ve yaşam aktivitelerinin hepsini etkiler (14, 172, 212).

GYA modelindeki “Yaşamda bireysellik” hemşirelik modelinde “bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı” olarak gösterilmektedir. Bu ise belirlenen sorunların çözümünün tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere dört aşamadan oluşan hemşirelik sürecinin kullanılması ile sağlanır.

N.Roper, W.Logan, A.Tierney'in, hemşirelik modelinin amacı, hastanın yaşam aktiviteleri ile ilgili gereksinimlerine yönelik hemşirenin başlatacağı bireyselleştirilmiş hemşirelik girişimleri için bir yapı sağlamaktır. Hemşirelik süreci uygulamasının özellikle veri toplama ve tanılama aşamasında kolaylıklar sağlamaktadır. Yaygın olarak gerçekleştirilen uygulamaların aynı amaç, inanç ve fikir birliği ile yapılmasını sağlar (14).

Yaşam modeli, birbiri ile ilişkili ve birbirini etkileyen 5 anlamlı bileşenden oluşur:

1. Günlük yaşam aktiviteleri (Bu çalışmada yaşlı hastalarda yaşam

aktiviteleri ayrıntılı olarak incelenecektir.)

2. Yaşam süresi
3. Bağımlılık/ bağımsızlık durumu
4. Yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler
5. Yaşamda bireysellik

1.4.1 YAŞAM SÜRESİ

Yaşam modelinin bir bileşenidir. Yaşam doğumla başlar, ölümle sonlanır. Birey yaşamı boyunca değişik aktivitelere sahiptir. Yaşamın her döneminde oluşan gelişmeler fiziksel, entelektüel, emosyonel ve sosyal süreçler tarafından etkilenir. Yaşam çeşitli evrelere ayrılır. Bunlar: doğum öncesi, bebeklik, çocukluk, adölesan, erişkinlik, yaşlılıktır.

Hemşirelik modelinin bu bileşeniyle ilgili olarak çalışmamızda yaşlı hastaların hemşirelik bakımı değerlendirileceğinden yaşam süresinin “ yaşlılık” dönemi” ele alınmaktadır. Yaşlılık döneminde kronik hastalıkların görülmesi, yaşlılığa bağlı fizyolojik değişikliklerin gelişmesi buna bağlı olarak yaşlılığı algılama ve entelektüel, sosyal rol ve işlevlerdeki değişimler nedeniyle bu dönemde bakım gereksinimi artmaktadır (14, 172,212).

1.4.2 BAĞIMLILIK/ BAĞIMSIZLIK DURUMU

Modelin bu parçası, yaşam süresi ve yaşam aktiviteleri ile yakından ilişkilidir. Bireyler yaşamlarının değişik evrelerinde bağımlı ya da bağımsız olabilirler. Yeni doğan bebekler hemen hemen tüm yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyar, bağımlıdır. Büyüme ile birlikte tam bağımlılık durumundan bağımsızlığa doğru geçiş vardır. Bazı doğumsal anomalilere sahip bebekler, yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde yetersizlikleri ölçüsünde tam bağımlılık durumlarını sürdürürler.

Fiziksel ya da mental yetersizlikten dolayı yaşamları boyunca bir başkasının yardım ve desteğine ihtiyaç duyarlar. Ancak birey yaşamının sonuna doğru, yaşlılık döneminde kazandığı bazı bağımsızlık durumlarını kaybedebilir (14, 172,212). Yaşlılar, kronik hastalık, kaza, ya da cerrahi girişim gibi durumlarda, bir ya da daha fazla yaşam aktivitesinde bağımlı hale gelebilir. Başka insanlara yada özel aletlere bağımlı olabilir. Yaşlıların, her bir yaşam aktivitesi için bağımlılık/ bağımsızlık durumu değişmektedir. Hemşirelik bakımında yaşlının bağımsızlık durumu değerlendirilmelidir.

YAŞAM AKTİVİTELERİ	Yaşam süresi		
	Döllenme	Doğum	Ölüm
	BAĞIMLILIK/ BAĞIMSIZLIK SÜRDÜRME		
	Tam bağımlılık	Tam bağımsızlık	
Güvenli çevre sağlama sürdürme	•		
İletişim	•		
Solunum	•		
Beslenme	•		
Boşaltım	•		
Kişisel temizlik ve giyim	•		
Vücut ısının kontrolü	•		
Hareket	•		
Çalışma ve eğlence	•		
Cinselliği tanımlama	•		
Uyku	•		
Ölüm			

Şekil I. İleri yaşlarda bağımlılık/ bağımsızlık durumu. (Velioğlu, P. (1999), Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar kitabından alınmıştır)

Tüm yaşam aktiviteleri birbiri yakın ilişkili olduğu için bağımlı/ bağımsız durumlarındaki değişiklik, diğer aktivitelerin de pek çoğunun etkilenmesine neden olur.

1.4.3 YAŞAM AKTİVİTELERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Günlük yaşam aktiviteleri modeli, yaşam aktiviteleri, yaşam süresi ve bağımlılık/ bağımsızlıkla tanımlanan üç parçalı bir model olarak ele alınabilir. Her insan ömrü boyunca çeşitli bağımsızlık seviyelerinde yaşam aktivitelerini yerine getirirse de, her birey farklılık gösterir. Çünkü yaşam aktiviteleri dini, ahlaki, felsefi, fiziksel, entelektüel, duygusal, sosyal, kültürel, ruhsal, politik ekonomik ve yasal birçok faktörden etkilenir. Bu faktörler fiziksel, psikolojik, sosyo kültürel, çevresel, politiko- ekonomik faktörler olarak 5 ana grupta toplanabilir (14, 172,212).

Yaşam aktiviteleri, yaşam süresi, bağımlı/ bağımsızlık durumu birbiri ile yakından etkileşim içinde olup, beş faktörle iç içedir (14).

1.4.3.1 Fiziksel faktörler: Bireyin fiziksel gelişimi, psikolojik, sosyo kültürel, politiko ekonomik ve çevresel faktörlerden etkilenir. Bu faktörlerin her biri birbiri ile etkileşim halindedir. İnsanın genetik yapısı, kalıtımın etkisi, dış görünümü, tüm fiziksel performansını etkiler.

İnsanın fiziksel faaliyetleri yaşına göre değişir ve bağımsızlığını etkiler. Fetus anne karnında fiziksel gelişimine başlamasına rağmen, doğduktan yıllar sonra, bağımsız duruma gelir. Bununla beraber insan yaşlandıkça da fiziksel yetenekleri ve bağımsızlığı azalır. Bu nedenle insan vücudunun fiziksel durumu, bireyin yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesinde oldukça etkilidir.

Hemşirelik modelinde hemşire insan vücudunu anatomik ve fizyolojik olarak tanırsa, hastalık, travma ve yaşlılık dönemindeki fizyolojik değişikliklerin bu durumu nasıl etkileyeceğini bilerek hemşirelik planını bu doğrultuda hazırlar (14,212).

1.4.3.2 Psikolojik faktörler: Psikolojik faktörler diğer faktörlerden ayırıldığını düşünülmemelidir. Diğer 4 faktöre bağlı olmasına rağmen modelin diğer bileşenleriyle de ilişkilidir (14,212).

Bu faktörler, yaşam boyunca etkileşim içindedir. Örneğin: entelektüel ve duygusal gelişim, bireyin bağımsızlık derecesini belirler. Böylece yaşamsal aktiviteleri etkilenir.

Psikolojik faktörlerin alt grupları:

a)Entelektüel faktörler: Kognitif gelişim yaşam aktivitelerini etkiler. İnsanlar kendisi ve çevresi hakkında bilgi edinmeye çocukken başlar. Entelektüel gelişim, çocukluk ve ergenlik çağı boyunca alınan eğitimin ve kişisel ilgilerin etkisiyle devam eden, dinamik bir süreçtir. Ergenlik çağından sonra, bireyler arasındaki farklar büyümeye başlar ve bu durum bireyin daha sonraki yaşamını, eğitimini, iş seçimini, iş yaşantısını etkiler.

Yaşlanma sürecinde entelektüel fonksiyonlar azalmaya başlar ve bu durum yaşam aktivitelerinde yetersizliklerin çıkmasına neden olur. Örneğin; duyu kaybı durumunda iletişimde güçlük yaşanabilir ve güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesinde, hafıza ve kas gücünün azalmasıyla birlikte çalışma ve eğlence yaşamı ile ilgili aktiviteler azalır ve yalnızlık başlar (14,212).

b)Duygusal faktörler: Sevgi ve ait olma isteği, kalıcı ve yakın ilişkiler kurma, özgüvenin gelişimi, acıyı algılama gibi duygusal gelişim bağımlılık/

bağımsızlık durumu ve yaşam aktiviteleri ile ilişkilidir.

Cinsel kimliğin gelişmesiyle birlikte çocuklar, cinsiyetlerine özgü davranışlar gösterirler. Ergenlik dönemindeki fiziksel değişim duygusal gelişimi de etkiler, bu dönemde aileye olan duygusal bağımlılık yavaş yavaş azalır ve adölesan çağındaki gençler bireyselliğini ve bağımsızlığını kazanmaya başlar. Bireyselliğin gelişimi, yaşam aktivitelerini etkileyen duygusal faktörlerden biridir.

Aileler duygusal gelişimde önemli bir etkiye sahiptir. Normlar, ahlaki standartlar duygusal gelişimde etkilidir. Entelektüel ve duygusal gelişim sadece aile içinde olmaz, bireyin yaşadığı kültür ve toplum, bireyin entelektüel gelişimi üzerinde etkilidir (14,212).

Yaşlı insanlar, yaşlanmanın verdiği fiziksel yetersizliklere duygusal açıdan da uyum sağlarlar. Yaşın ilerlemesi ile birlikte sosyal ilişkiler azalmaya başlar, bu azalma yalnızlık hissine neden olabilir.

1.4.3.3 Sosyo kültürel faktörler: Sosyo kültürel durum yaşamın spiritüel, manevi ve etik yönlerini tanımlar. Sağlık ve hastalıkla ilgili davranışlar üzerinde bu faktörlerin etkisi büyüktür. Sosyokültürel faktörler, fiziksel ve psikolojik faktörlerle ilişkili olup aynı zamanda çevresel ve politiko ekonomik faktörlerle ve modelin diğer parçalarıyla da ilişkilidir. Bu faktörler yaşamı, hayat boyunca etkilemekle beraber, etki düzeyi bireyin bağımsızlık seviyesine bağlıdır ve bireyselliği etkiler. Hemşirelik modelinde yaşlıları etkileyen bu faktörlerin bilinmesi yaşam aktivitelerine etkisinin değerlendirilmesi hemşirelik planının oluşturulmasında önemlidir (14,212).

1.4.3.4 Çevresel faktörler Çevresel faktörler modelin fiziksel, psikolojik,

sosyokültürel ve sosyo ekonomik tüm alanlarıyla etkilidir. Atmosfer, korunmasız deri ile temas eden içinde inorganik maddeleri barındıran, ilk akla gelen çevresel faktördür. Atmosfer, güneş ışınlarının etkisi ile bireysel temizlik ve giyim aktivitesi ile ve içindeki oksijen ve polen gibi diğer partiküller nedeniyle solunum aktivitesiyle ilgilidir. Giysiler, derinin korunmasıyla ilgili olduğu için bir diğer çevresel faktör olarak düşünülebilir. Giyinme hem beden ısısının korunması hem de sözsüz iletişimin ve kendini ifade etme biçiminin bir parasıdır. Bireysel temizlik ve giyim aktivitesi ile ilişkilidir. Güvenli bir çevrenin varlığında yaşanılan binaların özellikleri de önemlidir ve birçok günlük yaşam aktivitesini etkiler.

Sonuç olarak, içinde yaşadığımız ortamdaki tüm elemanlar çevresel faktörleri oluşturur. Her bir günlük yaşam aktivitesi ile ilişkilidir ve bu faktörlerden etkilenir. Yaşlının bakımında giyinme, barınma ve konut özelliklerinin bilinmesi, günlük yaşam aktivitelerini etkileyecek çevresel etkenlerin değerlendirilmesi, hemşirelik bakımının planlanmasında ele alınmalıdır (14,212).

1.4.3.5 Politiko ekonomik faktörler: Yaşama yansıyan siyasi ve / veya ekonomik kuralları, düzenlemeleri ve faaliyetleri kapsar. Modelin tüm parçalarıyla yakından ilişkilidir.

Her birey, üyesi olduğu devletin, yasal kurallarına uymak ve itaat etmek zorundadır. Bireyin yaşam aktiviteleri büyük oranda devletin kanunlarından etkilenir. Devlet bu kanunları sınırları içinde yaşayan herkes üzerinde uygulama gücüne sahiptir. Böylece genel anlamda devlet “ insanının yaşam aktivitelerini düzenler” denilebilir. Bu kanunlar dolaylı olarak da günlük yaşam

aktivitelerini etkiler. Devlet aynı zamanda yasal düzenlemelerin temelini oluşturan bir ekonomik sisteme bağlıdır. Ayrıca devletler sınırlar, vergiler, pazarlama, sağlık gibi düzenlemeleri yaparken birbirine bağımlıdır. Bu geniş karşılıklı bağımlılık siyasi, ekonomik ve yasal olarak bir dünya toplumu meydana getirmiştir. Ülkelerindeki yetersizlikler, sanitasyon bozukluğu, uzun çalışma saatleri, hava kirliliği gibi sorunlar insanların yaşam aktivitelerini ve yaşam sürelerini etkiler. Sağlığın korunması ve yükseltilmesi politik olarak sağlık sorumlularının görevidir. Hemşirelik modelinde bu faktörler kişilere nasıl yardım edileceğini gösterir (14,212).

1.4.4 YAŞAMDA BİREYSELLİK VE BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ HEMŞİRELİK BAKIMI

Yaşam modeli karmaşık yaşam sürecine basit bir yorum getirmeye çalışmaktadır. Günlük yaşam aktiviteleri, modelin temel parçalarıdır. Her birey bu aktiviteleri farklı biçimlerde yerine getirir. Bireysellik, modelin diğer parçalarının yaşam aktiviteleri üzerindeki etkilerinin ve bunlar arasındaki karşılıklı etkileşimin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Her bireyin yaşam aktivitelerine yansıyan bireyselliği, yaşam süreci ve bağımlılık/ bağımsızlık durumu ile belirlenir. Ayrıca çeşitli fiziksel psikolojik, sosyo kültürel, çevresel ve politiko ekonomik faktörlerle şekillenir. Her bireyin kendini ifade etme şekli farklıdır.

Yaşam modelindeki “ yaşamda bireysellik” diğer bileşenlerinin yaşam aktiviteleri üzerindeki etkilerinin, bunlar arasındaki karşılıklı etkileşimin ürünü olan eşsiz bir karışım olarak ortaya çıkar. Kişinin yaşamda bireyselliği, yaşam aktivitelerini nasıl, ne sıklıkta, nerede, ne zaman, niçin o şekilde gerçekleştiriyor, yaşam aktiviteleri hakkında ne biliyor, neye inanıyor, yaşam aktiviteleri hakkında

tutumunun ne olduğu gibi çok değişik şekillerde açıklanabilir (14,212).

Yaşam modelindeki “yaşamda bireysellik” hemşirelik modelinde “bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı” olarak gösterilmektedir. Bu ise, belirlenen sorunların çözümünün tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere dört aşamadan oluşan hemşirelik sürecinin kullanılması ile sağlanır.

Tanılama: Tanılamanın ilk bölümünde “ biyografik ve sağlık verileri” toplanır, ikinci bölümünde ise “ yaşam aktivitelerinin tanılanması” na odaklanılır. Hemşirelik modeli için yaşama aktivitelerinin kullanılması odak noktadır. Hastanın gereksinimleri yaşam aktiviteleri doğrultusunda kolayca tanımlanabilir. On iki yaşam aktivitesinin bağımlılık/ bağımsızlık durumu, etkileyen beş faktörün etkisi ve yaşlı bireyin özellikleri de dikkate alınarak değerlendirilmesi bireyin bütünlüğü içinde durumunu yansıtacaktır (14,212).

İyi bir iletişim kurularak, yaşlı hastanın bütüncü (holistik) değerlendirmesinin yapılması verilecek bakımın başarısında önemlidir. Yaşlı hastanın her bir aktiviteyi gerçekleştirme durumu ve yardım gereksinimi belirlenir. Yaşlının postürü, kullandığı yardımcı araçlar, egzersiz durumu, kas tonüsü, eklem hareketleri, basınç alanları, hareketsizliğin olumsuz etkileri, ağrı, ödem vb değerlendirilir. Yaşam aktiviteleriyle bilgi toplayarak, daha önceki alışkanlıklar, bağımsız olarak gerçekleştirebildiği ve gerçekleştiremediği aktiviteleri, yaşam aktiviteleriyle ilgili mevcut ve potansiyel problemleri belirlenecektir. Problemler belirlendikten sonra “yaşamı tehdit etme” ve “sağlığı tehdit etme” durumu da dikkate alınarak problemin önemliliğine göre öncelik sıralaması yapılır. Veriler değerlendirilir, gruplandırılır ve hemşirelik tanıları oluşturulur (14,212).

Günümüzde hemen hemen her ülke hemşirelik tanıları, hemşirelik girişimleri ve sonuçlarına ilişkin kavramları adlandırmada ortak bir terminoloji ve sınıflama sisteminin geliştirilmesi ve uygulanması üzerine çalışmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği- NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC- Nursing Intervention Classification) ve Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (NOC- Nursing Outcomes Classification) hemşirelik tanıları sınıflama sistemi, HHCC-Evde Sağlık Bakımının Sınıflanması, OMAHA Sınıflama Sistemi geliştirilmiştir. Avrupa'da ve Japonya'da bunun için kurulan örgütler vardır. ICN ise Hemşirelik Uygulamalarının Uluslar arası Sınıflandırılması (ICNP-International Classification of Nursing Practice) uygulamasını desteklemektedir (14).Bu çalışmada yaşlı bireyin bakımında karşılaşılabilecek NANDA hemşirelik tanıları her yaşam aktivitesi başlığında verilecektir.

Planlama: Hemşirelik sürecinin ikinci aşaması olan planlama da potansiyel problemleri mevcut probleme dönüşmeden önlemek, mevcut problemleri çözmek, çözülemeyenleri azaltmak ve çözülemeyen veya azaltılamayan problemlerle baş etmesine yardım etmek temel noktadır. Yaşlı bireyde belirlenen sorunların çözümüne yönelik hemşirelik bakım planı, yaşlılığa bağlı fiziksel değişikliklerin ve cerrahi girişimlerin zararlı etkilerini azaltmak, bireysel bakımını desteklemek, psikolojik iyiliği sürdürmek ve geliştirmek amacı ile hazırlanır. Hemşirelik süreci doğrultusunda her bir aktivite ile ilgili, birey ve çevresi için beklenen sonuç/hedef tanımlanır ve gerekli bakımı uygulamak için girişimleri tanımlayan bakım planını geliştirilir (14,212).

Uygulama: Uygulanacak girişimi düşünme ve karar verme açısından gereklidir. Hemşirelik uygulaması, bakım planının gerçekleştirilmesidir. Beklenen sonuca/hedefe götürecekle ve bakım planında geliştirilen hemşirelik girişimleri uygulanır. Uygulama sırasında gerektiğinde planlanmamış girişimlerde de bulunulabilir (14,212).

Değerlendirme: Değerlendirme çok önemli, güç ve karmaşık bir konudur. Basit bir ifadeyle değerlendirmenin amacı ulaşılmak istenen hedefe ulaşılıp ulaşılamadığının belirlenmesidir. Ulaşılmak istenen hedefe ulaşılıp ulaşılamadığı belirlenir, amaca ulaşılamamışsa yeniden planlama yapılmalıdır (14,212).



şekil II. Yaşam Modeline Dayalı Hemşirelik Modeli Diyagramı
(Veliöğlu, P. (1999), Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar kitabından alınmıştır)

Roper, Logan, Thirney ‘in Modelleri İçin Temel Aldıkları Hipotezler

- Yaşam aktiviteleri, sağlığın devamı için yaşamın bir karışımıdır.
- Yaşamda her bireyin katkıda bulunmasıyla yaşam aktiviteleri yürütülür.
- Birey için yaşam sürecinin bütün eserleri önemlidir.
- Yaşam çizgisinde, yetişkinlik döneminde bireyin yaşam aktiviteleri bağımsızlaşır.
- Yaşam aktivitelerinde bağımsızlık önemli olsa da bağımlı olduğunda yaşam aktivitelerinin değeri azalmaz.
- Bireyin yaşam aktivitelerini fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve politiko ekonomik faktörler etkiler.
- Bireyin yaşam aktivitelerindeki başarısı sağlık sınırları içinde dalgalanır.
- Birey hastalandığında yaşam aktiviteleri ile ilgili problemler oluşur.
- Yaşam sürecinde bireylerin çeşitli deneyimleri olur ve deneyimler yaşam aktivitelerini etkiler. Aktüel yada potansiyel problemlere neden olur.
- Hemşirenin görevi, bireyin sağlığını yükseltmek ve korumak olmalıdır. Hemşire sağlıktan sapma olduğu durumlarda karar veren ve uygulayan kişidir.
- Hemşireler, profesyonel sağlık bakım ekibinin bir parçasıdır. Hemşireler ekipte toplum sağlığının yükseltilmesi, korunması ve hastanın yararı için çalışırlar.
- Hemşireliğin esas fonksiyonları, problemlerle başa çıkmak, çözmek, hafifletmek veya yardımcı olmaktır (14).

1.4.5 ROPER, LOGAN, THİRNEY ‘İN “ HEMŞİRELİK MODELİ” VE YAŞLI HASTANIN BAKIMI

1. Günlük yaşam aktiviteleri:

Yaşam modeli yaşamın anlamını ifade eden bir modeldir. İnsanlara günlük yaşamlarını sürdürmek için yaptıkları aktiviteler sorulduğunda, yaşları ve şartlarına bakmaksızın yeme, içme, çalışma, uyuma gibi aktiviteleri ifade eder. Yaşam modelinin odak noktası olarak kullanılan yaşam aktiviteleri kavramı, modelin temel bileşenlerini oluşturur. 12 temel günlük yaşam aktivitesi vardır:

- Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi
- İletişim
- Solunum
- Beslenme
- Boşaltım
- Bireysel hijyen ve giyim
- Vücut ısısının kontrolü
- Hareket
- Çalışma ve eğlence
- Cinselliğin ifadesi
- Uyku
- Ölüm

Günlük yaşam aktiviteleri çok yönlü ve kapsamlıdır. Her bir aktivite diğerleriyle bağlantılı ve ilişkili olarak düşünülmelidir. Örn: iletişim, yemek yeme, çalışma, oynama, cinselliğin ifadesiyle ilişkilidir. Solunum tüm yaşam aktiviteleri için gereklidir (14,171, 212).

Güvenli çevrenin sürdürülmesi: Bireyin yaşayabilmesi ve yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için güvenli bir çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi gereklidir. Günlük yaşamımız içinde rutin olarak yaptığımız beslenme, uyku, ısınma gibi bazı işlemler güvenli çevreyi sürdürme aktivitesi içindedir. Örneğin beslenme için yiyeceklerin hazırlanmasında ve saklanmasıyla temizlik kurallarına dikkat edilmesi gibi.

Bazı işlemler ise yaşamın bir parçası olmakla birlikte özel bir güç ve çaba harcanarak gerçekleştirilirler. Örneğin yangından korunma, ev kazalarından korunma, halıların kaymasını önleme girişimleri güvenli çevre ile ilgili, özel çaba gerektiren girişimlerdir.

Güvenli, çevrenin sürdürülmesi, yalnızca bireysel önlemleri içermez, aynı zamanda yasal karar ve önlemleri de kapsar. Nükleer silahsızlanma vb. uygulamalar güvenli çevreyi sağlamak ve sürdürmek için yasalar, uluslararası anlaşmalar çerçevesinde uygulanan girişimlerdir.

Bilim ve teknolojiye gelişmeler çevre güvenliğini tehdit edebilir. Bugün atık sularla içme suların kirlenmesi, zehirli gazların etkisiyle ozon tabakasının delinmesi ve bunun sonucu olarak küresel ısınmanın başlaması güvenli çevreyi olumsuz etkileyen gelişmelerdir. Sonuç olarak, güvenli çevreyi sürdürme girişimleri hem bireysel hem de toplumsal alanda uygulanmalıdır ve tehdit oluşturan gelişmeler için önlem alınmalıdır (14,171, 212).

Yaşlı hastada ise; fiziksel yeterlilik/ yetersizlik durumu ile ilgili hareketliliği, mental durumla ilgili bilinç düzeyi (zamana ve kişiye oryante olma durumu) iletişim güçlükleri, duyarların azalması/ kaybının neden olduğu sorunları içerir.

Görme işitme sorunu olup olmadığı araştırılmalı, tehlike yaratan durumlar

saptanmalı, yatağa bağımlı/ hareketsiz hastalarda basınç yarası riski var ise önlemler alınmalı, lökosit değerleri düşükse enfeksiyon riski varsa, önlem alınmalı, ziyaret kısıtlaması yapılmalı hastane enfeksiyonlarından korunmalı, çevre koşulları değerlendirilmeli travma ve düşme riski açısından önlemler alınmalıdır (travma, enfeksiyon ve bası yarası oluşma riski vb.) (10, 14,171, 212).

İletişim: İnsan sosyal bir varlıktır ve yaşamının en önemli kısmını diğer insanlarla kurduğu iletişim içerir. İletişim yalnız konuşarak (verbal) ya da yazarak değil aynı zamanda beden hareketleri ve mimiklerle (non verbal) yada dokunarak da kurabilir. İletişimin bu tipi, duyguların iletilmesini sağlar. Yaşamın önemli bir boyutu ve temeli olan iletişim, insan ilişkileri ve kişiler arası ilişkilerin tüm alanlarında geçerlidir. Hasta hemşire ilişkisinin kurulmasında ve sürdürülmesinde önemli bir araçtır (14).

Kültür ise, iletişim biçiminde ve yönetiminde önemli rol oynar. Hem hemşire hem de hasta farklı kültür içinde doğup, büyümüş, yaşayan varlıklardır. Aralarındaki iletişim kültürel farklılıklardan etkilenir. İletişim yeni bir duruma, yeni bir ortama, tanımadığı insanlara, bilinmeyen işlem ve aktivitelere, rol değişimine uyumu söz konusu olan, utandıran, sıkıntı verici konulara ve teknik terimlere aşina olmayan hastada çok önemli bir aktivite niteliğini taşır (14,212).

Yaşlılarda iletişimle ilgili bağımsızlığı etkileyen faktörler; konuşma, işitme, görme, dokunma ve hissetme, beden hareketleri ve beden dili ile ilgili fiziksel durumu ve ağrı deneyimi; mental durum ve bilinç, anksiyete, korku, yalnızlık gibi psikolojik durumu; dil, vurgu, lehçe gibi konuşma biçimi ve mesleğe özgü teknik terimleri anlama durumu gibi sosyo- kültürel durumu, çevresel olarak uygun ortamda bulunması ve ekonomik durum, meslek, bireysel hakları koruyan yasalar gibi

politiko ekonomik durumdur. (sözel iletişimde yetersizlik, benlik kavramında bozulma, anksiyete, güçsüzlük, korku, ümitsizlik, yalnızlık riski, başa çıkma- etkisiz bireysel başa çıkma, aile içi süreçlerde değişim)

Yaşlı hastada fiziksel bağımlılık, tanı tedavi ve prognoz hakkında bilgi eksikliği, ölüm kaygısı, ekonomik sorunlar vb nedenlerle birtakım “ psikolojik rahatsızlıklar” meydana gelmektedir. Yaşlı hasta “ yalnızlık, çaresizlik, umutsuzluk ve değersizlik” hissedebilir ve “ depresyon” a girebilir. Bu durum bazı davranışsal değişikliklere (içe kapanma, düşmanca tutum, öfke davranışları vb.), uyku düzeninde değişiklikler ve güçlüklerle baş edebilme yeteneğinde azalma ortaya çıkabilir (10, 14,171, 212).

Solunum: Yaşamın en önemli aktivitesidir. Vücudun tüm aktiviteleri için gerekli olan oksijen solunum ile sağlanır. Oksijen her türlü canlı için gerekli bir maddedir. Diğer günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesi için solunum aktivitesinin gerçekleşmesi gerekir.

Solunum hiçbir çaba harcamadan ve farkında olmadan devam eder. Bireyin solunumunda bağımsızlığını; havayolu tıkanıklığı, yetersiz oksijen ve / veya mekanik kusur ve eksiklikler etkiler.

Yaşlı hastada solunum fonksiyonunda görev alan diyafragma ve interkostal kasların zayıflaması, akciğerlerin yeterince genişleyememesi ve etkin havalanamaması “akciğer ventilasyonunda azalma” görülür. Akciğerler ve solunum yollarında oluşan sekresyonlar atılamaz ve birikir. Sekresyonun birikmesi bakteri üremesi için zemin oluşturur. Böylece kolaylıkla solunum yolu enfeksiyonları gelişebilir.

Yaşlılarda hareketliliğin azalması ve damar tonüsünde değişime bağlı olarak

venöz kan akımında yavaşlama ve kalbin atım gücünde azalma görülür. Bu nedenle kan basıncı düşüktür. Cerrahi girişim nedeniyle hareketliliği daha da kısıtlanan yaşlılarda, uzun süreli düz yatış pozisyonunda olduğu zaman kalbin iş yükü artar. Yaşlılardaki alt ekstremitelerdeki venlerin çevresindeki kasların da pompalama özelliği azaldığından venöz staz görülebilir. Venöz staz, kanın durgunlaşması, pıhtılaşma eğilimini arttırarak trombüz oluşumuna yol açar.

Yaşlı bireylerde solunumunun desteklenmesi önemlidir. Yaşlı bireyin pozisyonunun rahat soluk alıp vermeyi/yeterli akciğer genişlemesini destekleyici olması gerekmektedir. Hastalar öksürük, balgam çıkaramama, alerji, havayolu tıkanıklığı, endişe gibi nedenlerle solunum sıkıntısı yaşayabilirler. Uygun pozisyon verme, belli aralıklarla pozisyon değişikliği, solunum ve öksürük egzersizleri, aspirasyon ve oksijen uygulama ve solunumu yani yaşamı etkileyen acil durumlarda hızlı müdahale gibi ilgili hemşirelik uygulamaları ile hasta rahatlatılır (10, 14, 45, 171, 212).

Beslenme: Solunum aktivitesi gibi, insan doğduğu andan itibaren canlılığını sürdürmek için beslenmek zorundadır. Çünkü, organların işlevlerini yapabilmesi için oksijen kadar besinlere de ihtiyaçları vardır (14). Ancak belli güdü, dürtü ve zamana bağlı olarak birey bu aktiviteyi gerçekleştirir. Yemek yeme sıklığı, yeme şekli, yiyecek ve içecek seçimi, yaş, sosyo kültürel faktörler ve ekonomik durum ile yakından ilişkilidir. Çoğu insan beslenme aktivitesinden zevk alır, fakat günümüzde çok sayıda insan bu aktivitesini yerine getiremediği için ölmektedir (212).

Yaşlının bağımsızlık durumunu; yatak içerisindeki beden pozisyonu, fiziksel engellilik durumu, solunum sıkıntısı gibi fiziksel faktörler; mental engellilik ve bilinç durumu, stres gibi psikolojik faktörler etkiler. Yaşlının bağımsızlık durumuna göre farklı düzeylerde beslenmesine yardım gerekmektedir. Bu aktivite yaşlının ailesel, kültürel veya dini olarak yiyecek ve sıvı alımı alışkanlıkları, bilgisi, yiyecek/içecek seçimi, yeme sıklığı ve zamanı, iştah değişiklikleri, yemek öncesi ve sonrası aktiviteler, ağızda yara, ağrı, yutma problemleri, bulantı, kusma gibi problemler ve ağız yolu yerine nazogastrik, gastrostomi veya intravenöz yolla beslenme gibi faktörlerden etkilenmektedir.

Yaşlı hastada; hareket kısıtlılığı veya yokluğu nedeniyle bireyin bazal metabolizma hızında yavaşlama görülür. Bunun sonucunda hücresel faaliyetler yavaşlar, yara iyileşmesi ve doku onarımı gecikir. Enerji gereksinimini de azaltacağı için besinler daha az alınır. İştahsızlık, sindirim sürecinde yavaşlama, hazımsızlık, bulantı gibi sindirim sistemine özgü rahatsızlıklar ortaya çıkabilir. Yaşlı bireyin hemşirelik bakımında ağızda yara, ağrı, dişlerin durumu, bulantı, kusma, yutma güçlüğü, ağız yolu ile beslenememe gibi beslenmeyi güçleştiren durumlarda beslenmeye yardımcı olunmalıdır. Düzenli iştah ve kilo kontrolü gerçekleştirilerek,

günlük yeterli sıvı ve besin alımı, önerilen diyetine uygunluğu sağlanmalıdır (10, 14, 45, 171, 212).

Boşaltım: İdrar ve feçes boşaltımı farklı sistemlerde oluşturulmalarına rağmen, ikisi için de boşaltım terimi kullanılır. Yaşam aktiviteleri çerçevesinde bunların birbirinden ayrılması mümkün değildir. Yaşamın ilk yıllarında kazanılan ve refleks olarak oluşan bu durum, aslında bağımsız ve kontrollü bir aktivitedir (14, 212).

Boşaltım, yeme içme gibi gerekli bir günlük yaşam aktivitesidir. Ancak boşaltım, mahremiyet gerektiren ve bireysel bir aktivitedir. Hastalık sonucu oluşabilecek yetersizlikler bağımsızlık durumunu etkiler ve mahremiyetin korunması güçleşir. Birey bir başkasının ya da aracın (mesane kateteri gibi) yada hemşirenin yardımına gereksinim duyabilir. Boşaltım istemli olarak kontrol edilebilen /bağımsız, çok özel ve gizlilik gerektiren bir aktivitedir. Boşaltım aktivitesine ilişkin hemşirelik faaliyetleri bireyin bağımlılık düzeyine göre var olan ya da gelişebilecek sorunun önlenmesi amacı ile planlanmaktadır. Yaşlı hasta değerlendirilirken; üriner ve bağırsak boşaltım alışkanlığı ve değişiklikleri, idrar ve gaitanın görünüş, sıklık ve miktarında son zamanlardaki değişiklikler, boşaltım için yapılan üriner kateterizasyon, ürostomi, ileostomi, kolostomi gibi girişimler, boşaltım sırasında ağrı, diyare, konstipasyon, flatulans (gaz birikimi), inkontinans gibi durumlar göz önüne alınır.

Yaşlı hastada hareketsizliğin boşaltım sistemine de olumsuz etkileri vardır. Fiziksel hareket azaldıkça boşaltımda da bağımlılık artar. Bireyin hareket aktivitesinde bağımlılık durumu /sınırlı hareketi başlı başına bu aktivite için bireyin bağımsızlığını etkiler. Oryantasyon bozukluğu, bilinç kaybı, endişe, stres ve

depresyon da boşaltım aktivitesindeki bağımsızlığı etkileyen faktörlerdendir.

Yaşlıda hareket aktivitesinde bağımlılığın üriner boşaltımla ilgili etkisi “üriner staz” meydana gelmesidir. Böbrekler ve idrar yollarında idrarın birikmesi ve yoğunlaşmasına, idrar akışında tıkanıklık ve enfeksiyona, kandaki kalsiyumun çökmesine ve taş oluşumuna yol açabilmektedir. Sırtüstü pozisyonda yatma da idrarın yerçekimiyle mesaneye geçişini engeller. Üriner boşaltım uygulamalarında normal miksiyonu desteklemek, enfeksiyonu önlemek, cilt bütünlüğünü sürdürmek önemlidir.

Yaşlı hastada; bağırsak boşaltımında en önemli etki “konstipasyon”dur. En sık görülen sorunlardan biri olan konstipasyon, sıklıkla abdominal ve perineal kaslarda ve sindirim sürecindeki yavaşlamaya bağlı olarak gelişmektedir. Kaslarda güçsüzlük de konstipasyon nedenidir. Konstipasyona ilişkin hemşirelik uygulamalarında düzenli bağırsak alışkanlığını sürdürmek için hasta ve ailesinin konstipasyon, konstipasyonun komplikasyonu olan “fokal tıkaç” için önlemler alınmalı ve eğitimi sağlanmalıdır.

Spinal kord travması, tümör yada enfeksiyon sonucu uyarıların iletiminde bozukluk olması nedeniyle inkontinans ortaya çıkabilir. Üriner ya da bağırsak inkontinansı olan hastanın bakımında en önemli sorun perine bölgesinde deri bütünlüğünün bozulması ve enfeksiyon riskidir. İnkontinans durumunda enfeksiyon belirtileri ve cilt bütünlüğünü sürdürmek konularında hasta ve ailesinin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor olarak eğitimi sağlanır. Kas-sinir kontrolünü kaybetmemiş inkontinansı olan hastalarda barsak eğitimi, kas güçlendirici egzersizler uygulanan bir girişimdir.

Boşaltım alışkanlığını etkileyebilen ve değiştiren durumlar hemşire tarafından

saptanmalı ve sorun yaratabilecek durumlar için gerekli önlemler alınmalıdır. Gizli ve özel/mahrem bir alışkanlık olması nedeniyle boşaltımda, hemşirenin hastaya yaklaşım gizliliğe saygılı biçimde olmalıdır (10, 14, 45, 171, 212).

Bireysel temizlik ve hijyen: Temizlik ve giyim, kültürel ve ekonomik yapıdan etkilenen, bireysel alışkanlıklarla ilgili, farklı standartlara ve normlara sahip bir aktivitedir (14). Bireylerin iyi ve temiz görünümde olmasının kendi özgüvenleri ve sosyal sorumlulukları açısından büyük önemi vardır. Kişisel temizlik aktivitesi kapsamında birey, deri eklerinin (saç, tırnak) temizliği ve bakımı ile ağız ve diş bakımını uygular. Giyinme aktivitesi ise, bedensel korunmanın yanı sıra kültürel, geleneksel, seksüel ifadeyi yansıtır. Ayrıca sözsüz iletişim yollarından birini oluşturur (212). Birey yetersizlik ya da bilgisizlik nedeni ile bu aktivitelerini yerine getiremiyorsa bir başkasının yardım ve desteğine ihtiyaç duyar. Yani bu aktivitelerde bağımsız değildir (14).

Yaşlı hastalarda hareket kısıtlaması/sınırlılığı, kol veya bacak yokluğu, istemsiz hareketler, duyu hasarı, bilinçsizlik, psikolojik rahatsızlıklar veya hastalığa özgü olarak kişisel temizlik ve giyimde bağımlılık değişik düzeylerde artar. Hastanede yatmaya bağlı olarak her zamanki alışkanlıklarda zorunlu bir değişim söz konusudur. Mahremiyet/gizlilik kaybedilir ve karar alma azalır (10, 14, 45, 171, 212).

Yaşlı hastada; kişisel temizlik ve giyinme alışkanlığının yeterli ve sağlıklı olup olmadığını ve yardım gereksinimleri değerlendirilir. Yetersiz veya yanlış alışkanlıklarda, bireyin gereksinimi doğrultusunda yardım edilmelidir. Kendini temiz ve rahat hissetmesi ve cildinin sağlığının korunması için cildin özelliği, vücut/beden temizliği/banyo, giyim hijyeni, saç banyosu, ayak ve tırnak bakımı ve diğer uygulamalar günlük bakımında mutlaka yer almalıdır (10, 14, 45, 171, 212).

Uzun ya da kısa sürelerle hareket aktivitesinde bağımlı kalan yaşlı hastalarda ortaya çıkan önemli sorunlardan birisi bası yaralarıdır. Bası yarası; cilt üzerinde özellikle kemik çıkıntılarının fazla olduğu bölgelerde kızarıklık, soyulma ya da çeşitli nedenlerle dokunun bası altında kalarak dolaşımın engellenmesi, hücrelerin gerekli oksijen ve besin maddelerini alamamalarıdır. Bası yaralarının esas nedeni bası ve basıya maruz kalma süresi olarak görülmektedir. Nem, sürtünme, hareket, beslenme, anemi, enfeksiyon gibi başka faktörlerde etkilidir. Aslında önlenabilir bir komplikasyon olmasına karşın, hastanın primer sorununa yoğunlaşmış olan tedavi ekibinin ve hastanın sıklıkla gözünden kaçır ve hemen hemen bütün felçli hastalarda en azından bir dönem ortaya çıkar. Bası yaralarının, tedavisi son derece güçtür ve hastanın yaşam süresini ve kalitesini olumsuz etkiler. Her biri bir diğeri kadar önemli olan bu önlemler, cilt bakımı, aktif pasif egzersizler, koruyucu pozisyonlardır. Bu önlemlerden kişisel temizlik ve giyim aktivitesi ile ilgili olanı “cilt bakımı”dır. Bası yaralarının gelişiminin önlenmesinde oluşacak basının engellenmesinin veya hareketin artırılarak basının engel olduğu dolaşımın sağlanmasının yanında cilt temizliği ve bakımının da önemi büyüktür. Ciltte basınç bölgelerinin gözlenmelidir. Basınç bölgelerinin etrafına masaj yapılmalıdır. Yatak takımları temiz, kuru ve gergin olmalıdır. Cilt temiz tutulmalı, ıslak bırakılmamalıdır. Yaşlı hastanın bakımında cildin özelliği, bası alanları, mukozalarda ülserasyon değerlendirildikten sonra, bireyin gereksinimi doğrultusunda yardım ve bakım sağlanmalıdır (10, 14, 45, 58, 212).

Beden ısısının kontrolü: Sağlıklı bir erişkin dış çevre ısısından fazla etkilenmeksizin beden ısını belli bir düzeyde tutar. Vücut sıcaklığını kontrol edebilme yeteneği, dış ortamın sıcak soğuk olmasından, gelişim dönemindeki

fizyolojik farklılıklardan etkilenir.

Beden ısısının normal sınırlarda tutulması birçok biyolojik olayın gerçekleşmesi ile mümkündür. Bu, canlı organizma için önemlidir. Dokular aşırı sıcak ve soğuğa uzun süre dayanamaz. Doku travması ya da ölüm meydana gelebilir (212).

İnsanlar, aşırı sıcak veya soğuktan bilinçli olarak yaptıkları aktivitelerle korunabilirler. Korunmak için, ortam ısısı kadar giyinme de önemlidir. Bu nedenle beden ısınsın kontrolü aktivitesi hem güvenli çevre hem de bireysel temizlik ve giyim aktivitesi ile yakından ilişkilidir (14).

Yaşlı hastada; beden ısını normal sınırları içinde sürdürebilmek için; oda ısını ayarlama, havalandırma, giysi türü ve sayısının seçimi, fiziksel aktivite durumunu belirleme gibi konularda yardıma ihtiyacı vardır. Beden ısını normal sınırlarda tutabilmesi, çoğunlukla hemşirelik girişimleri ile mümkündür. Hemşire, hastasının uygun giyimi, ünitesinin ısıtılması, serinletmek için havalandırılması ile ilgilenmenin yanı sıra, beden ısı ölçümlerini ve gözlemlerini yapıp, gereksinimlerini saptayarak, bu aktiviteye ilişkin sorunlara yönelik bakımvermeli, hastanın uygun giyimini sağlayarak, üşütmemeye özen göstermeli, terleme, hipotermi veya hipertermi durumlarında uygun girişimleri planlamalıdır (10, 14, 45, 58, 212).

Hareket: İnsanın günlük yaşam aktiviteleri içinde yaşam modelini tanımlayan öğelerden biri olan hareketin bağımsızlıkla yakından ilişkili olması nedeniyle büyük önemi vardır (14).

Hareket fiziksel, ruhsal, sosyal sorunlardan dolayı sınırlandırılabilir. Bedende bulunan büyük kas gruplarının oturma, kalkma, yürüme, koşma gibi, küçük kas

gruplarının ise yüz ifadesi ve el hareketlerini sağladıkları kasların aktiviteleri kısıtlanabilir. Nefes alma, beslenme, boşaltım, çalışma eğlence ve diğer aktiviteler hareketle ilgilidir (212).

Yaş, hastalık durumu, geçirilen ameliyatlar, kazalar bağımsız olarak yapılan hareketleri sınırlandırabilir. Birey, koltuk değneği, tekerlekli iskemle gibi yardımcı araçların ya da bir başkasının yardımına gereksinim duyabilir (14).

Yaşlı hastada; hareketsizliğin kas-iskelet sistemi üzerine de ciddi olumsuz etkileri olmaktadır. Bir kasın sağlıklı kalabilmesi için, gün içinde normal kasılmalarını yapması gerekir. Hareketsizlik kas faaliyetini yavaşlatır. Hareket aktivitesinde bağımlılıkta, kas grupları hareketsiz kaldığı veya çok zayıf kasılmalar için kullanıldığı için çalışmayan kasın tonüsü azalması “hipotoni” ve kaybı “atoni” görülür. Kas lifleri kısalarak kas hacminde de “atrofi” denilen kayıplar olur. Bir kasın bir iki ay gibi kısa bir süre kullanılmaması, hacminin %50’sinin kaybıyla sonlanabilir. Kas atrofisi ölçülebilir ve gözlenebilir bir sonuçtur (58).

Eklem kendi hareket sınırları içinde hareket ederken, bağ dokusu tekrarlayan gerilmelerle esnek tutulur. Bir eklem hiç hareket etmediğinde ya da maksimum hareket sınırlarına ulaşmadığında, bağ dokusu gittikçe sertleşir ve fibrotik hale gelir. Bu süreç hareketsizliğin beşinci günü gibi, erken bir dönemde başlar ve eklem hareket sınırlarını gittikçe daraltarak, eklemi tamamen hareketsiz hale getirene kadar devam eder. Kas atrofisi, eklemlerin çevresindeki kas liflerinde meydana geldiği zaman, eklem hareketini de kısıtlar. Bunun sonucunda eklem bölgesinde bulunan ligamentlerde kısalma olur. “Kontraktür” adı verilen bu durum, genellikle kalıcı olur. Bu tür kontraktürler, dirsek, diz eklemi, el bileği kontraktürleri ve ayak bileğinde gelişebilen ayak düşmeleridir. Ekstremitesi uzun süre alçıda kalan bireyler gibi

hareket aktivitesinde bağımlı hastalarda sıklıkla görülür. Hareketsiz yaşlı hastalarda, kas iskelet sisteminde gelişebilecek başka rahatsızlıklar da vardır. Hareketsizlik ve güç istemeyen aktiviteler kemiklerde resorbsiyonunu artırır. Ağırlık taşımadıkları için kemiklerden aşırı derecede kalsiyum kaybı “kemiklerde demineralizasyon” olur ve bir kaç gün içinde “osteoporoz” gelişmeye başlar. Bunun sonunda kemiğin dış kuvvetlere direncini düşerek kemik kırılmaları, kifoz ve dolaşıma fazla miktarda geçen kalsiyuma bağlı olarak da böbrek taşı oluşumu komplikasyonları görülebilir (10, 14, 45, 58, 212).

Uzun ya da kısa sürelerle hareket aktivitesinde bağımlı kalan yaşlı hastalarda ortaya çıkabilen önemli sorunlardan birisi de bası yaraları olduğu belirtilmişti. Bası yaralarının, %10'unun mobilize hastalarda, %53'ünün yatağa bağımlı hastalarda, %37'sinin ise tekerlekli iskemle kullananlarda geliştiği gözlenmektedir. Görüldüğü gibi hareket ile yakından ilişkilidir. Bası yaralarının esas nedeni bası ve basıya maruz kalma süresi olarak görülmektedir. Nem, sürtünme, hareket, beslenme, anemi, enfeksiyon gibi başka faktörlerde etkilidir (10, 14, 45, 58, 212).

Vücudun pozisyonuna göre, bası altında kalan bölge değişir. Yatakta uygun olmayan yatma pozisyonları nedeniyle, özellikle kemik çıkıntılarının olduğu bölgelerde, deri ve kaslardaki sinirler zedelenebilir. Genellikle bir bölgedeki dokunun dolaşımı yavaşladığı zaman 1-2 saat içinde patolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yerel doku iskemisine bağlı olarak, hücre yıkımıyla oluşan yatak yaralarında deri, deri altı, kas ve kemik dokuları, kas işlevleri ve sinir uyarımı etkilenir. Hareketsizlikten dolayı kas-iskelet sisteminde meydana gelen işlev kayıpları ve deformitelerin düzeltilmesi çok zaman alır, çok emek gerektirir ve maliyeti yüksektir. İyileşme her zaman tam olarak sağlanamaz. Sorunlar oluşmadan

önce basit önlemler almak daha kolaydır Bası yaraları için cilt bakımının yanı sıra hareket aktivitesi ile ilgili olanlar aktif pasif egzersizler ve koruyucu yatış pozisyonlarıdır. Hareket aktivitesinde bağımlı hastanın bakımında basıncın azaltılması için uygun sürelerde pozisyon değişikliği yapılmalıdır. Bası bölgeleri gözlenmelidir. Pozisyona göre uygun vücut bölümleri desteklenmelidir. Yüksek risk durumunda basıyı önleyici mekanik araçlar hava-su yatakları gibi mekanik önlemler (hava-su yatakları, yastıklar, torakanter ruloları, hastayı döndürmeyi kolaylaştırıcı mekanizmaya sahip yatak, aletler) kullanılmalıdır. Hasta ve ailesinin bu konuda eğitimi de önemlidir (10, 14, 45, 58, 212).

Kas-iskelet sistemi ile ilgili olarak hastalara aktif ve/veya pasif eklem hareketleri yapılmalıdır. Hastanın yatak içinde pozisyon değişimi, oturtma, tekerli sandalyeye alma, ayağa kaldırma, yürütme gibi uygulamalarla mobilizasyonu sağlanmalıdır. Hareket aktivitesinde bağımlı bireyde hareketsizliğin oluşturduğu sorunların önlenmesinde özellikle pasif egzersizlerin yapılması ciddi komplikasyonların gelişimini önler. Aktif ve pasif egzersizlerle ROM (Range of Motion) - Eklem Hareket Açıklığı egzersizleri dediğimiz eklem kendi hareket sınırları içinde, mümkün olan her yönde hareketi sağlanmalıdır (14,45,58,212).

Çalışma ve eğlence: İnsanlar uyku dışındaki zamanlarda çalışır ve eğlenirler. Yetişkinlerin bir çoğu, çalışarak elde ettikleri kazançlarını, temel harcamalardan sonra, boş zamanlarını değerlendirdikleri, aktivitelere harcarlar. İş ve eğlence aktiviteleri, sosyo kültürel yapının etkisi ile bireysel farklılıklar gösterir (14).

Çalışma ve eğlenme bireyin sağlığı üzerinde pozitif ve negatif etkiler gösterebilir. Çünkü her ikisi de fiziksel ve mental aktiviteleri kapsar. Çalışma gücünde azalma ve yetersiz eğlence, fiziksel ve ruhsal bozukluklara neden olabilir.

Yaşlılık, işsizlik ya da emeklilik gibi durumlarda bireyler kendilerini yetersiz, işe yaramaz ve güçsüz hissedebilirler. Bu duyguların farkında olmak, yardım uygulamalarının belirlenmesinde yol gösterir (14,212).

Bu aktivitede bireyin bağımsızlığı, fiziksel yetersizlik, mental hastalık veya engellilik, duyu azalması/kaybına bağlı olarak etkilenir. Yaşlı bireyde hastane ortamında olma, günlük alışkanlıkların değişimi, aile, iş veya sosyal gruplardan ayrı kalma nedeniyle bu aktivitede değişiklik meydana gelir (14,171,212).

Sağlıklı ve erişkin bir kişi, yaşamında ya geçimini sağlamak veya zamanını değerlendirmek ya da eğlenmek amacı ile bir uğraş edinir ve çalışır. Uğraş verdiği alan kişinin geçimini yeterince sağlamakta ise geride kalan zamanını, kendisine zevk verecek türde bir aktivite seçerek değerlendirebilir. Yapılan bu seçim kişinin, kişiliğine, ruhsal ve sosyokültürel durumuna göre değişebilir. Ancak genelde kişinin sosyal bir gruba ait olma, müdahale etme ve başarılı olma duyguları da böylece doyuma ulaşır, onu rahatlatır (14,171,212).

Yaşlı bireyin bu tür bir uğraşının olmaması, sonuçta fiziksel ya da ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Hasta kişide bu aktiviteyle ilgili bilgileri elde eden hemşire, gerekli yardımcı girişimleri uygulamaya koymalıdır. Bakım verilen bireyin çalışma durumu, gelir durumu, boş zamanları değerlendirme ve hobileri değerlendirilir. Mevcut durumun bireyin çalışma ve eğlence aktivitesine etkisi belirlenir ve gerekli girişimlerde bulunulur. Uzun zaman hareket aktivitesinde bağımlı kalan yaşlı bireylerde letarji, ve depresyon görülebilir. Yalnızlık duygusu baskındır, hastalar işlerini kaybetme korkusu, ailesini, mali durumunu düşünme nedeni ile akut anksiyete ve uykusuzluk yaşarlar. Yaşlı hastayı mümkün olduğunca kendi bakımı ile ilgili kararlara dâhil ederek, endişelerini açıklamasına izin vererek

desteklemek, dış dünya ile ilişkisini sürdürmek yararlı hemşirelik faaliyetlerindendir (14,45,58).

Cinselliğin ifadesi: Erişkin iki ayrı cinsten bireyin iletişim yollarından biri olan cinsellik, kadın ve erkeğin davranışlarında önemli bir etkidir. Çünkü kadın ve erkek yalnızca bedensel bilincini oluşturan fiziksel görünümü ile değil, giyim tarzı makyajı, aile ve sosyal çevredeki ilişki ve riskleri, iş ve eğlence türlerindeki seçimleriyle farklılıklar gösterir (212). Yetişkin ilişkilerinde önemli bir konu olan cinsel ilişki yanında kadın ve erkek cinsiyeti ve beden imajı da cinselliğin ifadesinde önemli etkiye sahiptir. Geçirilen ameliyatlar ve hastalıklar sonucu vücut görünümünde meydana gelen değişiklikler, büyüklüğü ne olursa olsun, bireyin beden imajı algısını olumsuz etkiler. Hatta bazı rollerini sınırlandırabilir (14).

Erişkin ve sağlıklı kadın ve erkekte cinsellik; yalnızca insan neslinin sürdürülmesi için var olan bir aktivite değildir. Cinsellik iki ayrı cinsten bireyin kişilik, davranış ve rollerinin oluşumunda da önemli etmenlerdir. Kadın ve erkek farklılığı; beden bilincini oluşturan, anatomik yapı, görünüm ve fiziksel güç farklılığının yanı sıra, giyim, ilişki, çalışma ve eğlence gibi aktivitelerin seçiminde yani yaşam tarzında da gözlemlenir. Hastaneye yatmayla bireyin cinsel yaşamı çevreye bağlı olarak değişir. Bunun yanı sıra cinselliği ifade etme aktivitesindeki bağımsızlık, fiziksel yetersizlikten, diyabet, inkontinans ya da cinsel organların ameliyatı/tedavisinden, fiziksel görünümü bozan işlemlerden etkilenir (14,171,212).

Cinsel sağlık; cinselliğin bedensel, emosyonel, entelektüel ve sosyal yönlerinin kişiliği, iletişimi ve sevgiyi güçlendiren, zenginleştiren bir şekilde bütünleşmesidir. Her iki cinsiyette de, beden bilinci bazı organ ve uzuv kayıpları (kadında; özellikle cinsellik simgeleri olan saç, meme, uterus, erkekte ise; prostat, organ

amputasyonları) ile olumsuz yönde etkilenir. Bu tür olumsuz deneyimleri yaşayan kadın/erkek hastalarda hemşire, kayıplarla baş etme mekanizmasını bu kişilere öğretmelidir (14,212).

Beden imajı, cinselliği algılama, cinsel hijyen ve mevcut durumun cinselliği ifade etme aktivitesine etkisi değerlendirilmelidir. Sadece hastanın saçının taranması ya da tıraş olmasının bile kişinin cinsel kimliğini algılama ve öz saygıya etkisi vardır (14).

Uyku: Canlıların tümü için bir yaşam aktivitesidir. Uyku tüm sağlıklı insanlar için geçerli olup, birey günün 24 saatinin bir kısmını uyanık bir kısmını uykuda geçirir. Uyku zamanı ve süresi bireyden bireye farklılık gösterir. Erişkin birey tüm yaşamının 1/3 ni uykuda geçirir. Uyku, günlük yaşamın baskılarından uzaklaşmayı ve dinlenmeyi sağlaması, insanın gevşemesini kolaylaştırması, uyku sürecinde hücrelerin büyüme ve yenilenmesinin gerçekleşmesi için gereklidir. Yetersiz uyuma durumunda çeşitli hastalık belirtileri ortaya çıkabilir. Bireyin uyku alışkanlığı, uykuya yardımcı uygulamalar, olumsuz etkileyen faktörler değerlendirilerek, gerekli yardım girişimleri planlanmalıdır (14,171,212).

Yaşlı hastada; uyku ve dinlenme durumu, alışık olduğu yatağının dışında hastane yatağında yatma, ısı, ışık, gürültü gibi faktörleri tam olarak kontrol edemediği hastane ortamında bulunma, yatış pozisyonunda değişim, uyku öncesi gerçekleştirdiği rutin alışkanlıklarının değişimi ve uyku saatleri ve düzeninin hastaneye uydurulmasından etkilenir (14,45,58,60).

Zaman ve süre açısından farklı olmasına karşın tüm canlılarda var olan uyku aktivitesi sağlıklı insanlarda günün 24 saatinde uyanıklık ve uykudan oluşan bir zamanlama ritmi ile faaliyet gösterir. Bireyde yaş ilerledikçe günlük uyku süresi

giderek azalır ve erişkin döneminde bu süre günün 1/3'ü kadar iner. Uyku esnasında bedende biyolojik süreç, aktif olarak devam eder ve hücreler büyüme ve yenilenmeyi sürdürür. Günlük yaşamda oluşan stres, isteklerin baskısından kurtulma ve baş etme de uykuda sağlanmış olur. Yetersiz uyku durumunda, kişide huzursuzluk, stres ve uyku bozukluklarının neden olduğu çeşitli hastalıklar ortaya çıkar. Bu nedenle, kişinin uyku alışkanlığı; uyku ortamı, yaşamdaki değişimleri gibi uykuyu etkileyen faktörler göz önüne alınarak değerlendirilmelidir (14,171,212).

Uyku ve dinlenme sağlık ve güç kazanmak için çok önemlidir. Hastanın uykuya dalmada güçlüğü, uyku saatleri, istirahat süresi, uykuya eğilim, uyumada kullandığı yöntemler değerlendirilir. Hemşire, hastasının uyku alışkanlığını değerlendirip uykuyu engelleyen durumları, sorunları saptayıp uygun hemşirelik girişimleri ile bu alışkanlığını sağlıklı biçimde sürdürebilmesi ve genel durumunu olumlu yönde etkilemesi için çaba harcamalıdır (14).

Ölüm: Ölüm yaşam sürecinin sonunu ifade eder. Ölüm kavramının yaşam aktiviteleri içinde yer alması ölme süreci ile ilgilidir. Bireyin günlük yaşamında tüm yaşam aktivitelerinin etkilendiği ve giderek sona erdiği bir durumdur (14,171,212). Ölüm süreci, tüm yaşam aktivitelerini etkileyen, giderek yaşamı sonlandıran noktayı oluşturur. Kimi görüşe göre doğumla başlayan ölüm olayı bazılarının yaşamını gölgelerken bazılarına da özel bir anlam kazandırmaktadır. Farklı kültür ve toplumlar ölümü farklı algılamaktadırlar (14).

Ölümü yaklaşan bir kişiye ve ailesine, fiziksel ve duygusal desteği sağlanmalı, ölümcül hastanın bakımı için aile bireylerinin inancı, isteği doğrultusunda hastaya katkılarını kabul edilmelidir. Yaşlı bireyin terminal dönem gereksinimleri, sosyal destekleri, hasta ve ailenin yaşam ve ölüm ile ilgili inançları, ağrı, şok, inkâr,

kızgınlık, pazarlık ve depresyon, kabullenme durumu değerlendirilir. Bu aşamada hastanın fiziksel ve ruhsal gereksinimleri karşılanmaya özen gösterilir (14,171,212).

Yaşam modelinde aktiviteler ayrı ayrı tanımlansa da birbirinden ayrı düşünülemez ve her aktivite, diğer aktivite ile yakın ilişkilidir ve onlardan etkilenir (14,171,212).

1.5 ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, ameliyat öncesi dönemdeki yaşlı hastaları değerlendirebilmek için, “Roper, Logan ve Tierney’ in Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli doğrultusunda “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu”nun geliştirilmesi ve bu formun yaşlı hastalarda hemşirelik bakımına etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

1.6 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Günümüzde, yaşam süresindeki uzama ve cerrahi ile anestezi alanındaki gelişmelere paralel olarak ameliyat olan yaşlı birey sayısı da artmaktadır (124, 205).

Yaşlı hastanın ameliyat öncesi- sırası- sonrası hemşirelik bakımında amaç; ameliyat öncesi- sırası- sonrası komplikasyonları önleyerek ya da en aza indirerek yaşlının sağlığını en üst düzeyde sürdürmektir. Ameliyat olacak yaşlı hasta için yapılacak iyi bir ameliyat öncesi değerlendirme ve hazırlık, cerrahi tedavinin sonucunu olumlu yönde etkilemektedir. Ameliyat olacak yaşlı hastaya ameliyat öncesi ve sonrasında kapsamlı bir değerlendirmeyi esas alan, yaşlı bireye özel gereksinimleri doğrultusunda planlanmış, etkin bir hemşirelik bakımının uygulanmasıyla komplikasyonların gelişimi önlenabilir, hastanede kalış süresi azalır ve iyileşme, fonksiyon kaybı gelişmeksizin daha kısa sürede gerçekleşir (45,58,59,60).

Hemşirelik bakımında modellerin kullanılması, hasta bakımının kalitesini yükseltmektedir. Hemşirelik modelleri, hemşirelerin insan, çevre, sağlık ve hastalık kavramlarını nasıl tanımladığını göstermektedir. Kavramsal hemşirelik modelleri hemşirelik aktivitelerinin organizasyonu için bir yol sağlar ve hemşirelik uygulamaları için kavramsal bir çatı oluşturmaktadır (212).

Ülkemizde cerrahi girişim geçirecek olan yaşlı bireyin değerlendirmesine

ilişkin, hemşirenin kullanabileceği özel bir form bulunmamaktadır. Hemşirelerin ameliyat olacak yaşlı bireylerin sorunlarının saptanmasında rehberlik edecek, hemşirelik sürecinin ve tanıların yeterli düzeyde kullanılmasına olanak sağlayan, yaşlı değerlendirme formlarının geliştirilmesine gereksinim duyulmaktadır. Roper, Logan Ve Thirney'in Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli kullanılarak hazırlanan “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu”nun, cerrahi hemşirelerinin yaşlı hastaları ameliyat öncesi dönemde kapsamlı bir değerlendirme yapabileceği, yaşlı bireye özel gereksinimleri doğrultusunda planlanmış, etkili ve kaliteli bir bakım sunmasını sağlayacak bir değerlendirme aracı olacağı, böylelikle yaşlı hastaların yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikleri, kronik /yandaş hastalıklarının yanı sıra, morbidite ya da mortalite nedeni olarak görülen cerrahi girişimlerin olumsuz etkilerinden korunarak, fonksiyon kaybı ve komplikasyonlar gelişmeden hastaneden taburcu olabileceği ve cerrahi girişimin yaşlı hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilenmesinin önleneceği düşünülmektedir.

1.7. HİPOTEZLER

H₀: Hemşireler için geliştirilen “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu”, cerrahi süreçten daha fazla etkilenecek riskli hastaları, ameliyat öncesi dönemde belirlemede, etkili değildir.

H₁: Hemşireler için geliştirilen “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu”, cerrahi süreçten daha fazla etkilenecek riskli hastaları, ameliyat öncesi dönemde belirlemede, etkilidir.

H₂: “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile belirlenen daha riskli yaşlı hastalara, gereksinimleri doğrultusunda, yaşlıya özel planlanmış hemşirelik bakımı uygulanarak, ameliyat sonrası komplikasyonlar önenebilir.

H₃: “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu”, ameliyat olacak yaşlı hastalarda komplikasyon risklerinin ameliyat öncesi dönemde saptanmasında ve belirlenen hemşirelik tanıları ile ameliyat sonrası komplikasyon gelişmesini önlemeye yönelik, kaliteli hemşirelik bakımının sağlanmasında etkilidir.

1.8 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

1. Araştırmada geliştirilen yaşlı hasta değerlendirme formunun uygulanacağı gruplar;

- Türkçe anlayan ve iletişim kurabilen,
- Depresyon dışında herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almayan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve kendilerinden yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınan,
- 65 yaş ve üzerinde olan hastalarla sınırlıdır,

2. Araştırma Manisa İli Sağlık Müdürlüğüne bağlı merkezdeki devlet hastanelerinin ve üniversite hastanesinin cerrahi servisleriyle sınırlıdır.

3. Planlı ameliyat olmak üzere yatırılan hastalarla sınırlıdır.

1.9 ARAŞTIRMAYA ALINMA ÖLÇÜTLERİ

1. Türkçe anlayan ve iletişim kurabilen,
2. Depresyon dışında herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almayan,
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve kendilerinden yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınan,
4. 65 yaş ve üzerinde olan,
5. Planlı ameliyat olmak üzere yatırılan, olarak belirlenmiştir.

1.10 ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİNDE KARŞILAŞILAN DURUMLAR

Olumlu durumlar;

- Hastaların büyük bir çoğunluğu iletişime açık ve değerlendirmeye istekliydi,
- Kurumlarda üst düzey yöneticilerin çoğunluğu araştırmayı kolaylaştırıcı tavır sergilemiştir.

Olumsuz durumlar;

- Çalışmaya alınan hastanelere giderek yazılı izinlerin onaylatılması, her kurumda başhekimlik ve başhemşirelik makamlarını temsil eden yetkili ve ilgili kişiler ile kliniklerin sorumlu hemşire ve klinik şeflerinin bilgilendirilerek sözlü veya yazılı izinlerinin alınması veri toplama sürecine başlamayı geciktirmiştir,
- İzin alınan bazı kurumlarda hemşirelik hizmetleri yöneticisinin çalışmaya izin vermemesi, çalışmaya başlama tarihini ertelemesi nedeniyle bir hastanedeki veri toplama sürecine başlamayı geciktirdi, bu nedenle istenen tüm evrene /kliniklere ulaşılamamasına, klinik çeşitliliğinin bozulmasına neden olmuştur,
- Çalışmanın veri toplama aşamasında, araştırmacının çalıştığı kurum tarafından hafta içi 2 gün görüşme yapmasına izin verilmesi veri toplama süresini uzatmıştır,
- Yaşlı hastaların büyük bir kısmının algılama, işitme güçlüğü ve yorgun hissetmeleri nedeniyle değerlendirme formunu aralıklarla doldurulmasına neden olmuştur,
- Yaz aylarında cerrahi girişimi planlanan hasta sayısının azalması bazı kliniklerden veri toplanamamasına ve veri toplama süresinin uzamasına neden olmuştur.

BÖLÜM II

GEREÇ- YÖNTEM

2.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma “Roper, Logan ve Tierney’ in Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli Doğrultusunda “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu”nun Geliştirilmesi ve Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi” amacıyla yarı deneysel bir müdahale çalışması olarak planlanmıştır.

2.2 ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma CBÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Manisa’daki iki kamu hastanesinin (Manisa Devlet Hastanesi, Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi) tüm cerrahi kliniklerinde (genel cerrahi, kalp damar cerrahisi, üroloji, ortopedi, nöroşirurji, kulak burun boğaz, göz, plastik cerrahi) yapılmıştır.

2.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırma evreni, Kasım 2009- Haziran 2010 tarihleri arasında, CBÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Manisa Devlet Hastanesi, Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi, tüm cerrahi kliniklerinde (Genel Cerrahi, Kalp Damar Cerrahisi, Üroloji, Ortopedi, Nöroşirurji, Kulak Burun Boğaz, Göz, Plastik Cerrahi) planlı ameliyat olmak üzere yatırılan, 65 yaş ve üzeri ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlı hastalardan oluşmuştur. (N=78).

2.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırma örneklemini, Kasım 2009- Haziran 2010 tarihleri arasında, CBÜ

Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Manisa Devlet Hastanesi, Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi, tüm cerrahi kliniklerinde, planlı ameliyat olmak üzere yatırılan 65 yaş ve üzeri ve araştırmaya katılmayı kabul eden, Türkçe anlayan ve iletişim kurabilen, çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve kendilerinden yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınan, herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan, yaşlı hastalardan (N=78) Kasım 2009- Haziran 2010 tarihleri arasında tüm cerrahi kliniklerdeki ameliyat olmak üzere yatırılan, araştırma sınırlılıklarına uyan, 65 yaş üstü tüm hastalar, araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Ancak 3 hasta değerlendirme formu tamamlanmadan ameliyata girmesi gerektiğinden araştırma dışı bırakılmıştır. Araştırma n=75 hasta üzerinde yapılmıştır.

2.5 ARAŞTIRMA EKİBİ

Araştırma sürecinde bir ekip yer almamıştır. Araştırma, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı doktora öğrencisi Dilek Çeçen tarafından yürütülmüştür.

2.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmada aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılımı ve ilişkileri incelenmiştir:

a. Bağımlı Değişkenler: Araştırmada; GYA modeline göre yaşlı bireyin, güvenli çevrenin sürdürülmesi, iletişim, solunum, yeme-içme, boşaltım, bireysel temizlik ve giyinme, vücut ısısının kontrolü, hareket etme, çalışma, cinsel yaşam, uyku ve ölüm alt basamakların değerlendirilmesi sonucunda her bir alana ait olarak (örneğin: solunum fonksiyonunda değişim riski, beden

gereksiniminden daha az beslenme, malnütrisyon riski, konstipasyon, travma riski, yara yeri enfeksiyon riski vb.) nedeniyle hemşirelik bakımına gereksinim duyma durumları bağımlı değişkenler olarak belirlenmiştir.

b. Bağımsız Değişkenler: Araştırmada; hastaya ait sosyo demografik veriler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.) ve formda değerlendirilen GYA modeline göre belirlenen 12 alt alan (güvenli çevrenin sürdürülmesi, iletişim, solunum, yeme-içme, boşaltım, bireysel temizlik ve giyinme, vücut ısısının kontrolü, hareket etme, çalışma, cinsel yaşam, uyku ve ölüm) değerlendirmesine ilişkin olarak; kronik hastalık durumu, alerjisi, solunum, beslenme durumu, laboratuvar bulguları, BKI, düşme deneyimi, hareketlilik durumu, basınç yarası olma durumu, GYA bağımlı/ bağımsızlık durumları, inkontinansı olma durumu vb. bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir.

2.7 ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:

Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu (EK-II): Konuya ilişkin literatür bilgileri ve Roper, Logan ve Tierney’ in Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli doğrultusunda, 12 yaşam aktivitesi (güvenli çevre sağlama ve sürdürme, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlence, cinselliği tanımlama, uyku, ölüm) ve bu aktiviteleri etkileyen fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve politiko-ekonomik faktörler dikkate alınarak araştırmacı tarafından hazırlanan yaşlı değerlendirme formu kullanılmıştır. Yaşlı hastaların 12 yaşam aktivitesini değerlendirmek için “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu”nun,

Güvenli Çevre Bileşeninde; yaşlı hastaların fizyolojik özellikleri, hareketlilik, duyu organlarındaki yetersizlikler ve düşme riski yaratan faktörleri (kullandığı

ilaçlar, düşme hikayeleri vb) hastanede iken düşmeye neden olan durumlar, enfeksiyona neden olan durumları ve cerrahi süreci etkileyebilecek durumları belirlemeye yönelik soruları içermektedir.

Solunum bileşeninde, yaşlı hastaların solunum özellikleri ve ameliyat sonrası solunuma ilişkin sorunların ortaya çıkmasına neden olabilecek durumları belirlemeye yönelik soruları içermektedir.

Beslenme bileşeninde; yaşlı hastaların beslenme özellikleri, beslenme yetersizlikleri, geçireceği cerrahi girişimin bu durumu nasıl etkileyeceğini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

Boşaltım bileşeninde; yaşlı hastaların boşaltım özellikleri, boşaltım fonksiyonuna ilişkin sorunları, geçireceği cerrahi girişimin bu durumu nasıl etkileyeceğini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

Hareket bileşeninde; yaşlı hastaların hareketlilikleri, hareketsizliğine neden olan durumları ve geçireceği cerrahi girişimin bu durumu nasıl etkileyeceğini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

İletişim bileşeninde; yaşlı hastaların iletişim özellikleri, yaşlılığı algısı, iletişim kurmasını etkileyen mental ya da duyuşal değişiklikleri, sosyal desteği ve geçireceği cerrahi girişimin bu durumu nasıl etkileyeceğini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

Beden ısısını kontrol bileşeninde, yaşlı hastaların beden ısısındaki değişiklikler, ısıya uygun giyinme, ısı değişikliğini tolere edebilecek düzeyi ve geçireceği cerrahi girişimin bu durumu nasıl etkileyeceğini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

Kişisel temizlik ve giyinme bileşeninde, yaşlı hastaların, oda ısısına, mevsime uygun giyinme durumu, kişisel bakım ve temizliğini yapabilmedeki bağımsızlık

durumu ve geçireceği cerrahi girişimin bu durumu nasıl etkileyeceğini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

Uyku bileşeninde, yaşlı hastaların uyku alışkanlıkları, uyku sorunları hastanede olma ya da cerrahi girişimin bu durumu etkileme düzeyini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

Cinselliği ifade etme bileşeninde, cinsel yönden aktif olma, cinselliğini algılama ve geçireceği cerrahi girişimin bu durumu nasıl etkileyeceğini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

Ölüm bileşeninde, yaşlı hastaların, ölümü nasıl algıladıkları, baş etme yöntemleri hastanede olma ya da cerrahi girişimib bu duyguyu nasıl etkileyeceğini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

Şekil. III. Araştırma Uygulama Şeması

AMELİYAT ÖNCESİ DÖNEM		
I. BÖLÜM	-Roper, Logan ve Tierney’ in Yaşam Aktiviteleri bakım modeli rehber alınarak hazırlanan “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu ” nu uygulama (n=75)	
1.ADİM	- Roper, Logan ve Tierney’ in Yaşam Aktiviteleri bakım modeli rehber alınarak hazırlanan “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu ” nu uygulayarak anamnez alma	
2.ADİM	12 yaşam aktivitesine ilişkin sorun saptama ve hemşirelik tanılarını belirleme	
3.ADİM	“ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu ” ile modelin 12 yaşam aktivitesine yönelik (güvenli çevre sağlama ve sürdürme, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlence, cinselliği tanımlama, uyku, ölüm) yapılan değerlendirmeye göre her bir yaşam bileşeninden en az 1 hemşirelik tanısı alan , fizyolojik değişiklikleri ve cerrahi girişimi nedeniyle, ameliyat sonrası daha fazla risk içeren yaşlı hastaların GRUP I ‘ e dahil edilmesi	“ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu ” ile modelin 12 yaşam aktivitesine yönelik (güvenli çevre sağlama ve sürdürme, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlence, cinselliği tanımlama, uyku, ölüm) yapılan değerlendirmeye göre toplam 12 yaşam bileşeninin sadece 1’inden hemşirelik tanısı alan ya da hiç tanı almayan , cerrahi girişimi nedeniyle ameliyat sonrası daha az risk içeren yaşlı hastaların GRUP II’ ye dahil edilmesi
AMELİYAT SONRASI DÖNEM		
II. BÖLÜM	GRUP I ve GRUP II ‘deki yaşlı hastalara hemşirelik bakımı uygulama	
	GRUP I (N= 42)	GRUP II (N=33)
4.ADİM	-Ameliyat sonrası taburcu oluncaya dek geçen sürede, -Ameliyat öncesinde belirlenen hemşirelik tanıları doğrultusunda, gereksinimlerine yönelik, yaşlı bireye özel hemşirelik bakımı uygulama	-Ameliyat sonrası taburcu oluncaya dek geçen sürede, - Standart ameliyat sonrası hemşirelik bakımı uygulama
5. ADİM	-Ameliyat sonrası taburcu olduktan bir hafta sonra, ev ziyareti ya da telefonla değerlendirilmesi	-Ameliyat sonrası taburcu olduktan bir hafta sonra, ev ziyareti ya da telefonla değerlendirilmesi
6.ADİM	-Ameliyat sonrası taburcu olduktan üç hafta sonra ev ziyareti ya da telefonla değerlendirilmesi	-Ameliyat sonrası taburcu olduktan üç hafta sonra ev ziyareti ya da telefonla değerlendirilmesi

2.8 ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Uygulamalar öncesinde, İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve CBÜ Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden araştırmada kullanılacak veri toplama aracının da eklendiği bir dilekçe ile müracaat edilerek yazılı izinler alınmıştır. (**Ek V, VI, VII**). Yazılı izinlerin onaylanmasının ardından, kurumlara gidilerek, ayrıca her kurumda istenilen kurallara uygun olarak başhekimlik ve/veya başhemşirelik makamlarını temsil eden yetkili ve ilgili kişiler, gerekli görüldüğü durumlarda, klinik şefleri ile görüşülerek, sözlü ve/veya yazılı izinleri alınmıştır. Bu onayın ardından, Kasım 2009- Haziran 2010 tarihleri arasında veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Uygulanmadan önce hastalara, çalışmanın amacı, yöntemi ve yararları açıklanarak çalışmaya katılmanın gönüllük esasına dayandığı, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, verdikleri bilgilerin araştırma dışında kullanılmayacağı ve başkalarıyla paylaşılmayacağı güvencesi verilmiştir. Uygulama süresi hastanın durumuna göre 20–60 dk. arasında değişiklik göstermiştir.

Araştırma kapsamı iki bölümden oluştu (Şekil I). **I. bölümde**, Roper, Logan ve Tierney' in Yaşam Aktiviteleri bakım modeli rehber alınarak hazırlanan yaşlı değerlendirme formu, belirlenen tarihlerde, tüm cerrahi kliniklerdeki 65 yaş üstü hastalara (**n=75**) uygulanmıştır. Yaşlı hastaların, yaşlılığa bağlı fizyolojik değişiklikleri, sağlık sorunları ve ameliyat sonrası cerrahi açıdan risk oluşturabilecek durumları değerlendirilmiştir.

Formun, cerrahi süreçte yaşlılığı nedeniyle yaşadıkları sağlık sorunları ve kronik/ yandaş hastalıklarının yanı sıra cerrahi girişimin olumsuz etkilerini daha yoğun yaşama olasılığı olan yaşlı hastaların, ameliyat öncesi dönemde belirlemede

etkisini değerlendirmek amacıyla yaşı hastalar iki gruba ayrılmıştır.

“ **Ameliyat Öncesi Yaşı Değerlendirme Formu**” ile modelin 12 yaşam aktivitesine yönelik (güvenli çevre sağlama ve sürdürme, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlence, cinselliği tanımlama, uyku, ölüm) özellikleri ve 12 yaşam aktivitesini sürdürmedeki bağımlılık/ bağımsızlık durumu, aktivitelerini etkileyen olumlu ve olumsuz faktörler ve bu faktörlerin ameliyat sonrasında yaşı hastayı etkileme durumuna ilişkin sorunları belirlenerek yapılan değerlendirmeye göre **her bir yaşam bileşeninden en az 1 hemşirelik tanısı alan**, fizyolojik değişiklikleri ve cerrahi girişimi nedeniyle, ameliyat sonrası daha fazla risk içeren, komplikasyon gelişme riski fazla olan yaşı hastalar Grup I ‘e dahil edilmiştir. (**n= 42**).

“ **Ameliyat Öncesi Yaşı Değerlendirme Formu**” ile modelin 12 yaşam aktivitesine yönelik (güvenli çevre sağlama ve sürdürme, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlence, cinselliği tanımlama, uyku, ölüm) özellikleri ve aktivitelerini etkileyen olumlu/ olumsuz faktörler ve bu faktörlerin ameliyat sonrasında yaşı hastayı etkileme durumuna ilişkin sorunları belirlenerek, yapılan değerlendirmeye göre **toplam 12 yaşam bileşeninin sadece 1’inden hemşirelik tanısı alan ya da hiç tanı almayan**, cerrahi girişimi nedeniyle ameliyat sonrası komplikasyon riski daha az olan yaşı hastalar Grup II’ye dahil edilmiştir (**n= 33**).

Cerrahi girişimin olumsuz etkilerini daha yoğun yaşama olasılığı olan yaşı hastalara özel, gereksinimleri doğrultusunda planlanmış hemşirelik bakımının, yaşı hastayı cerrahi girişimin olumsuz etkilerinden koruyacağı ve yaşam kalitesinin arttıracacağı bilinmektedir. Bu amaçla, **II. Bölümde**, formdan elde edilen verilere

göre cerrahi süreçte daha riskli olarak belirlenen, Grup I 'i oluşturan her hastaya, 12 yaşam aktivitesi değerlendirilmesine göre, sorunlarına yönelik belirlenen NANDA hemşirelik tanıları doğrultusunda, gereksinimleri doğrultusunda planlanmış, yaşlı hastaya özel, sorunların giderilmesi ya da risklerin önlenmesine yönelik girişimleri içeren hemşirelik bakımı uygulanmıştır.

Grup II'yi oluşturan hastalara ise ameliyat sonrası dönemde, standart ameliyat sonrası hemşirelik bakımı uygulanmıştır.

Grup I ve Grup I'yi oluşturan tüm hastalar, “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” kullanılarak, aldıkları hemşirelik tanılarına göre,

(I) : Ameliyat öncesi dönemde

(II) :Hasta taburcu oluncaya kadar verilen hemşirelik bakımı sonrasında, taburcu olmadan hemen önce

(III) :Taburcu olduktan 1 hafta sonra

(IV) : Taburcu olduktan 3 hafta sonra, değerlendirilmiştir.

Yaşlı hastaların, hastaneden taburcu olduktan sonraki 1. hafta ve 3. hafta sonraki izlemlerinde, 13 hasta telefonla, 62 hasta ise ev ziyareti ile değerlendirilmiştir.

Beden Kitle İndeksi (BKİ):

Yaşlılarda BKİ antropometrik hesaplamalar içinde en çok kullanılanıdır. Genellikle yaşlılarda beden kütle indeksi (BKİ) gençlere göre daha az fikir verir. 65 yaş altında erişkinlerde malnütrisyon için sınır değer 18,5 kg/m² olarak kabul edilirken yaşlılarda bu değer genellikle 20-22 kg/m² arasındadır. Araştırmamızda hastaların boy ve kilo değerleri dosyalarından alınarak kaydedilmiş ve beden kitle indeksleri hesaplanmıştır.

Beden Kitle İndeksinin Belirlenmesi: Bu amaçla öncelikle deneklerin vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları belirlenmiştir. Yaşlı hastaların boy ölçümleri Çin malı Tera marka 3m/13mm.- lik çelik şerit metre kullanılarak, çıplak ayakla, dizler gergin, ayaklar yere düz olarak basılmış, topuklar bitişik ve vücut dik pozisyonda iken cm cinsinden alınarak kaydedilmiştir. Vücut ağırlıkları ise, Master marka baskülle alınmıştır. Yaşlı hasta mümkün olduğunca hafif giysilerle tartılıp kg. cinsinden kaydedilerek, beden kitle indeksleri, vücut ağırlığının boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesi ile tespit edilmiştir (163).

Bel Çevresi :

Yaşlılarda bel çevresi, şişmanlık ile ilişkili hastalıkların saptanmasında daha duyarlı bir ölçümdür. Beden kütle indeksi belirgin artmasa da toplam abdominal yağlanma risk tanımlayıcısıdır. Abdominal yağlanmayı tanımlamada en iyi göstergelerden biridir. Erkeklerde bel çevresinin >102 cm, kadınlarda >88 cm olması abdominal yağlanmanın bir belirleyicisidir (163).

Araştırmamızda, yaşlı hastaların bel çevresi ölçümleri; en alt costa ile krista iliyaka arasındaki orta noktadan geçen çevre mezura ile ölçülerek hesaplanmıştır. Literatüre göre bel çevresi ölçümleri için sınır değerler şöyledir (28,117,163).

Normal Bel Çevresi (cm) Artmış Risk Bel Çevresi (cm) Yüksek Risk Bel Çevresi (cm)		
Erkek	<94	94-101 >102
Kadın	<80	80-87 >88

Baldır Çevresi

Yaşlılarda baldır çevresinin kas kitlesinin ölçümünde kol çevresinden daha duyarlı ve geçerli bir yöntemdir. Yağsız kas kitlesinde yaşla birlikte olan değişimi ve aktivitedeki azalmayı işaret eder. Hastanın baldır çevresini ölçümünde bacağın

desteklenmesi sağlanarak, dizin üst kısmından mezüra geçirilmiş, baldırın en geniş çevresi mezüra aşağı yukarı oynatılarak bulunmuş ve en geniş yerden ölçüm yapılmıştır. Yatağa bağımlı hastalar da ise; bacağın dizden 90° C bükülmesi sağlanarak, ayak tabanı sert ve düz bir zemine bastırılmış ve en geniş yerden ölçüm yapılarak kaydedilmiştir (28).

Hastaların kas durumunun değerlendirilmesinde baldır çapının üst kol çevresinden üstün olduğu kabul edilir. Baldır çevresi diğer nutrisyonel antropometrik ölçümlerle (BKİ, serbest yağ kitlesi, triseps deri kalınlığı gibi) ve mobilite ile ilişkili bulunmuştur. Baldır çevresi için sınır değeri 31 cm olarak kabul edilir. Bu değerin altı sarkopeni ile kuvvetle ilişkilidir (24).

Kol Çevresi

Yaşlı hastaların kol çevresi ölçülürken: sırt üstünden sağ tarafa çevrilerek, avuç içi yukarıya bakacak şekilde kol vücudun üzerine uzatması sağlanarak ve dirseği desteklenerek pozisyon verilmiş ve omuz ile dirsek çıkıntısı arasındaki orta nokta işaretlenerek ve mezüra ile orta kol çevresinden ölçüm yapılmıştır. Kol çevresi 21 cm den daha düşük değerler malnütrisyon riski taşımaktadır (24,28).

Araştırmada bütün antropometrik ölçümler vücudun sağ tarafından, hasta dik pozisyonda ama gevşemiş durumdayken yapılmıştır. Her hasta için ölçümler iki kez yapılmış ve iki ölçüm arasındaki fark 7 mm fazla olduğunda ölçüm tekrar yapılmıştır (24,28,117).

2.8.1 YAŞLI HASTALARDA AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Grup I 'i oluşturan her hastaya, “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” dan elde edilen verilere göre cerrahi süreçte daha riskli olarak belirlenen, 12

yaşam aktivitesi değerlendirilmesine göre, sorunlarına yönelik belirlenen NANDA hemşirelik tanıları doğrultusunda gereksinimleri doğrultusunda planlanmış, yaşlı hastaya özel, sorunların giderilmesi ya da risklerin önlenmesine yönelik girişimleri içeren hemşirelik bakımı uygulanmıştır (4,14,45,57,58). Grup I' e alınan yaşlı hastalara uygulanan, 12 yaşam aktivitesine ilişkin belirlenen NANDA tanılarına yönelik hemşirelik girişimleri şöyledir:

SOLUNUM

Yetersiz solunum

- 1.Yaşlı hastaların solunum hızında ve akciğer seslerinde değişiklikler, hipoksemi ve hiperkapni (konfüzyon, uyku hali, baş ağrısı, irritabilite, mental durumda bozulma, solunumda artma, yüzde kızarma, terleme) belirtileri değerlendirilmiştir.
- 2.Oksijenlenmenin değerlendirilmesi için, oksijen saturasyonundaki azalmalar pulse oksimetre ile izlenmiş, PaO₂ seviyesini 60 mmHg üzerinde tutmak için oksijen tedavisi uygulanmıştır,
- 3.Oksijen tedavisi ile istenen PaO₂ seviyesine ulaşamayan yaşlı hastalara mekanik ventilasyon uygulanmıştır,
- 4.Hiperkapnisi olan yaşlı hastalarda, solunum hızını yavaşlatmak ve ekspiratuvar fazı uzatmak için büzük dudak solunumu yaptırılmış ve spirometre kullanımı sağlanmıştır,
- 5.Dispnesi olan yaşlı hastalara semi fowler pozisyon verilerek, gaz değişimini düzenlemek için 1-2 saatte bir pozisyonu değiştirilmiştir,
- 6.Hipoksemiye önlemek amacıyla minimal seviyedeki aktiviteleri yapması sağlanmıştır,

- 7.Hastaların ekstremiteler renk, ısı ve nabızlar açısından değerlendirilmiştir,
- 8.Doktor istemi ile bronşiyolları genişletmek, inflamasyonu azaltmak için sistemik veya ölçülü doz inhaleler uygulanmıştır.

Solunum fonksiyonlarında yetersizlik riski

1. Yaşlı hastaların vital bulguları ve genel durumu izlenerek, saatlik kayıtları yapılmıştır,
2. Hastaların solunum özellikleri, solunumun sayısı, derinliği, tipi değerlendirilmiştir,
3. Yaşlı hastalara, ameliyatın özelliğine göre değişmekle birlikte, ameliyat sonrası en erken dönemde derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılmıştır,
4. Nefes almayı ve öksürüğü kolaylaştırmak ve aspirasyonu önlemek için hastanın başı hafifçe yan çevrilerek, yan yatırılmış ya da başı hafifçe yükseltilmiştir,
5. Sekresyonu olan yaşlı hastalarda, sekresyonun daha kolay çıkması için sıvı alımı arttırılmıştır,
6. Hastanın sekresyonlarının temizlenmesi için genel durumuna ve toleransına göre, göğüs fizyoterapisi ve postural drenaj uygulanmıştır,
7. Ağız içinde biriken tükürük vb. sekresyon kontrol edilerek, gerektiğinde aspire edilmiştir,
8. Girişimlerin etkinliğini değerlendirmek için 2-4 saatte bir solunum sesleri değerlendirilmiştir.

BESLENME

Beden Gereksiniminden Fazla Beslenme

1. Yaşlı hastaların beden kitle indeksi, antropometrik değerleri (baldır, üst kol ve karın çevresi vb.), kalori gereksinimi ve beslenme özellikleri

değerlendirilmiştir,

2. Yaşlı hastanın öğün sayısı, saatleri, sevdiği ya da sevmediği yiyecekler belirlenmiştir,
3. Diyetisyen ile görüşülerek ulaşması gereken kilo belirlenmiş, uygun kalori içeren diyet programı hazırlanarak, ameliyat tipi, varsa kronik / yandaş hastalığına bağlı (hipertansiyon, diyabet, kah vb.) uyması gereken diyet programı düzenlenmiştir,
4. Yaşlı hasta ve yakınları ile görüşülerek, az ve sık aralarla beslenmesi ve uyması gereken diyeti hakkında bilgilendirilmiştir,
5. Yaşlı hastanın, belirlenen diyet programına, öğün sayısı ve saatlerine uyumu gözlenmiştir,
6. Yaşlı hastanın doktoru ile de görüşülerek tolere edebileceği ölçüde aktivite yapması sağlanmıştır,
7. Ameliyattan sonra hastanın uygun olan en kısa sürede, uygulanan cerrahi girişimin yeri, türü, kapsamı, cerrahın tercihi, hastanın genel durumu (bilincinin açık olması, yutma reşeksinin geri dönmesi, bulantı kusmasının olmaması), bağırsak hareketlerinin başlaması kriterleri sağlanarak, normal beslenmeye geçişi sağlanmıştır,
8. Ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı önlemek için gereki önlemler alınmıştır. Bulantıyı önlemek için öncelikle nonfarmakolojik yöntemler uygulanmış, odası havalandırılmış, belli bir süre hasta yakınları bilgilendirilerek ziyaretçi kısıtlanmış ve solunum egzersiz yaptırılmıştır. Bulantı, kusması devam eden hastalara doktor istemiyle antiemetik tedavi uygulanmıştır.

Beden Gereksiniminden Daha Az Beslenme

1. Yaşlı hastanın beden kitle indeksi, antropometrik değerleri (baldır, üst kol ve karın çevresi vb.) kalori gereksinimi ve beslenme özellikleri değerlendirilmiştir, .
2. Yaşlı hastanın öğün sayısı, saatleri, sevdiği ya da sevmediği yiyecekler belirlenmiştir,
3. Diyetisyen ile görüşülerek, uygun kalori içeren, ameliyat tipi, varsa kronik / yandaş hastalığı (hipertansiyon, diyabet, kah vb.), beslenme şekli dikkate alınarak diyet programı hazırlanmıştır,
4. Yaşlı hastanın, beden gereksinimine uygun beslenmesi konusunda belirlenen diyet programına, öğün sayısı ve saatlerine uyumu gözlenmiştir,
5. Yaşlı hastaların ağız, diş, çiğneme ve yutmaya ilişkin sorunları belirlenmiştir,
6. Diş, diş eti ve protezi nedeniyle çiğneme sorunu yaşayan yaşlı hastalar diş hekimi ile görüşülerek diş problemleri giderilmeye çalışılmıştır,
7. Ameliyattan sonra hastanın uygun olan en kısa sürede, uygulanan cerrahi girişimin yeri, türü, kapsamı, cerrahın tercihi, hastanın genel durumu (bilincinin açık olması, yutma refleksinin geri dönmesi, bulantı kusmasının olmaması), bağırsak hareketlerinin başlaması kriterleri sağlanarak, normal beslenmeye geçişi sağlanmıştır,
8. Bulantıyı önlemek için odası havalandırılmış, ziyaretçi kısıtlaması yapılmış ve solunum egzersiz yaptırılmıştır. Bulantı, kusması devam eden hastalara doktor istemiyle antiemetik tedavi uygulanmıştır,
9. Ameliyat sonrası oral alamayan, nazogastrik sondası olan yaşlı hastaların sondasından gelen sıvı miktarları, sıvının niteliği kontrol edilerek kayıt

edilmiştir,

10. Nazogastrik sonda ile beslenen hastalara hergün, gerektiğinde günde 2 kez ağız bakımı yapılmıştır,
11. Yaşlı hasta ve yakınları ile görüşülerek, az ve sık aralarla yemek yemesi sağlanmıştır,
12. Yeterli beslenmesi sağlanmayan yaşlı hastalarda kalori ihtiyacını desteklenmesi, enteral beslenme ürünleri kullanımı konusunda doktoru ile görüşülmüştür,
13. Laparoskopik batin ameliyatlarından sonra, batin içinde distansiyon oluşan hastalarda karın bölgesine hafif masaj uygulanmış, yatak içinde aktif/pasif hareketler yaptırılmıştır. Mobilize olmasında sakınca olmayan hastalar sık sık mobilize edilmiştir.

İştahsızlık

1. Yaşlı hastada iştahsızlığa neden olabilecek, ağız ve diş sağlığına, yutmaya ilişkin problemleri belirlenmiştir,
2. Yaşlı hastanın öğün sayısı, saatleri, hastane yemeğini yiyebilme durumu, sevdiği ya da sevmediği yiyecekler belirlenmiştir,
3. Diyetisyen ile görüşülerek uygun kalori içeren, ameliyat tipine ve varsa kronik / yandaş hastalığı (hipertansiyon, diyabet, KAH vb.) da dikkate alınarak diyet programı hazırlanmıştır,
4. Yaşlı hasta, cerrahi girişim sonrası beslenmenin iyileşme ve yara iyileşmesindeki önemi hakkında bilgilendirilmiştir,
5. Yaşlı hastanı az ve sık aralarla beslenmesi ve açlık hissettiği anda yemek yemesi sağlanmıştır,

6. Her öğünden önce ağız bakımı yapılmıştır,
7. Öğün saatlerinde hasta ile birlikte olunarak, hasta yakınlarının da yaşlıya destek olması ve sevdiği bir ortamda, sevdikleri ile birlikte yemeğini yemesi sağlanmıştır,
8. Odasında ya da klinikte hoş olmayan ya da hastanın hoşlanmadığı kokular engellenmiştir,
9. Yemekleri iştahı uyandıracak görüntüde sunulmaya çalışılmıştır,
10. Yemeklerin hazırlandığı ortama hastanın girmemesi sağlanmıştır,
11. Yemeğini rahat, sakin, isteğine göre hafif müzikli bir ortamda yemesi sağlanmıştır,
12. Yaşlı hasta ve yakınları ile düzenlenen diyet programına uyumu konusunda görüşülmüştür,
13. Beslenmesi oral yolla karşılanmıyorsa intravenöz ya da enteral yolla beslenmesini sağlanmıştır.

Beslenme bilgi eksikliği

1. Yaşlı hastanın beslenmesi hakkında gereksinimi olan konular belirlenmiştir,
2. Beden gereksinimine uygun, az ve sık aralarla beslenmesinin cerrahi süreç için önemi anlatılmıştır,
3. Diyetisyen ile görüşülerek alması gereken kalori miktarı belirlenmiş, ameliyatın tipi, ameliyat sonrası oral alıma başlama süresi, sevdiği ve sevmediği yiyecekler ve varsa kronik ya da yandaş hastalığı dikkate alınarak, yaşlı hasta ile birlikte diyet programı hazırlanmıştır,
4. Yaşlı hastanın belirlenen diyet programına uyumunu sağlamak için

beslenmesine ilişkin eğitim verilmiştir.

Malnutrisyon riski:

1. Yaşlı hastanın boyu, kilosu, beden kitle indeksi, antropometrik ölçümleri (baldır, üst kol ve karın çevresi vb.) yapılmış ve kalori gereksinimi ve beslenme özelliklerini belirlenmiştir,
2. Beden kitle indeksi 18-20 kg/m²' den az olan, serumda albumin düzeyi 3.0 mg/dl'nin altında olan hastaların malnutrisyonu olup olmadığı değerlendirilmiş ve doktoru ile görüşülmüştür,
3. Malnutriyonlu hastalarda total lenfosit miktarı, potasyum miktarı ve serum elektrolitleri değerlendirilmiştir,
4. Yaşlı hastanın öğün sayısı, saatleri, sevdiği ya da sevmediği yiyecekler belirlenmiş ve yemek yemesi için desteklenmiştir,
5. Doktoru ve diyetisyen ile görüşülerek ulaşması gereken kilo belirlenerek uygun kalori, protein ve C vitamininden zengin dengeli bir diyet hazırlanmış, hastanın kilo alması sağlanmaya çalışılmıştır,
6. Diyet programı, yaşlı hastanın ameliyat tipi, varsa kronik / yandaş hastalığı dikkate alınarak (Hipertansiyon, diyabet, KAH vb.) düzenlenmiştir,
7. Yaşlı hasta ve yakınları ile görüşülerek, uyması gereken diyeti hakkında bilgilendirilmiştir,
8. Günlük kilo, kalori alımı takip edilmiştir,
9. Yemeklerden önce hastanın oral hijyeninin sağlanmasına ve odasında kötü koku olmamasına dikkat edilmiştir,
10. Hastanın küçük öğünlerle ve sık yemesi sağlanmıştır
11. Gerekli görülen hastalarda, doktorun isteği ile intravenöz olarak total

- parenteral beslenme, beslenme destekleri ve tüple beslenme uygulanmıştır,
12. Malnütrisyonlu hastaların fiziksel güç ve enerjisi azaldığından yemeklerden önce ve sonra hastanın dinlenmesi sağlanmıştır,
13. Hastanın bilgi düzeyi değerlendirilerek beslenmesine ilişkin eğitim verilmiştir.

BOŞALTIM

İdrar Yapmada Değişiklik

1. Yaşlı hastanın miksiyon sıklığı, idrar rengi ve miktarı değerlendirilmiştir,
2. İdrar çıkışında değişikliğe neden olan ürolojik değişiklikleri, ağrı vb. sorunları belirlenmiştir,
3. Yatak istirahati olan ve miksiyon zorluğu yaşayan yaşlı hastaların, mahremiyetini sağlamak için olanaklar ölçüsünde tek kişilik odaya alınması sağlanmış, mümkün değilse oda boşaltılmış ya da paravan kullanılmıştır,
4. İdrar retansiyonu gelişmesini önlemek için, idrar yapımını kolaylaştıracak uygulamalar (su sesi dinletme vb) kullanılmıştır,
5. Yetersiz sıvı alımı olan yaşlı hastalar, sıvı alması konusunda desteklenmiştir,
6. Sıvı alımı yetersiz olan yaşlı hastalarda mayi miktarı ayarlanarak, sıvı dengesi sağlanmıştır,
7. Yaşlı hastanın ameliyat sonrası 6-8 saat içinde idrar yapması gerekir. İdrar çıkışı olmaması durumunda, glob (mesanede idrar birikmesi) yönünden hasta değerlendirilmiştir,
8. Uygun koşullar oluşturularak, erkek hastaların yatak kıyısında dik durarak kadın hastanın perineal bölgesine ılık su dökülerek idrar yapması

sağlanmıştır,

9. İdrar yaparken ağrısı olan yaşlı hastalara doktor istemi ile analjezikler uygulanmıştır. Tüm bu uygulamalara rağmen, idrar yapamayan hastalara uygun görüldüğünde üriner kateter uygulanmıştır,
10. Üriner kateteri olan hastalarda, idrar akışı kontrol edilmiştir,
11. Üriner kateter çıkartıldığında mesane jimnastiği (kegel egzersizi) yaptırılmış ve kateter sonrası spontan idrar takibi yapılmıştır,
12. Spinal ya da epidural anestezi uygulanan ameliyatlarda, geçici his kaybı nedeni ile idrar kaçıran hastaların sık sık yatak takımları değiştirilmiştir,
13. Hastanın laboratuvar tetkik sonuçları doktoru ile işbirliği yapılarak, böbrek fonksiyonları açısından değerlendirilmiş ve takibi yapılmıştır.

Konstipasyon

1. Yaşlı hastada konstipasyona neden olan risk faktörleri değerlendirilmiştir,
2. Hastanın normal barsak boşaltım alışkanlığı değerlendirilmiştir,
3. Kilo ve boyuna göre sıvı alımı arttırılmıştır,
4. Diyetisyenle işbirliği içinde beslenme programı hazırlanarak, lifli gıdalar alması sağlanmıştır,
5. Dışkılama zamanı düzenlenmiştir, (hergün aynı saatte ve yemeklerden sonra tualete kaldırma/sürgü verme vb.),
6. Sürgü yerine, hastanın isteğine göre komod/klozet kullanımına yardım edilmiştir,
7. Defekasyon hissi olduğunda mümkün olduğunca ertelememesi önerilmiştir,
8. Barsak boşaltımında egzersizin önemi açıklanmıştır,

9. Tuvalete kaldırma/sürgü verme durumunda hastanın mahremiyeti sağlanmıştır,
10. Boşaltım sonrası perine temizliği yapılmış, ya da yapması için desteklenmiştir,
11. Konnsitapsyonu giderilemeyen yaşlı hastalara, doktor istemi ile laksatifler uygulanmış, eğer dışkı tıkanıklığı oluşmuşsa rektal yoldan mineral ılık yağ verilerek, eldiven ile sert dışkı parçalanarak çıkarılmıştır.

Diyare

1. Yaşlı hastada diyareye neden olan/etkileyen faktörler değerlendirilmiştir,
2. Sıvı ve elektrolit desteği yapılmıştır; hasta için sakıncası yoksa günlük 2000-3000ml. sıvı verilmiştir,
3. Aldığı-çıkardığı sıvı takip edilmiştir,
4. Laboratuar sonuçları (özellikle elektrolit durumu) değerlendirilmiştir,
5. Gaita kan yönünden izlenmiştir,
6. Dehidratasyon belirti-bulguları izlenmiştir,
7. Diyetisyenle işbirliği yapılarak beslenme programı hazırlanmıştır,
8. Sürgü yerine mümkün olduğunca komod/klozet kullanımı sağlanmıştır,
9. Tuvalete kaldırma/sürgü verme durumunda hastanın mahremiyeti sağlanmıştır,
10. Boşaltım sonrası deri kontaminasyonunu önlemek amacıyla perine bakımı yapılmıştır,
11. Tüple beslenen yaşlı hastalarda, beslenme tüpü bakımı yapılmış, besinler oda sıcaklığında ve yavaş hızda verilmiştir, besinin yoğunluğu dilüe

edilerek, hidrasyonu sağlamak için belirlenen miktarda su verilmiştir,

12. Diyare gelişen yaşlı hastalarda tedavinin yan etkileri değerlendirilmiştir.

Üriner sistem enfeksiyonu

1. Yaşlı hastalar, üriner enfeksiyon belirti ve bulguları açısından değerlendirilmiştir,
2. Üriner kateterle, aseptik koşullarda takılmıştır,
3. Enfeksiyon gelişmesini önlemek için kapalı drenaj sistemi ile çalışması sağlanmıştır,
4. Hastada kateterin ve idrar toplama torbasının mesaneden aşağıda olması ve yere değmemesine dikkat edilmiştir,
5. Sistemde kıvrılmaların olmaması sağlanmıştır,
6. Enfeksiyon gelişimini önlemek için idrar toplama torbaları rutin olarak değiştirilmemiş, gerektiğinde boşaltma işlemi sağlanmıştır,
7. Katater ile idrar toplama kabı arasındaki bağlantının bozulmaması sağlanmıştır,
8. Her hasta için ayrı idrar boşaltma kabı kullanılmıştır,
9. İşlem sırasında mutlaka eldiven giyilmiş, işlem öncesi ve sonrası eller yıkanmıştır,
10. Yaşlı hastalarda su ve sabunla perine temizliği yapılmıştır,
11. Hergün aseptik koşullara uygun kateter bakımı yapılmıştır,
12. İdrarın rengi, miktarı, kateter bölgesinde enfeksiyon bulguları, idrar yaparken ağrı ve yanma hissi açısından yaşlı hastalar gözlenmiştir.

GÜVENLİ ÇEVRE

Enfeksiyon/ Enfeksiyon riski

1. Yaşlı hastalarda, her dört saatte bir enfeksiyon bulguları izlenmiştir.
2. Yaşlı hastaların, yaşam bulguları kontrol edilmiştir,
3. Bakım ve uygulamalar sırasında aseptik koşullar sağlanmıştır,
4. Santral kateterlerin ya da pansumanların değişikliği sırasında aseptik teknik uygulanmıştır,
5. Beslenme ve sıvı alımı değerlendirilerek, sıvı alımı arttırılmış, proteinden zengin diyet alması sağlanmıştır,
6. Sakin ortam hazırlanarak, isterse müzik dinletilerek yaşlı hastanın istirahati sağlanmıştır,
7. Koşullar doğrultusunda etkin uyuması sağlanmıştır,
8. Odası havalandırılmış, gerektiğinde ziyaretçi kısıtlaması yapılmıştır,
9. Yaşlı hastaya ve yakınlarına enfeksiyon belirti/ bulguları ve enfeksiyon riskini azaltmak için doğru el yıkama tekniği öğretilmiştir,
10. Enfeksiyon gelişmişse ateşin yükselme, düşme şekli ve süresi belirlenmiştir,
11. Ateşi düşürmek için periferik soğutma uygulanmış, gerektiğinde doktor istemi ile antipiretik uygulanmıştır,
12. Yüz, saç, tırnak, vücut hijyeni sağlanmış ve her bakım/ uygulamada aseptik koşullara uyulmuştur,
13. Lökosit ve sedimantasyon değerleri enfeksiyon kontrolü açısından değerlendirilmiştir,
14. Kateter ilişkili enfeksiyon düşünülen hastalarda, kateter giriş yerinden uygun şekilde kültür alınmıştır,

15. Doktor istemi ile antibiyogram yapıp, uygun antibiyotikler verilmiştir.

Yara yeri enfeksiyonu riski

1. Yaşlı hastalarda, yara bölgesi enfeksiyon belirtileri renk, kızarıklık, ısı, akıntı açısından gözlenmiştir,
2. Yara bakımı her gün aseptik koşullarda yapılmıştır,
3. Yara bölgesinin, kuru tutulması sağlanmış ve steril örtülerle kapatılmıştır,
4. Yaşlı hastada hijyen gereksinimi karşılanmış, deri temizliği sağlanmıştır,
5. Drenin çevresi temiz ve kuru tutularak, drenler sürekli izlenmiş, drenajın rengine, görünümüne dikkat edilerek drenaj miktarı belli aralarla ölçülmüştür (8h aralarla).
6. Drenajın kapalı sistemde sürdürülmesi sağlanmıştır,
7. Pansumanlarda aşırı akıntı, kızarıklık ve hastanın ateşinin olması durumunda doktora haber verilmiştir,
8. Yaşlı hastaya hijyenin sağlanması ve enfeksiyon belirtilerine yönelik eğitim verilmiştir.

Kanama riski

1. Yaşlı hastalar, ameliyat sonrası kanama belirti ve bulguları (peteşi, hematom, ekimoz, hematüri, melena, mental durum değişiklikleri) açısından takip edilmiştir,
2. Hastaların yaşam bulgularını kontrol edilerek, değişimler değerlendirilmiştir,
3. Trombosit sayısı, Htc, Hb, PT, aPTT değerlendirilmiş ve değişiklikleri doktoruna bildirilmiştir,

4. . Ameliyat sonrası dönemde hastaların drenleri ve pansumanları kanama açısından kontrol edilmiş ve dren miktarları ölçülmüştür,
5. Kanama varlığına ilişkin laboratuvar değerlerindeki değişiklikler izlenmiştir,
6. Yaşlı hastalar, kan basıncında düşme, taşikardi, takipne, ajitasyon, soluk cilt rengi, bilinç kaybı gibi değişiklikler yönünden değerlendirilmiştir,
7. Bakım uygulamalarında, kanama ve ekimoza yol açan aktivitelerden (tırış, damara girme, kuvvetli diş fırçalama, kuvvetli bir şekilde hastayı tutup çevirme vb.), IM ya da SC enjeksiyon uygulamasından kaçınılmıştır.

Postoperatif şok riski

1. Yaşlı hastaların, kan basıncı ve yaşam bulguları değerlendirilmiştir,
2. Hastalar, şok belirti ve bulguları açısından gözlenmiştir,
3. Olası sıvı kaybı kaynakları belirlenmiş ve önlem alınmıştır,
4. Hastaların, hematokrit değerleri aralıklı olarak izlenmiştir,
5. Kanama kaynakları kontrol edilerek, insizyon bölgesi kanama açısından izlenmiştir,
6. Hastaların, aldığı çıkardığı takibi yapılmıştır. Aldığı- çıkardığı izlemi yapılırken; aldığı sıvılarda ağız yolu ve parenteral yolla alınan sıvılar, tüple besleme sırasında verilen sıvılar, katater irigasyonunda kullanılan ve geri alınmayan sıvılar dikkate alınmıştır. Yine aynı şekilde çıkarılan izlemi yapılırken; idrar, sıvı haldeki dışkı, kusma yoluyla kaybedilen sıvı, nazogastrik drenaj, terleme ile kaybedilen sıvı, yara direnaji, fistül direnaji, hızlı ya da zorlu solunum sırasında kaybedilen sıvılar hesaplanmıştır.
7. Santral venöz basınç ve pulmoner arter basıncı gibi sıvı volümü

değerlendirilmesinde yer alan sonuçlar araştırmacı tarafından değerlendirilmiş, değişiklikler doktoruna bildirilmiştir,

8. Hastalar sıvı-elektrolit dengesizliğine bağlı olarak deride ortaya çıkabilecek değişiklikler açısından takip edilmiştir,
9. Sıvı volümü eksikliğine bağlı değişiklikler dikkatli gözlenmiş ve geliştiğinde derhal doktoruna haber verilmiştir (deride kuruluk ve kızarıklık, deri turgorunda azalma, ödem, dildeki çukurlukların artması, ağız boşluğunda yanak ve diş eti arasındaki bölgede nemliliğin azalması).
10. Laboratuvar testleri sıvı-elektrolit dengesizliklerinin erken dönemde belirlenmesinde ve izlenmesinde önemli olduğundan laboratuvar sonuçları takip edilmiştir.

Ağrı

1. Ağrı yaşayan yaşlı hastaların yaşam bulguları değerlendirilmiştir,
2. Ağrının yeri, şekli ve şiddeti VAS kullanılarak değerlendirilmiştir.
3. Yaşlı hastaların ağrısını azaltmak için pozisyonunu değiştirilmiş ve en rahat edeceği pozisyon verilmiştir,
4. Temiz ve rahat yatak takımı sağlanmış ve odası iyi havalandırılmıştır,.
5. Hastalar için sakınca yoksa masaj, sıcak ya da soğuk uygulama, ılık banyo yaptırılmıştır,
6. Çevrenin sessiz ve sakin olmasına yönelik önlemler alınmıştır,
7. Gevşeme tekniklerini öğretilerek, radyo dinlemesi, televizyon seyretmesi sağlanmıştır,
8. Yaşlı hastanın okuma yazması varsa ya da görmeye ilişkin güçlüğü yoksa okuma,

müzik dinleme, hayal kurma gibi gevşeme teknikleri kullanmıştır,

9. Nonfarmakolojik uygulamalar arasında pozisyon değiştirilmiştir,

10. Doktor önerisine göre analjezikler uygulanmıştır,

İlaç toksikasyonu riski

1. İlaç uygulaması sırasında, yaşlılığa özel durumlara uygun girişimlerde bulunulmuştur,

2. İlaç uygulamasına başlamadan önce prospektüs okunarak, gerektiğinde farmakolog danışmanlığı alınmıştır,

3. Yaşlıda mukoz membranın kuruması nedeniyle yutma güçleştiği için oral ilaçları bol su ile verilmiştir,

4. Yaşlılarda aspirasyon riski yüksek olduğu için, oral ilaçlar verilirken yaşlıların oturur pozisyonda olmasına dikkat edilmiştir,

5. Yaşlanmayla birlikte ağız mukozasındaki duyarlılık azaldığı için ilaç damağa ya da dişetine yapışabilir. Bu nedenle ilacını yutup yutmadığı izlenmiştir,

6. İntramusküler ve subkutan enjeksiyonlar tercih edilerek, intravenöz enjeksiyon yapıldıktan sonra ilaç yan etkileri daha çabuk gelişebileceği için, yan etki belirtileri yönünden hastalar gözlenmiştir,

7. Sıvı tedavisi uygulanırken yaşlı bireye özgü değişiklikler göz önünde bulundurulmuştur,

8. Yaşlı hastalarda kardiyak ve renal fonksiyonlar azaldığı için intravenöz mayi tedavisi uygularken, dehidratasyon ve sıvı yüklenmesine yönelik saatlik sıvı izlemi yapılmıştır,

9. Yaşlı hastalarda, intravenöz, intramusküler ve subkutan enjeksiyon bölgeleri

potansiyel komplikasyonlar (infiltrasyon, inşamasyon, tromboşebit) yönünden dikkatle gözlenmiştir,

10. Hastaların bilinç durumu her gün değerlendirilmiştir (ilaçların yan etkilerinin erken dönemde belirlenmesi açısından gereklidir),
11. Yaşlıda kullanımı riskli olan ilaçlar verildiği zaman ilaç intoksikasyonu belirtileri açısından hastalar izlenmiştir,
12. İlaç-besin etkileşimleri açısından, ilaçlar yemek saatleri göz önünde bulundurularak ayarlanmıştır,
13. Hastaların kullandığı ilaçların etki ve yan etkileri ile birlikte ilaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimleri konusunda farmakolog ve diyetisyen ile görüşülmüştür,
14. Hastaların beslenmesi desteklenmiştir (Malnütrisyona bağlı görülen plazma albümin düzeyinin azalması nedeniyle ilaç yan etkilerinin görülme sıklığı artmaktadır).
15. Taburculuk sonrası ilaçlara uyumunu sağlamak için, yaşlı hastaların kolay görebileceği büyüklükte, renkli, uygulamada zorlanmayacağı çizelgeler hazırlanmıştır.

Travma Riski

1. Yaşlı hastalar tam kan sayımı, kanama ve pıhtılaşma zamanı gibi koagülasyona ilişkin laboratuvar sonuçları izlenmiş, gizli kanama, (dışkı, idrar vb. izlemi), ekimoz, burun kanaması ve diş eti kanaması yönünden değerlendirilmiştir
2. Travma riskine neden olan faktör duyuşal ve algısal değişim ise etkilenen alan yaralanmalardan korunmuş, hastaya bu konuda bir eğitim programı hazırlanmıştır (etkilenen ekstremitenin pozisyonunu kontrol etme, günlük olarak

özellikle etkilenen kısımları izleme ve deri bütünlüğünü gözlemleme, etkilenen alanlara sıcak uygulama yapmadan önce etkilenmeyen ekstremitelerin ısını kontrol etme, çok dikkatli olarak sıcak uygulama araç-gerecini kullanma),

3. Hasta / ailesine hasta odası ve hastanın yatacağı servis tanıtılmıştır,
4. Her hastanın koluna ismini, doğum tarihi ve protokol numarasını gösteren kol bandı takılmıştır,
5. Yatak kenarlıklarının takılı olması sağlanmış ve yatak seviyesinin en düşük seviyede tutulmasına dikkat edilmiştir.
6. Hemşire çağrı zili hastaların ulaşabileceği bir yere bırakılmış ve kullanımı konusunda hasta ve yakınlarına bilgi verilmiştir,
7. Kullanılmayan tıbbi ekipman hasta odasından uzaklaştırılarak, oda düzeni geçişler rahat olacak şekilde sağlanmış, telefon ve elektrik kabloları serbest halde geçiş alanında bulunmamasına dikkat edilmiştir,
8. Tuvalet ve banyoda hastaların tutunacağı tutacakların bulunması sağlanmıştır.
9. Hastaların odasının ve koridorların uygun şekilde aydınlatılması sağlanmıştır,
10. Oda temizliği yapılırken zemin kuruyana kadar basmaması için uyarı yapılarak, hastaların kullandığı terliklerin kaygan tabanlı olmaması konusunda bilgilendirilmiştir,
11. Koridor temizliği yapılırken “Islak Zemin” uyarı işareti muhakkak konulması sağlanmıştır,
12. Hastaların hastanede kaldığı süre içinde genel durumunda değişikliğe neden olabilecek cerrahi ve girişimsel işlemler sonrasında, düşme riskini etkileyebilecek ilaç uygulandığında, hastaların servisler arası transferini ve her türlü yeniden kabulünü takiben düşme riski yeniden değerlendirilmiştir,

13. Düşme riski olan hastanın durumu sağlık ekibi ile paylaşılmış ve sağlık ekibi risk ve koruyucu önlemler konusunda bilgilendirilmiştir. (Örneğin risk görme bozukluğuna bağlı ise gözlük kullanımının sağlanması, yeterli ışıklandırma, çağrı zili hastanın ulaşabileceği yerde olması, çevre düzenlenmesinin yapılması v.b.
14. Hastalar ağrı ve yaralanma yönünden sorgulanmış ve çevre güvenliği sağlanmıştır. Olası yaralanmalar tanımlanarak, hasta güvenliği sağlanmadan, hasta yerinden oynatılmamış, hastanın yerinden oynatılmasına engel olacak yaralanma yok ise, diğer ekip üyeleriyle beraber hasta yatağına alınmıştır.
15. Yaşam bulgularındaki değişiklikler kontrol edilmiştir,

Duyusal-algisal değişim riski

1. Hastaneye kabulünde ve ameliyat sonrası dönemde, hastaların bilinç durumu, zaman, yer, mekan oryantasyonu kontrol edilmiştir,
2. Ameliyat sonrası en büyük risklerden biri embolidir. Embolinin, özellikle beyini besleyen damarlardan birini tıkaması sonucu, tıkanan bölgenin fonksiyonlarına göre bilinç durumunda ve motor hareketlerde bozulmalar meydana gelebilir. Yaşlı hastalar emboli gelişimi açısından değerlendirilmiştir,
3. Hastalar cerrahi sonrası zaman ve yer oryantasyonu sorgulanarak, konuşma, elini kaldırma, ağrı hissini algılama, uyaranlara verilen cevaplar yönünden değerlendirilmiştir,
4. Ameliyat sonrası kullanılan hasta kontrollü analjezinin (HKA) epidural, spinal kullanılması, ekstremitelerde uyuşukluk, his kaybı, baş ağrısı, kafa içi basınç artışına neden olabilir. İntravenöz olarak kullanan hastalarda ise; anksiyolizis, bilinç bulanıklığı, bulantı, kusma gibi yan etkilere sebep olabileceği için, hastalar

bu belirtiler açısından yakından izlenmiştir.

5. Cerrahi girişim sonrası, total kan volümünün %30' undan fazlasının kaybedilmesi sonucunda hastada ajitasyon, konfüzyon, bilinç kaybı görülebileceğinden yaşlı hastalar bu belirtiler açısından gözlenmiştir,
6. Gözlük ve iştime cihazı kullanan yaşlı hastaların bunlara kolay ulaşabileceği bir yere bırakması sağlanmıştır.

KşğşSEL HşJYEN VE GşYşM

Bası yarası riski

1. Yaşlı hastaların, cildi renk, yanık, kabarcık, şişlik, sivilce, morluk çürüme, kesik kontrol edilmiş, her gün hiperemi açısından gözlenmiştir.
2. Yaşlı hastaların, haftada en az 2 kere banyo yapması ve su sıcaklığı kontrol edilerek tahriş etmeyen, yumuşak sabunlar kullanılıp, banyo sonrası nemlendirici krem kullanılması sağlanmıştır,
3. Hastalara ayak ve tırnak bakımı günlük yapılmıştır,
4. Inkontinansı olan yaşlı hastalara inkontintinans sonrası perine temizliği hemen yapılmış, cilt kesinlikle nemli ve ıslak bırakılmamıştır,
5. Naylon, sentetik gibi çabuk tutuşabilen kumaşlardan ve dar giysilerden ziyade Pamuklu, hava geçirgen, emici, fermuarlı ve düğmeli giysiler giymesi sağlanmıştır,
6. Protez-ortez ve ayakkabı kullanan yaşlı hastaların deri özellikleri mutlaka kontrol edilmiştir,
7. Kirli ve ıslak iç çamaşırlarını değiştirilmesi sağlanmıştır,
8. Kıyafetlerinin hastaya uygunluğu, küçük gelip sıkımasına sağlanmıştır,
9. Oturur pozisyonda ike yaşlı hastaların basınç bölgelerini desteklemek için yastık

- ya da oturma minderi kullanılmıştır,
10. Yanıkların gelişmesine yönelik önlemler alınmıştır,
 11. Yatan yaşlı hastaların pozisyonu 2 saatte bir değiştirilmiştir,
 12. Döndürürken hastaların yuvarlanmamasına, sürüklenip çekilmemesine (makaslama kuvvetleri) dikkat edilmiştir,
 13. Uyuma esnasında yüzüstü pozisyon tercih edilmiştir,
 14. Pozisyon verirken basıncın abdomen, sırt ve ekstremitelere eşit dağılımı sağlanmıştır,
 15. Çevirme ve döndürme esnasında; yatak çarşafı düzgün, kuru, temiz ve kırışksız olması sağlanmış ve ara çarşaf kullanılmıştır,
 16. Yatak çarşaflarının gergin olması sağlanmış, her sabah: yatak içindeki yabancı bir objenin cilt yapısında ve renginde bir değişikliğe neden olup olmadığı incelenmiştir,
 17. Basınç bölgesindeki renk değişikliği veya kızarıklık 30 dk. dan fazla devam eden yaşlı hastanın cildi normal rengine dönünceye kadar basıdan uzak tutulmuştur,
 18. Yaşlı hastaların ilk değerlendirilmesi yapıp basıya karşı önlemler alındıktan sonra beslenme durumu değerlendirilmiştir, hastalara yüksek kalorili, yüksek proteinli ve yüksek miktarda vitamin içeren diyet başlanmıştır. Normal yara iyileşmesi için gerekli olan A ve C vitaminleri, epitelizasyon ve fibroblast proliferasyonu için gereken çinko, birçok enzimatik süreçte kofaktör olarak rol alan kalsiyum, kollajen metabolizmasına katılan demir ve bakır elementleri diyetle eklenmiştir.
 19. Dışkı kontaminasyonu bası yaralarının tedavisinde önemli bir sorun olduğundan düşük posalı besinler tercih edilmiştir,

20. Hastalar yeterince oral alamıyorsa beslenme tüpü ile gavaj diyeti ya da hazır formüller verilmiştir,
21. Enteral beslenmenin yetersiz kaldığı ya da olanaksız olduğu durumlarda parenteral hiperalimentasyon uygulanmıştır. Bu durumda kateterle ilgili çıkabilecek sorunlar açısından hastalar gözlenmiştir,
22. Hastalara basınç bölgeleri, pozisyon değiştirme, cilt bakımı, yara bakımı ve beslenmeleri hakkında bilgi verilmiştir.

Bireysel Bakımda Eksiklik

1. Yaşlı hastaların, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımsızlık düzeyi değerlendirilmiştir,
2. Yetersizliklerine yönelik özel girişimler uygulanmıştır,
3. Öz-bakım aktiviteleri (yatak banyosu, baş banyosu vb), yaşlı hastaların katılımını sağlayacak şekilde planlanmış ve uygulanmıştır,
4. Bakımına katılması için yaşlı yastalar desteklenmiştir.

Oral mukoz membranda değişiklik

1. Yaşlı hastaların oral kavitelere her gün kırmızılık, beyazlık, sarılık yönünden değerlendirilmiştir,
2. Hastalara uygun ağız bakımını öğretilerek, uygulaması için cesratelendirilmiştir,
3. Ağız içinde lezyon yoksa: 4 saatte bir yumuşak diş fırçası ile dişleri fırçalanmış ve gerekirse mukostatin ve betadin ile gargara yaptırılmıştır,
4. Lezyon varsa; 2 saatte bir hidrojen peroksit solüsyonu, ardından serum fizyolojik ile ağız bakımı yapıp, arkadan dudakları vazelinlemiştir,
5. Her öğünden önce ve sonra ağız bakımı yapılmıştır,

6. Stomatit oluşmuşsa doktor önerisiyle uygun solüsyonlar kullanılmıştır,
7. Sıvı dengesinin sürdürülmesi sağlanmış, sıcak yiyeceklerden kaçınarak, yumuşak, protein ve vitamin yönünden zengin, asitli, tuzlu, baharatlı besinlerden fakir diyet alması sağlanmıştır,
8. Alkol ve sigara kullanılmamasını önerilmiştir,
9. Dudakları kuru ise vazelin ya da e vitaminli preperatlar ile yumuşatılarak, diş protezlerinin uygun olup olmadığı değerlendirilmiş, rahatsız ediyorsa takılmaması sağlanmıştır,
10. Kanamayı önlemek için yumuşak diş fırçası kullanılmış, eğer ağızda kanama varsa bunu önlemek için hastaya ağzına küçük bir buz parçası alması sağlanmıştır,
11. Diş ve dişeti sorunları olan yaşlı hastaların, diş hekimi ile görüşülerek, diş sağlığı açısından kontrol edilmesi sağlanmıştır,
12. Ağız içi lezyona bağlı ağrı için doktor istemine göre lokal aneljezik kullanılmıştır.

Deri bütünlüğünde bozulma riski

1. Yaşlı hastalarda, deride kuruluk ve turgorunda azalma açısından deri özellikleri değerlendirilmiştir,
2. Hastaların iki saatte bir pozisyonu değiştirilmiştir, uygun olan hastalarda aktif ve pasif egzersizler yaptırılmıştır,
3. IV kateterlerin düzenli bakımı yapılarak, hastaların cildinin temiz ve kuru tutulmasına dikkat edilmiştir,
4. Yaşlı hastaların rahatının sağlanması ve cilt bütünlüğünde bozulma riskini

- azaltmak amacıyla, uygun olan hastalarda havalı yataklar kullanılmıştır,
5. Nemli ve kirli deride, deri bütünlüğü bozulması ve enfeksiyon riski fazla olduğundan insizyon alanı alanı temiz ve kuru tutulmuştur,
 6. Deri fragil olduğundan insizyon alanını ovuşturmaması ve kaşımaması önerilmiştir,
 7. Yaşlı hastaların cilt temizliğinde ılık su ve parfümsüz-yumuşak sabunla hafifçe yıkanarak, yumuşak bir havlu ile kurulayıp, havalandırılmıştır,
 8. İritasyonu arttıran talk pudrası, losyon ve deodorant kullanılmaması önerilmiştir,
 9. Yaşlanmaya bağlı derideki kesikler yavaş iyileştiğinden ve enfeksiyona eğilim olduğundan jilet yerine elektrikli veya pilli traş makinası kullanması, bölge kırmızı ve ağrılı ise traş olmaması, kadın hastalarda ise manikür yaptırmaması önerilmiştir,
 10. Yaşlı hastalarda iritasyon ve reaksiyonu önlemek için; teri emici, yumuşak ve bol giysiler giymesi sağlanmıştır,
 11. Deriyi aşırı sıcak ve soğuktan, direkt gün ışığından korumak için uzun kollu elbise ve geniş kenarlı şapkalar giymesi, ayrıca güneş ışığını bloke eden kremler kullanması, cilde doğrudan sıcak ya da soğuk kompres uygulamasından kaçınması önerilmiştir,
 12. Yatağa bağımlı hastalarda, basınç bölgeleri gözlenmiş ve hastanın pozisyonunu 2 saatte bir değiştirilmiştir,
 13. Ekstremiteleri yükselterek ödem gelişimi önlenmeye çalışılmıştır,
 14. Sabah, akşam tuvaleti, yatak banyosu, baş ve ayak banyosu vererek hijyen gereksinimleri karşılanmıştır,
 15. Tuvalet gereksinimi giderilmiş, perine bölgesinin ıslak kalmamasına dikkat

edilmiştir,

16. Hastaların cildini irrite edici losyon ve kremler kullanmamıştır.

HAREKET

Güçsüzlük

1. Yaşlı hastada güçsüzlük, yorgunluk belirtileri ve nedenleri belirlenmiştir,
2. Hastaların, hangi aktivitelerde daha çok zorlandığı belirlenmiş, bu konuda destek sağlanmıştır,
3. Hastaların bakım gereksinimleri, kısa sürede tamamlanmaya çalışılmıştır,
4. Bakımın sağlanmasında ve sürdürülmesinde hastaların katılımı sağlanmış, gerektiğinde yardım edilmiştir,
5. Uykusuzluğa neden olabilecek çevresel faktörleri önlenerek, hastanın gece en az 7-8 saat uyuması, gündüz uyku periyotları oluşturulmuş, aktivite kısıtlaması sağlanmıştır,
6. Ameliyatın tipine göre hafif egzersizler seçilerek enerji seviyesinin artmasına yardımcı olunmuştur,
7. Hastaların enerjisinin yüksek olduğu zamanlarda önemli aktivitelerini yapması, ancak bunu sonradan daha fazla yorgunluk hissetmesine neden olacak şekilde yapmaması ve yeterli beslenmesi sağlanmıştır,
8. Hastaların dinlenik olduğu zaman, örneğin sabahları en besleyici besinleri alması sağlanmış, sert, zor ve çok çiğnenen besinlerin verilmemiş, dinlenme periyotları oluşturularak, sık sık ve azar azar beslenmesi, proteinden zengin ve bol kalorili besinleri alması sağlanmıştır,
9. Yıkılan hücrelerin ve artık ürünlerin uzaklaştırılabilmesi için günde en az 8-10 bardak su almaları sağlanmıştır.

Aktivite intoleransı

1. Yaşlı hastaların hareket toleranslarını değerlendirmek için kriterler belirlenmiştir, (yaşam bulguları, mesafe, süre, ağrı kontrolü, gücü vb.)
2. Hastalarda aktivite intoleransı belirti ve bulguları (hareket sırasında kalp hızında değişim: istirahat kalp hızından 20 vuruş/dk. artış olması, aktivite sonrası hızın 3 dakika içerisinde normale dönmemesi, aritmi, hareket ile kan basıncında değişiklikler) değerlendirilmiştir,
3. Yaşlı hastalarda aktivite intoleransına ilişkin sorunlar ve nedenleri (stres faktörleri, ağrı, hastanede olma, cerrahi deneyim, ev ortamındaki sorumlulukları vb.)belirlenmiştir,
4. Hangi aktivitelerin önemli olduğu belirlenerek ve hasta ile birlikte öncelikleri belirlenmiştir,
5. Yaşlı hastalar hareket etmenin önemi hakkında bilgilendirilmiş, hareket etmeleri konusunda desteklenmiştir,
6. Yeterli istirahati ve uykunun sağlanması için rahat ve sakin bir ortam oluşturulmaya çalışılmıştır,
7. Aktivite intoleransını önlemeye yönelik önlemler uygulanmıştır,
8. Doktor istemine göre gerektiğinde aktivite kısıtlaması yapılmıştır,
9. Çevredeki aktivite ve gürültü en aza indirilmiştir,
10. Hemşirelik girişimleri, dinlenme periyodları sağlanacak şekilde planlanmıştır,
11. Gerekli durumlarda ziyaretçi sayısı ve süresi kısıtlanmıştır,
12. Gerekli ise kendine bakım aktivitelerinde hastaya yardım edilmiştir,
13. Hastaların kendilerine ait gereçleri rahat uzanabileceği ve alabileceği yerlere yerleştirilmiştir,

14. Korku ve anksiyeteyi azaltacak girişimler uygulanmıştır,
15. , hastaya göğüs ağrısı, nefeste daralma, baş dönmesi, yoğun yorgunluk ve halsizlik hissettiğinde aktivite sonlandırılmış, gerektiğinde doktor istemine göre oksijen uygulaması yapılmıştır,
16. Beslenme durumları değerlendirilerek, düzenleme yapılmıştır,
17. Ameliyat sonrası hareketsizliğe neden olan faktörler giderilmiş, ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kaldırılmıştır,
18. Alınan önlemlerin uygulanmasının devamlılığını sağlamak için diğer sağlık bakım çalışanları ile görüşülmüştür.

Hipotansiyon

1. Yaşlı hastaların yaşam bulguları ve kan basıncı değerlendirilmiştir,
2. Kan basıncı düştüğünde hastalar düz pozisyona getirilip, ayakları yukarı kaldırılmıştır,
3. Hastaların giden sıvıları hızlandırılarak, gerekirse ikinci bir damar yolu açılmıştır,
4. Hipotansiyon hipoksiye bağlı ise önce oksijen verilmiştir,
5. Yalnız başına ayağa kalkmaması konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilmiştir,
6. Ortostatik hipotansiyon gelişmesi durumunda, adım adım ayağa kaldırılmıştır,
7. Doktor isteğine göre uygun ilaçlar uygulanmıştır.

Fiziksel mobilitede bozulma riski

1. Yaşlı hastalarda hareketsizliğe neden olan faktörler değerlendirilmiş, hareket etmenin önemi hakkında bilgilendirilmiştir. Hastalar hareket etmeleri konusunda desteklenmiştir.

2. Yeterli istirahat ve uyku için, rahat ve sakin bir ortam sağlanmıştır,
3. Uykusuzluğa neden olabilecek çevresel faktörler önlenerek, yaşlı hastanın gece en az 7-8 saat uyuması sağlanmıştır,
4. Hastaların kendi bakımlarına katılmaları sağlanmıştır,
5. Ameliyatın tipine göre yaşlı hastaların tolere edebileceği hafif egzersizler seçilerek, enerji seviyesinin artması sağlanmıştır,
6. Yatağa bağımlı yaşlı hastalara yatak içinde egzersizler yaptırılarak hareketliliği sağlanmış, egzersizler konusunda desteklenmiştir,
7. Hastalar ayağa kalkmadan önce çevre güvenliği sağlanmış ve mobilizasyon sırasında yalnız bırakılmamasına özen gösterilmiştir,
8. Hastalar ayağa kalkmadan önce mobilizasyonun aşamaları hastaya anlatılmıştır. Önce yavaş yavaş oturtularak, ayağa kalkmadan önce, birkaç dakika yatağın kenarından ayağını sarkıtmasına izin verilmiştir. Hasta karşı tarafa baktırılıp derin nefes alması istenerek, ilk kez ayağa kalktığında yatak dışında kalınan zaman birkaç dakika sürmüş ve daha sonra hasta tolere ettikçe bu süre artırılmıştır,
9. Hareketsiz kalan hastalarda solunum problemleri (örn. Pnömoni, atelektazi vb), dolaşım problemleri (örn. Tromboflebit), osteoporoz, idrar retansiyonu, negatif nitrojen dengesi gelişebilir. Bu problemleri önlemek için; derin solunum egzersizleri, öksürük egzersizleri, yatak içinde dönme ve ekstremitte egzersizleri yaptırılmıştır,
10. Hastaların ameliyattan sonra en kısa sürede kendi bakımını üstlenmesi sağlanmıştır,
11. Yaşlı hastaların motor işlevleri izlenerek, değerlendirilmiştir (kas gücü, kas

tonüsü, yürüyüş biçimi, yatakta hareket yeteneği) ve harekete yardımcı araçların kullanımı öğretilmiştir,

12. Dört saatte bir eklem açıklığı egzersizleri uygulatılarak, her iki saatte bir uygun yatış pozisyonlarına göre hastalara pozisyon verilmiş, gerektiğinde destek araçları kullanılmıştır (ayak tahtası, küçük yastıkçıklar vb.),
13. Ağrıya bağlı mobilitede sorun yaşanıyorsa, hastalar hareket ettirilmeden en az 30 dk önce analjezikler uygulanmıştır,
14. Hareketsizliğin diğer sistemlerdeki olumsuz etkilerine yönelik girişimler planlanmıştır, (derin solunum egzersizleri, deri bakımı, rutin çevirme hareketleri).

BEDEN İSİSİNİN KONTROLÜ

Periferal doku perfüzyonunda değişim riski

1. Yaşlı hastaların yaşam bulguları değerlendirilmiştir,
2. Arteriyel nabız kontrolü yapılmış ve periferik dolaşım kontrolü sağlanmıştır,
3. Yaşlı hastaların pozisyonunu, rahat soluk alıp vermeyi/yeterli akciğer genişlemesini destekleyek şekilde verilmiştir,
4. Uygun pozisyon verilerek, belli aralıklarla pozisyon değişikliği sağlanmış, solunum ve öksürük egzersizleri, aspirasyon ve oksijen uygulaması ile solunumu desteklenerek, dokuların oksijenlenmesi sağlanmıştır,
5. Hastaların cildi, ısı ve renk açısından gözlenmiştir,
6. Cilt yüzeyinde iyileşmeyen yara ve değişiklik varsa değerlendirilmiştir,
7. Yaşlı hastalara yatak içinde aktif yada pasif egzersiz yaptırılmıştır,
8. Yaşlı hastaların uzun süre soğuk ortamda kalması engellenerek, beden ısısı kontrol edilmiştir,

9. Hastaların ekstremitelerdeki basınç alanları desteklenmiştir,
10. Hastalarda yara gelişmesi önlemek için ayak bakımı yapılmıştır.

Hipotermi

1. Yaşlı hastaların beden ısısı 35,5 C altına düştüğünde hipotermi gelişebileceğinden beden ısıları izlenmiştir,
2. Yaşlı hastaların mental durumu değerlendirilmiştir,
3. Hipotermiye neden olan sedatif, hipnotik ve kas gevşeticilerin dikkatli kullanılmış, hastalar gözlenmiştir,
4. Beden ısını korumak için hastaların uygun giyinmesi sağlanmış ve oda sıcaklığı düzenlenmiştir,
5. Oda sıcaklığı 22-23 C olacak şekilde ayarlanmıştır,
6. Hipotermi belirtileri açısından yaşlı hastalar sıklıkla izlenmiştir,
7. Aşırı derecede ısıtma, kanama riskini artıracağından belirti ve bulgular açısından hastalar gözlenmiştir.

Hipertermi

1. Hastaların beden ısıları ve yaşam bulguları sık aralıklarla kontrol edilmiştir,
2. Yaşlı hastalar hissedilmeyen sıvı kayıpları yönünden değerlendirilmiştir,
3. Hastaların cilt rengi ve ısısı gözlenmiştir,
4. Yaşlı hastaların giysileri ve yatak örtülerinin uygun olması sağlanmıştır,
5. Oda ısına uygun giyinmeleri sağlanmıştır,
6. Laboratuar bulguları enfeksiyon açısından izlenmiştir (lökosit, sedimentasyon vb)
7. Ameliyat sonrası komplikasyonu olan malign hipertermi açısından hastalar

değerlendirilmiştir,

8. Hasta ve yakınlarına hipertermi belirti ve bulgular açısından bilgi verilmiştir.

Vücut ısını düzenlemede yetersizlik

1. Beden ısını normal sınırları içinde sürdürebilmek için yaşlı hasta ve yakınları bilgilendirilmiştir,
2. Yaşlı hastaların beden ısını normal sınırlarda tutabilmeleri için oda ısıları ayarlanmıştır ve odaları havalandırılmıştır,
3. Yaşlı hastaların oda ısına uygun giyinmesi sağlanmış ve bu konuda yaşlı ve ailesi desteklenmiştir,
4. Yaşlı hastaların fiziksel aktivite durumu belirlenmiştir,
5. Hastaların beden ısı ölçümleri ve gözlemlerini yapılarak, gereksinimleri saptanmış, uygun giyinmesi, ünitesinin ısıtılması, ya da odanın serinletilmesi sağlanmıştır,
6. Üşüme, terleme, titreme bulguları açısından yaşlı hastalar yüz ifadesi ve davranışları açısından gözlenmiştir,
7. Hipotermi veya hipertermi durumlarında uygun girişimler yapılmıştır.

İLETİŞİM

Sosyal izolasyon

1. Yaşlı hastaların duygu, davranış, iletişim özellikleri değerlendirilmiştir,
2. Yaşlı hastalarda izolasyona neden olan faktörler değerlendirilmiştir,
3. Yaşlı hastaların sosyal izolasyonu mahremiyet ve yalnız kalma isteğinden ayırt etmesi sağlanmıştır,
4. Yaşlı hastaların endişeleri hakkında görüşülerek, iletişimi konusunda

desteklenmiştir,

5. Kendilik kavramı, baş etme yöntemleri ve bunların sosyal izolasyonla ilgisi konusunda veri toplanmıştır,
6. Sosyalleşmesini sağlayacak aktiviteler (diğer hasta ve yakınları ile kağıt oynama, yemek yeme vb.) yaşlı hastalar ile birlikte seçilmiştir,
7. Yaşlı hasta ve yakınları ile görüşülerek sosyal desteği hareketi geçirilmeye çalışılmıştır,
8. Yaşlı hastalara bakım verirken destekleyici tutum sergilenmiştir,
9. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini sağlanmıştır,
10. Yaşlı hastaların sosyalleşebileceği, benzer ilgisi olan hastalarla iletişimi sağlanmıştır,
11. Hastaların yapabildiği düzeyde grup aktivitelerine katılımı sağlanmıştır,
12. Benlik saygısını arttırıcı girişimler uygulanmıştır,
13. Aynı cerrahi girişimi geçiren diğer yaşlı hastalarla görüşmesi sağlanarak ameliyata ilişkin endişeleri giderilmiştir.

Üstlendiği Rolü Yerine Getirmede Değişiklik

1. Yaşlı hastaların duygu ve düşüncelerini rahat ifade etmesi sağlanmıştır,
2. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini sağlanmıştır,
3. Hastaların günlük yaşamında üstlendiği rol ve sorumluluklarının, hastanede yatma ya da cerrahi girişim nedeniyle ne kadar etkilendiği belirlenmiştir,
4. Bu süreçle baş etmesi için ameliyat sonrası dönemde yaşlı hastaların baş etme mekanizmaları değerlendirilmiştir,
5. Aynı cerrahi girişimi geçiren diğer yaşlı hastalarla görüşmesi sağlanarak

endişeleri giderilmiştir.

Sosyal ilişkilerde bozulma

1. Yaşlı hastaların iletişimini bozan faktörler ve nedenleri değerlendirilmiştir,
2. Yaşlı hastalarda duyuşal algısının azalmasına neden olabilecek fizyolojik nedenler varsa düzeltilmiştir (ağrı, hipoksi, ilaçların yan etkileri vb.)
3. Hastaların duygu ve düşüncelerini rahat bir şekilde ifade etmesi sağlanmıştır,
4. Hastalara yapılan tüm bakım ve işlemler nazik ve sakin bir ses tonuyla, göz teması kurularak anlatılmıştır,
5. İletişim sürecinde gereksinim duyduğunda, takma dişi, işitme cihazı ve gözlüklerini kullanmaları sağlanmıştır,
6. İşitme sorunu nedeniyle iletişim güçlüğü yaşayan yaşlı hastaların doktoru ile görüşülerek gerekli önlemler alınmıştır,
7. Yaşlı hastaların tedavi ve bakımına mümkün olduğunca katılımları sağlanmıştır,
8. Hastalar iletişim kurması için cesaretlendirilerek, iletişim kurduğunda desteklenmiştir.

Bireysel Baş Etmede Yetersizlik

1. Yaşlı hastaların kullandığı olumlu ve olumsuz baş etme yöntemleri belirlenmiştir,
2. Sağlıklı ve uygun baş etme yöntemlerini kullanmasına yardımcı olunmuştur,
3. Yaşlı hastaların odasında hoşuna giden aktiviteleri yapması konusunda desteklenmiştir,
4. Hastaların bireysel bakım aktivitelerine mümkün olduğunca aktif katılımları sağlanmıştır,

5. Yaılı hastalar ve yakınları ile görölölerek sosyal destekleri saŞlanmıİtır.

Anksiyete

1. Yaılı hastalarda hastanede olma, cerrahi giriİim, yakınlarından ayrılma, ölüm korkusu gibi anksiyeteye neden olan faktörler deŞerlendirilmİtır,
2. Yaılı hastaların, anksiyete derecesi sözlü ve sözsüz cevapları deŞerlendirilerek belirlenmiİtır,
3. Yaılı hastalara klinikte çalıİan saŞlık ekibi, cerrahi giriİim ve tedavi İekli hakkında bilgi verilmiİtır,
4. Hastalar anksiyetelerine iliİkin duygu ve düİüncelerini ifade etmesi konusunda cesaretlendirilmİİ, soru sormaları saŞlanmıİtır,
5. Yaılı hastaların mental aktivitelerii deŞerlendirilmİtır,
6. Yaılı hastaların geçmiİte kullandıŞı baİ etme yöntemleri belirlenerek, uygun yöntemi kullanması için desteklenmiİtır,
7. Yaılı hastalar dinlenerek, güven ortamı saŞlanmıİtır,
8. Anksiyetelerinin giderilmesi için relaksasyon yöntemleri(müzik dinleme, egzersiz vb) kullanılmıİtır.

ÇALIŞMA VE EĞLENCE

Boş Vakitlerini Değerlendirmede Eksiklik

1. Yaılı hastaların günlük yaİamında boİ vakitlerini deŞerlendirdiŞi etkinlikler deŞerlendirilmİtır,
2. Hastanede iken yapabileceŞi etkinlikler yaılı hastalar ile birlikte belirlenmiİtır,
3. Yaılı hastaların bakım ve tedavi saatlerine göre etkinliklerin saatleri planlanmıİtır,

4. Yaşlı hastaları yormayacak, ameliyat sonrası süreci etkilemeyecek aktiviteleri yapabilmesi için klinik hemşiresi ve doktoruna bilgi verilmiştir,
5. Yaşlı hastaların isteğine göre, radyo dinleme, tv izleme, kitap okuma, sohbet etme, ziyaretçi kabul etme, bahçede 30 dak zaman geçirme gibi aktiviteleri yapması konusunda desteklenmiştir,

UYKU VE DİNLENME

Uyku alışkanlığında bozukluk

1. Hastaların uyku düzeni ve alışkanlıkları, gelişen uyku sorununun türü tanımlanmıştır,
2. Yaşlı hastaların uykusuzluğuna neden olan çevresel ve tedaviye ilişkin faktörler belirlenmiştir,
3. Hastalar korku ve endişelerini ifade etmesi konusunda desteklenmiştir,
4. Yaşlı hastaların daha önceden alışkın olduğu uyku öncesi rutinlerinin (banyo, içecekler, kitap okuma, dua etme vb.) belirlenmiş ve yapmaması sağlanmıştır,
5. Yatma zamanından önce kafeinli içecekleri içmemesi, ağır yiyecekler yememesi, boşaltım aktivitesini gerçekleştirmesi önerilmiştir,
6. Hastaların bakım ve tedavi girişimleri, uyku alışkanlıkları göz önüne alınarak düzenlenmiştir,
7. Yaşlı hastaların uyku saatinde rahatlatıcı masaj yapılmış, uyumasına engel olan düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirilmiştir,
8. Ağrısı olan yaşlı hastalarda, uyku saatinden önce ağrının giderilmesi sağlanmıştır,
9. Gürültüsüz / sakin bir ortam oluşturularak, odaları uygun şekilde aydınlatılmış ve odada ya da koridorda gürültü önlenmiştir,

10. Hastalar ile birlikte, gündüzleri uygulanmak üzere, bir aktivite programı (yürüyüş, fizik tedavi vb.) oluşturulmuştur,
11. Yaılı ve ailesine, geveme yöntemleri (sakinleştirici masaj, meditasyon, derin solunum egzersizleri vb.) öğretilmiştir,
12. Yaılı hastalara rahat uyuyabileceği uygun pozisyon verilmiştir,
13. Gerektiğinde doktor istemine göre ilaçlar verilmiş, ilaçların etkililiği ve yan etkiler gözlenmiştir.

CİNSELLİK

Cinsel Fonksiyonda Bozukluk

1. Yaılı hastalarda cinsel yaşamla ilişkin sorunlar, ya fiziksel ya duygusal ya da her ikisinden de kaynaklanabileceğinden, neden olan faktörler değerlendirilmiştir,
2. Cinsel ilişkinin, kişinin kendini daha iyi hissettiği zamanlara, ertelenmesi önerilmiştir,
3. Hastalara cinsel ilişkiden önce aşırı kesicilerin, ılık bir banyo veya duş alınması, masaj uygulanması, en rahat edilen pozisyonun tespiti için cinsel birleşme sırasında farklı pozisyonların denenmesi önerilmiştir,
4. Yaılı hastalarda, bu aktivite ile ilgili sorunların gelişmesine neden olan beden imajında bozulma, öz-güven kaybı gibi faktörler göz önüne alınmalı tüm bu duyguları partneri ile paylaşması ve tartışması sağlanmıştır.

Beden imajında bozulma

1. Ameliyat sonrası organ ya da vücut bölümü kaybı, ameliyat izi, hareketi sınırlandıran pansuman ya da sargılar, bireyin kendi vücudunu algılamasını olumsuz etkileyebilir. Yaılı hastalar bu faktörler açısından değerlendirilmiştir,

2. Hastalara duygularını ifade etmesi için fırsat verilerek bireyin beden imajı kavramını algılayış şekli değerlendirilmiştir,
3. İşini yapamama, başkasının yardımına muhtaç olma, eğitime devam edememe gibi riskler, hastaların kendini algılamasını olumsuz etkileyeceğinden, bağımsızlığı konusunda desteklenerek, başarılı olduğu konular açığa çıkarılmıştır,
4. Hastaların yakınları tarafından kabul edilmesi, bireyin kendini kabul etmesinde önemli bir etmen olduğu için, aile ve arkadaşları ile bir araya gelmesi için cesaretlendirilmiştir,
5. Yaşlı hastaların beden işlev ve görünümündeki değişime uyum sağlaması için desteklenmiş ve mahremiyeti sağlanmıştır,
6. Öz-saygısını arttırmak için bireysel hijyenine özen göstermesi konusunda cesaretlendirilmiştir,
7. Yaşlı hastaların, durumunu kabul ettiğini ifade etmesini ve doğru bilgiyi edinmesini sağlamak için, beden imajındaki değişiklikler konusunda açık ve net sorular sorulmuştur,
8. Değişen fiziksel görünümünü daha kolay kabul etmesini sağlamak için yaşlı hastaların öz-değeri sağlanmasına yönelik girişimler uygulanmıştır.

Cinsel Yaşamda Değişiklik

1. Cinselliğin ifadesi ve ameliyatın algılanması, bireyin içinde yaşadığı kültür ve eğitim seviyesi ile yakından ilişkilidir. Her bireyin algılaması ve tepkileri farklı olacağı için yaşlı hastalarda değerlendirme yapılmıştır,
2. Yapılacak uygulamaların yaşlı bireye uygun olması sağlanmıştır,

3. Cinsellik ve cinsel fonksiyonlar hakkında, kendini rahatsız hissettiği konularda sorular sorması için hasta cesaretlendirilmiştir,
4. Cinsellik konusundan kaçmasına neden olan etmenler (ağrı, herhangi bir organın kaybı, hipoksi, ilaçların yan etkisi... vb) tanımlanmıştır,
5. Hastalarla terapötik iletişim teknikleri kullanılarak iletişim kurulmuştur.

ÖLÜM

Yalnızlık Riski

1. Yaşlı hastaların kendilerini yalnız hissetmesine neden olan faktörler değerlendirilmiştir,
2. Hastalar yalnızlık hissetme riskinin yüksek olduğu zamanlarda hoşuna giden başka bir aktiviteye yönlendirilmiştir,
3. Aile dinamikleri ve sosyal destek kaynaklarının değerlendirilmiş ve harekete geçirilmeye çalışılmıştır,
4. Hastalar destek sistemlerini tanıması ve kullanması için yönlendirilmiştir,
5. Hastaları dinlemek için uygun güven verici ortam hazırlanmıştır,
6. Sözlü ve sözsüz iletişim kullanılarak yaşlı hastaların desteklenmesi sağlanmıştır,
7. Ameliyat sonrası endişeleri nedeniyle suskun olan hastalara, sessizliği paylaşma, dokunma gibi terapötik iletişim yöntemleri kullanılmıştır.

Beden Bilincinde Bozulma

1. Yaşlı hastaların kendini nasıl tanımladığı değerlendirilmiştir,
2. Hastaların sahip olduğu yetenek ve başarıları görmesi sağlanmıştır,
3. Yaşlı hastalar duygularını tanıması ve ifade etmesi konusunda cesaretlendirilmiştir,

4. Yaşlı hastalar durumla ilgili kendi sorumlulukları konusunda desteklenmiştir,
5. Yaşlı hastalar kendisi ile ilgili olumlu ifadelerde bulunması için desteklenmiştir,
6. Hastaların kendisini beğenmediği yönleri ile kabul etmesi için desteklenmiştir,
7. Yaşlı hastaların karar vermede yeterliliği değerlendirilerek, tedavi ve bakımına katılımları sağlanmıştır,
8. Tedavi ve bakımları sırasında yaşlı hastaların mahremiyetine özen gösterilmiştir.

Ölüm Anksiyetesi

1. Yaşlı hastaların durumu hakkında ne bildiği ile ilgili veri toplanmıştır,
2. Yaşlı hastaların ölüm hakkındaki belirli korkularını, duygularını tanımlaması sağlanmıştır,
3. Hastaların ölümle baş etmekle ilgili güçlü ve zayıf yanları ile ilgisi algısı belirlenmiştir,
4. Hastaların, endişelerini ve ikilemlerini paylaşması konusunda cesaretlendirilmiştir,
5. Ameliyat sonrası tedavisi ve bakımı konusunda bağımsızlığı ve kontrol duygusu desteklenmiştir,
6. Hastaların kültürüne uygun manevi ve dini uygulamalarını yapabilmesi sağlanmıştır,
7. Yaşlı hastalar yaşamını gözden geçirme ve eski günleri hatırlamaya cesaretlendirilmiştir,
8. Hastalar müzik dinleme, aromaterapi, masaj ve gevşeme teknikleri ile rahatlatılmıştır,
9. Yaşlı hastaların anksiyete düzeyi sözlü ve sözsüz ifadeleri ile belirlenmiştir,

10. Şiddetli ve panik düzeyde anksiyetesi olan yaşlı hastalar için psikiyatrik konsültasyon istenmiştir,
11. Hiperventilasyonu olan yaşlı hastaların yavaş ve derin nefes alması sağlanmıştır,
12. Yaşlı hastalara rahat edebileceği sakin ve sessiz bir ortam sağlanmıştır.

2.8.2 STANDART AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Yaşlılığa bağlı fizyolojik değişiklikleri, sağlık sorunları ve ameliyat sonrası cerrahi açıdan risk oluşturabilecek durumları değerlendirilerek, aktivitelerini etkileyen olumlu ve olumsuz faktörler ve bu faktörlerin ameliyat sonrasında yaşlı hastayı etkileme durumuna ilişkin sorunları belirlenerek, 12 yaşam aktivitesinin her birinden hemşirelik tanısı almayan, ameliyat sonrası komplikasyon riski daha az olan yaşlı hastalar Grup II'ye alınan yaşlı hastalara standart ameliyat sonrası hemşirelik girişimleri uygulanmıştır (4,14,61). Grup II' deki hastalara uygulanan hemşirelik girişimleri şöyledir:

Kardiyovasküler Fonksiyonu Sürdürülmesi

1. Yaşam bulguları ameliyat sonrası ilk bir saat 15 dk, sonraki iki saat 30 dk, sonraki dört saat saatte bir bakılarak, bulgular stabil ise 24 saat içerisinde 4 saatte bir yaşam bulguları yeniden değerlendirilmiştir,
2. Dokuların kanlanması ve oksijenlenmesini belirlemek için, özellikle periferlerin ısı ve renk durumları gözlemlenmiş ve bulgular kayıt edilmiştir,
3. Kanama belirtileri yönünden hastalar izlenmiş, yara bölgesi kontrol edilmiş, dren içindeki kan miktarı ve dolum süresi izlenmiş, anormal bulgular hekime haber verilmiştir,
4. Ameliyat sonrası dönemde hastalar oral yol ile beslenemedikleri için, vücut için

gerekli sıvı ve besin ihtiyacı intravenöz yolla karşılanmaktadır. Sıvılar uygulanırken, dolaşım yüklenmesi belirtileri (kuru öksürük, solunum sıkıntısı, filiform (ipliksi) nabız vb) açısından hastalar izlenmiştir,

5. Anestezi sonrası, hastalarda üşüme ve titreme açısından gözlem yapılmış, üşümesi olan hastaların üzeri örtülmüştür,

6.Hastaların aldığı çıkardığı takibi yapılmıştır,

Yeterli solunum sistemi fonksiyonunu sürdürülmesi

1.Hastaların hava yolunun açık olması sağlanmış, bu amaçla başı hafifçe yan çevrilmiş, ameliyat açısından risk yok ise, yan yatırılarak ya da başı hafifçe yükseltilmiştir,

2.Solunumun sayısı, derinliği, tipi ölçülerek solunum özellikleri değerlendirilmiştir,

3.Ağız içinde biriken tükürük vb. sekresyon kontrol edilmiş, gerekli ise aspire edilmiştir,

4. Ameliyatın özelliğine göre ameliyat sonrası en erken dönemde derin solunum ve öksürük egzersizleri yapması için cesaretlendirilmiş ve egzersizler yaptırılmıştır,

5. Rahat solunumun sağlanması için ventilasyon desteği gereken hastalara cihazlar ve aletler konusunda bilgi verilmiştir,

6. Hastalara uygun ve rahat bir pozisyon verilmiş, mümkün olan en erken dönemde ayağa kaldırmıştır.

Yeterli beslenme ve boşaltımın sağlanması

1. Anestezi sonrası, bulantı ya da kusma gelişen hastalara bulantıyı önlemek için öncelikle nonfarmakolojik yöntemler uygulanmıştır (odanın havalandırılması, ziyaretçi kısıtlanması yapılması, solunum egzersizleri). Bulantı, kusması devam eder hastalar doktor istemiyle antiemetik tedavi uygulanmıştır,

2. Ameliyattan sonra hastanın uygun olan en kısa sürede normal beslenmeye geçişi sağlanmıştır.

3. Ameliyat sonrası nazogastrik sondası olan hastaların sondadan gelen sıvı miktarları, sıvının niteliği kontrol edilerek, kayıt edilmiştir,

4. Ameliyat tipine göre ve kronik hastalıklarına göre hastaya uygun diyet verilmiştir, hastanın tolere edebileceği diyet ile başlanmış ve daha sonra diğer diyetlere geçilmiştir.

Renal fonksiyonu sürdürülmesi

1. Hastalar servise alınır alınmaz, damar yolu açıklığı, uygulanan intravenöz sıvı ve içindeki ilaçları, idrar rengi ve miktarı, saatlik olarak ölçülmüştür,

2. Dren içindeki sıvı niteliği ve miktarı dren, üriner katateri, vb. klemplerinin açık olup olmadığı kontrol edilmiştir,

3. Hastalar idrar çıkışı olmaması durumunda, glob (mesanede idrar birikmesi) yönünden hasta değerlendirilmiştir,

4. Üriner kateter olan hastalarda idrar akışı kontrol edilmiştir,

5. Üriner kateter çıkartıldığında mesane jimnastiği (kegel egzersizi) yaptırılmış ve kateter sonrası spontan idrar takibi yapılmıştır,

6. Hastaların laboratuvar tetkik sonuçları böbrek fonksiyonları açısından değerlendirilmiş ve doktoru ile işbirliği yapılmıştır.

Sıvı ve elektrolit dengesininin sağlanması

1. Sıvı-elektrolit dengesinin değerlendirilmesinde hasta öyküsü detaylı alınmıştır,

2. Hastaların yaşam bulgularındaki değişiklikler sıvı-elektrolit dengesizliği açısından hastanın durumuna göre düzenli aralıklarla kontrol edilmiş ve yaşam bulguları takip edilmiştir,

- 3.Hastanın ağırlığındaki akut değişiklikler genellikle sıvı dengesinde hızlı bir değişim olduğunu göstereceğinden günlük kilo takibi yapılmıştır,
- 4.Sıvı dengesinin izlenmesinde hastaların aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı ölçülmüştür,
- 5.Santral venöz basınç ve pulmoner arter basıncı gibi sıvı volümü değerlendirilmiştir,
- 6.Sıvı-elektrolit dengesizliğine bağlı olarak deride ortaya çıkabilecek değişiklikler değerlendirilmiş ve takip edilmiştir,
7. Laboratuvar testleri sıvı-elektrolit dengesizliklerinin erken dönemde belirlenmesi amacıyla laboratuvar sonuçları takip edilmiştir.

Yara iyileşmesinin sağlanması

1. Yara iyileşmesini sağlamada ameliyat sırasında ve sonrasında asepsi ilkelerine uyulmuştur,
- 2.Hastaların yaraları, yara oluş zamanına göre (akut yara, kronik yara), yaranın mikroorganizmalarla kirlenme durumuna göre (temiz yara, kontamine yara, enfekte yara), yaranın görünümüne göre (kapalı yara, açık yara) değerlendirilmiştir,
- 3.Enfeksiyon gelişmesini önlemek için pansumanların ve drenlerin bakımına özen gösterilmiştir (El yıkama, eldivenin uygun kullanılması).
- 4.Drenin çevresi temiz ve kuru tutulmuş, drenler sürekli izlenmiş, drenajın rengine, görünümüne dikkat edilmiş, drenaj miktarı belli aralarla (8h aralarla) ölçülmüştür,
- 5.Uygun koşullarda kapalı sistem sürdürülmüştür,
- 6.Pansumanlarda aşırı drenaj, kızarıklık ve hastanın ateşinin olması enfeksiyon belirtisidir. Bu belirtiler geliştiğinde doktora haber verilmiştir,
7. Yara iyileşmesini etkileyen faktörler açısından hastalar değerlendirilmiştir.

Hareketin sağlanması

- 1.Ameliyat sonrası dönemde, hastaların durumuna ve ameliyat tipine göre en erken

dönemde doktor istemine göre hastanın mobilizasyonu sağlanmıştır,

2. Hastalar ayağa kalkmadan güvenli çevre sağlanmış, mobilizasyon sırasında yalnız bırakılmamıştır,

3.Hareketsiz kalan hastalarda solunum problemleri önlemek için; derin solunum egzersizleri, öksürük egzersizleri, yatak içinde dönme ve ekstremit e egzersizleri yaptırılmıştır,

4.Hastaların ameliyattan sonra en kısa sürede kendi bakımını üstlenmesi sağlanarak da hareketsizlik önlenmiştir.

Psikolojik destek sağlanması

1.Hastaların ameliyat sonrasında meydana gelebilecek fonksiyon kayıpları, kullanabileceği yardımcı araçlar, yardımcı kuruluşlar hakkında önceden bilgilendirilerek, psikolojik destek sağlanmıştır,

2.Geçirilen ameliyat sonrası organ ya da vücut bölümü kaybı, ameliyat izi, hareketi sınırlandıran pansuman ya da sargılar, bireyin kendi vücudunu algılamasını olumsuz etkileyebilir. Yaşlı hasta ve yakınlarını da dinlenerek, gerekli açıklamalar yapılmıştır,

3.Taburcu olmadan önce hastalar ve yakınlarının hazırlanması için kendi kendine bakım, yapılmaması gereken aktiviteler, uygulanacak diyet ve ilaçlar, oluşabilecek komplikasyonlar, kontrol için doktora ne zaman ve nasıl başvuracağı konularını içeren eğitim verilmiştir.

Komplikasyonların önlenmesi

1. Hastaların ameliyat sonrası, maksimum düzeyde rahatın sağlanmasının yanı sıra komplikasyon gelişimine yönelik önlemler alınmıştır,

2. Ameliyat sonrası görülen komplikasyonlar (şok, pnömoni, atelektazi, yara

enfeksiyonu, yara açılması, paralitik ileus, üriner enfeksiyon, hıçkırık, akut gastrik dilatasyon ve duygusal bozukluklar) açısından hasta gözlenmiş, gerektiğinde doktora haber verilmiştir,

3. Kanama gelişen hastalarda;

- 1.Hastalar yakından izlenmiş, yaşam bulgularını kontrol edilmiş ve değişimler değerlendirilmiştir.
- 2.Ameliyat sonrası dönemde hastaların drenleri ve pansumanları kanama açısından kontrol edilmiş ve ölçülmüştür.

2.9 VERİLERİNİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın sonucunda elde edilen verilerin değerlendirmesi SPSS for Windows (The Statistical Package for Social Sciences) 11.5 programında yapıldı. Verilerin analizinde; çalışma ve kontrol gruplarının sosyo demografik özellikleri ile 12 bileşenin tüm değerlendirme bulguları ile karşılaştırılmasında, sayı yüzde, ki kare, ANOVA, nonparametrik testler (kruskall wallis, Mann whitney U) testleri, ameliyat öncesi ilk değerlendirmede ve ameliyat sonrasındaki üç değerlendirmede belirlenen hemşirelik tanıları ise sayı yüzde ve ki kare testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

2.10 ARAŞTIRMANIN SÜRESİ VE OLANAKLARI

Araştırma, Kasım 2009- Haziran 2010 tarihleri arasında, hafta içi iki gün ve mesai saatleri 08-30-16.30 içinde yürütülmüştür.

2.11 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ

Etik ilkelere uyulması, araştırılma kapsamına alınanların haklarının korunması ve herhangi bir zarar görmemeleri açısından önlemler alınmıştır,

- Araştırma için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurul’dan onay alınmıştır (EK IV.).
- Araştırmanın yürütüleceği kurumlardan araştırmada kullanılacak veri toplama aracının da eklendiği bir dilekçe ile müracaat edilerek CBÜ araştırma ve uygulama hastanesi başhekimliğinden ve İl Sağlık Müdürlüğü kanalıyla kamu hastanelerinden yazılı izinler alınmıştır (Ek V, VI, VII).
- Çalışmaya katılan hastalara, çalışmanın amacı, yöntemi ve yararları açıklanarak, çalışmaya katılmaya istekli olup olmadıkları soruldu ve izinleri alınmıştır.
- Bireysel hakların korunması ilkesine dayanılarak “İsteklilik, Gönüllülük” ilkesi ışığında “Bilgilendirilmiş Onam” koşulu yerine getirilmiştir (EK I.).
- “İnsan Onuruna Saygı” ve “Otonomi” etik ilkesine dayalı olarak çalışmaya katılacak hastalar; çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, konusunda sözel olarak bilgilendirilmiştir.
- Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara, kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bu bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği, “Gizlilik” etik ilkesi ile ilgili güvence verilmiştir.
- “Zarar vermeme-yarar sağlama” ilkesine özen gösterilerek hastaların bakım ve tedavilerinde risk oluşturan durumlardan korunmaları, bakım ve tedavinin aksatılmadan sürdürülmesi sağlanmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

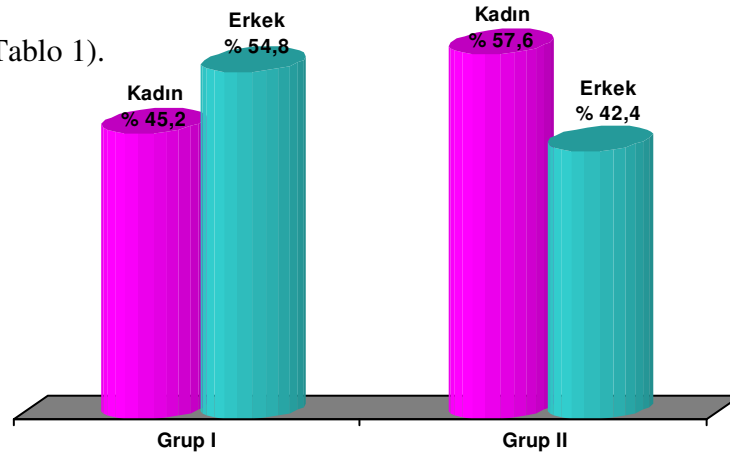
3.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN BAZI SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ.

Tablo 1. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların bazı sosyo demografik özelliklerinin dağılımı.

	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	19	45,2	19	57,6	0,289
Erkek	23	54,8	14	42,4	
Yaş					
65-74	18	42,8	22	66,7	0,005*
75-79	10	23,8	6	18,1	
80-84	7	16,7	5	15,2	
85 yaş ve üzeri	7	16,7	0	0	
Eğitim durumu					
Okur yazar değil	14	33,3	9	27,3	0,784
Okur yazar	14	33,3	10	30,3	
İlköğretim	13	31,0	12	36,4	
Lise	1	2,4	1	3,0	
Yüksekokul	0	0	1	3,0	
Meslek					
Ev hanımı	15	35,7	18	54,5	0,213
Emekli	19	45,2	12	36,4	
Serbest çalışıyor	8	19,0	3	9,1	
Medeni durum					
Dul	22	52,4	14	42,4	0,392
Evli	20	47,6	19	57,6	

Çocuk sayısı					
1-2 çocuk	12	28,6	10	30,3	0,724
3-4 çocuk	27	64,3	19	57,6	
5 çocuk ve üzeri	3	7,1	4	12,1	
Sosyal güvence					
Emekli sandığı	6	14,3	8	24,2	0,179
SSK	23	54,8	10	30,3	
Bağkur	10	23,8	10	30,3	
Yeşil kart	3	7,1	5	15,2	
Konut durumu					
Gecekondu	4	9,5	4	12,1	0,978
Apartman dairesi	14	33,3	10	30,3	
Kira	7	16,7	6	18,2	
Kendine ait	17	40,5	13	39,4	
Asansör olma					
Yok	41	97,6	28	84,8	0,043*
Var	1	2,4	5	15,2	
Isınma durumu					
Soba	34	81,0	27	81,8	0,240
Kalorifer	5	11,9	6	18,2	
Klima	3	7,1	0	0	
Ayrı odası olma					0,583
Yok	38	90,5	31	93,9	
Var	4	9,5	2	6,1	
Birlikte yaşadığı kişiler					
Yalnız	8	19,1	3	9,1	0,242
Eşi ile	19	45,2	21	63,6	
Çocuğu ile	15	35,7	9	27,3	
Sosyal desteği					
Olumlu	31	73,8	24	87,9	0,131
Olumsuz	11	26,2	9	12,1	

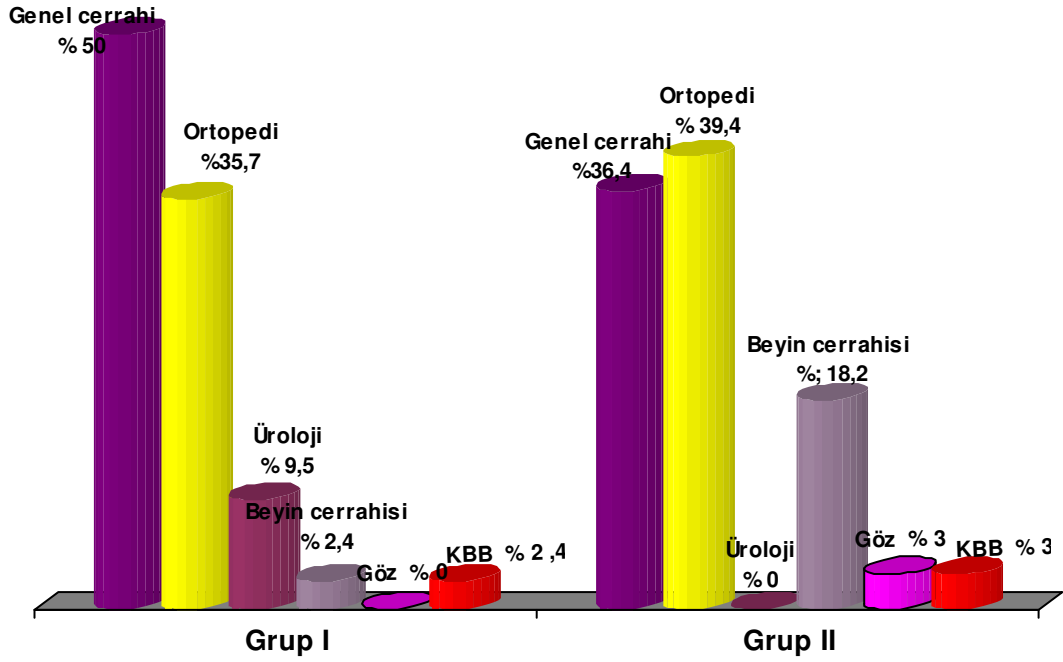
Çalışmaya katılan n=75 yaşlı hastadan, n=27 'si üniversite hastanesi, n=28 'i merkez efendi devlet hastanesinde, n=20 'si Manisa devlet hastanesi cerrahi kliniklerinde planlı ameliyat olmak üzere yatırılmıştır. Yaşlı hastaların sosyodemografik bazı özellikleri incelendiğinde; Grup I'deki yaşlı hastaların (n=42), % 42,9'u 65-74 yaş, % 23,8'u 75-79 yaş, %16,7'si 80-84 yaş, %16,7'si 85 yaş ve üzeri yaş aralığındadır. Yaşlı hastaların % 33,3 'ü okur yazar değil, % 33,3 'ü okur yazar, % 31'i ilköğretim mezunudur. % 52,4'ü dul ve % 47,6'sı evlidir. % 28,6 'sının 1-2 çocuğu, % 64,3'ünün 3-4 çocuğu % 7,1 'inin ise 5 ve daha fazla çocuğu vardır. % 45,2 'si emekli, % 35,7'si ev hanımı, % 19 'u ise serbest çalışmaktadır. Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların sosyal güvencesi % 54,8'i SSK, % 23,8'i Bağkur ve 14,3'ü Emekli Sandığı % 7,1'inin ise Yeşil Kartı vardır. % 40,5'i kendisine ait bir evde, % 33,3 'ü apartman dairesinde, % 16,7 'si kira ile, % 9,5 'i ise gecekonduda yaşamaktadır. Sadece 1 kişinin konutunda asansör bulunmaktadır ve büyük çoğunluğu (% 81,0) soba ile ısınmaktadır. % 9,5 'inin evinde kendisine ait ayrı bir odası bulunmaktadır. % 45,2'si eşi ile, % 35,7'si çocuğu ile % 19,0'u yalnız yaşamaktadır. % 73,8'i olumlu, % 26,2'si ise olumsuz sosyal desteği olduğunu ifade etmiştir (Tablo 1).



Grafik I. Grup I ve Grup II 'deki yaşlı hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı.

Grup I'deki yaşlı hastaların % 54,8 'i erkek, % 45,2 'i kadın, Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların ise; % 42,4 'ü erkek, % 57,6'sı kadındır (**Grafik I**).

Grup I'deki yaşlı hastaların, % 50,0'si genel cerrahi, % 35,7'si ortopedi, % 9,5'i üroloji kliniğinde, Grup II'deki hastaların ise; % 36,4'ü genel cerrahi, % 39,4'ü ortopedi, % 18,2'si beyin cerrahisi kliniğinde yatmaktadır (**Grafik II**).

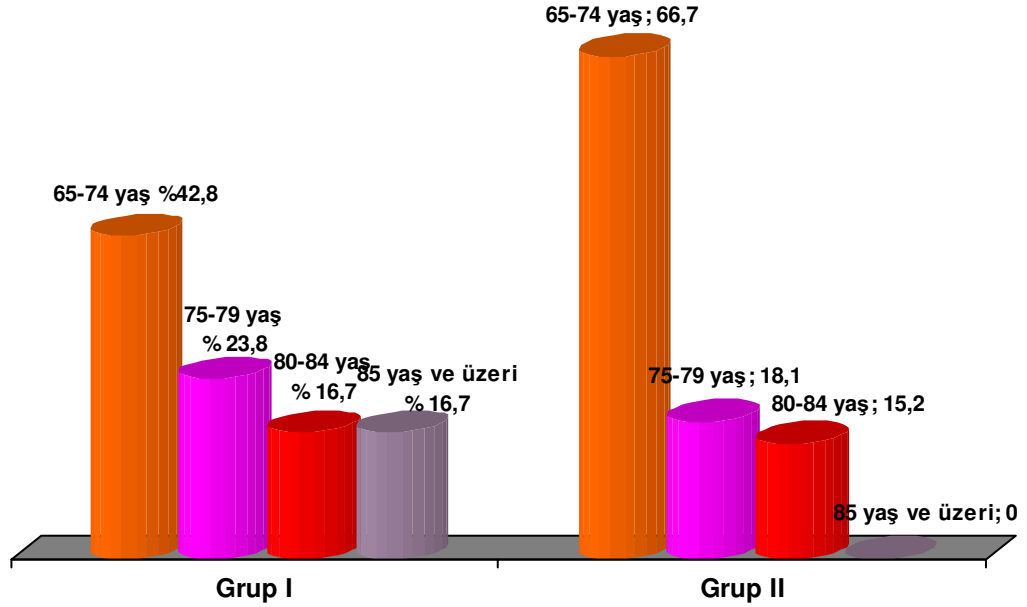


Grafik II. Grup I ve Grup II 'deki yaşlı hastaların kliniklere göre dağılımı.

Grup II'yi (n=33) oluşturan yaşlı hastaların ise; % 42,4 'ü erkek, % 57,6'sı kadın % 66,7'si 65-74 yaş aralığında, % 18,2'si 75-79 yaş, %15,2'si 80-84 yaş grubundadır (şekil I). % 27,3 'ü okur yazar değil, % 30,3 'ü okur yazar, % 36,4'ü ilköğretim mezunu, % 3'ü lise ve % 3'ü yükseköğretim mezunudur. % 42,4'ü dul ve % 57,6'sı evlidir. % 30,3 'ünün 1-2 çocuğu, % 57,6'sının 3-4 çocuğu % 12,1 'inin ise 5 ve daha fazla çocuğu vardır. Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların sosyal güvencesi % 30,3'ü SSK, % 30,3'ü Bağkur ve %24,3'ü Emekli sandığı % 15,2'sinin ise Yeşil Kartı vardır. % 39,4'ü kendisine ait bir evde, % 30,3 'ü apartman dairesinde, % 18,2 'si kira ile, % 12,1 'i ise gecekonduda yaşamaktadır. Sadece %15,2sinin (5 kişinin)

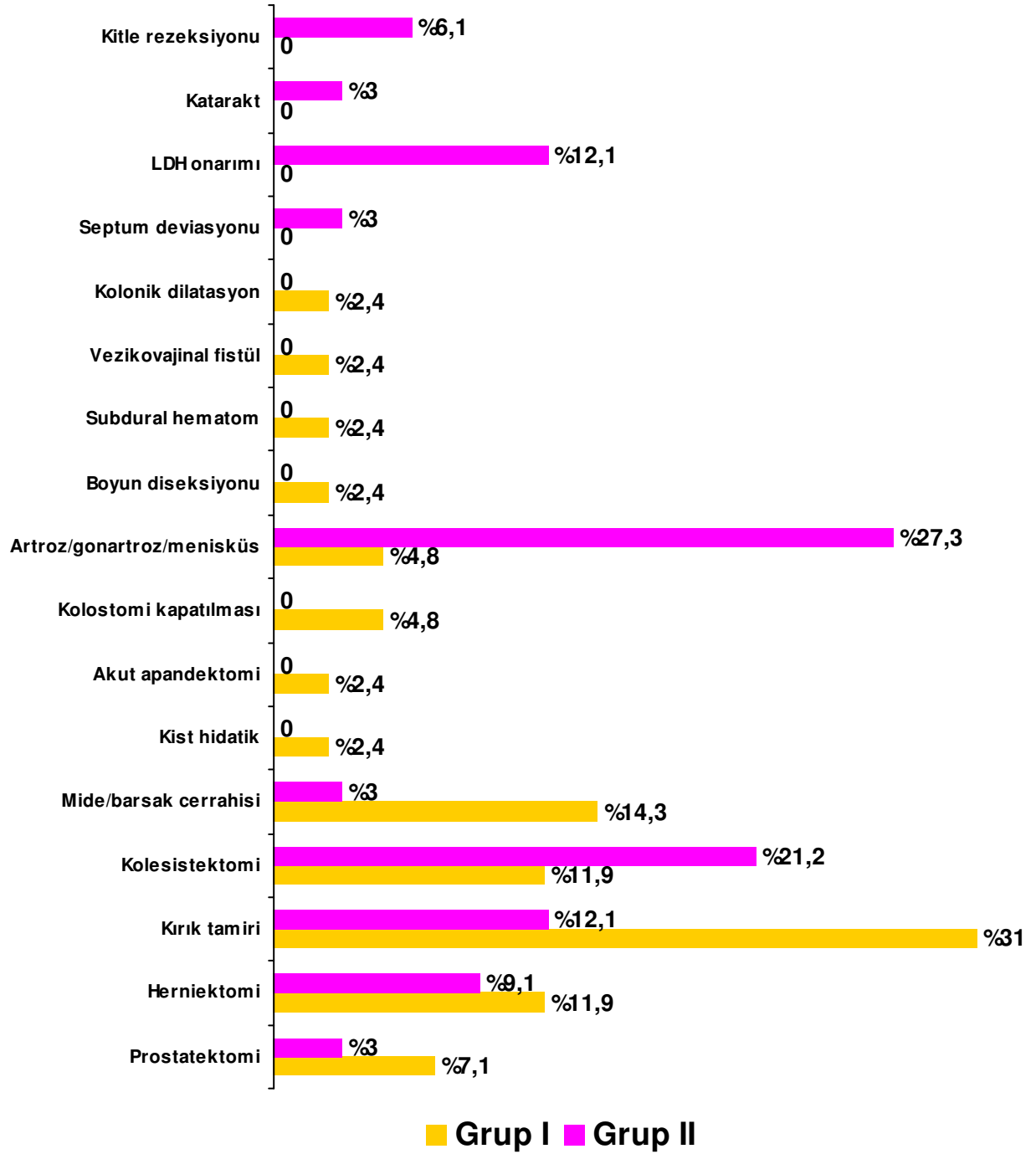
konutunda asansör bulunmaktadır ve büyük çoğunluğu (% 81,8) soba ile ısınmaktadır. % 6,1 'inin evinde kendisine ait ayrı bir odası bulunmaktadır. Yaşlı hastaların % 63,6'sı eşi ile, % 27,3'ü çocuğu ile % 9,1' i yalnız yaşamaktadır. % 87,9'u olumlu, % 12,1'inin ise sosyal desteğinin olumsuz olduğu belirtmiştir (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan n=75 yaşlı hastanın, sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; Grup I ve Grup II ye alınan yaşlı hastaların cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, mesleği, çocuk sayısı, sosyal güvencesi, oturduğu konut özellikleri arasında anlamlı fark saptanamamıştır ($p>0.05$).



Grafik III. Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.

Grup I'i oluşturan hastaların % 42,9'u 65-74 yaş, % 23,8'u 75-79 yaş, %16,7'si 80-84 yaş, %16,7'si 85 ve üzeri yaş, Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların ise; % 66,7'si 65-74 yaş, % 18,2'si 75-79 yaş, %15,2'si 80-84 yaş grubundadır (**Grafik III**). Grup I ve Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$).



Grafik IV. Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastaların ameliyat nedenlerine göre dağılımı.

3.2.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “GÜVENLİ ÇEVRE” BİLEŞENİNE GÖRE İNCELENMESİ.

Tablo 2. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların genel sağlık/ hastalık ve cerrahi girişim durumlarının dağılımı.

	GRUP I (n= 42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
Daha önce ameliyat olma					
Hayır	15	35,7	12	36,4	0,954
Evet	27	64,3	21	63,6	
Ameliyat olma korkusu					
Yok	25	59,5	23	69,7	0,362
Var	17	40,5	10	30,3	
Anestezi türü					
Genel anestezi	38	90,5	19	57,6	0,001*
Spinal / lokal anestezi	4	9,5	17	42,4	
Cerrahi türü					
Uzun süreli	29	69,0	9	27,3	0,000*
Kısa süreli	13	31,0	24	72,7	
Malignite					
Yok	30	71,4	31	93,9	0,013*
Var	12	28,6	2	6,1	
Ameliyat sonrası pozisyonu					
Supine	18	42,9	24	72,7	0,010*
Semifawler	24	57,1	9	27,3	
Hastanede bulunma süresi					
3 gün ve daha az	28	66,7	30	90,9	0,013*
4 gün ve daha fazla	14	33,3	3	9,1	

* Mann Whitney U Testi Uygulanmıştır.

Tablo 2. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların genel sağlık/ hastalık ve cerrahi girişim durumlarının dağılımı (devamı).

	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
Ameliyat öncesi aç kalma süresi					
6-10 saat	17	40,5	26	78,8	0,001*
11-18 saat	25	59,5	7	21,2	
Ame öncesi bilgilendirme durumu					0,059
Hayır	11	26,2	3	9,1	
Evet	31	73,8	30	90,9	
Kronik/yandaş hastalığı olma durumu					0,905
Hayır	10	23,8	14	42,4	
Evet	32	76,2	19	57,6	
Kronik/ yandaş hastalık					0,086
Yok	10	23,8	14	42,4	
Hipertansiyon	10	23,8	6	18,2	
Diyabet	9	21,4	3	9,1	
KOAH	5	11,9	2	6,1	
Korener arter hastalığı(KAH)	0	0	1	3,0	
Hipertansiyon ve diyabet	5	11,9	4	12,1	
Hipertansiyon ve KAH	3	7,1	1	3,0	
Hipertansiyon ve KOAH	0	0	2	6,1	
Düzenli kontrol yaptırma durumu					0,863
Hayır	35	83,3	27	81,8	
Evet	7	16,7	6	18,2	
Aşılama durumu					0,102
Hayır	36	85,7	28	84,8	
evet	6	14,3	5	15,2	
Alerjisi olma					0,456
Hayır	40	95,2	30	90,9	
Evet	2	4,8	3	9,1	

* Mann Whitney U ve Ki kare testi uygulanmıştır.

Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların %64,3'ü daha önce ameliyat olmuş, % 35,7'si daha önce ameliyat olmamıştır. % 40,5'i ameliyat olmaktan korktuğunu, % 59,5'i ameliyat olmaktan korkmadığını ifade etti. % 90,5'i genel anestezi ile % 9,5'i

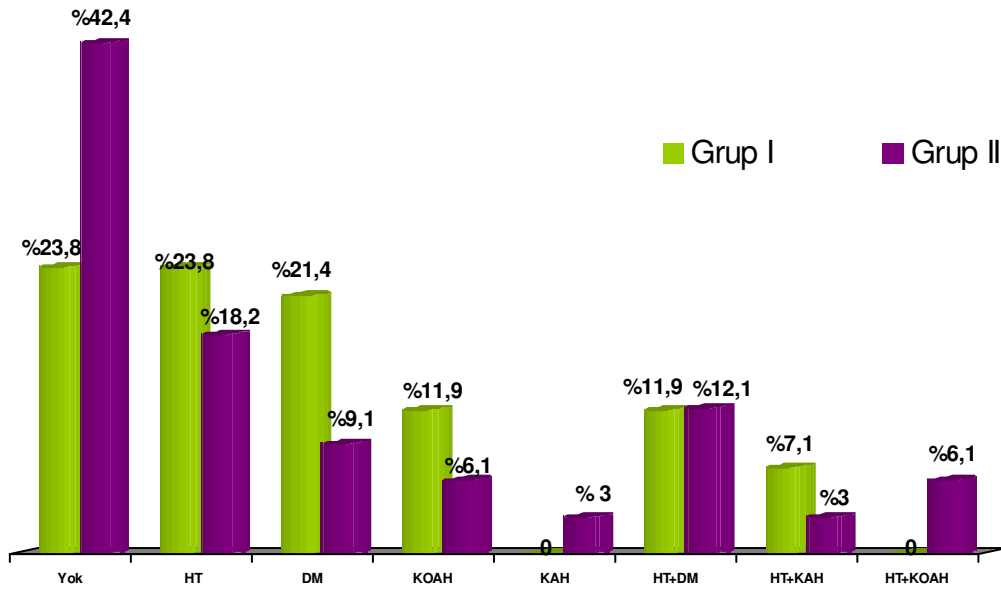
ise spinal anestezi ile % 69 ‘u uzun süreli , % 31 ‘i kısa süreli cerrahi girişim geçirmiştir. % 28,6’sının malignitesi vardır. % 42,9’unun ameliyat sonrası pozisyonu supine, % 57,1’inin semi fawlerdir. Yaşlı hastaların hastanede bulunma süreleri incelendiğinde; 3 gün ve daha az süreyle kalanlar % 66,7 4 gün ve daha uzun süre ile kalanlar % 33,3 ünü oluşturmaktadır. Ameliyat öncesi aç kalma süreleri ise: 6-10 saat arası süreyle aç kalan % 40,5, 11-18 ssat süreyle aç kalan ise % 59,5 dir (Min: 6 max: 18 ort: $10,31 \pm 2,41$) . Yaşlıların % 73,8 ‘i ameliyat öncesi bilgilendirilmiştir. Yaşlıların kronik yandaş başka bir hastalığının olma durumu değerlendirildiğinde; % 76,2 ‘si kronik başka bir hastalığı olduğunu, % 23,8 ‘inin hipertansiyon, % 21,4’ünün diyabet, % 11,9 ‘unun KOAH, % 11,9 ‘unun hipertansiyonla birlikte diyabeti olduğu belirlenmiştir (**Grafik V**). Grup I’deki yaşlı hastaların sadece % 16,7 ‘sinin düzenli kontrol yaptırdığı, % 83,3’ünün yaptırmadığı, % 14,3’ünün aşılandığı, %85,7’sinin aşılanmadığı, % 4,8 ‘inin alerjisinin olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Grup II’yi oluşturan yaşlı hastalarda ise; %63,6’sı daha önce ameliyat olmuş, % 36,4’ü daha önce ameliyat olmamıştır. % 30,3’ü ameliyat olmaktan korktuğunu, % 69,7’i ameliyat olmaktan korkmadığını ifade etti. % 57,6’sı genel anestezi ile % 42,4’ü ise spinal anestezi ile, % 27,3’ü ‘u uzun süreli , % 72,7 ‘si kısa süreli cerrahi girişim geçirmiştir. % 6,1’inin malignitesi vardır. % 72,7’sinin ameliyat sonrası pozisyonu supine, % 27,3’ünün semi fawlerdir. Yaşlı hastaların hastanede bulunma süreleri incelendiğinde; %90,9 ‘u 3 gün ve daha az süreyle kalan,% 9,1’i 4 gün ve daha uzun süre ile hastanede kalmıştır. Ameliyat öncesi aç kalma süreleri ise: 6-10 saat arası süreyle aç kalan % 78,8, 11-18 ssat süreyle aç kalan ise % 21,2 dir. Yaşlıların % 90,9 ‘u ameliyat öncesi bilgilendirilmiştir (Tablo 2).

Grup I’de ameliyat olma nedenleri daha çok kırık (% 31), mide – barsak

ameliyatı (% 14,3), herni onarımı (% 11,9) ve kolesistektomi (% 11,9), prostatektomi (% 7,1)'dir. Grup II'deki yaşlı hastalar ise çoğunlukla artroz gonartroz/ menisküs (% 27,3), kolesistektomi, (%21,2), kırık (%12,1), lomber disk herni (%12,1), herni onarımı (% 9,1) nedeniyle ameliyat olmuşlardır (**Grafik IV**). Grup I ve Grup II'ye alınan hastalar ile ameliyat olma nedenleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Yaşlıların kronik yandaş başka bir hastalığının olma durumu değerlendirildiğinde Grup II'deki hastaların, % 42,4'ü kronik yandaş başka bir hastalığı olmadığını, % 57,6 'si kronik başka bir hastalığı olduğunu, % 18,2 'si hipertansiyon, % 12,1 'i hipertansiyon ve diyabet birlikte , % 9,1'inin diyabeti olduğu belirlenmiştir (**Grafik V**). Yine Grup II'deki yaşlı hastaların sadece % 18,2 'sinin düzenli kontrol yaptırdığı, % 81,8'inin yaptırmadığı, % 15,2'sinin aşılandığı, %84,8'inin aşılanmadığı, % 9,1 'inin alerjisinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).



Grafik V. Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastaların kronik/ yandaş hastalıklarına göre dağılımı.

Grup I ve Grup II'ye alınan hastalar ile cerrahi türü, anestezi türü, malignite olma durumu, hastanede bulunma süresi, ameliyat sonrası pozisyonu, ameliyat öncesi aç kalma süresi arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 3. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların hastanedeki invaziv girişim durumlarının dağılımı.

	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
Enfeksiyonu olma					
Yok	36	85,7	33	100,0	0,096
Var	6	14,3	0	0	
Drenajı olma					
Hayır	37	88,1	33	100,0	0,160
Evet	5	11,9	0	0	
Nazogastrik olma					
Hayır	27	64,3	0	0	0,000*
Evet	15	35,7	0	0	
Üriner kateteri olma					
Hayır	12	28,6	33	100,0	0,000*
Evet	30	71,4	0	0	
Periferik venöz kateter					
Hayır	2	4,8	15	45,5	0,000*
Evet	40	95,2	18	54,5	
Yara bakım gereksinimi olma durumu					
Hayır	28	66,7	33	100,0	0,001*
Evet	14	33,3	0	0	
Yara bölgesinde					
Enfeksiyon	1	3,0	0	0	0,372
Akıntı	1	3,0	0	0	
Renk değişimi	0	0	0	0	
Koku	0	0	0	0	
Kanama	0	0	0	0	

* Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların, % 14,3'ünün enfeksiyon olduğu, % 11,9'unda drenaj olduğu, % 35,7'sinde nazogastrik sonda, % 71,4 'ünde üriner kateter, % 95,2'sinde periferik venöz kateter olduğu ve hastaların % 33,3'ünün yara

bakım gereksinimi olduğu belirlenmiştir. 1 hastanın yara bölgesinin enfekte ve akıntısı olduğu gözlenmiştir. Grup II'ye alınan yaşlı hastaların % 54,5'inin periferik venöz kateteri olduğu belirlenmiş, Grup II'deki hastaların hiç birinde nazogastrik sonda, üriner kateter, drenaj, enfeksiyon olmadığı ve yara bakım gereksiniminin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Grup I ve Grup II arasında nazogastrik sonda, üriner kateteri, periferik venöz kateteri olanlar ve yara bakım gereksinimi olduğu saptanan hastalar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların yaşam bulgularının dağılımı.

Yaşam bulguları	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
<u>Kan Basıncı</u>					
Sistolik kan basıncı					
Düşük	12	28,6	6	18,2	0,790
Normal	24	57,1	25	75,8	
Yüksek	6	14,3	2	6,1	
Diastolik kan basıncı					
Düşük	20	47,6	17	51,5	0,962
Normal	18	42,9	11	33,3	
Yüksek	4	9,5	5	15,2	
<u>Nabız</u>					
Düşük	1	2,4	0	0	0,375
Normal	41	97,6	33	100,0	
Yüksek	0	0	0	0	
<u>Vücut Sıcaklığı</u>					0,757
Düşük	18	42,9	14	42,4	
Normal	21	50,0	19	52,6	
Yüksek	3	7,1	0	0	
<u>Solunum</u>					
Düşük	1	2,4	1	3,0	0,317
Normal	39	92,9	32	97,0	
Yüksek	2	4,8	0	0	

* Kruskal wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 4’te ise yaşı hastaların yaşam bulguları incelenmiştir. Grup I’i oluşturan yaşı hastaların % 57,1’inin sistolik kan basıncı normal, % 28,6’sının düşük, %14,3’ünün ise yüksek, %42,9’unun diyastolik kan basıncı normal, %47,6’sının düşük, % 9,5’inin ise yüksek olduğu, % 97,6’sının nabız sayısı normal % 2,4’ünün (n= 1) düşük bulunmuştur. Nabız sayısı yüksek olan hasta yoktur. Yaşı hastaların % 50’sinin vücut sıcaklığı normal, % 42,9’unun düşük, % 7,1’inin ise yüksek bulunmuştur. Hastaların solunum sayıları incelendiğinde % 92,9’unun normal, % 4,8’inin yüksek, %2,4’ünün düşük olduğu saptanmıştır.

Grup II’de ise; % 75,8’inin sistolik kan basıncı normal, %18,2’sinin düşük, %6,1 ise yüksek, %33,3’ünün diyastolik kan basıncı normal, %51,5’inin düşük, % 15,2inin ise yüksek olduğu, hastaların tamamının (%100) nabız sayısı normal olduğu belirlenmiştir. Yaşı hastaların % 52,6’sının vücut sıcaklığı normal, % 42,4’ünün düşüktür ve vücut sıcaklığı yüksek olan hasta yoktur. % 97’sinin solunum sayısı normal, %3’ünün solunum sayısının düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Grup I ve Grup II’ye alınan yaşı hastalar ile sistolik ve diyastolik kan basıncı, nabız sayısı, solunum ve vücut sıcaklığı değerleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların bazı laboratuvar bulgularının (hemogram) dağılımı.

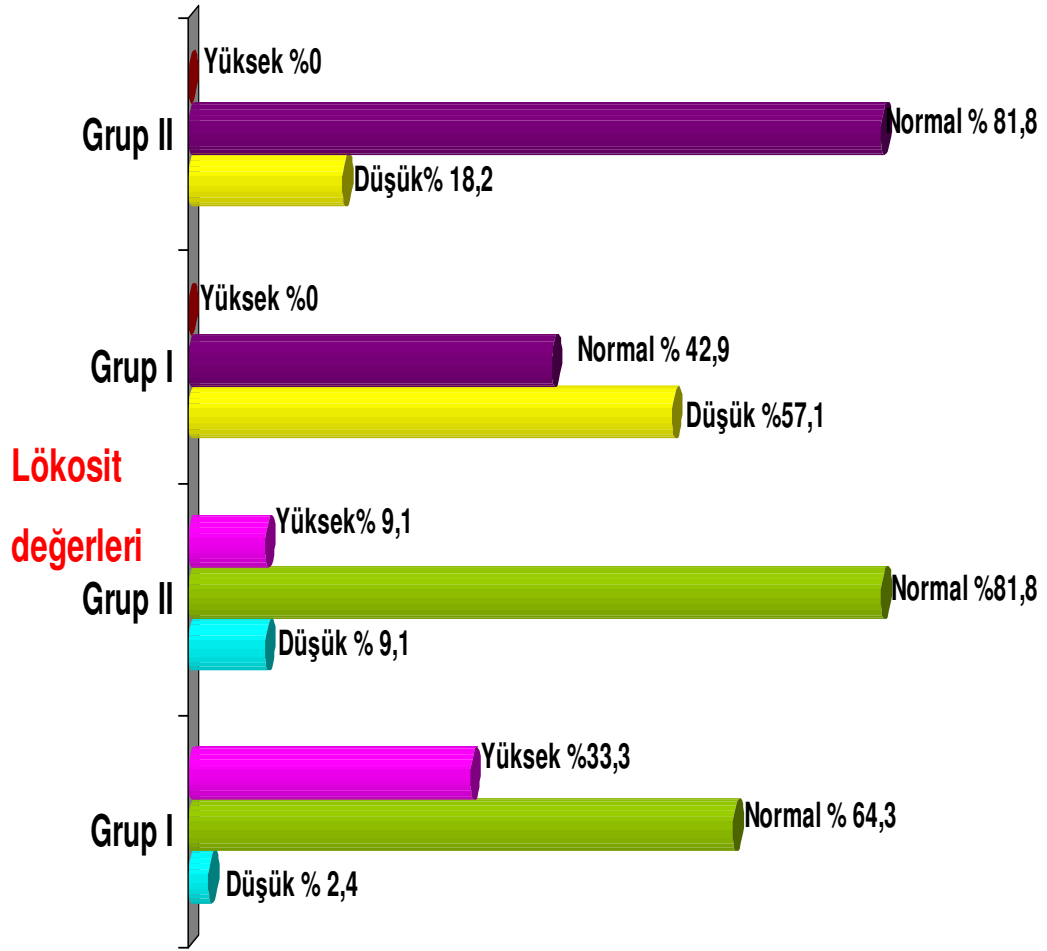
Hemogram Bulguları	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
<u>Hemotokrit (htc)</u>					
Düşük	18	42,9	12	36,4	0,971
Normal	20	47,6	20	63,6	
Yüksek	4	9,5	0	0	
Ort± ss.	35,65±6,86		36,98±4,83		
<u>Hemoglobin (hgb)</u>					
Düşük	17	40,5	11	33,3	0,528
Normal	25	59,5	22	66,7	
Yüksek	0	0	0	0	
Ort± ss.	12,04±1,86		12,37±1,62		
<u>Lökosit (WBC)</u>					
Düşük	1	2,4	3	9,1	0,008*
Normal	27	64,3	27	81,8	
Yüksek	14	33,3	3	9,1	
Ort± ss.	10,04±8,95		7,26±2,71		
<u>Eritrosit (RBC)</u>					
Düşük	11	26,2	8	24,2	0,593
Normal	24	57,1	23	69,7	
Yüksek	7	16,7	2	6,1	
Ort± ss.	4,25±0,69		4,30±0,60		
<u>Trombosit (PLT)</u>					
Düşük	5	11,9	4	12,1	0,730
Normal	33	78,6	27	81,8	
Yüksek	4	9,5	2	6,1	
Ort± ss.	253,21±93,02		237,21±77,64		
<u>PT</u>					
Düşük	6	14,3	2	6,1	0,559
Normal	26	61,9	23	69,7	
Yüksek	10	23,8	8	24,2	
Ort± ss.	12,40±2,59		13,13±2,19		
<u>INR</u>					
Düşük	0	0	0	0	0,853
Normal	39	92,9	31	93,9	
Yüksek	3	7,1	2	6,1	
Ort± ss.	1,05±0,12		1,06±0,11		
<u>APTT</u>					
Düşük	1	2,4	1	3,0	0,519
Normal	40	95,2	32	97,0	
Yüksek	1	2,4	0	0	
	29,20±4,39		27,86±4,25		

Grup I'e alınan yaşlı hastaların hemogram değerleri incelendiğinde; hemotokrit değerlerinin %47,6'sında normal %42,9'unda düşük %9,5'inde yüksek olduğu, hemoglobin değerlerinin %59,5'inde normal, %40,5'i düşük, lökosit sayısının %64,3'ünde normal %33,3'ünde yüksek %2,4'ü düşük, eritrosit değerlerinin %57,1'inde normal %26,2'sinde düşük %16,7'sinde yüksek, trombosit sayısının %78,6'sında normal, %11,9'unda düşük, %9,5'inde yüksek, PT değerlerinin %61,9'unda normal, %23,8'inde yüksek, %14,3'ünde düşük, INR değerlerinin ise; %92,9'unda normal, %7,1'inde yüksek, APTT değerlerinin %95,2'sinde normal, %2,4'ünde düşük %2,4'ünde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Grup II'ye alınan yaşlı hastaların ise; hemotokrit değerlerinin %63,6'sında normal, %36,4'ünde düşük, hemoglobin değerlerinin %66,7'sinde normal, %33,3'ünde düşük, lökosit değerlerinin, %81,8'inde normal, %9,1'inde yüksek, %9,1'inde düşük, eritrosit değerlerinin %69,7'sinde normal %24,2'sinde düşük, %6,1'inde yüksek, trombosit değerlerinin %81,8'inde normal, %12,1'inde düşük, %6,1'inde yüksek, PT değerlerinin %69,7'sinde normal, %24,2'sinde yüksek, %6,1'inde düşük, INR değerlerinin %93,9'unda normal, %6,1'inde yüksek, APTT değerlerinin ise %97,0'sinde normal, %3,0'ünde düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların hemogram değerlerinden yalnızca lökosit değerleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Albumin değerleri



Grafik VI. Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastaların lökosit ve albumin değerlerine göre dağılımı.

Tablo 6. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların bazı laboratuvar bulgularının**(Biyokimya) dağılımı.**

Biyokimya Bulguları	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
<u>Açlık kan şekeri</u>					
Düşük	3	7,1	0	0	0,344
Normal	22	52,4	25	75,8	
Yüksek	17	40,5	8	24,2	
Ort± ss.	122,71±44,97		111,93±31,78		
<u>Üre</u>					
Düşük	0	0	1	3,0	0,291
Normal	34	81,0	28	84,8	
Yüksek	8	19,0	4	12,2	
Ort± ss.	40,42±22,30		32,87±13,50		
<u>Kreatinin</u>					
Düşük	1	2,4	0	0	0,432
Normal	35	83,3	31	93,9	
Yüksek	6	14,3	2	6,1	
Ort± ss.	0,97±0,90		1,00±0,72		
<u>AST</u>					
Düşük	2	4,8	0	0	0,244
Normal	36	85,7	28	84,8	
Yüksek	4	9,5	5	15,2	
Ort± ss.	28,00±23,51		35,84±47,18		
<u>ALT</u>					
Düşük	4	9,5	0	0	0,089
Normal	36	85,7	30	90,9	
Yüksek	2	4,8	3	9,1	
Ort± ss.	18,57±14,15		23,93±29,02		
<u>Amilaz</u>					
Düşük	2	4,8	0	0	0,214
Normal	12	28,6	7	21,2	
Yüksek	28	66,7	26	78,8	
Ort± ss.	72,87±38,47		91,42±20,49		
<u>Na (sodyum)</u>					
Düşük	7	16,7	2	6,1	0,163
Normal	35	83,3	31	93,9	
Yüksek	0	0	0	0	
Ort± ss.	139,54±3,18		139,69±3,00		
<u>K (potasyum)</u>					
Düşük	4	9,5	1	3,0	0,310
Normal	37	88,1	31	93,9	
Yüksek	1	2,4	1	3,0	
Ort± ss.	4,29±0,47		4,30±0,43		
<u>Cl (Klor)</u>					
Düşük	6	14,3	4	12,1	0,392
Normal	36	85,7	27	81,8	
Yüksek	0	0	2	6,1	
Ort± ss.	103,83±3,32		104,63±4,33		

Tablo 6. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların bazı laboratuvar bulgularının**(Biyokimya) dağılımı (devamı).**

Biyokimya Bulguları	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
<u>Ca (kalsiyum)</u>					
Düşük	15	35,7	10	30,3	0,624
Normal	27	64,3	23	69,7	
Yüksek	0	0	0	0	
Ort± ss.	9,23±0,52		9,15±0,42		
<u>Mg (magnezyum)</u>					
Düşük	3	7,1	5	15,2	0,268
Normal	39	92,9	28	84,8	
Yüksek	0	0	0	0	
Ort± ss.	1,99±0,17		1,95±0,19		
<u>T. Kolesterol</u>					
Düşük	5	11,9	3	9,1	0,818
Normal	33	78,6	27	81,8	
Yüksek	4	9,5	3	9,1	
Ort± ss.	184,07±40,88		184,48±36,55		
<u>Trigliserit</u>					
Düşük	0	0	0	0	0,695
Normal	37	88,1	30	90,9	
Yüksek	5	11,9	3	9,1	
Ort± ss.	138,07±60,87		133,45±55,71		
<u>HDL</u>					
Düşük	12	28,6	8	24,2	0,876
Normal	25	59,5	22	66,7	
Yüksek	5	11,9	3	9,1	
Ort± ss.	78,76±87,86		70,32±77,96		
<u>LDL</u>					
Düşük	0	0	0	0	0,949
Normal	38	90,5	30	90,9	
Yüksek	4	9,5	3	9,1	
Ort± ss.	109,42±36,23		111,65±33,06		
<u>T . bilirubin</u>					
Düşük	3	7,1	2	6,1	0,852
Normal	34	81,0	28	84,8	
Yüksek	5	11,9	3	9,1	
Ort± ss.	1,06±0,88		0,88±0,37		
<u>T . Protein</u>					
Düşük	15	35,7	7	21,2	0,174
Normal	27	64,3	26	78,8	
Yüksek	0	0	0	0	
Ort± ss.	6,48±1,16		6,66±1,13		
<u>Albumin</u>					
Düşük	24	57,1	6	18,2	0,001*
Normal	18	42,9	27	81,8	
Yüksek	0	0	0	0	
Ort± ss.	3,30±0,53		3,72±0,35		

Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların, açlık kan glukozu değerleri %52,4'ünde normal, %40,5'inde yüksek, %7,1'inde düşük, üre değerleri %81,0'inde normal, %19,0'unda yüksek, kreatinin değerleri %83,3'ünde normal, %14,3'ünde yüksek, %2,4'ünde düşük, AST değerleri %85,7'sinde normal, %9,5'inde yüksek, %4,8'inde düşük, ALT değerleri, %85,7'sinde normal %9,5'inde düşük, %4,8'inde yüksek, amilaz değerleri %66,7'sinde yüksek, %28,6'sında normal, %4,8'inde düşük, sodyum değerleri, %83,3'ünde normal, %16,7'sinde düşük, potasyum (K) değerleri, %88,1'inde normal, %9,5'inde düşük, %2,4'ünde yüksek, klor (Cl) değerleri, %85,7'sinde normal, %14,3'ünde düşük, kalsiyum (Ca) değerleri, %64,3'ünde normal, %35,7'sinde düşük, magnezyum (Mg) değerleri, %92,9'unda normal, %7,1'inde düşük, total kolesterol değerleri, %78,6'sında normal, %11,9'unda düşük, %9,5'inde yüksek, trigliserit değerleri, %88,1'inde normal, %11,9'unda yüksek, HDL değerleri, %59,5'inde normal, %28,6'sında düşük, %11,9'unda yüksek, LDL değerleri, %90,5'inde normal, %9,5'inde yüksek, total bilirubin değerleri, %81,0'inde normal, %11,9'unda yüksek, %7,1'inde düşük, total protein değerleri, %64,3'ünde normal, %35,7'sinde düşük, ve yine albumin değerleri %57,1'inde düşük %42,9'unda ise normal bulunmuştur (Tablo 6).

Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların ise; açlık kan glukozu, %75,8'inde normal, %24,2'sinde düşük, üre değerleri, %84,8'inde normal, %12,2'sinde yüksek, %3,0'ünde düşük, kreatinin değerleri, %93,9'unda normal, %6,1'inde yüksek, AST değerleri, %84,8'inde normal, %15,2'sinde yüksek, ALT değerleri, %90,9'unda normal, %9,1'inde yüksek, amilaz değerleri, %78,8'inde yüksek, %21,2'sinde normal, sodyum (Na) değerleri, %93,9'unda normal, %6,1'inde düşük, potasyum

(K) deęerleri, %93,9'unda normal, %3,0'ünde dūřuk, %3,0'ünde yūksek, klor (Cl) deęerleri, %81,8'inde normal, %12,1'inde dūřuk, %6,1'inde yūksek, kalsiyum(Ca) deęerleri, %69,7'sinde normal, %30,3'ünde dūřuk, magnezyum deęerleri, %84,8'inde normal, %15,2'sinde dūřuk, total kolesterol deęerleri, %81,8'inde normal, %9,1'inde dūřuk, %9,1'inde yūksek, trigliserit deęerleri, %90,9'unda normal, %11,9'unda yūksek, HDL deęerleri, %66,7'sinde normal, %24,2'sinde dūřuk, %9,1'inde yūksek, LDL deęerleri, %90,9'unda normal, %9,1'inde yūksek, total bilirubin deęerler, %84,8'inde normal, %9,1'inde yūksek, %6,1'inde dūřuk, total protein deęerleri, %78,8'inde normal, %21,2'sinde dūřuk ve albumin deęerleri, %18,2'sinde dūřuk, %81,8'inde normal olduęu belirlenmiřtir (Tablo 6).

Grup I ve Grup II 'yi oluşturan yaşlı hastalar ile biyokimya değerlerinden sadece albumin değeri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 7. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların hareketlilik ve düşme durumlarının dağılımı.

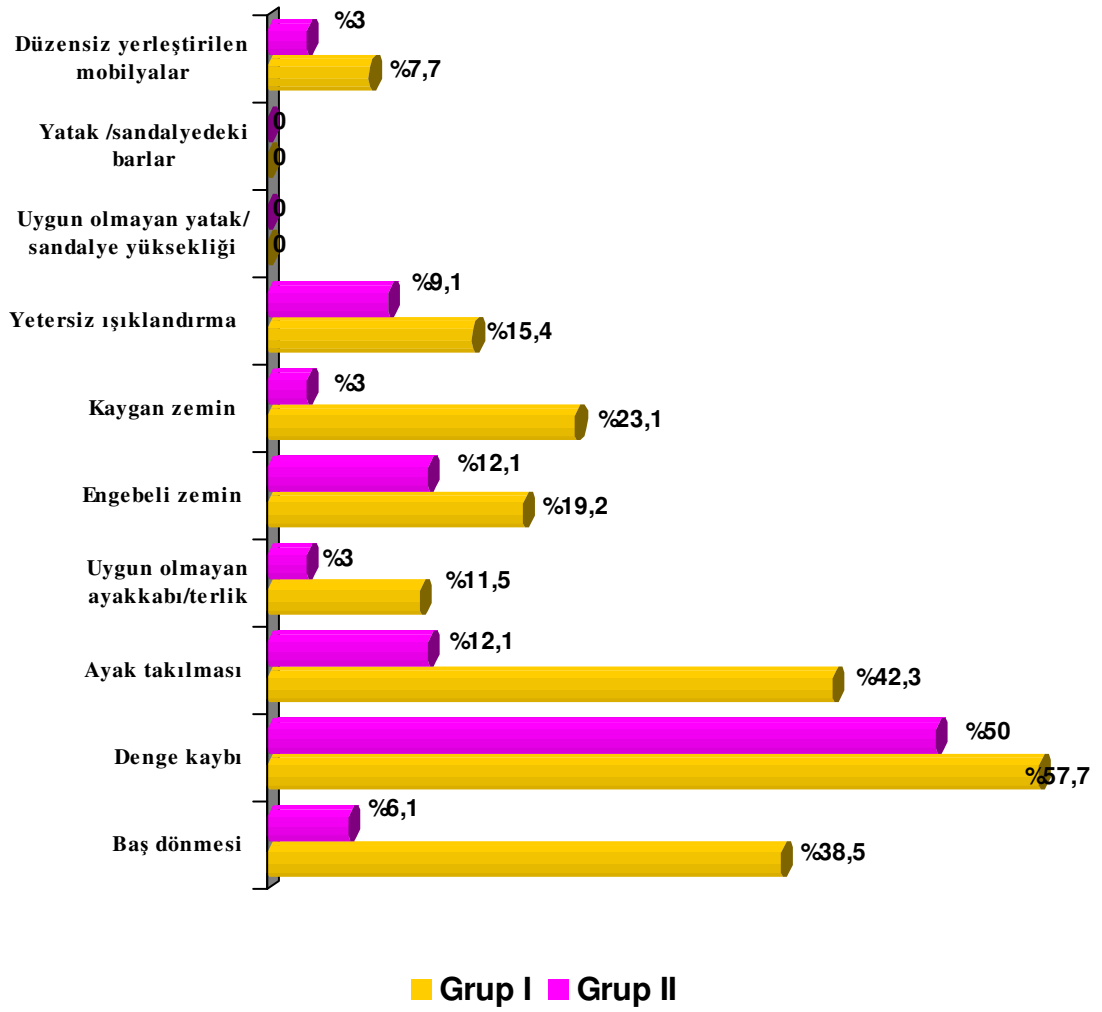
	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
<u>Hareketlilik durumu</u>					
Yatağa bağımlı	20	47,6	0	0	0,001*
Sandalyeye bağımlı	0	0	0	0	--
Yürüteç/ baston kullanan	7	16,6	0	0	0,014*
Hareketli(yardımla)	13	31,0	1	3,0	0,003*
Hareketli (bağımsız)	2	4,8	32	97,0	0,000*
<u>Geçmiş düşme yaşantısı</u>					
Yok	16	38,1	19	57,6	0,093
Var	26	61,9	14	42,4	
<u>Düşme sayısı (n=26)</u>					
1 kez	11	42,3	12	85,7	0,052
2 kez	8	30,8	2	14,3	
3 kez	5	19,2	0	0	
4 kez	2	7,7	0	0	
<u>Düştüğü yer (n=26)</u>					0,685
Banyoda	9	34,6	3	21,4	
Odasında	6	23,1	4	28,6	
Yolda yürürken	11	42,3	7	50,0	
<u>Düşmeye neden olan faktör</u>					
Baş dönmesi	10	38,5	2	6,1	0,112
Denge kaybı	15	57,7	7	50,0	0,641
Ayak takılması	11	42,3	4	12,1	0,392
Uygun olmayan ayakkabı/terlik	3	11,5	1	3,0	0,658
Engibeli zemin					
Kaygan zemin	5	19,2	4	12,1	0,500
Yetersiz ışıklandırma	6	23,1	1	3,0	0,206
Uygun olmayan yatak/ sandalye	4	15,4	3	9,1	0,631
yüksekliği	0	0	0	0	--
Yatak /sandalyedeki barlar	0	0	0	0	--
Düzensiz yerleştirilen eşyalar	2	7,7	1	3,0	0,458
<u>Düşme nedeniyle sakatlık</u>					
<u>yaşama durumu</u>					
Yok	12	46,2	13	92,9	0,004*
Var	14	53,8	1	7,1	
<u>Hastanede iken düşmeye</u>					
<u>neden olan durum</u>					
Yok	23	54,8	30	90,9	0,000*
Var	19	45,2	3	9,1	

* Ki kare ve Mann whitney u testi uygulanmıştır.

Yaşlı hastaların hareketlilik durumları incelendiğinde GRUP I'e alınan yaşlı hastaların; % 47,6 'sı yatağa bağımlı, %31 'i yardımla hareketli, % 16,6'sı yürüteç/baston kullanıyor ve %4,8 hareketlidir. % 61,9'u geçmişte düşme deneyimi yaşadığını, % 38,1'i düşmediğini, % 42,3'ü 1 kez, % 30,8'i 2 kez, % 19,2 si 3 kez, % 7,7 'si 4 kez düşme deneyimi yaşadığını ifade etmiştir.% 42,3'ü yolda yürürken, % 34,6 'sı banyoda, %23,1', odasında düştüğünü ifade etmiştir. Düşmeye neden olan faktörler incelendiğinde büyük çoğunluğun denge kaybı (%57,7), ayak takılması (% 42,3), baş dönmesi (% 38,5), kaygan zemin (% 23,1) yetersiz ışıklandırma (%15,4) olduğu, düşen hastaların % 53,8'i düşme nedeniyle sakatlık yaşadığını ifade etmiştir. Hastaların % 45,2 'sinin hastanede iken düşmesine neden olabilecek bir durum olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Grup II'ye alınan yaşlı hastaların ise; % 97'si hareketli (yardımsız), % 3'ü hareketli (yardımla), %42,4'ünün geçmiş düşme yaşantısının olduğu, % 57,6'sının olmadığı, düşen hastaların % 85,7 'sinin daha önce 1 kez düştüğü, % 14,3'ünün 2 kez düştüğü, .% 50'si yolda yürürken, % 21,4'ü banyoda, %28,6'sı odasında düştüğünü ifade etmiştir. Düşmeye neden olan faktörler incelendiğinde büyük çoğunluğun denge kaybı (%21,2), ayak takılması (% 12,1), engebeli zemin (%12,1), baş dönmesi (% 6,1), yetersiz ışıklandırma (%9,1) olduğu, düşen hastaların % 7,1 düşme nedeniyle sakatlık yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 7).

Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların hareketlilik durumu, düşme nedeniyle sakatlık yaşama durumu ve hastanede iken düşmeye neden olan durumu olma arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmıştır (p <0,05).



Grafik VII. Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastaların düşmeye neden olan faktörlerine göre dağılımı.

Tablo 8. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların ilaç kullanma durumlarının dağılımı.

	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
Sürekli kullandığı ilaç sayısı					
İlaç kullanmıyor	7	16,7	15	45,5	0,032*
1 ilaç	10	23,8	8	24,2	
2 ilaç	17	40,5	5	15,2	
3 ilaç	4	9,5	4	12,1	
4 ilaç	4	9,5	1	3,0	
İlaçların etkisini bilme					
Bilmeyen	20	57,1	5	27,8	0,043*
Bilen	15	42,9	13	72,2	
İlaçlarını alma zamanını bilme					
Hayır	9	25,7	1	5,6	0,076
Evet	26	74,3	17	94,4	
Beklenmedik reaksiyon etkisi olma					
Hayır	34	97,1	18	100	0,469
Evet	1	2,9	0	0	
İlaçlara ilişkin yan etki olma					
Hayır	33	94,3	18	100	0,301
Evet	2	5,7	0	0	
İlaçlarını sağlamada güçlük yaşama					
Hayır	35	100	18	100	--
Evet	0	0	0	0	
İlaç takvimini uygulamada sıkıntısı					
Hayır	33	94,3	17	94,4	0,981
Evet	2	5,7	1	5,6	
Narkotik ilaç kullanımı	3	7,1	0	0	0,117
Antikoagülan kullanımı	10	23,8	2	6,1	0,037*
Steroid kullanımı	5	11,9	0	0	0,040*

* Ki kare ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Yaşlı hastaların ilaç kullanma durumları incelendiğinde; Grup I'i oluşturan yaşlı hastalarda düzenli olarak ilaç kullanmayanların (% 16,7) olduğu, % 23,8'i 1 ilaç, % 40,5'i 2 ilaç, % 9,5'i 3 ve % 9,5 4 adet ilaç kullandığını, % 57,1'i ilaçlarının etkisini bilmediğini, % 42,9'u bildiğini, % 74,3 'ü ilaçlarını alma zamanını bildiğini, % 25,7 'si bilmediğini, % 97,1'inin ilaçlarına ilişkin beklenmedik reaksiyon yaşamadığını, % 5,7 'si beklenmedik reaksiyon yaşadığını, % 94,3'ü ilaç takvimini uygulamada sıkıntısı olmadığını, % 5,7 'si sıkıntı yaşadığını bildirmiştir. Hastalarda antikoagülan kullanımı (%23,8), steroid kullanımı (%11,9) ve narkotik ilaç kullanımı ise (%7,1) dir (Tablo 8).

Grup II'ye alınan hastalarda ise; düzenli olarak ilaç kullanmayanların (% 45,5) olduğu, % 24,2'i 1 ilaç, % 15,5'si 2 ilaç, % 12,1'i 3 ve % 3'ü 4 adet ilaç kullandığını, % 27,8'i ilaçlarının etkisini bilmediğini, % 72,2'si bildiğini, % 94,4 ü' ilaçlarını alma zamanını bildiğini, % 5,6 'si bilmediğini, hiçbir ilaçlarına ilişkin beklenmedik reaksiyon yaşamadığını (%100), ilaç takvimini uygulamada sıkıntısı olmadığını (%100) ve Grup I ve Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların tümü ilaçlarını sağlamada güçlük yaşamadığını ifade etmişlerdir. Hastalarda antikoagülan kullanımı (%6,1), steroid, narkotik ve antihistaminik ilaç kullanan olmadığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların ile sürekli kullandığı ilaç sayısı, ilaçların etkilerini bilme durumu, antikoagülan, steroid ve antihistaminik kullanma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p>0.05$).

3.2.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “GÜVENLİ ÇEVRE” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ İNCELENMESİ

**Tablo 9. Grup I ve Grup II ‘ye alınan yaşlı hastaların güvenli çevre bileşeni
değerlendirmelerine göre aldıkları hemşirelik tanılarının dağılımı.**

Grup I	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Travma riski	18	42,9	6	14,3	-	-	-	-
Enfeksiyon	5	11,9	1	2,4	-	-	-	-
• enfeksiyon riski	15	35,7	17	40,5	2	4,8	-	-
Yara yeri enfeksiyonu	-	-	-	-	-	-	-	-
• riski	6	14,6	2	4,8	1	2,4	-	-
Kanama riski	14	33,3	1	2,4	-	-	-	-
Duyusal algısal değişim	4	9,5	-	-	-	-	-	-
• riski	9	21,4	7	16,7	1	2,4	-	-
İlaç toksikasyonu riski	3	7,1	1	2,4	1	2,4	-	-
Grup II	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Travma riski	2	4,8	-	-	-	-	-	-
Enfeksiyon riski	-	-	3	7,1				

(I:Ameliyat öncesi ilk değerlendirme, II: Taburcu olmadan önceki değerlendirme, III: Taburcu olduktan bir hafta sonraki değerlendirme, IV: Taburcu olduktan üç hafta sonraki değerlendirmeyi göstermektedir.)

Ameliyat öncesi form ile yapılan değerlendirme sonucunda, hastaların hareketlilik durumları, görme işitmede güçlük yaşamaları, çoklu ilaç kullanımları, daha önceki düşme durumları ve hastanede iken düşmeye neden olan faktörlerin varlığı, yattıkları odanın kalabalık eşyaların düzensiz yerleşmiş olması gibi durumları göz önüne alınarak 18 hastaya (% 42,9) travma riski tanısı konmuştur. Hastaneden taburcu oluncaya dek geçen sürede travma riskini önlemeye yönelik verilen

hemşirelik bakımı sonucunda, taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede 6 (% 14,3) olarak belirlenmiştir. Taburcu olduktan bir hafta sonra ve üç hafta sonra travma riski tanısı olan hasta yoktur.

Ameliyat öncesi yapılan değerlendirmede 5 hasta (% 11,9), yüksek ateş, lökosit sayısındaki artış, üriner ve/ veya periferik kateterinde enfeksiyon bulguları, yara bakım gereksinimi olma gibi durumlar dikkate alınarak enfeksiyon, 15 hasta (% 35,7) enfeksiyon riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrası, enfeksiyonu giderme ve enfeksiyon riskini önlemeye ilişkin verilen hemşirelik bakımı sonucunda taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede 1 hastada enfeksiyon, 17 hastada (% 40,5) enfeksiyon tanısı belirlenmiştir. Taburcu olduktan bir hafta sonraki izlemde enfeksiyon tanısı alan hasta olmamış, 2 hastada (% 4,8) enfeksiyon riski tanısı devam etmektedir. Taburcu olduktan üç hafta sonra enfeksiyon yada enfeksiyon riski tanısı alan hasta yoktur.

Formdan elde edilen veriler ile diyabeti, kişisel hijyen yetersizliği, deri turgorunda bozukluğu ve beslenme yetersizliği olan yaşlı hastaların 6 'sı (% 14,3) yara yeri enfeksiyon riski tanısı almıştır. ameliyat sonrası taburcu oluncaya dek geçen sürede yara yerinde enfeksiyon gelişmesini önlemeye yönelik verilen hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede yaşlı hastalarda yara yeri enfeksiyonu gelişmediği görülmüştür. Hastaların 2 'sinde (% 4,8) yara yeri enfeksiyon riski devam ettiği, taburcu olduktan bir hafta sonra tanı alan hasta sayısının 1'e düştüğü, taburcu olduktan üç hafta sonraki değerlendirmede ise tanı alan hasta olmadığı belirlenmiştir.

Yaşlı hastaların 14 'ü (% 33,3) antikoagülan kullanımı, cerrahi girişim türü, yatak içindeki hareketliliği ve obez olma durumu değerlendirilerek kanama riski

tanısı almıştır. taburcu oluncaya dek verilen kanamayı önlemeye ilişkin verilen hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede kanama komplikasyonu görülen hasta olmamıştır. Kanama riski tanısı alan hasta sayısı 1 'dir. Taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki değerlendirmelerde tanı alan hasta yoktur.

Ameliyat öncesi form ile yapılan değerlendirme sonucu duysal algısal değişim tanısı alan hasta sayısı 4 (%9,5), ameliyat sonrası duysal algısal değişim riski tanısı alan hasta sayısı 9 (% 21,4) olarak belirlenmiştir. Duyusal algısal değişim riskini önlemeye yönelik verilen hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede 7 (% 16,7), taburcu olduktan bir hafta sonra ise 1 (%2,4) hasta duysal algısal değişim riski tanısı almıştır.

Günlük yaşamında fazla sayıda ilaç kullandığı belirlenen, anestezikler, analjezik ve antibiyotikler gibi cerrahi girişim nedeniyle ilaç kullanımında artış olması nedeniyle ameliyat öncesi yapılan değerlendirmede, ilaç toksikasyonu riski tanısı alan 3 hasta (% 7,1) bulunmaktadır. İlaç toksikasyonunu engellemeye yönelik sorumlu cerrah ile yapılan işbirliği ile verilen hemşirelik bakımı sonrasında hastalarda ilaç toksikasyonunun gelişmediği, taburcu olmadan hemen önce ve taburcu olduktan bir hafta sonra yapılan değerlendirmede sadece 1 hastanın ilaç toksikasyonu riski tanısını aldığı belirlenmiştir. Taburcu olduktan üç hafta sonra yapılan değerlendirmede tanı alan hasta bulunmamaktadır.

Grup II'de yer alan yaşlı hastalarda ise ameliyat öncesi ilk değerlendirmede 2 hasta (% 4,8) travma riski tanısı almıştır. ameliyat sonrası dönemde travma gelişen hasta olmamıştır. Cerrahi girişimi nedeniyle ameliyat sonrası dönemde enfeksiyon riski tanısı alan hasta sayısı ise 3 (% 7,1) olarak belirlenmiştir.

3.3.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN YAŞLI HASTALARIN “İLETİŞİM” BİLEŞENİNE GÖRE İNCELENMESİ

Tablo 10. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların duyuşsal, algısal ve davranışsal özelliklerinin dağılımı.

	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
Görmeye ilişkin sorunlar*					
Gözlük kullanımı	21	50,0	5	15,2	0,002*
Kontak lens	1	2,4	0	0	0,372
Körlük	1	2,4	0	0	0,372
Katarakt	17	40,5	1	3,0	0,000*
Ağrı	0	0	0	0	--
Enfeksiyon	0	0	0	0	--
Bulanık görme	32	76,2	8	24,2	0,000*
Sorunun yaşantısını etkileme durumu					
Etkilemiyor	7	16,7	31	93,9	0,000*
Az etkiliyor	27	64,3	2	6,0	
Çok etkiliyor	8	19,0	0	0	
İşitmeye ilişkin sorunlar					
İşitme kaybı	30	71,4	2	6,0	0,000*
Çınlama	11	26,2	1	3,0	0,007*
Ağrı	0	0	0	0	--
Akıntı	1	2,4	0	0	0,372
İşitme cihazı	3	7,1	1	3,0	0,123
Sorunun yaşantısını etkileme durumu					
Etkilemiyor	19	45,2	33	100	0,000*
Az etkiliyor	22	52,4	0	0	
Çok etkiliyor	1	2,4	0	0	

Tablo 10. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların duyuşal, algısal ve davranışsal özelliklerinin dağılımı (devamı).

	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
Tat almada değişiklik					
Var	18	42,9	0	0	0,000*
Yok	24	57,1	33	100,0	
Sorunun yaşantısını etkileme durumu					
Etkilemiyor	40	95,2	33	100,0	0,204
Az etkiliyor	2	4,8	0	0	
Çok etkiliyor	0	0	0	0	
Koku almada değişiklik					
Var	8	19,0	0	0	0,008*
Yok	34	81,0	33	100	
Sorunun yaşantısını etkileme durumu					
Etkilemiyor	39	92,8	33	100,0	0,293
Az etkiliyor	2	4,8	0	0	
Çok etkiliyor	1	2,4	0	0	
Dokunma duyusunda					
Değişiklik					
Var	0	0	0	0	--
Yok	42	100,0	33	100,0	
Sorunun yaşantısını etkileme durumu					
Etkilemiyor	42	100,0	33	100,0	--
Az etkiliyor	0	0	0	0	
Çok etkiliyor	0	0	0	0	

Tablo 10. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların duyuşal, algısal ve davranışsal özelliklerinin dağılımı (devamı).

	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
Konuşma					
Yeterli iletişim kurabiliyor	24	57,1	33	100,0	0,000*
İletişim kurma güçlüğü var	16	38,1	0	0	0,000*
İletişim kuramıyor	1	2,4	0	0	0,372
Atazi	0	0	0	0	--
Suskun	19	45,2	0	0	0,000*
Anlamsız konuşma	1	2,4	0	0	0,372
Gereksiz konuşma	1	2,4	0	0	0,372
Kekemelik	0	0	0	0	--
Duyusal algılama kusuru	10	23,8	0	0	0,003*
Yaşlılık algısı					
Hastalık	22	52,4	3	9,1	0,000*
Yalnızlık	9	21,4	8	24,2	0,773
Bağımlı olma	14	33,3	7	21,2	0,246
Fonksiyon kaybı	17	40,5	9	27,3	0,233
Saygınlık kazanma	1	2,4	3	9,1	0,199
Yaşlı olarak hissetmiyor	5	11,9	2	6,0	0,388
Yaşlının şimdiki sağlık durumunu algılaması					
Yanlış bilgi	2	4,8	0	0	0,204
Yetersiz bilgi	29	69,0	6	18,2	0,000*
Hastalık hakkında konuşmayı reddetme	3	7,1	0	0	0,117
Deneyimi var	9	21,4	5	15,2	0,489
İnkar	0	0	0	0	--

* Ki Kare, Mann Whitney U Ve Kruskall Wallis Testi Uygulanmıştır.

Tablo 10. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların duyuşal, algısal ve davranışsal özelliklerinin dağılımı (devamı).

	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
Kendi ifadesiyle duyguları					
Depresyon	7	16,7	0	0	0,014*
Sinirli	4	9,5	1	3,0	0,263
Öfke Korku	0	0	0	0	--
Ölmek isteği	19	45,2	3	9,1	0,001*
Yalnız kalma isteği	14	33,3	0	0	0,000*
Hastalığın yaratacağı	6	14,3	0	0	0,024
istenmeyen değişiklikler	30	71,4	5	15,2	0,000*
Gözlenen davranışlar					
Halsizlik	17	40,5	2	6,1	0,001*
Ağlama	4	9,5	0	0	0,068
İlgisizlik	9	21,4	0	0	0,005*
Aktivitede azalma	31	73,8	5	15,2	0,000*
Hırçın	2	4,8	1	3,0	0,704
Bağımlılık	6	14,3	1	3,0	0,096
Yaygaracı	5	11,9	0	0	0,040*

* Ki kare testi uygulanmıştır.

Grup I'e alınan yaşlı hastaların %50'si gözlük, %2,4'ü) kontak lens kullandığını, %40,5'i katarakt, % 2,4'ü körlük sorunu olduğunu, %76,2'si bulanık gördüğünü ifade etmiştir. Yaşlı hastaların hiçbirinde ağrı ve enfeksiyon şikayeti yoktur. Hastaların %64,3'ü görmeye ilişkin sorunların yaşantısını az etkilediğini, % 19'u yaşantısını çok etkilediğini, % 16,7'si yaşantısını hiç etkilemediğini belirtmiştir. İşitme duyusuna ilişkin incelendiğinde; yaşlı hastaların %71,4'ünde işitme kaybı, %26,2'sinin çınlama, % 2,4'ü akıntı şikayeti olduğunu, % 7,1'i işitme cihazı

kullandığını ifade etmiştir. Hastaların %52,4'ü işitme sorunun yaşamını az etkilediğini, %45,2'si etkilemediğini, % 2,4'ü ise çok etkilediğini ifade etmişlerdir. Grup I'i oluşturan %57,1'i tat almada değişiklik olmadığını,% 95,2'si sorunun yaşantılarını etkilemediğini, % 4,8 'i az da olsa etkilediğini ifade etmiştir. %81'i koku duymada değişiklik olmadığını ve %92,8'i sorunun yaşantısını etkilemediğini,%4,8 'i az etkilediğini, % 2,4'ü ise çok etkilediğini ifade etmiştir. Grup I ve Grup II'yi oluşturan hastaların tamamı dokunma duyularına ilişkin değişiklik olmadığını ifade etmiştir (Tablo 10).

Grup I'i oluşturan hastaların iletişim özellikleri incelendiğinde; %57,1'i yeterli iletişim kurabilen, %38,1'i iletişim güçlüğü olan, %2,4'ü iletişim kuramayan yaşlılardan oluşmaktadır. Atazi ve distazi sorunu olan yaşlı hasta bulunmamaktadır. %45,2'sinin suskun, %2,4'ünün anlamsız, %2,4'ünde gereksiz konuşma olduğu saptanırken, kekemelik yaşayan bulunmamaktadır. %23,8 'inde duyuşal algılama kusuru bulunmamaktadır (Tablo 10).

Grup I'e katılan hastaların yaşlılığı nasıl algıladıkları değeriendirildiğinde; %52,4'ü hastalık , % 21,4'ü yalnızlık , %33,3'ü bağımlı olma , % 40,5'i fonksiyon kaybı, %2,4'ü saygınlık kazanma olarak ifade etmiş, %11,9'u ise kendini yaşlı olarak hissetmediğini belirtmiştir. Yaşlı hastaların şimdiki sağık durumları ile ilgili %4,8'ünün yanlış, %69,0'u yetersiz bilgiye sahip olduğu, %7,1'i hastalığı hakkında konuşmayı reddettiğı, %21,4'ünün hastalığı ile ilgili deneyimi olduğu saptanmıştır. Şimdiki sağık durumuna ilişkin inkar duygusu yaşayan hasta bulunmamaktadır. Şimdiki sağık durumu ve hastanede olmaya ilişkin duyguları değeriendirildiğinde %16,'si depresif, %9,5'i sinirli olduğunu, .%45,2'si korktuğunu, %33,3'unda ölme isteğı, %14,3'ünde yalnız kalma isteğı, % 71,4'inde ise hastalığın yaratacağı

istenmeyen değişikliklere ilişkin endişe olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Grup I'e alınan yaşlı hastaların %40,5'inde halsizlik, %9,5'inde ağlama, %21,4'ünde ilgisizlik, %73,8'inde aktivitede azalma, %4,8'i hırçın, %14,3'ünün bağımlı, %11,9'unun yaygaracı davranışta bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Grup II'ye alınan yaşlı hastaların (%15,2) gözlük kullanırken, kontakt lens kullanan bulunmamaktadır. %24,2'sinde bulanık görme, %3,0'ünde katarakt şikayeti olduğu, körlük, ağrı ve enfeksiyonu olan hasta ise bulunmamaktadır. %93,9'ü görmeye ilişkin sorununun yaşantısını etkilemediğini, % 6'sı az etkilediğini ifade etmiştir. Hastaların %6,0'sı işitme kaybı,%3,0'ü çınlama şikayeti olduğunu ifade etmiştir. Ağrı ve akıntı ifade eden hastalar bulunmamaktadır. Hastaların tamamı duymaya ilişkin sorunların yaşantısını etkilemediğini ifade etmiştir. Grup II'yi oluşturan hastaların hiçbirinde tat alma, koku, dokunma duyusunda ve konuşmasında değişiklik olmadığı, hastaların tamamının yeterli iletişim kurabildiği belirlenmiştir (Tablo 9).

Grup II'ye alınan hastaların yaşlılığı nasıl algıladıkları değerlendirildiğinde ise; %9,1'i hastalık, %24,2'si yalnızlık, %21,1'i bağımlı olma, % 27,3'ü fonksiyon kaybı, %9,1'i saygınlık kazanma olarak algıladığını ifade ederken, %6,0'sı kendini yaşlı olarak hissetmediğini belirtmiştir. Şimdiki sağlık durumu hakkında %18,2'si yetersiz bilgiye sahip olduğu, %15,2'sinin hastalığı hakkında deneyimi olduğu, hastalığı hakkında yanlış bilgiye sahip olan, hastalığı hakkında konuşmayı reddeden ya da hastalığını inkar eden hasta bulunmamaktadır. Grup II'yi oluşturan hastalarda hastalığına ilişkin sadece hastalığın yaratacağı istenmeyen değişikliklere ilişkin endişe duyduğu (%15,2), korku duyduğunu ifade edenlerin %9,1, sinirli olduğunu ifade edenlerin oranı ise %3,0 dir. Yaşlılarda gözlenen davranışlar; %6,1'i halsizlik,

%15,2'i aktivitede azalma, %3,0'ü hırçın, %3,0'ü bağımlı davranış göstermektedir (Tablo 10).

Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların gözlük kullanma, kataraktı olma, bulanık görme, işitme kaybı olma, kulakta çınlama şikayeti olma, görme sorununun yaşantısını etkileme durumu, işitme sorununun yaşantısını etkileme durumu, tat alma duyusunda değişiklik yaşama ve koku alma duyusunda değişiklik yaşama durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$)

Yine Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastaların yeterli iletişim kurabilme, iletişimde güçlük yaşama, duyuşal algılama kusuru olma özellikleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Yaşlı hastalarda yaşlılığı “ hastalık” olarak algılama durumu ile Grup I ve Grup II arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Grup I ve Grup II'ye alınan hastalarda şimdiki sağlık durumu ile ilgili yetersiz bilgisi olduğunu düşünen, depresif duygudurumda olan, öfke/ korku yaşayan, ölme isteği olduğunu ifade eden ve hastalığının getireceği istenmeyen değişikliklere ilişkin kaygıları olduğunu ifade edenler arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Grup I ve Grup II'de cerrahi girişim nedeniyle hastanede bulunan yaşlı hastalarda gözlenen halsizlik, ilgisizlik, aktivitede azalma, yaygaracı davranışta olma ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 11. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların bilişsel ve mental durumlarının dağılımı.

	GRUP I		GRUP II		p
	(n=42)		(n=33)		
	n	%	n	%	
Bilinç düzeyi					
Açık	41	97,6	33	100	0,372
Kapalı	0	0	0	0	
Yarı açık	1	2,4	0	0	
Mental durum					
Kişi/ yer/durum					
oryantasyonu					
Var	33	78,6	33	100	0,005*
Yok	9	21,4	0	0	
Nörolojik/ mental					
duruma ilişkin hastalık					
Demans	5	11,9	0	0	0,040*
Alzheimer tipi demans	3	7,1	0	0	0,117
Unutkanlık	18	42,9	0	0	0,000*
Hafıza kaybı	0	0	0	0	---
Depresyon	1	2,4	0	0	0,372
Davranış değişikliği	7	16,7	0	0	0,014*

* Mann whitney U ve kruskall wallis testi uygulanmıştır.

Grup I'e alınan hastaların %97,6'sının bilinç düzeyi açık, %2,4'ünün yarı açıktır. Bilinci kapalı hasta bulunmamaktadır. Hastaların %78,6'ında kişi\yer \durum oryantasyonu mevcut, % 21,4'inde ise yoktur. Nörolojik/ mental duruma ilişkin hastalıkları incelendiğinde ise %11,9'inde demans, %7,1'inde Alzheimer tipi demans, %42,9'unda unutkanlık, %2,4'ünde depresyon, %16,7'sinde davranış değişikliği olduğu belirlenmiştir. Hafıza kaybı olan hasta bulunmamaktadır. Grup

II'ye alınan yaşlıların tamamının bilincinin açık olduğu, kişi\yer\durum oryantasyonunun olduğu ve hiçbirinin nörolojik\mental duruma ilişkin hastalığı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 11).

Kişi yer zaman oryantasyonu sorunu, demansı, unutkanlığı ve davranış değişikliği olanların büyük çoğunluğu Grup I'de olup, aralarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 12. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların ağrı özelliklerinin dağılımı.

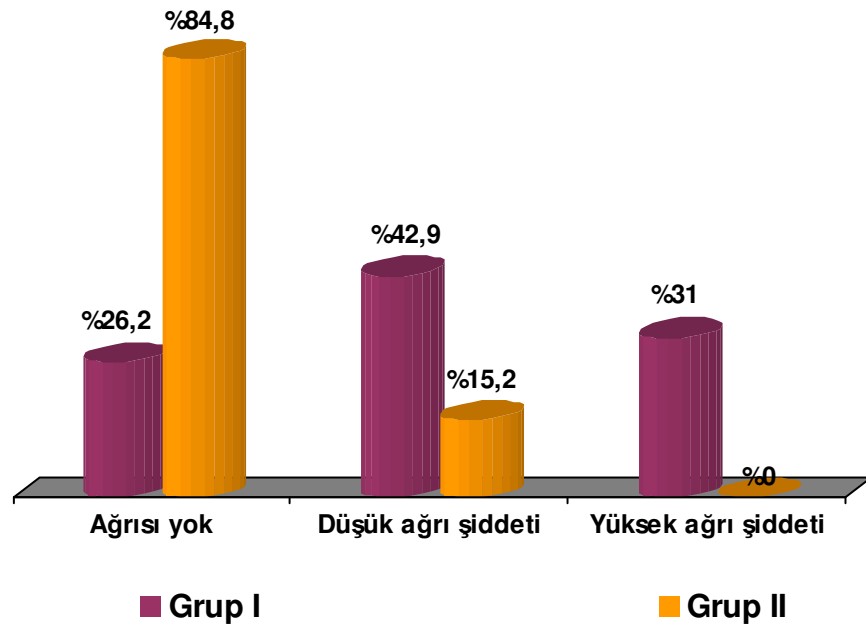
	GRUP I		GRUP II		p
	(n=42)		(n=33)		
	n	%	n	%	
Ağrı şiddeti					
Ağrısı yok	11	26,2	28	84,8	0.000*
Düşük ağrı şiddeti (≤5)	18	42,9	5	15,2	
Yüksek ağrı şiddeti(5>)	13	31,0	0	0	
Ağrı kontrolü					
Pozisyon verme	25	59,5	2	6,1	0,000*
Analjezik kullanımı	36	85,7	5	15,2	0,000*
Relaksasyon tekniği	1	2,4	0	0	0,372
Tedaviye yanıtız	2	4,8	0	0	0,204

* Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Grup I'e alınan yaşlı hastaların % 26,2'si ağrısı olmadığını, % 42,9'unun ağrı şiddeti düşük, % 31'inin ağrı şiddeti yüksek olduğu belirlenmiştir. Ağrısı olan hastalarda ağrı kontrolü %59,5'inde uygun pozisyon, %85,7'sinde ilaç, %2,4'sinde relaksasyon tekniği ile sağlandığı, %4,8'inin ağrısının tedaviye yanıtız olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların %84,8'i ağrısı olmadığını, %15,2'sinin

ağrı şiddetinin düşük olduğunu ifade ederken yüksek şiddette ağrısı olan hasta bulunmamaktadır. Ağrısı olan hastalarda ağrı kontrolü %6,1’inde pozisyonla, %15,2’sinde ilaçla sağlarken relaksasyon tekniği kullanan ve tedaviye yanıtı olmayan hasta bulunmamaktadır (Tablo 12). Grup I ve Grup II’deki hastalar ile ağrı şiddeti ve ağrı kontrolünde pozisyon verme ve analjezik kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).



Grafik VIII. Grup I ve Grup II’deki yaşlı hastaların yaşadıkları ağrı şiddetine göre dağılımı.

3.3.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “İLETİŞİM” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ İNCELENMESİ

Tablo 13. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların iletişim bileşeni değerlendirmelerine göre aldıkları hemşirelik tanılarının dağılımı.

Grup I	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sosyal izolasyon	3	7,1	1	2,4	-	-	-	-
• riski	1	2,4	-	-	-	-	-	-
Bireysel baş etmede yetersizlik riski	1	2,4	-	-	-	-	-	-
Anksiyete	3	7,1	-	-	-	-	-	-
Ağrı	3	7,1	35	83,3	23	54,8	6	14,3
Grup II	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ağrı	-	-	6	14,3	-	-	-	-

Yaşlı hastalarla ameliyat öncesi yapılan görüşmede 3 hasta (% 7,1) sosyal izolasyon tanısı, 1 hastanın suskun ve hastanede olmaya/ cerrahi girişime bağlı anksiyetesi nedeniyle sosyal izolasyon riski tanısı almıştır. ameliyat sonrası taburcu oluncaya dek geçen sürede verilen hemşirelik bakımı ile hasta duygularını ifade etmesi konusunda desteklenmiş, yakınları ile görüşülerek yaşlı hasta ile iletişimde yaşadıkları sorunlar ve gereksinimler giderilmiştir. taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede sosyal izolasyon sorunu olan hasta olmadığı 1 hastada riskin devam ettiği belirlenmiştir. Taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki değerlendirmelerde tanı alan hasta bulunmamaktadır.

Yaşlı hastaların sadece 1 tanesinde ameliyat sonrası günlük yaşamına be sorumluluklarını yerine getirmede endişe yaşaması ve sosyal desteğinin olumsuz olması nedeniyle bireysel baş etmede yetersizlik riski tanısı konmuştur. Uygulanan

hemşirelik girişimleri ve hasta/ yakınlarının hastane psikoloğu ile görüşmesi de sağlanarak yaşlı hasta bu konuda desteklenmiştir. Taburcu olmadan hemen önce, taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki değerlendirmelerde tanı alan hasta olmadığı belirlenmiştir.

Ameliyat öncesi yapılan ilk değerlendirmede yaşlı hastaların 3 'ü kronik ağrı tanısı almıştır. ameliyat sonrasında cerrahi ağrıyı azaltmaya ilişkin hemşirelik bakımı uygulanmış, ancak taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede ağrı yaşadığını ifade eden ve ağrı tanısı alan hasta sayısı 35 (% 83,3) olarak belirlenmiştir. Taburcu olduktan bir hafta sonra hastaların 23' ü (% 54,8), üç hafta sonra 6 'sı ağrı tanısı almıştır.

Ameliyat öncesi dönemde yapılan ilk değerlendirmede, hastanede olmaya cerrahi girişime, anesteziğin olumsuz etkilerine ilişkin endişeleri ifade eden 3 hasta (% 7,1) anksiyete tanısı almıştır. ameliyat öncesi bilgilendirme ve ameliyat sonrası anksiyeteyi azaltmaya ilişkin hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce, taburcu olduktan bir ve üç hafta sonra yapılan değerlendirmede anksiyete tanısı alan hasta bulunmamaktadır.

Grup II 'yi oluşturan yaşlı hastalardan ameliyat öncesi değerlendirmede ağrısı olan hasta bulunmamaktadır. Ameliyat sonrası dönemde ağrı yaşadığını ifade eden ve ağrı tanısı olan 6 (% 14,3) hasta bulunmaktadır. Taburcu olduktan bir ve üç hafta sonra tanı alan hasta yoktur.

3.4.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “SOLUNUM” BİLEŞENİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Tablo 14. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların solunum özelliklerinin dağılımı.

	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
Solunum tipi					
Derin	18	42,9	27	81,8	0,001*
Yüzeyel	24	57,1	6	18,2	
Solunum derinliği					
Ritmik	24	57,1	30	90,9	0,001*
Aritmik	18	42,9	3	9,1	
Solunum					
Düşük	1	2,4	1	3,0	0,317
Normal	39	92,9	32	97,0	
Yüksek	2	4,8	0	0	
Solunum sesleri					
Normal	21	50,0	33	100,0	0,000*
Raller/ ronkus	19	45,2	0	0	
Wheezing	2	4,8	0	0	
Sekresyon					
Var	23	54,8	1	3,0	0,000*
Yok	12	28,6	28	84,8	
Bazen	7	16,7	4	12,1	
Solunumla ilgili sorunlar					
Trakeostomi	1	2,4	0	0	0,372
Dispne	21	50,0	0	0	0,000*
Öksürük	18	42,9	1	3,0	0,000*
Balgam	25	59,5	1	3,0	0,000*
Sigara alışkanlığı					
Yok	19	45,2	20	60,6	0,311
Var	11	26,2	8	24,2	
Bırakmış	12	28,6	5	15,2	
Solunum sistemi hastalığı					
Var	6	14,3	2	6,1	0,252
Yok	36	85,7	31	93,9	

* Mann whitney U ve kruskall wallis testi uygulanmıştır.

Grup I'e alınan yaşlı hastaların %42,9'unun derin, %57,1'inin solunumu yüzeyel, %57,1'inin solunum derinliği ritmik, %42,9'unun aritmik ve % 92,9'unun

solunum sayısı normal, % 4,8'inin yüksek ve 1 kişinin solunum sayısı normalin altındadır. Solunum sesleri değerlendirildiğinde; %50'sinin normal, %45,2'inde raller\ronkus, %4,8'inde wheezing solunumu olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %54,8'unda sekresyonu olduğu, %28,6'sı olmadığını, %16,7'u ise bazen sekresyonu olduğunu ifade etmiştir. Solunumla ilgili sorunları incelendiğinde; %2,4'ünde trakeostomi, %50'si dispnesi olduğunu, %42,9'u öksürüğü olduğunu, %59,5'i balgamı olduğunu ifade etmiştir. Siyanoz, hemoptizi, ağrı ve üst solunum yolu enfeksiyonu olan hasta bulunmamaktadır. Yaşlı hastaların %45,2'si sigara alışkanlığı olmadığını, %26,2'si ise sigara kullandığını, %28,6'sı sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. Grup I'e alınan hastaların %14,3'ünde solunum sistemi hastalığı bulunmaktadır (Tablo 14).

Grup II'ye alınan yaşlı hastaların %81,8 derin solunum, %18,2 yüzeysel, %90,0'ında solunum derinliği ritmik, %9,1'inde aritmik, % 97'sinin solunum sayısı normal, 1 kişinin solunum sayısı normalden düşüktür. Grup II'deki hastaların tamamının solunum sesleri normaldir. Solunum sesi raller\ronkus\wheezing olan bulunmamaktadır. Hastaların %3'ü sekresyonu olduğunu , %84,8'i olmadığını, %12,1'i bazen sekresyonu olduğunu ifade etmiştir. Solunumla ilgili sorunları değerlendirildiğinde %3'ü öksürük, %3'ü balgamı olduğunu ifade etmiştir trakeostomisi olan, siyanoz, dispne, hemoptizi, ağrı ve üsye olan hasta bulunmamaktadır. %60,6'sı sigara alışkanlığı olmadığını, %24,2'si sigara kullandığını, %15,2'si ise sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. Hastaların sadece %6,1'inde solunum sistemi hastalığı bulunmaktadır (Tablo 14).

Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların, solunum tipi,derinliği, dispnesi, öksürüğü ve sekresyonu olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

**3.4.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “SOLUNUM”
BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ İNCELENMESİ**

Tablo 15. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların solunum bileşeni değerlendirmelerine göre aldıkları hemşirelik tanılarının dağılımı.

Grup I	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yetersiz solunum	10	23,8	2	4,8	-	-	-	-
Solunum fonksiyonunda değişim riski	22	52,4	13	31	5	11,9	2	4,8
Grup II	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Solunum fonksiyonunda değişim riski	6	12,1	8	18,2	-	-	-	-

Ameliyat öncesi yapılan ilk değerlendirmede grup I 'deki 10 yaşlı hasta (% 23,8) yetersiz solunum, 22 hasta (% 52,4) solunum fonksiyonunda değişiklik riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrasında bu hastalara solunum fonksiyonunu yeterli düzeyde sürdürebilmesini sağlama ve solunum komplikasyonlarını engellemeye ilişkin araştırmacı tarafından yaşlı hastaların ameliyat türleri ve kronik/ yandaş hastalıkları dikkate alınarak hastaneden taburcu oluncaya dek geçen süre boyunca hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Taburcu olmadan önce yaşlı hastalar solunum fonksiyonuna ilişkin sorunları ve hemşirelik tanıları tekrar değerlendirildiğinde; 2 hasta (% 4,8) yetersiz solunum ve 13 hasta (% 31) solunum fonksiyonunda değişim riski tanısı almıştır. Taburcu olduktan bir hafta sonra ev ziyareti ya da telefonla izlem ile hastalar değerlendirildiğinde; yetersiz solunum tanısı alan hasta olmamıştır. Ancak 5 hastada (%11,9) solunum fonksiyonunda değişim riski devam etmektedir. Taburcu olduktan üç haftaki değerlendirmede ise, yetersiz solunum tanısı alan hasta olmadığı, 2 hastada (%4,8) solunum fonksiyonunda değişim riskinin devam ettiği

belirlenmiştir.

Ameliyat sonrası standart ameliyat sonrası hemşirelik bakımı uygulanan, Grup II 'deki yaşlı hastaların 4 'ü (%12,1) solunum fonksiyonunda değişim riski tanısı almıştır. Taburcu olmadan önce, taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki değerlendirmelerinde solunum fonksiyonuna ilişkin tanı alan hasta olmamıştır.

Grup II'ye alınan yaşlı hastaların ameliyat öncesi dönemde solunum fonksiyonunda yetersizlik tanısı alan 6 (% 12,1) hasta bulunmaktadır. Taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede ise 8 (% 18,2) hasta tanı almıştır. taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki izlemde tanı alan hasta olmamıştır.

3.5.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “BESLENME” BİLEŞENİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Tablo 16. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların beslenme özelliklerinin dağılımı.

	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
BKI					
Zayıf	2	4,8	1	3,0	0,000*
Normal	35	83,3	12	36,4	
Hafif şişman	5	11,9	19	57,6	
Ağır şişman	0	0	1	3,0	
Kilo kaybı olma durumu					
Stabil	24	57,1	32	97,0	0,000*
Kayıp var	18	42,9	1	3,0	
Artış var	0	0	0	0	
Beslenme şekli					
Oral	25	59,5	33	100,0	0,000*
Enteral	13	31,0	0	0	
Parenteral	4	9,5	0	0	
Özel diyeti olma durumu					
Var	25	59,5	4	12,1	0,000*
Yok	17	40,5	29	87,9	
Yeme sıklığı					
Günde 2 kez	2	4,8	0	0	0,178
Günde 3 kez	23	54,8	24	72,7	
Sık sık	17	40,5	9	27,3	
Yeme şekli					
Masada	18	42,9	14	42,4	0,992
Tv karşısında	8	19,0	6	18,2	
Atıştırma şeklinde	16	38,1	13	39,4	
Dokunan yiyecek					
Var	1	2,4	1	3,0	0,862
Yok	41	97,6	32	97,0	
Diyetine uyumu					
Var	31	73,8	24	72,7	0,916
Yok	11	26,2	9	27,3	
Alkol kullanımı					
Evet	2	4,8	0	0	0,204
Hayır	40	95,2	33	100,0	

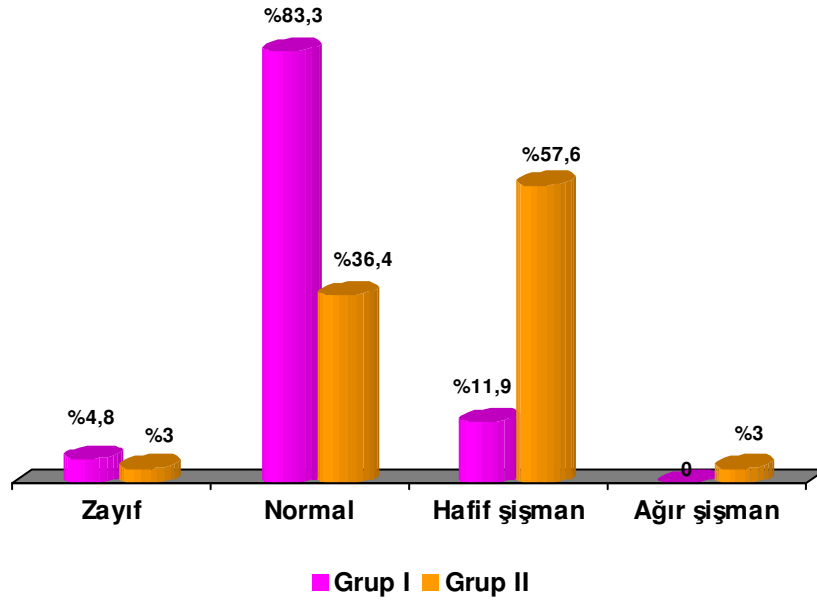
Tablo 16. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların beslenme özelliklerinin dağılımı (devamı).

	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
Günlük sıvı alımı yeterliliği					
Evet	2	4,8	0	0	0,204
Hayır	40	95,2	33	100,0	
Yemeğini yardımsı yiyebilme					
Evet	15	35,7	33	100,0	0,000*
Hayır	27	64,3	0	0	
Hastane yemeğini yiyebilme					
Evet	16	38,1	33	100,0	0,000*
Hayır	26	61,9	0	0	
Dişlerin değerlendirilmesi					
Kendi dişleri	7	16,7	12	36,4	0,147
Hepsi protez	19	45,2	12	36,4	
Bir kısmı protez	16	38,1	9	27,3	
Ağız mukozasının değerlendirilmesi					
Bütün	24	57,1	33	100,0	0,000*
Yara	17	40,5	0	0	
Enfekte	1	2,4	0	0	
İştah durumu					
Kötü	22	52,4	0	0	0,000
Orta	18	42,9	2	6,1	
İyi	2	4,8	31	93,9	
Yutma gücü					
Var	4	9,5	0	0	0,048*
Yok	35	83,3	33	100,0	
Bazen	3	7,1	0	0	
Hazımsızlık yakınmaları					
Var	16	38,1	0	0	0,000*
Yok	12	28,6	32	97,0	
Bazen	14	33,3	1	3,0	
Bağırsak sesleri					
Normal	16	38,1	30	90,9	0,000*
Hızlı	13	31,0	2	6,1	
Duyulmuyor	13	31,0	1	3,0	
Sindirim sist. ilişkin hastalığı					
Var	7	16,7	0	0	0,014*
Yok	35	83,3	33	100,0	
Hemoroidi olma durumu					
Var	6	14,3	2	6,1	0,252
Yok	36	85,7	31	93,9	

Grup I'e alınan yaşlı hastaların beden kitle indeksleri (BKİ) değerlendirildiğinde; %4,8'i zayıf, %83,3'ü normal, %11,9'u hafif şişmandır (**Grafik IX**). Hastaların son 6 ay içinde kilo kaybı olma durumu değerlendirildiğinde %57,1'si kilosunun stabil olduğunu, %42,9'u ise kayıp olduğunu ifade etmektedir. Kilosunda son 6 ay içinde artış olduğunu ifade eden bulunmamaktadır. Hastaların hastanede iken beslenme şekli %59,5'inde oral, %31'inde enteral, %9,5'inde parenteral yol ile sağlanmaktadır (**Grafik X**). %59,5'inin kronik hastalığı/ şimdiki hastalığı nedeniyle özel diyeti var, %40,5'inin ise özel diyeti yoktur. Hastaların normal günlük yaşamlarındaki yeme sıklığı değerlendirildiğinde %4,8'i günde 2 kez, %54,8'i günde 3 kez, % 40,5'i ise sık sık yediğini ifade etmiştir. Hastalar yemeklerini çoğunlukla masada (%42,9), %19'i tv seyrederken, %38,1'i ise ayakta atıştırma şeklinde yediğini belirtmiştir. %2,4'ü kendisine dokunan bazı yiyecekler olduğunu, %97,6'si dokunan yiyecek olmadığını her yemeği yiyebildiğini ifade etmektedir. Hastaların %73,8'inde diyetlerine uyumunun olduğu, %26,2'sında ise diyet uyumu olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %4,8'i alkol kullandığını ifade etmiştir. Grup I'i oluşturan hastaların %4,8'inde günlük sıvı alımı yeterli iken %95,2'inde sıvı alımı yeterli değildir. %35,7'si yemeğini yardımsız yiyebildiğini, %64,3'i yemeğini yerken yardım gereksinimi olduğunu, %16,7'si dişlerinin tamamının kendi dişleri, %45,2'si tamamının protez, %38,1'i ise bir kısmı protez olduğunu belirtmiştir. Hastaların ağız mukozaların değerlendirildiğinde %57,1'sinin ağız mukozası bütün, %40,5'inde yara, % 2,4'ünde ise enfekte mukoza olduğu görülmüştür. Yaşlı hastaların; %52,4'ünün iştah durumu kötü, %42,9'unun iştah durumu orta, %4,8'inin iştah durumu iyidir. Hastaların %9,5'u yutma güçlüğü olduğunu, %7,1'inde bazen yutma güçlüğü yaşadığını, %83,3'ü ise yutma güçlüğü

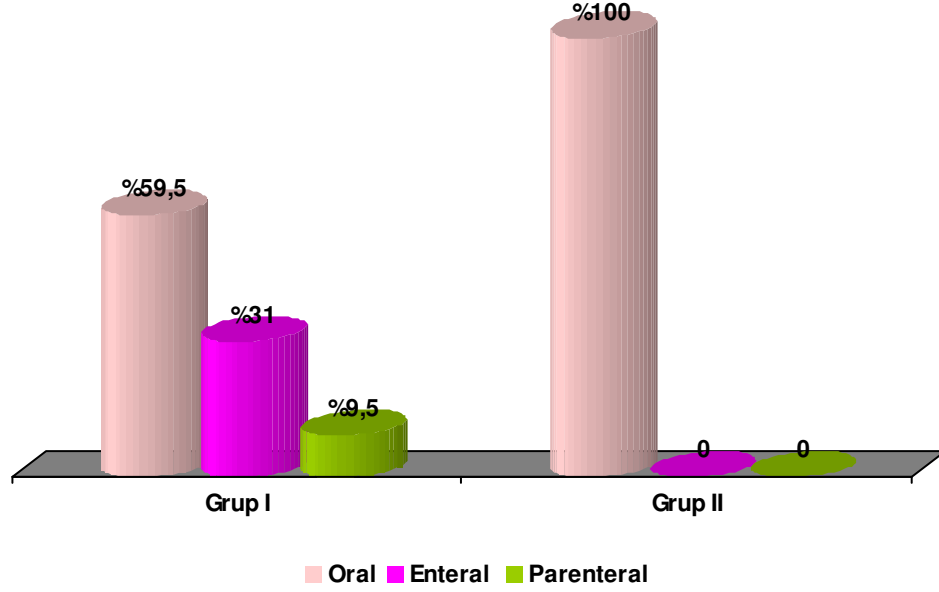
yaşamadığını ifade etmiştir. Yaşlı hastaların %38,1'i hazımsızlık şikayeti olduğunu, %33,3'ü ise bazen hazımsızlık şikayeti olduğunu belirtmiştir. Hastaların barsak sesleri dinlendiğinde %38,1'inin barsak sesleri normal, %31'inin barsak sesleri hızlı duyulmuş, %31'inin bağırsak sesleri duyulamamıştır. %14,3 'ünün hemoroidi, %16,7'sinin sindirim sistemine ilişkin hastalığı bulunmaktadır. %83,3'ünün ise sindirim sistemine ilişkin hastalığı bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 16).

Grup II'yi oluşturan hastaların ise %3'ünün zayıf , %36,4'ünün normal, %57,62'sinin hafif şişman, %3'ünün ağır şişman BKI olduğu bulunmuştur (**Grafik IX**). % 3'ünde son 6 ay içindeki istemsiz kilo kaybı olduğu, %97'si kilosunun stabil olduğunu ifade etmiştir. Kilosunda artış olduğunu ifade eden bulunmamaktadır. Hastaların tamamının beslenme şekli oral yol iledir (**Grafik X**). Hastaların %12,1'inin hastalığı nedeniyle özel diyeti olduğu, %87,92'unun özel diyeti olmadığı, %72,7'si normal günlük yaşamında günde 3 kez, %27,3'si ise sık sık yemek yediğini ifade etmektedir. yeme sıklığı günde 2 kez olan hasta bulunmamaktadır. Yaşlı hastalar yemeklerini çoğunlukla masada (%42,4), %18,2'i tv seyredirken, %39,4'ü ayakta atıştırma şeklinde yediklerini ifade etmiştir. Hastaların %3'ü kendilerine dokunan yiyecekler olduğunu, %72,7'sinin diyetine uyduğu belirlenirken, %27,3'ünde diyetine uyumu yoktur. Grup II'ye alınan hastaların tamamı alkol kullanmamaktadır ve tüm hastaların günlük sıvı alımı yeterlidir, yine yaşlı hastaların tamamı yemeğini yardımsız yiyeabilmekte ve tümü hastane yemeği yiyeabildiğini ifade etmektedir. %36,4'ü dişlerinin tamamının kendi dişleri, %36,4'ü tamamının protez , %27,3'ü ise bir kısmının protez olduğunu belirtmiştir (Tablo 16).



Grafik IX. Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastaların Beden Kitle İndeklerine (BKI) göre dağılımı.

Grup II'ye alınan yaşlı hastaların tamamının ağız mukozasında bütünlüğü vardır ve iştah durumu kötü olan hasta bulunmazken, iştah durumu orta olanlar %6,1, iştahı iyi olanların oranı ise %93,9' dur. Hastaların tamamında yutma güçlüğü olmadığı, %97'sinin hazımsızlık şikayeti olmadığı %3'ünün ise bazen hazımsızlık yaşadığı belirlenmiştir. Barsak sesleri dinlendiğinde %90,9'unun barsak sesleri normal, %6,1'inin barsak sesleri hızlı, %3'ünün ise bağırsak sesleri duyulamamıştır. Hastaların %6,1'inde hemoroid olduğu ve hastaların hiçbirinde sindirim sistemine ilişkin başka bir hastalığı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 16).



Grafik X. Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastaların beslenme şekillerine göre dağılımı.

Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastalar ile beden kitle indekleri, son 6 ay içinde istemsiz kilo kaybı olma, beslenme şekli, özel diyeti olma, yemeğini yardımsız yiyebilme durumu, hastane yemeğini yiyebilme, iştah durumu, yutma güçlüğü, hazımsızlık varlığı, oral mukozasının durumu, barsak sesleri ve gastro intestinal sistemine ilişkin bir hastalığın olma durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 17. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların antropometrik ölçüm değerlerinin dağılımı.

Antropometrik Değerler	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	Kadın (n=19)	Erkek (n=23)	Kadın (n=19)	Erkek (n=14)	
	Ort ±ss	Ort ±ss	Ort ±ss	Ort ±ss	
Bel çevresi	84,26±10,75	84,17±10,24	95,89±7,75	95,42±6,72	0,000*
Kol çevresi	29,21±1,98	29,78±3,11	30,84±2,89	30,92±2,55	0,027*
Baldır çevresi	48,10±7,17	45,43±7,90	55,86±6,53	55,85±3,48	0,000*

* KW testi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlı hastalarda beslenme yetersizliği/ malnutrisyon durumlarının belirlenmesinde değerlendirilmesi önerilen antropometrik ölçümler yapılmıştır. Ölçümler sonucunda, Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastalar ile bel çevresi, kol çevresi ve baldır çevresi ölçümleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

**3.5.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “BESLENME”
BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ İNCELENMESİ**

Tablo 18. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların beslenme bileşeni değerlendirmelerine göre aldıkları hemşirelik tanılarının dağılımı.

Grup I	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Beden gereksiniminden az beslenme	11	26,2	-	-	-	-	-	-
• riski	-	-	7	16,7	4	9,5	1	2,4
İştahsızlık	19	45,2	5	11,9	2	4,8	-	-
• İştahsızlık riski	6	14,3	2	4,8	3	7,1	2	4,8
Bilgi eksikliği	1	2,4	-	-	-	-	-	-
Malnutrisyon	4	9,5	-	-	-	-	-	-
• Malnutrisyon riski	21	50	12	28,6	4	9,5	-	-

* Grup II 'deki hastalardan beslenme bileşenine ilişkin tanı alan hasta

olmamıştır.

Grup I 'deki hastaların 11'i (% 26,2) beden gereksiniminden az beslenme, 19'u (% 45,2) iştahsızlık tanısı almıştır. Hastaların 6'sında (% 14,3) hastane yemeğini yiyemediği için iştahsızlık riski tanısı belirlenmiştir. Ameliyat sonrası taburcu oluncaya dek geçen sürede hastaların beslenme saatlerinin düzenlenmesi, hastane diyetisyeni ile görüşülerek yaşlı hastaların sevdikleri yemeklerin diyet listesine eklenmesi sağlanarak verilen hemşirelik bakımı sonrasında beden gereksinimine uygun beslenmeleri sağlanmış, ancak 7 hastada (% 16,7) beden gereksiniminden az beslenme riski devam etmektedir. Uygulanan hemşirelik bakımı ile ameliyat öncesinde 19 hastada iştahsızlık var iken ameliyat sonrasında 5 hastada (% 11,9) iştahsızlık tanısı vardır. Taburcu olduktan bir hafta sonraki değerlendirmede beden gereksiniminden az beslenme riski alan hasta sayısı 4 (% 9,5), iştahsızlık şikayeti olan hasta sayısı 2 (% 4,8), taburcu olduktan üç hafta sonra

ise 2 olarak belirlenmiştir. Taburcu olduktan üç hafta sonra beden gereksiniminden az beslenme riski alan hasta sayısı 1'dir.

Ameliyat öncesinde sadece 1 hastada beslenmeye ilişkin bilgi eksikliği olduğu belirlenmiş, uygulanan hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan önce taburcu olduktan bir hafta ve üç hafta sonraki değerlendirmelerde beslenmeye ilişkin bilgi eksikliği tanısı olan hasta bulunmamaktadır.

Ameliyat öncesi “ ameliyat öncesi yaşlı değerlendirme formu”ndan elde edilen veriler doğrultusunda iştahsızlığı olan, dış problemi nedeniyle yemek yemekte zorlandığını ifade eden, yutma güçlüğü olan, albumin değerleri 3 mg/ dl nin altında olan, zayıf beden kitle indeksi ve antropometrik değerleri olan yaşlı hastaların 4'ü (% 9,5) malnütrisyon, 21 'i (%50) ise malnütrisyon riski tanısı almıştır. ameliyat sonrası hastaların geçirdikleri cerrahi girişim özellikleri, beslenme özellikleri, cerrah ve diyetisyen ile görüşülerek gerekli mayi ve beslenme solusyon desteği sağlanarak verilen hemşirelik bakımı sonrasında, taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede yaşlı hastalarda malnütrisyon sorununun düzeldiği, ilk değerlendirmede malnütrisyon riski 21 olan hasta sayısının 12 ' ye (% 28,6), taburcu olduktan bir hafta sonra 4 'e (% 9,5) düştüğü, taburcu olduktan üç hafta sonra ise malnutrisyon riski tanısı alan hasta olmadığı belirlenmiştir.

3.6.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “BOŞALTIM” BİLEŞENİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Tablo 19. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların boşaltım özelliklerinin dağılımı.

	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
İdrar rengi					
Berrak	18	42,9	28	84,8	0,001*
Koyu	23	54,8	5	15,2	
Hematüri	1	2,4	0	0	
Defekasyon alışkanlığı					
24 saatte bir	8	19,0	12	36,4	0,041*
48 saate bir	17	40,5	16	48,4	
48 saatten fazla	17	40,5	5	15,2	
Boşaltım için yardım gereksinimi					0,000*
Var	31	73,8	1	3,0	
Yok	11	26,2	32	97,0	
Boşaltımı için					
Hastane tuvaletini kullanabiliyor	11	26,2	32	97,0	0,000*
Komod/ sürgü kullanıyor	27	64,3	1	3,0	
Hasta altı bezi kullanıyor	4	9,5	0	0	
Üriner inkontinas					
Var	21	50,0	0	0	0,000*
Yok	8	19,0	33	100,0	
Bazen	13	31,0	0	0	
Fekal inkontinans					
Var	6	14,3	0	0	0,001*
Yok	27	64,3	33	100,0	
Bazen	9	21,4	0	0	
Üriner kateter					
Var	29	69,0	1	3,0	0,000
Yok	13	31,0	32	97,0	
Üriner kateter süresi					
3 gün	22	75,9	1	3,0	0,342
4 gün ve daha fazla	7	24,1	0	0	
Genito üriner sisteme ilişkin hastalık					
Var	8	19,0	0	0	0,008*
Yok	34	81,0	33	100,0	

Tablo 19. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların boşaltım özelliklerinin dağılımı (devamı).

	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
Konstipasyon					
Var	32	76,2	1	3,0	0,000*
Yok	10	23,8	32	97,0	
Diyare					
Var	8	19,0	0	0	0,008*
Yok	34	81,0	33	100,0	
İdrar yaparken ağrı					
Var	12	28,6	0	0	0,000*
Yok	26	61,9	33	100,0	
Bazen	4	9,5	0	0	
Defekasyon sırasında ağrı					
Var	3	7,1	0	0	0,077
Yok	36	85,7	33	100,0	
Bazen	3	7,1	0	0	
Laksatif kullanma durumu					
Evet	4	9,5	0	0	0,004*
Hayır	30	71,4	33	100,0	
Bazen	8	19,0	0	0	
Kolostomi	3	7,1	0	0	--
Nefrostomi	0	0	0	0	
İleostomi	0	0	0	0	

* Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların idrar özellikleri değerlendirildiğinde; %42,9'ında idrar rengi berrak, %54,8'inde idrar renginin koyu, %2,4'ünde ise hematüri görülmektedir. %19'unda 24 saatte bir, %40,5'inde 48 saatte bir, %40,5'inde 48 saatten fazla süreyle defekasyon \barsak alışkanlığı olduğu ve %73,8'inin boşaltım için yardım gereksinimi olduğu belirlenmiştir. %26,2'sı boşaltımı için yardım gereksinimi duymamaktadır. %26,2'si hastane tuvaletini kullanabildiği, %64,3'ünün komod\sürgü kullandığı, %9,5'inin hasta altı bezi kullandığı saptanmıştır.%50'inde üriner inkontinans olduğunu, %19'unda üriner

inkontinans olmadığını, %31'inde bazen üriner inkontinans olduğu, %14,3'ünde fekal inkontinansı olduğu, %64,3'ünde fekal inkontinans olmadığı, %21,4'ünde bazen fekal inkontinansı olduğunu belirlenmiştir. Yaşlı hastaların %69'unda üriner kateteri olduğu, kateterin takılma süresi değerlendirildiğinde görüşme anından 3 gün önce takılan %75,9 hasta, 4 gün ve daha fazla takılan % 24,1 hasta bulunmaktadır. Hastaların % 19'unda genito üriner sistem hastalığı varken, %81,9'unda bulunmamaktadır. Yaşlı hastaların %76,2'si konstipasyonu olduğunu, %23,8'i konstipasyonu olmadığını, %19'u diyaresi olduğunu, %28,6'sı idrar yaparken ağrı yaşadığını, %61,9'i idrar yaparken ağrısı olmadığını, %9,5'i bazen ağrısı olduğunu ve %7,1'i defekasyon yaparken ağrısı olduğunu, %85,7'i defekasyon sırasında ağrısı olmadığını, %7,1'i bazen ağrısı olduğunu ifade etmiştir. Sıklıkla laksatif kullanan %9,5, hiç kullanmayan %71,4, bazen kullanan %19 hasta bulunmaktadır. Hastaların %7,1'inde kolostomi bulunmaktadır. Nefrostomi ve ileostomisi olan hasta yoktur (Tablo 19).

Grup II'ye alınan yaşlı hastaların idrar özellikleri ise; %84,8'inin idrar rengi berrak, %15,2'sinin idrar renginin koyu olduğu belirlenmiştir ve hematüri görünen hasta bulunmamaktadır. Yaşlı hastaların %36,4'sinin defekasyon\bağırsak alışkanlığı 24 saatte bir, %48,4'ünün 48 saatte bir, %15,2'sinin 48 saatten fazla olduğu, %3'ünün boşaltımı için yardım gereksinimi olduğu, %97'sinin yardıma gereksinimi olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %97'si hastane tuvaletini kullanabildiğini, %3 'ü ise komod\sürgü kullandığını ifade etmiştir. Hasta altı bezi kullanana hasta yoktur. Grup II'deki hastaların hiçbirinde üriner ve fekal inkontinans bulunmamaktadır. Hastalardan sadece birinde üriner kateteri olduğu ve kateterin 3 gün önce takıldığı belirlenmiştir. Hastaların % 3 'ünde konstipasyon şikayeti varken, diyare, idrar ve

defekasyon sırasında ağrısı olan, konstipasyonu için laksatif kullanan ve genitoüriner sisteme ilişkin hastalığı olan ve kolostomisi, nefrostomi, ileostomisi olan hasta yoktur (Tablo 19).

Grup I ve Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların, idrar rengi, defekasyon/ barsak alışkanlığı, boşaltım için yardım gereksinimi olma, boşaltımını sağlama şekli, üriner ve fekal inkontinansı olma durumu, üriner kateteri olma, konstipasyon şikayeti olma, idrar yaparken ağrısı olma, laksatif kullanma ve genitoüriner sisteme ilişkin hastalığı olma durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

3.6.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “BOŞALTIM” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ İNCELENMESİ

Tablo 20. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların boşaltım bileşeni değerlendirmelerine göre aldıkları hemşirelik tanılarının dağılımı.

Grup I	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
İdrar yapmada değişiklik	2	4,8	-	-	-	-	-	-
• riski	2	4,8	1	2,4	1	2,4	1	2,4
Konstipasyon	13	31	-	-	-	-	-	-
• riski	1	2,4	8	19	4	9,5	2	4,8
Üriner sistem enfeksiyonu	29	69	12	28,6	2	4,8	-	-

* Grup II 'deki hastalardan boşaltım bileşenine ilişkin tanı alan hasta olmamıştır.

Ameliyat öncesi ilk değerlendirmede formdan elde edilen bilgiler doğrultusunda yaşlı hastaların 2'si(% 4,8) idrar yapmada değişiklik yine 2 'si idrar yapmada değişiklik riski tanısı almıştır. ameliyat sonrası taburcu oluncaya dek boşaltım için yardım gereksinimi olan hastaların desteklendiği, sıvı alımının ve

koşuşı tipi odada kalan yaşı hastaların boşaltımını sağlamak için mahremiyeti sağlanarak verilen hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce değerlendirmede Mesane Ca nedeniyle opere olan ve üriuer kateteri olan 1 hastada, taburcu olduktan bir hafta sonra, taburcu olduktan üç hafta sonra idrar yapmada değişiklik riskinin devam ettiği belirlenmiştir.

Ameliyat öncesinde yaşı hastaların 13 ‘ü (% 31) konstipasyon, 1 ‘i (% 2,4) konstipasyon riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrası konstipasyonun giderilmesine ilişkin verilen hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede konstipasyon sorunu olan hasta olmadığı, konstipasyon riski tanısı alan hasta sayısının 8 (% 19), taburcu olduktan bir hafta sonra 4, üç hafta sonra yapılan değerlendirmede ise 2 olduğu belirlenmiştir. Verilen hemşirelik bakımı ile konstipasyon sorunu çözülmüş, taburcu olduktan sonra beslenme alışkanlığında değişikliğin sürdürülmesinde güçlük ve yaşıya bakım veren hasta yakınlarının bilgi ve tutumları göz önüne alınarak konstipasyon riski tanısı belirlenmiştir.

“ Ameliyat Öncesi Yaşı Değerlendirme Formu” dan elde edilen veriler doğrultusunda, üriuer sistem cerrahisi geçiren, üriuer kateteri olan, sıvı alımı, mobilitesi yetersiz olan ve katater bakım yetersizliği olduğu belirlenen 29 hasta (% 69) üriuer enfeksiyon riski tanısı almıştır. Üriuer sistem enfeksiyonu riskini gidermek için verilen hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede tanı alan hasta sayısı 12 (% 28,6), taburcu olduktan bir hafta sonra 2 (% 4,8) olarak belirlenmiştir. Taburcu olduktan bir hafta sonra üriuer katateri olan ve yatağa bağımlı olan 1 hastada üriuer enfeksiyon riski tanısı belirlenmiştir.

3.7.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME” BİLEŞENİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Tablo 21. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların kişisel bakım özelliklerinin dağılımı.

Kişisel bakımını yapabilme	Yapabiliyor				Yardımla yapabiliyor				Yapamıyor				Yapmıyor			
	GRUP I		GRUP II		GRUP I		GRUP II		GRUP I		GRUP II		GRUP I		GRUP II	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kendi temizliği	7	16,7	3	97,2	2	50,0	1	3,0	14	33,3	-	-	-	-	-	-
Tüm vücut banyosu	7	16,7	3	97,2	2	47,6	1	3,0	15	35,7	-	-	-	-	-	-
El yüz yıkama	8	19,0	3	97,2	2	47,6	1	3,0	14	33,3	-	-	-	-	-	-
Saç bakımı	5	11,9	3	97,2	2	50,0	1	3,0	16	38,1	-	-	-	-	-	-
Tırnak temizliği	5	11,9	3	97,2	2	47,6	1	3,0	17	40,5	-	-	-	-	-	-
Diş fırçalama	8	19,0	3	92,0	1	42,9	1	3,0	14	33,3	2	4,8	-	-	-	-
Giyinme	7	16,7	3	97,2	2	52,0	1	3,0	13	31,0	-	-	-	-	-	-

* Ki kare testi uygulanmıştır.

Grup I'ye alınan yaşlı hastaların; % 16,7'si kendi temizliğini yapabildiğini, % 21'i yardımla yapabildiğini, % 33,3'ü yapamadığını ifade etmiştir. Tüm vücut banyosunu yardımsız yapabilenler % 16,7, yardımla yapabilen % 47,6, yapamadığını ifade edenler ise % 35,7 dir. Yardımsız elini yüzünü yıkayabilen yaşlı hastaların oranı % 19, yardımla yapabilenlerin % 47,6, yapamayanların ise % 33,3 'tür. % 11,9'u saçlarının bakımını kendi kendine yapabildiğini, % 50 'si yardımla yapabildiğini, % 38,1'i yapamadığını belirtmiştir. % 11,9'u tırnak temizliğini kendisinin yapabildiğini, % 47,6 'sı yardımla yapabildiğini, % 40,5'i yapamadığını; % 19,'u dişlerini kendisini fırçalayabildiğini, % 42,9'u yardımla, % 33,3'ü fırçalayamadığını ifade etmiştir. Yine Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların % 16,7'si

kendi kendine giyinebildiğini, % 52,4'ü yardımla giyinebildiğini, % 31'i giyinemediğini ifade etmiştir (Tablo 21).

Grup II'yi oluşturan yaşlı hastalarda ise; kendi temizliğini, tüm vücut banyosunu, elini yüzünü yıkama, saç bakımı, tırnak temizliğini, giyinme aktivitelerini yardımsız yapabildiğini ifade edenlerin oranı % 97, yardımla yapabilenlerin oranı ise % 3'tür. Dişlerini yardımsız fırçalayabildiğini ifade edenlerin oranı % 92,2, yardımla fırçalaya bilenlerin % 3, yapamadığını ifade edenlerin ise % 4,8'dir (Tablo 21).

Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların kişisel bakım gereksinimlerinin karşılayabilme durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 22. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların deri ve eklerinin özelliklerinin dağılımı.

	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
Deri Rengi					
Normal	8	19,0	32	97,0	0,000*
Soluk	32	76,2	1	3,0	
Pigmente	2	4,8	0	0	
Deri bütünlüğü					
Bütün	36	85,7	33	100,0	0,077
Bası yarası	4	9,5	0	0	
Skar dokusu	2	4,8	0	0	
Deri turgoru					
Normal	1	2,4	31	93,9	0,000*
Azalmış	41	97,6	2	6,1	
Tırnakların değerlendirilmesi					
Normal	20	47,6	32	97,0	0,000*
Sert	22	52,4	1	3,0	
Enfekte	0	0	0	0	
Deri ve eklerine ilişkin hastalık durumu					
Var	2	4,8	0	0	0,204
Yok	40	95,2	33	100,0	
Bası yarası (n=4)					
Var	4	9,5	0	0	0,040*
Yok	38	90,5	33	100,0	
Bası yarası geçmiş					
Var	10	23,8	0	0	0,003*
Yok	32	76,2	33	100,0	
Bası yarasının bulunduğu bölge					
Sırt	2	4,8	0	0	--
Gluteal	2	4,8	0	0	
Deri özellikleri					
Nemli	4	9,5	31	93,9	0,000*
Kuru	19	45,2	2	6,1	
Kızarıklık	19	45,2	0	0	
Renk değişimi	0	0	0	0	

Yatak içinde hareketlilik durumu					
Yatağa bağımlı	20	47,6	0	0	0,000*
Tekerlekli sandalyeye bağımlı	0	0	0	0	
Bazen yürür	21	50,0	2	6,1	
Sık yürür	1	2,4	31	93,9	
Duyusal algılama durumu					
Kısmen sınırlı	18	42,9	0	0	0,000*
Sınırlı	0	0	0	0	
Bozukluk yok	24	57,1	33	100,0	
Beslenme durumu					
Yeterli	1	2,4	31	93,9	0,000*
Kısmen yeterli	22	52,4	2	6,1	
Kötü	19	45,2	0	0	
Bakımında bağımlılığı					
Bağımlı	35	83,3	3	9,1	0,000*
Bağımsız	7	16,7	30	90,9	
Bakımında yardımcı olan kişi/ kişiler					
Çocukları	31	73,8	30	90,9	0,153
Eşi	10	23,8	3	9,1	
Bakıcı	1	2,4	0	0	

*Kruskall Wallis ve Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Grup I'e alınan hastaların deri özellikleri değerlendirildiğinde % 19'unun deri rengi normal, %76,2'sinin soluk, %4,8'inin pigmentedir. Hastaların %85,7'inde deri bütünlüğü olduğu, %9,5'inde bası yarası ve % 4,8'inde skar dokusu vardır. Deri turgoru % 2,4'ünde normal, % 97,6'sin de ise azalmıştır. % 9,5'inde deri nemli, %45,2'inde kuru, %45,2'inde kızarıktır. %47,6'sinin tırnak yapısı normal, %52,4'sinin ise serttir. %4,8'inin deri ve eklerine ilişkin hastalığı olduğu, % 95,2'sinin olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %9,5'inde bası yarası tespit edilirken, .% 90,5 inde bası yarası görülmemiştir. %4,8 'inin bası yarası sırtında, %4,8'inin ise gluteal bölgededir. Hastaların %23,8'inde daha önce bası yarası olduğu belirlenmiştir. Yaşlı hastaların %47,6 'si yatağa bağımlıdır. Tekerlekli sandalye kullanan bulunmamaktadır. %50 bazen yürürken % 2,4 sık yürümektedir.

%42,9'unun duyuşal algılama durumu kısmen sınırlı, %57,1'inde bozukluk yoktur. Yaşlı hastaların beslenme durumu %2,4'ünde yeterli, %52,4'ünde kısmen yeterli, %45,2'inde ise kötüdür. Hastaların %83,3'ü bakımda başkasına bağımlı, % 16,7'si bağımlı değildir. %73, 8'inin bakım gereksinimleri çocukları, % 23,8'inin eşi, %2,4'ünün ise bakıcısı tarafından karşılanmaktadır (Tablo 22).

Grup II'ye alınan yaşlı hastalarda ise; %97'sinin deri rengi normal, %3'ünde soluktur. Hastaların tamamında deri bütünlüğü vardır. Hastaların %93,9'unda deri turgoru normal , %6,1'inde ise azalmıştır.%97'sinde tırnaklar normal görünümde olup , %3'ünde serttir. Yaşlı hastaların %93,9'unun derisi nemli, %6,1'inin ise kuru özelliğindedir. Derisi kızarık ve renk değişimi olan hasta bulunmamaktadır. Grup II'yi oluşturan hastalarda deri ve eklerine ilişkin hastalığı ve bası yarası bulunan yaşlı görülmemiştir. Hastaların %6,1'i bazen, %93,9'u sık yürüdüğünü ifade etmiş ve hastalarda yatağı bağımlı yada tekerlekli sandalyeye bağımlı hasta bulunmamaktadır. Hastaların hiçbirinde duyuşal algılamada bozukluk saptanmamıştır. % 93,9'unun beslenmesinin yeterli, %6,1'inin kısmen yeterli olduğu belirlenmiştir. Kötü beslenen bulunmamaktadır. %9,1'inin bakımda başkasına bağımlı olduğu, %90,9'u ise başkasına bağımlı değildir. %90,9'una bakımında çocukları, %9,1'inin eşi yardımcı olmaktadır (Tablo 22).

Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastalar ile deri rengi, deri turgoru, tırnak özelliğı, bası yarası varlığı, daha önce bası yarası oluşma durumu, deri özellikleri, yatak içindeki hareketlilik durumu, duyuşal algılamada yetersizlik durumu, beslenme durumu ve bakımında başkasına bağımlı olma arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

**3.7.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN
“KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI
HEMŞİRELİK TANILARININ İNCELENMESİ**

Tablo 23. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların kişisel temizlik ve giyinme bileşeni değerlendirmelerine göre aldıkları hemşirelik tanılarının dağılımı.

Grup I	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bireysel bakımda eksiklik	8	19	-	-	-	-	-	-
Oral mukoz membranda değişiklik	8	19	-	-	-	-	-	-
• riski	6	14,3	4	9,5	1	2,4	1	2,4
Deri bütünlüğünde bozukluk	2	4,8	-	-	-	-	-	-
• riski	7	16,7	2	4,8	-	-	-	-
Bası yarası	5	11,9	2	4,8	-	-	-	-
• riski	25	59,5	9	21,4	5	11,9	1	2,4

* Grup II 'deki hastalardan kişisel temizlik ve giyinme bileşenine ilişkin tanı alan hasta olmamıştır.

Ameliyat öncesi form kullanılarak yapılan değerlendirmede yaşlı hastaların 8 'i (% 19) bireysel bakımda eksiklik tanısı almıştır. Ameliyat sonrasında bakımda eksikliğin giderilmesi ve hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi ve desteklenmesine yönelik hemşirelik bakımı sonucunda taburcu olmadan önce, taburcu olduktan bir ve üç hafta sonra yapılan değerlendirmelerde tanı alan hasta olmamıştır.

“ameliyat öncesi yaşlı değerlendirme formu” ndan elde edilen bilgilere göre hastaların ağız mukozası, dişlerin durumu, beslenme özellikleri (oral/ enteral beslenme), yapılacak cerrahi girişimi de dikkate alınarak 8 hasta (% 19) oral mukoz membranda değişiklik, 6 hasta (% 14,3) ise oral mukoz membranda değişiklik riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrasında taburcu oluncaya dek geçen sürede yaşlıya özel

uygulanan ağız bakımı, beslenmenin düzenlenmesi, dişlerin diş hekimi desteği de alınarak kontrolünün sağlanması uygulamalarını içeren hemşirelik bakımı neticesinde, oral mukoz membran değişikliği olan hasta olmamış, 4 hasta (% 9,5) oral mukoz membran değişikliği riski tanısı almıştır. Taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki izlemlerde ise ağız ve diş bakımı önerilere uymayan, ağız bakımını uygun yapamadığı belirlenen 1 hasta oral mukoz membran değişikliği riski tanısı almıştır.

Yaşlı hastaların cilt özellikleri, deri turgorundaki değişiklikleri, hijyenini sağlamada yetersizlikleri, bakım gereksinimi değerlendirilerek 2 hasta (% 4,8) deri bütünlüğünde bozukluk, 7 hasta (% 16,7) ise deri bütünlüğünde bozukluk riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrası cerrahi girişiminde etkisiyle deri bütünlüğü bozulan yaşlı hastalara verilen hemşirelik bakımı sonrasında, taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede 2 (%4,8) hasta deri bütünlüğünde bozulma riski tanısı almıştır. Taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki değerlendirmelerde ise tanı alan hasta olmamıştır.

Ameliyat öncesi ilk değerlendirmede yaşlı hastaların 5 'inde (% 11,9) hafif düzeyde bası yarası olduğu belirlenmiştir. Deri özellikleri, hareketliliği, duyuusal algısal sınırlıkları ve beslenme durumu değerlendirildiğinde, 25 hasta (% 59,5) bası yarası riski tanısı almıştır. ameliyat sonrasında yaşlı hastaların bireysel gereksinimleri ve geçirdikleri cerrahi girişim özellikleri, ameliyat sonrası pozisyonları, beslenme özellikleri dikkate alınarak uygulanan hemşirelik bakımı sonrasında, taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede 2 hastada (% 4,8) bası yarası probleminin devam ettiği, bası yarası riski tanısı alan hasta sayısının ise 9 (% 21,4) olduğu belirlenmiştir. Taburcu olduktan bir hafta sonraki izlemde

hastaların çoğunluğunun önerilen bakım ve diyet uygulamalarına uyduğu bası yarasının iyileştiği ancak, bası yarası riski tanısı alan hasta sayısının 5 (% 11,9) olduğu saptanmıştır. Taburcu olduktan üç hafta sonraki izlemde ise bası yarası riski tanısı alan hasta sayısı 1 ‘dir.

3.8.1 GRUP I VE GRUP II’YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “BEDEN ISISINI KONTROL” BİLEŞENİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Tablo 24. Grup I ve Grup II’ye alınan yaşlı hastaların beden ısı ve kontrol özelliklerinin dağılımı

	GRUP I		GRUP II		p
	(n=42)		(n=33)		
	n	%	n	%	
Vücut sıcaklığı					
Normal	30	73,1	20	60,6	0,757
Yüksek	9	22,0	13	39,4	
Düşük	2	4,9	0	0	
Üşüme					
Var	14	33,3	0	0	0,000*
Yok	28	66,7	0	0	
Oda ısı uygunluğu					
Uygun	38	90,4	33	100,0	0,190
Arttırılmalı	2	4,8	0	0	
Azaltılmalı	2	4,8	0	0	
Isıya uygun giyinme					
Evet	37	88,1	33	100,0	0,040*
Hayır	5	11,9	0	0	

* Kruskall Wallis ve Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Grup I’e alınan yaşlı hastaların vücut sıcaklığı %73,1’inde normal, %22’inde normalin üzerinde, %4,9’inde ise normalin altında bulunmuştur. Hastaların %33,3

üşüdüğünü ifade etmiştir. Hastaların %90,4'ü odalarının ısını uygun , %4,8'i arttırılması gerektiğini, %4,8'ü azaltılması gerektiği ifade etmektedir. Yaşlı hastaların %88,1 oda/ hastane ısına uygun giyinirken %11,9 ısıya uygun giyinmediği gözlenmiştir (Tablo 24).

Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların %60,6'nın vücut sıcaklığı normal, %39,4'ünün normalin üzerindedir, vücut sıcaklığı normalin altında olan hasta yoktur. Üşüdüğünü ifade eden hasta bulunmamaktadır. Hastaların tamamı odalarının ısının uygun olduğunu ifade etmiştir. Oda ısına uygun giyinmeyen hasta yoktur (Tablo 24).

Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların, üşüdüğünü ifade etme ve ısıya uygun giyinme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p <0.05).

3.8.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “BEDEN ISISINI KONTROL” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ İNCELENMESİ

Tablo 25. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların beden ısını kontrol bileşeni değerlendirmelerine göre aldıkları hemşirelik tanılarının dağılımı.

Grup I	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hipotermi • riski	2 1	4,8 2,4	- -	- -	- -	- -	- -	- -
Vücut ısını düzenlemede yetersizlik riski	3	7,1	1	2,4	1	2,4	1	2,4
Periferik doku perfüzyonunda değişim • riski	3 9	7,1 21,4	- 5	- 11,9	- -	- -	- -	- -

* Grup II 'ye alınan yaşlı hastalarda beden ısını kontrol bileşenine ilişkin tanı alan hasta bulunmamaktadır.

Grup I' e alınan yaşlı hastaların 2 'sinde beden ısısının normalin altında olduğu, periferik bölgenin soğuk olduğu ve hastaların üşüdüğünü ifade ettiği belirlenmiş ve hipotermi tanısı almıştır. hipotermi riski alan hasta sayısı ise 1' dir. ameliyat sonrası cerrahi girişim nedeniyle hipotermiye yatkınlık artmaktadır. Ameliyat öncesi bu bulguya sahip olan yaşlı hastaların yakın takibi ve beden ısısının normal sınırlarda tutulması amacıyla hastanın ısıtılması, cerrahın da önerisiyle mayilerinin ayarlanması, beden ısısının düzenli kontrolü sağlanarak uygulanan hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce, taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki değerlendirmelerde tanı alan hasta olmamıştır.

Ameliyat öncesi değerlendirmede, 3 yaşlı hasta (% 7,1) vücut ısını düzenlemede yetersizlik riski tanısı almıştır. Bu hastaların form ile yapılan değerlendirmede kültürel özellikleri ve mahremiyet duygusu nedeniyle oda ısısına uygun giyinmediği (kalın giyindiği) belirlenmiştir. Ameliyat sonrası konuya ilişkin yapılan bilgilendirme ve yakınlarının da desteği alınarak uygulanan hemşirelik bakımı sonrasında, taburcu olmadan hemen önce, taburcu olduktan bir ve üç hafta yapılan değerlendirmede sadece 1 hasta tanı almıştır.

Yaşlı hastaların 3 'ü (% 7,1) periferik doku perfüzyonunda değişim, 9 'u ise periferik doku perfüzyonunda değişim riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrası,taburcu oluncaya dek geçen sürede, sıvı ve kan kaybının olması nedeniyle homeostazisin sağlanması ve yeterli periferik dolaşımın sağlanmasına ilişkin hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede periferik doku perfüzyonunda değişim sorunu olan hasta olmadığı, periferik doku perfüzyonunda değişim riski tanısı alan hasta sayısının ise 5 'e (% 11,9) düştüğü belirlenmiştir.

3.9.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “HAREKET” BİLEŞENİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Tablo 26. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların hareket özelliklerinin dağılımı.

	GRUP I		GRUP II		p
	(n=42)		(n=33)		
	n	%	n	%	
Kas iskelet sistemini kısıtlayan sorun					
Var	26	61,9	1	3,0	0,000*
Yok	16	38,1	32	97,0	
Deformite	4	9,5	0	0	0,068
Ağrı	25	59,5	1	3,0	0,000*
Kontraktür	0	0	0	0	-
Ampütasyon	0	0	0	0	-
Protez	4	9,5	0	0	0,068
Yardımcı gereç kullanımı					0,000*
Var	24	57,1	1	3,0	
Yok	18	42,9	32	97,0	
Baston kullanımı *	22	52,3	1	3,0	0,000*
Walker kullanımı *	1	2,4	0	0	0,372
Tekerlekli sandalye kullanımı *	1	2,4	0	0	0,204
Paralizi/ felç durumu					
Var	1	2,4	0	0	0,372
Yok	41	97,6	33	100,0	
Kas tonüsü yeterliliği					
Yeterli	13	31,0	32	97,0	0,000*
Yeterli değil	29	69,0	1	3,0	
Eklem hareketi					
Var	35	83,3	33	100,0	0,014*
Yok	7	16,7	0	0	
Basınç alanları					
Var	34	81,0	1	3,0	0,000*
Yok	8	19,0	32	97,0	
Düzenli egzersiz yapma					
Evet	1	2,4	0	0	0,372
Hayır	41	97,6	33	100,0	

* Mann whitney u testi uygulanmıştır.

Grup I'e alınan yaşlı hastaların, %61,9'u kas iskelet sistemini kısıtlayacak hastalığı olduğunu, %38,1'i hastalığı olmadığını ifade etmiştir. Hastaların %9,5'inde deformite, %59,5'inde ağrı olduğu saptanmıştır. Kontraktürü yada amputasyonu olan hasta yoktur, protez kullanan hastaların oranı % 9,5 tir. %57,1'i yardımcı gereç kullandığını, %42,9'u ise kullanmadığını ifade etmiştir. Yardımcı gereç kullananların %52,4'ü baston, %2,4'ü walker, %4,8'i zaman zaman tekerlekli sandalye kullanmaktadır. Hastaların %2,4'ünde paralizi vardır. Hastaların % 31'inin kas tonüsü yeterli olduğu, %69'unda ise yeterli olmadığı belirlenmiştir. Yaşlı hastaların %83,3'ünde eklem hareketi varken, %16,7'sında eklem hareketi güçlkle sağlanmaktadır. % 81'inde basınç alanı bulunurken %19'unda basınç alanı bulunmamaktadır. %2,4'ü düzenli egzersiz yaptığını, %97,6 düzenli egzersiz yapmadığını ifade etmiştir (Tablo 26).

Grup II'ye alınan yaşlı hastaların, %3'ünde kas iskelet sistemini kısıtlayacak hastalığı olduğunu, %97,0 hastalığı olmadığını ifade etti. %3,0 ağrısı olduğunu, hastaların %3'ü yardımcı gereç kullandığını, %97'si ise gereç kullanmadığını ifade etmiştir. Yardımcı gereç kullananların %3,0 baston kullanmaktadır. Walker ya da tekerlekli sandalye kullanan hasta bulunmamaktadır. Grup II'deki hastaların tamamında paralizi\felç durumu görülmemiştir. %97 'sinin kas tonüsü yeterli, %3'ünün ise yetersiz olduğu belirlenmiştir. Hastaların tamamında eklem hareketi vardır ve %3'ünde basınç alanı bulunmaktadır. Deformite – kontraktür – amputasyon – protez kullanan ve düzenli egzersiz yapan hasta yoktur (Tablo 26).

Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların, kas/ iskelet sistemini kısıtlayacak sorun, yardımcı gereç kullanımı, kas tonüs yeterliliği, eklem hareketliliği, basınç alanı olma özellikleri arasında anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0.05$).

3.9.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “HAREKET” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ İNCELENMESİ

Tablo 27. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların hareket bileşeni değerlendirmelerine göre aldıkları hemşirelik tanılarının dağılımı.

Grup I	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aktivite intoleransı	17	4,5	1	2,4	1	2,4	-	-
• riski	-	-	7	16,7	2	4,8	-	-
Fiziksel mobilitede bozulma	3	7,1	-	-	-	-	-	-
• riski	3	7,1	2	4,8	2	4,8	-	-
Güçsüzlük	9	21,4	2	4,8	1	2,4	1	2,4

*Grup II 'ye alınan yaşlı hastalarda hareket bileşenine ilişkin tanı alan hasta bulunmamaktadır.

Yaşlı hastaların 17 'si (% 40) ameliyat öncesi değerlendirilmelerinde aktivite intoleransı tanısı almıştır. Ameliyat sonrası taburcu oluncaya dek geçen sürede uygulanan hemşirelik bakımı sonucu taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede aktivite intoleransı tanısı alan sadece 1 hasta olduğu saptanmıştır. Ameliyat sonrası ağrı yaşama, ameliyatı nedeniyle yatak içinde sabit pozisyonda olma isteği nedeniyle 7 hasta (% 16,7) aktivite intoleransı tanısı almıştır. taburcu olduktan bir hafta sonraki izlemde 1 hasta aktivite intoleransı, 2 hasta aktivite intoleransı riski tanısı almış, taburcu olduktan üç hafta sonraki izlemde ise tanı alan hasta olmamıştır.

Form kullanılarak, ameliyat öncesi ilk değerlendirmede hareket aktivitelerine ilişkin sorunları ve güçlükleri değerlendirildiğinde 3 hastada (% 7,1) fiziksel mobilitede bozukluk, 3 hasta (% 7,1) fiziksel mobilitede bozukluk riski tanısı almıştır. ameliyat sonrası mobilite güçlüğünü yada olasılığını ortadan kaldırmaya

ilişkin uygulanan hemşirelik bakımı sonucunda, taburcu olmadan hemen önce ve taburcu olduktan bir hafta sonra yapılan değerlendirmede fiziksel mobilitede bozukluk riski tanısı alan 2'şer hasta (% 4,8) olmuştur. Taburcu olduktan üç hafta sonra hareket aktivitesine ilişkin hemşirelik tanısı alan hasta olmamıştır. Yine ilk değerlendirmede 9 hasta (% 21,4) güçsüzlük tanısı almış, ameliyat sonrası güçsüzlüğün azaltılması ve yaşlı hastanın desteklenmesine yönelik uygulanan hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede 2 (% 4,8), taburcu olduktan bir ve üç hafta sonra yapılan değerlendirmelerde ise 1 'er hasta tanı almıştır.

3.10.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “ÇALIŞMA VE BOŞ ZAMANLARINI DEĞERLENDİRME” BİLEŞENİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Tablo 28. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların çalışma ve boş zamanlarını değerlendirme özelliklerinin dağılımı

	GRUP I		GRUP II		p
	(n=42)		(n=33)		
	n	%	n	%	
Gelir durumu					
Geliri yok	1	2,4	0	0	0,244
Emekli aylığı	30	71,4	30	90,9	
Kira geliri	1	2,4	0	0	
Çocuklarının/ yakınlarının yardımı	1	2,4	1	3,0	
Yaşlı aylığı	9	21,4	2	6,1	
Şu andaki çalışma durumu					
Çalışıyor	2	4,8	0	0	0,204
Çalışmıyor	40	95,2	33	100,0	
Hastanede iken uğraşısı					
Uğraşısı yok	22	52,4	26	78,8	0,018*
Tv izleme/ radyo dinleme	17	40,5	6	18,2	0,038*
Dergi/ kitap okuma	1	2,4	0	0	0,372
Elişi yapma	1	2,4	1	3,0	0,862
Spiritüel uğraşlar	3	7,1	1	3,0	0,431

* Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Grup I'e alınan yaşlı hastaların gelir durumları incelendiğinde; % 71,4'ünün emekli aylığı, %21,4'ünün yaşlı aylığı, %2,4'ünün kira geliri, %2,4 çocuklarının /yakınlarının yardımı olduğunu, %2,4'ünün ise gelirin olmadığı, yaşlı hastaların şu

anki çalışma durumları ise %4,8'inin çalıştığı, %95,2'sinin çalışmadığı belirlenmiştir. %52,4'unun hastanede iken uğraşısı olmadığı, %40,5'inin tv izlediği/radyo dinlediği, %7,1 spiritüel uğraşısı olduğu, %2,4'ünün dergi/kitap okuduğu, %2,4'ünün el işi yaptığı belirlenmiştir (Tablo 28).

Grup II'ye alınan yaşlı hastaların %90,9'unun emekli aylığı olduğu, %3'ünün çocuklarının/ yakınlarının yardımı olduğu, %6,1'inin yaşlı aylığı olduğunu ifade etmiştir. Geliri olmayan ve şu anda çalışan hasta olmadığı belirlenmiştir. %78,8' inin hastanede iken uğraşısı olmadığını, %18,2'si tv izlediğini/radyo dinlediğini, %3'ü el işi yaptığını, %3'ü spiritüel uğraşısı olduğunu ifade etmiştir (Tablo 28). Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastalar ile hastanede iken uğraşı olma ve televizyon izleme/ radyo dinleme arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

3.10.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “ÇALIŞMA VE BOŞ ZAMANLARINI DEĞERLENDİRME” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ İNCELENMESİ

Tablo 29. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların çalışma ve boş zamanlarını değerlendirme bileşeni değerlendirmelerine göre aldıkları hemşirelik tanılarının dağılımı.

Grup I	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Boş vakitlerini değerlendirmede yetersizlik	6	18,2	-	-	-	-	-	-

* Grup II'ye alınan yaşlı hastalarda bu bileşene ilişkin tanı alan hasta bulunmaktadır.

Grup I ' e alınan 6 yaşlı hasta (% 18,2), ameliyat öncesi yapılan ilk değerlendirmede boş vakitlerini değerlendirmede yetersizlik tanısı almıştır. ameliyat sonrası uygulanan hemşirelik girişimleri ile taburcu olmadan hemen önce,taburcu

olduktan bir ve üç hafta sonra yapılan değerlendirmede tanı alan hasta bulunmamaktadır.

3.11.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “CİNSELLİĞİNİ İFADE ETME” BİLEŞENİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Tablo 30. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların yaşlı hastaların cinsel aktivite özelliklerinin dağılımı.

	GRUP I (n=42)		GRUP II (n=33)		p
	n	%	n	%	
Beden imajı					
Olumlu etkilenmiş	0	0	0	0	0,024*
Olumsuz etkilenmiş	6	14,3	0	0	
Etkilenmemiş	36	85,7	33	100,0	
Eşinin yaşama durumu					
Evet	20	47,6	19	57,6	0,392
Hayır	22	52,4	14	42,4	
Kendi cinselliğini algılama biçimi					
Cinsel yönden aktif	6	14,3	10	30,3	0,093
Cinsel yönden aktif değil	36	85,7	23	69,7	
Menapoz/ andropoz yaşı *					
39-49 yaş ve arası	6	31,6	5	26,3	0,152
50-55 yaş ve arası	10	52,6	14	73,7	
56 yaş ve üzeri	3	15,8	0	0	
Hormon replasman tedavisi alma					
Evet	1	5,0	2	10,5	0,517
Hayır	19	95,0	17	89,5	
Hastanede olmanın cinselliğini etkileme durumu					
Evet	3	7,1	1	3,0	0,431
Hayır	39	92,9	32	97,0	

Grup I'e alınan yaşlı hastalarda beden imajını olumlu etkilediğini ifade eden bulunmamakta ve %14,3'ü olumsuz etkilendiğini, %85,7'si ise etkilenmediğini ifade etmektedir. %47,6 eşinin hayatta olduğunu , %52,4 hayatta olmadığını ifade etmiştir.

Yaşlı hastaların %14,3 kendini cinsel yönden aktif algılarken %85,7 aktif değildir. Kadın hastaların %31,6'sında menapoz yaşı 39-49 yaş arasında, %52,6'sında 50-55 yaş arasında, %15,8'inde 56 yaş ve üzerinde olduğu ve %5'i hormon replasman tedavisi aldığını ifade etmiştir. Hastaların %7,1'i cinsel yaşamının hastanede olmaktan etkilendiğini, %92,9'u ise etkilenmediğini belirtmiştir (Tablo 30).

Grup II'ye alınan yaşlı hastaların ise tamamı beden imajının etkilenmediğini ifade etmektedir. Hastaların %57,6'sı eşinin hayatta olduğunu, %42,4'ü eşinin hayatta olmadığını ve %30,3'ü kendini cinsel yönden aktif algılarken, %69,7 aktif algılamadığını belirtmiştir. Kadın hastalarda menapoza girme yaşı incelendiğinde %26,3'ü 39-49 yaş arasında, %73,7'si 50-55 yaş arasındadır, 56 yaş ve üzerinde menapoza giren hasta bulunmamaktadır. Hormon replasman tedavisi aldığını ifade eden kadın hastaların oranı %10,5'tir. Hastaların %3'ü cinsel yaşamının hastanede olmaktan etkilendiğini , % 97'si ise etkilenmediğini ifade etmiştir (Tablo 30). Grup I ve Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların, hastanede olma/ cerrahi girişimin beden imajını etkileme durumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$)

3.11.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “CİNSELLİĞİNİ İFADE ETME” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ İNCELENMESİ

Tablo 31. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların cinselliğini ifade etme bileşeni değerlendirmelerine göre aldıkları hemşirelik tanılarının dağılımı.

Grup I	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Beden imajında bozulma	-	-	1	2,4	-	-	-	-
• riski	7	16,7	-	-	-	-	-	-
Cinsel yaşamda değişiklik	2	4,8	2	4,8	-	-	-	-
Cinsel fonksiyonda bozukluk	1	2,4	2	4,8	-	-	-	-

*Grup II 'ye alınan yaşlı hastalarda cinselliğini ifade etme bileşenine ilişkin tanı alan

hasta bulunmamaktadır.

Yaşlı hastaların 7 'si (% 16,7) geçireceği cerrahi girişim nedeniyle kendi algılarındaki değişikliği ifade ettiklerinden, beden imajında bozulma riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrası uygulanan hemşirelik bakımında, yaşlı hastaya, eşine ve/veya yakınlarına yapılan bilgilendirme yapılmış, duygularını ifade etmesi konusunda desteklenmiş ve aynı cerrahi girişimi geçiren hastalarla görüşmesi sağlanmıştır. Taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede 1 hasta beden imajında bozukluk tanısı almıştır. Taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki izlemlerde tanı alan hasta olmamıştır.

Hastanede olma ve cerrahi girişimin olumsuz etkileri nedeniyle cinsel yaşamda değişiklik tanısı alan 2 hasta (% 4,8), cinsel fonksiyonda bozukluk tanısı alan 1 hasta bulunmaktadır. Ameliyat sonrasında uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede 2 hasta (% 4,8) cinsel yaşamda değişiklik, 2 hasta (% 4,8) da cinsel fonksiyonda bozukluk tanısı almıştır. taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki izlemlerde tanı alan hasta olmamıştır.

3.12.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “UYKU” BİLEŞENİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Tablo 32. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların uyku özelliklerinin dağılımı.

	GRUP I		GRUP II		p
	(n=42)		(n=33)		
	n	%	n	%	
Uyku süresi					
4-5-6 saat	24	57,1	16	48,5	0,456
7-8 saat	18	42,9	17	51,5	
Uykuya başlama sorunu					
Var	18	42,9	4	12,1	0,004*
Yok	24	57,1	29	87,9	
Horlama sorunu					
Var	21	50,0	2	6,1	0,000*
yok	21	50,0	31	93,9	
Uyku bölünmesi					
Var	32	76,2	2	6,1	0,000*
Yok	10	23,8	31	93,9	
Dinlenmiş uyanma					
Var	8	19,0	29	87,9	0,000*
Yok	34	81,0	4	12,1	
Uyku için yardım gereksinimi					
Var	27	64,3	2	6,1	0,000*
Yok	15	35,7	31	93,9	
Uyku alışkanlığı					
Normal uyuyabiliyor	14	33,3	31	93,9	0,000*
Uykusuzluk çekiyor	28	66,7	2	6,1	

* Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan tüm yaşlı hastaların uyku süreleri incelendiğinde ortalama uyku süresi $6,26 \pm 1,20$ saat ve min: 4, max: 8 saat olduğu belirlenmiştir. Grup I'e alınan yaşlı hastaların, %57,1'i 4-5-6 saat uyduğunu, %42,9'u 7-8 saat uyuduğunu, %42,9'u uykuya başlamada sorun yaşadığını, %57,1'i ise sorun yaşamadığını, %50'si horlama sorunu olduğunu, %76,2'si uyku bölünmesi olduğunu, %19'u dinlenmiş uyandığını ifade etmiştir. Hastaların %64,3'ü uyku için yardım gereksinimi olduğunu belirtirken, %33,3'u normal uyuduğunu ifade ederken, %66,7'si ise uykusuzluk çektiğini ifade etmiştir (Tablo 32).

Grup II'deki hastaların %48,5'i 4-5-6 saat, %51,5'i 7-8 saat uyuduğunu, %12,1 uykuya başlamada sorun yaşadığını, %6,1'i horlama sorunu olduğunu, %6,1'i uykusunun bölündüğünü, %87,9'u dinlenmiş uyandığını, %6,1'i uyku için yardım gereksinimi olduğunu ifade etmiştir. Yaşlı hastaların %93,9'u normal uyuduğunu, %6,1'i uykusuzluk çektiğini belirtmiştir (Tablo 32).

Grup I ve Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların, uykuya başlama sorunu yaşama, horlama, uykunun sık bölünmesi, dinlenmiş uyanamama ve uykusuzluk yaşama durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

3.12.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “UYKU” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ İNCELENMESİ

Tablo 33. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların uyku bileşeni değerlendirmelerine göre aldıkları hemşirelik tanılarının dağılımı.

Grup I	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Uyku alışkanlığında bozukluk • riski	26 1	61,9 2,4	7 -	16,7 -	- 2	- 4,8	- 1	- 2,4
Grup II	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Uyku alışkanlığında bozukluk	2	6,1	4	12,1	-	-	-	-

Yaşlı hastaların, form kullanılarak yapılan ameliyat öncesi ilk değerlendirmede 26 'sı (% 61,9) uyku alışkanlığında bozukluk, 1'i ise uyku alışkanlığında bozukluk riski tanısı almıştır. ameliyat sonrası yaşlı hastaların uyku düzenlerinin sağlanması ve uykuya dalmalarını kolaylaştırıcı uygulamaların (klinik sorumlu hemşirelerinin de onayı ile tedavi saatlerinin uyku saatlerine uyarlanması, kliniğin/ odasının uygun şekilde aydınlatılması ve gürültünün azaltılmasına yönelik önlemlerin alınması vb.) bulunduğu hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede 7 hasta (% 16,7) uyku alışkanlığında bozukluk tanısı almıştır. Uyku alışkanlığında bozukluk riski tanısı alan, taburcu olduktan bir hafta sonraki izlemde 2 (%4,8), üç hafta sonraki izlemde ise 1 hasta olmuştur.

Ameliyat öncesi ilk değerlendirmede Grup II'ye alınan yaşlı hastaların 2'si (% 6,1) uyku alışkanlığında bozukluk tanısı almıştır. Ameliyat sonrası dönemde 4 (12,1) hasta uykusuzluk yaşadığını ifade etmiş ve tanı almıştır.

3.13.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “ÖLÜM” BİLEŞENİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Tablo 34. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların ölüme ilişkin duygularının dağılımı.

	GRUP I		GRUP II		p
	(n=42)		(n=33)		
	n	%	n	%	
Dini gereksinimleri					
Var	31	73,8	10	30,3	0,000*
Yok	11	26,2	23	69,7	
Ölüme ilişkin duyguları*					
Kabullenme	32	76,2	1	3,0	0,012*
Reddetme	1	2,4	0	0	0,372
İnkar etme	2	4,8	0	0	0,204
Kızgınlık	1	2,4	0	0	0,372
Depresyon	7	16,7	0	0	0,014*
Başa çıkma/ kabullenme	25	59,5	2	6,1	0,000*
Hastanede olma/ ameliyat olmanın etkisi					
Etkilenmemiş	12	28,6	27	81,8	0,000*
Endişeli	16	38,1	1	3,0	
Baş edebiliyor	9	21,4	5	15,2	
Desteğe gereksinimi var	5	11,9	0	0	

* Ki Kare ve Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Grup I'e alınan yaşlı hastaların % 73,8'i dini gereksinimi olduğunu, %26,2'si ise olmadığını ifade etmiştir. Yaşlı hastaların ölüme ilişkin duyguları incelendiğinde;

%76,2'si kabullenme, %2,4'ü reddetme, % 4,8'i inkar etme, % 2,4 'ü kızgınlık, %16,7'si depresyon %59,5'i başa çıkma-kabullenme yaşadığı belirlenmiştir. Hastanede/ ameliyat olmanın ölümü kabullenme duygusunu etkilemediği %28,6 , %38,1'i endişelendirdiğini, %21,4'ü baş edebildiğini, %11,9'u desteğe gereksinimi olduğunu ifade etmiştir (Tablo 34).

Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların, %30,3'ünün dini gereksinimleri olduğunu, %69,7'u ise olmadığını ifade etmiştir. Ölüme ilişkin duyguları incelendiğinde ise % 3'ü kabullenme, % 6,1'i başa çıkma-kabullenme yaşadığı, reddetme, inkar, kızgınlık, depresyon duygusu yaşayan yaşlı hasta bulunmamaktadır. %81,8'inin hastanede/ ameliyat olmanın ölümü kabullenme duygusunu etkilemediğini, % 3'ü endişelendirdiğini, %15,2'si baş edebildiğini ifade etmiştir. Desteğe gereksinimi olduğunu ifade eden bulunmamaktadır (Tablo 34).

Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastaların ile dini gereksinimi olma, ölüme ilişkin kabullenme, depresyon, başa çıkma duygusu yaşayanlar ve hastanede olmanın ölüme ilişkin duygularını etkileme durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

3.13.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “ÖLÜM” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ İNCELENMESİ

Tablo 35. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların ölüm bileşeni değerlendirmelerine göre aldıkları hemşirelik tanılarının dağılımı.

Grup I	I		II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ölüm anksiyetesi	6	14,3	1	2,4	-	-	-	-

* Grup II'ye alınan ahastalardan ölüm bileşenine ilişkin tanı alan hasta bulunmamaktadır.

Ameliyat öncesi yapılan değerlendirmede cerrahi girişimin ya da anestezinin olumsuz etkileri nedeniyle ölümü yaşayacağı endişesi olduğunu ifade eden 6 hasta (% 14,3) ölüm anksiyetesi tanısı almıştır. Cerrahi girişimin ve anestezinin etkilerinin açıklandığı, ölüme ilişkin duygularını ifade etmesi konusunda desteklenmesi, aynı cerrahi girişimi geçiren hastalarla görüşmesinin sağlanması girişimlerini içeren hemşirelik bakımı sonrasında ameliyat sonrası taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede sadece 1 hasta ölüm anksiyetesi tanısı almıştır. Taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki izlemde tanı alan hasta olmamıştır.

Tablo 36. Yaşlı hastaların taburcu olduktan sonra takip edilme durumu.

	GRUP I		GRUP II		p
	n	%	n	%	
Ev ziyareti	35	83,3	27	81,8	0,863
Telefon ile görüşme	7	16,7	6	18,2	

Grup I ve Grup II'yi oluşturan yaşlı hastalar taburcu olduktan sonra ev ziyareti ye da telefon ile izlenmiştir. Grup I'e alınan yaşlı hastaların % 83,3'ü, Grup II'ye alınan yaşlı hastaların % 81,8'i ev ziyareti ile, Manisa il dışında bulunmaları nedeniyle ev ziyareti yapılmayan telefon görüşmesi yapılarak değerlendirilen yaşlı hastalardan % 16,7'si Grup I'de, %18,2'si Grup II'de bulunmaktadır (Tablo 36).

Tablo 37. Ameliyat Öncesi İlk Değerlendirme ile Ameliyat Sonrası Değerlendirmelerde Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Yaşam Modelinin Alt Bileşenlerine Göre Karşılaştırılması.

İLK DEĞERLENDİRME	TABURCU OLUNCAYA DEK		TABURCU OLDUKTAN 1 HAFTA SONRA		TABURCU OLDUKTAN 3 HAFTA SONRA	
	Ki kare	p	Ki kare	p	Ki kare	p
SOLUNUM	11.023	0.001	8,548	0.003	15,540	0.000
BESLENME	7.452	0.007	4.200	0.040	42.000	0.001
BOŞALTIM	6,720	0.010	10.294	0.001	19.385	0.000
GÜVENLİ ÇEVRE	3,906	0.034	7,048	0.024	5,520	0.022
İLETİŞİM	4,534	0.037	----	---	---	---
HAREKET	9.333	0.002	10.286	0.001	12.600	0.000
KİŞİSEL HİJYEN VE GİYİM	3.360	0.067	14,189	0.000	7,580	0.006
BEDEN ISISININ KONTROLÜ	11, 375	0.001	6.146	0.013	42.000	0.000
UYKU VE DİNLENME	4,667	0.031	10.500	0.001	0.051	0.857
CİNSELLİK	16.154	0.000	8,548	---	---	---
ÖLÜM	6.146	0.013	4.200	---	---	---

Grup I ‘e dahil edilen yaşı hastaların “Yaşam Modeli”nin 12 alt bileşeni (Solunum, Beslenme, Boşaltım, Güvenli Çevre, İletişim, Hareket, Kişisel Hijyen ve Giyim, Beden Isısını Kontrol, Uyku ve Dinlenme, Cinselliğin İfadesi ve Ölüm) doğrultusunda, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası üç farklı dönemde belirlenen hemşirelik tanıları Tablo 37’de gösterilmiştir. Sorunların giderilmesi ve risklerin önlenmesine yönelik, yaşı bireye özel, gereksinimleri doğrultusunda uygulanan hemşirelik bakımının etkinliğini değerlendirmek amacıyla her alt bileşen için belirlenen hemşirelik tanılarından herhangi birini alan hastalara “ 1”, hiç tanı almayan hastalara “ 0” puan verilerek, puanları toplanmış ve “0” dan büyük puanı olanlar, yani o bileşene ait herhangi bir tanı alanlar “risk içeren”, 0 puan alanlar ise “risk içermeyen” grup olarak tanımlanarak, ki kare analizleri yapılmıştır. Ameliyat öncesi ilk değerlendirme ile taburcu oluncaya dek geçen sürede (taburcu olmadan önce), taburcu olduktan 1 hafta sonra ve 3 hafta sonraki değerlendirmeler arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirilmiştir (Tablo 37).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Çalışmamızda, hemşirelerin cerrahi girişim nedeniyle hastaneye yatan yaşlı hastaları değerlendirmede kullanmaları amacıyla, Roper Logan, Thirney'in Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli doğrultusunda “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” geliştirilmiş ve bu formun hemşirelik bakımına etkisi incelenmiştir.

4.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN BAZI SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Grup I'i (n=42) oluşturan yaşlı hastaların % 54,8 'i erkek, % 45,2 'i kadın, % 42,9'u 65- 74 yaş, % 23,8'u 75-79 yaş, %16,7'si 80-84 yaş, %16,7'si 85 ve üzeri yaş aralığındadır. Grup II'yi (n=33) oluşturan yaşlı hastaların ise; % 42,4 'ü erkek, % 57,6'sı kadın, % 66,7'si 65-74 yaş aralığında, % 18,2'si 75-79 yaş, %15,2'si 80-84 yaş grubundadır. “American Society of Anesthesiologists (ASA)”nın sınıflamasına göre yaşın, anesteziye bağlı yan etkilerin ortaya çıkmasında tek başına kuvvetli bir etken olmadığı ve yaşın minör bir risk faktörü olduğu, yaşla birlikte ortaya çıkan yandaş hastalıkların gözden geçirilmesi önerisinde bulunduğu vurgulanmaktadır (52).

Grup I'e alınan yaşlı hastaların % 50,0'si Genel Cerrahi, % 35,7'si Ortopedi, % 9,5'i Üroloji kliniğinde, Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların ise % 36,4'ü Genel Cerrahi, % 39,4'ü Ortopedi, % 18,2'si Beyin Cerrahisi kliniğinde yatmaktadır. Çalışmamıza katılan yaşlı hastaların daha çok genel cerrahi ve ortopedi kliniğinde yattığı görülmektedir. Bu durum Türkiye'de yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Örneğin; Topbaş ve ark. (2002), 65 yaş üzerindeki yaşlılarda yapılan

acil ve elektif ameliyatlari değerlendirdikleri bir çalışmada yaşlı hastalarda planlanmış ameliyatların en fazla Üroloji (%33,5), Göz (%19,7), Genel Cerrahi (%14,2),Ortopedi (% 9,8) kliniklerinde olduğunu ve planlı ameliyat yapılan yaşlı hastaların % 41,3'ünün 65-69 yaş, % 36,7'sinin 70-74 yaş, % 12'sinin 75-79 yaş aralığında ve % 10'unun 80 ve yaş üzerinde olduğunu saptamışlardır (197). Planlı olarak yapılan ameliyatlarda %38,2'sinin kadın, %61,8'inin erkek olup, ameliyat durumları arasında cinsiyetler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını bildirmişlerdir. Ucuzal (2004), yaşlı hastalarda ameliyat sonrası bilişsel değişiklikleri incelediği çalışmasında, hastaların yattıkları servis ve cerrahi girişim nedenlerine göre dağılımlarında ise yaklaşık yarısının (%49,2) Ortopedi servisinde, % 31,7'si Genel Cerrahi kliniğinde yattığını saptamıştır (206).

Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların % 33,3 'ü okur yazar değil, % 33,3 'ü okur yazar, % 31'i ilköğretim mezunu ve Grup II'deki yaşlı hastaların ise; % 27,3 'ü okur yazar değil, % 30,3 'ü okur yazar, % 36,4'ü ilköğretim mezunu, % 3'ü lise ve % 3'ü yükseköğretim mezunudur. Kısacık (2009) araştırmasında; yaşlıların yarıdan fazlasının (%52.3) okuma yazma bilmediğini,%24'ünün okur-yazar, okul ortamı görüp diploma sahibi olan yaşlıların oranı (%23,7), okuma yazma bilmeyen ve okur-yazar düzeyde olanlardan daha az (ilkokul %18,9, ortaokul %2,4, lise %1,9, yüksekokul 0,5) olduğunu belirlemiştir (114). Güngör ve ark (2005) ise Manisa'daki bir huzurevinde yaptıkları çalışmada yaşlıların %28,2'sinin okur-yazar olmadığını saptamışlardır (92). Manisa il merkezinde yapılmış bu çalışma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmaktadır. Bu durum Manisa da yaşayan yaşlı popölasyonunun okur yazarlık durumları hakkında bilgi vermektedir.

Grup I 'e alınan yaşlı hastaların % 52,4'ü dul ve % 47,6'sı evlidir. % 28,6

'sının 1-2 çocuğu, % 64,3'ünün 3-4 çocuğu % 7,1 'inin ise 5 ve daha fazla çocuğu vardır. çalışmal grubunda ise % 42,4'ü dul ve % 57,6'sı evlidir. % 30,3 'ünün 1-2 çocuğu, % 57,6'sının 3-4 çocuğu % 12,1 'inin ise 5 ve daha fazla çocuğu vardır. Güngör ve ark (2005) yaşlıların % 60,6'sının eşi vefat etmiş/ boşanmış, % 32,4'ünün bekar, % 7 'sinin evli olduğunu saptamışlardır (92). Bizim çalışmamızda ise her iki grupta evli olan yaşlı hastaların oranı yüksek bulunmuştur. Bu durum huzurevinde kalan yaşlı popülasyonunun yalnız olması nedeniyle huzurevinde kalmayı tercih etmiş olabileceğini, Grup II'ye alınan yaşlı hastaların çoğunluğunun evli olmasının ise yaşlılarda evli olmanın sosyal iyilik halini etkilediği ve yaşam tatminini arttırdığı gerçeği ile açıklanabilir. Kısacık (2009) Sivas il merkezinde yaşayan yaşlıların demografik, ekonomik, sosyal, sağlık ve duygusal durumlarını incelediği çalışmasında ise; yaşlıların yarısından fazlasının (%55,8) evli ve eşi ile birlikte yaşadığı, %38,1'inin eşi ölmüş, hiç evlenmemiş yaşlıların (%4,9), boşanmış olan (%0,6) ve evli olup ayrı yaşayanlardan (%0,5) daha fazla olduğunu saptamıştır (114). Yine Ucuzal (2004) yaşlı hastalarda ameliyat sonrası bilişsel değişiklikleri incelediği çalışmasında yaşlı hastaların %56,7' sinin kadın ve %26,7'sinin ilkököl mezunu, %62,5' inin evli, %63,3'ünün eşi ile yaşadığını belirtmişlerdir. Ertemur (2009) ise çalışmasında hastaların %69,5'i evli ve %46,1'i ilkököl mezunu, hastaların %68,7'si eşleri ile birlikte, %15,6'sı çocuklarından biri ile, %14,9'u yalnız yaşadığını, %62,5'inin emekli olduğunu belirtmiştir (66).

Grup I'de bulunan yaşlıların, % 45,2 'si emekli, % 35,7'si ev hanımı, % 19 'u ise serbest çalışmaktadır. Grup II' deki yaşlı hastaların ise % 54,5'i ev hanımı, % 36,4'ü emekli, % 9,1'i ise serbest çalışmaktadır. Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların sosyal güvencesi % 54,8'i SSK, % 23,8'i bağ kur ve 14,3'ü emekli sandığı %

7,1'inin ise yeşil kartı vardır. Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların ise % 30,3'ü SSK, % 30,3'ü bağ kur ve %24,3'ü emekli sandığı % 15,2'sinin ise yeşil kartı vardır. Benzer şekilde, Ucuzal (2004) yaşlı hastalarda ameliyat sonrası bilişsel değişiklikleri incelediği çalışmasında, yaşlı hastaların %50,8'inin emekli olduğu, %59,2' sinin sosyal güvencesinin emekli sandığı % 30'unun SSK, olduğunu; Kısacık (2009) ise çalışmasında, yaşlıların, yarıya yakının(%46) Sosyal Sigortalar Kurumu (S.S.K), Bağ-Kur (%17.3), Emekli Sandığı (%16,6), Yeşilkart (%9.5 ve 2022 Sayılı Yasadan yararlananlar (%5,8), %4,7'sinin ise hiçbir sosyal güvencesi olmadığını belirlemiştir. Güngör ve ark (2005) çalışmasında ise yaşlıların %76,1'nin sosyal güvencesinin olduğunu, %23,9'unun ise olmadığını saptamışlardır (114, 206).

Grup I'i oluşturan hasta grubunun % 40,5'i kendisine ait bir evde, % 33,3 'ü apartman dairesinde, % 16,7 'si kira ile, % 9,5 'i ise gecekonduda yaşamaktadır. Sadece 1 kişinin konutunda asansör bulunmaktadır ve büyük çoğunluğu (% 81) soba ile ısınmaktadır. % 9,5 'inin evinde kendisine ait ayrı bir odası bulunmaktadır. Grup II'yi oluşturan hastaların ise; % 39,4'ü kendisine ait bir evde, % 30,3 'ü apartman dairesinde, % 18,2 'si kira ile, % 12,1 'i ise gecekonduda yaşamaktadır. Sadece %15,2sinin (5 kişinin) konutunda asansör bulunmaktadır ve büyük çoğunluğu (% 81,8) soba ile ısınmaktadır. % 6,1 'inin evinde kendisine ait ayrı bir odası bulunmaktadır.

Kısacık'ın (2009) yaptığı çalışmada, yaşlılara barınmakta oldukları evin kime ait olduğu sorulmuş ve yarından çoğunun (%68,9) kendine ait evde kaldıkları bulunmuştur. Bunu sırayla çocuklarının evinde (%19,8) kalanlar ve yakınlarının evinde kalanların izlediği (%3), yaşlıların %7,2'si kirada kaldığını belirtirken, %7'sinin belediye huzurevi ve sosyal konutlarında barındıkları saptanmıştır (114).

Özdemir ve ark (2005) ise çalışmalarında, yaşlıların %74,3' ünün apartman dairesinde oturduğunu ifade etmektedir (147).

Grup I'de bulunan yaşlı hastaların % 45,2'si eşi ile, % 35,7'si çocuğu ile % 19,0'u yalnız yaşamaktadır. % 73,8'i olumlu, % 26,2'si ise olumsuz sosyal desteği olduğunu ifade etmiştir. Grup II'deki yaşlı hastaların ise % 63,6'sı eşi ile, % 27,3'ü çocuğu ile % 9,1'i yalnız yaşamaktadır. % 87,9'unun olumlu, % 12,1'inin ise sosyal desteğinin olumsuz olduğunu belirtmişlerdir.

Özdemir ve ark (2005) ise çalışmalarında, yaşlıların %52,9'unun çekirdek aile yapısında olduğu, %41,4'ünün eşiyle beraber yaşadığı, %90'ının gelir kaynağının emekli maaşı olduğunu saptamışlardır (147). Kısacık (2009) ise çalışmasında, yaşlıların çoğunun (%83,5) birinci derecede yakınları ile birlikte kaldığını, %34,5'inin eşi ile birlikte, %26,6'sının eşi ve çocukları ile ve % 22,4'ünün sadece çocukları ile kalanlar olduğu, %13,4'ünün yalnız yaşadığı, %2,3'ünün ise gelin ve torunları ile birlikte yaşadığı, yine aynı çalışmada yaşlıların çoğunun arkadaş ilişkisinin "iyi" olduğunu (%85,4) kalan %14,5'i "normal", %1'i "kötü" olduğunu ifade ettiği bildirilmiştir. (114).

Yaşlılar için sosyal desteğin yaşam algısı ve dolayısıyla yaşam kalitesine etkisi önemlidir. Emiroğlu (1995)'nin de ifade ettiği gibi, insanlar yaşamın geç döneminde aile üyeleri ve akranlarıyla birlikte olmak isterler, gençlik ve yetişkinlik döneminde olmadığı kadar çok aile, akraba ve yakın çevreye bağlılık geliştirirler. Sosyal ilişkiler yaşlılar için çok önemlidir (55). Kişilerarası yakın ilişkiler ağının yaşlılıkta yaşam doyumuyla da yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Yaşam doyumu kavramı ise yaşamda arzulanmış ve başarılmış hedeflerin uyumu olarak tanımlanmaktadır (87).

4.2 .1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “GÜVENLİ ÇEVRE” BİLEŞENİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Yaşam modelinin güvenli çevre bileşeni, yaşlının fiziksel, sosyal psikolojik açıdan sağlğının sürdürülmesi ve hastalık ya da yetersizliklerden korunmasını içerir. Bu nedenle öncelikle yaşlı hastaların yaşam bulguları ve kan değeri incelenmiştir.

Grup I' alınan yaşlı hastaların % 85,7'sinin sistolik kan basıncı normal, %14,3'ünün ise yüksek ve %90,5'inin diyastolik kan basıncı normal, % 9,5'inin ise yüksek, % 97,6'sının nabız sayısı normal % 2,4 (n= 1) kişinin düşük bulunmuştur. Nabız sayısı yüksek olan hasta yoktur. Yaşlı hastaların % 50'sinin vücut sıcaklığı normal, % 42,9'unun düşük, % 7,1'inin ise yüksek bulunmuştur. Hastaların solunum sayıları incelendiğinde % 92,9'unun normal, % 4,8'inin yüksek, %2,4'ünün düşük olduğu saptanmıştır.

Grup II'ye alınan yaşlı hastaların ise; % 93,9'unu sistolik kan basıncı normal %6,1 ise yüksek, %84,8 diyastolik kan basıncı normal, % 15,2inin ise yüksek olduğu, hastaların tamamının (%100) nabız sayısı normaldir. Yaşlı hastaların % 52,6'sının vücut sıcaklığı normal, % 42,4'ünün düşük, vücut sıcaklığı yüksek olan hasta yoktur. % 97'sinin solunum sayısı normal, %3'ünün solunum sayısının düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda yaşlı hastaların hemogram, biyokimya, kanama ve pıhtılaşma değeri incelenmiştir. Kan analizleri sonucu sadece lökosit ve albumin değeri arasında anlamlı fark saptanmıştır. Grup I'deki yaşlıların lökosit değeri ortalama $10,04 \pm 8,95$, Grup II'de ise $7,26 \pm 2,71$ olarak bulunmuştur ($p < 0.05$). Grup I'deki yaşlı hastalarda albumin ortalama $3,30 \pm 0,53$, Grup II'de bulunan yaşlı hastalarda ise $3,72 \pm 0,35$ olarak belirlenmiştir ($p < 0.05$). Lökosit sayısı enfeksiyon varlığının

göstergesi olması, albumin değeri ise malnutrisyonun belirlenmesi açısından önemli iki parametredir. Bu durum formun ameliyat sonrası riskli hastaları belirlemede formun etkinliğini, laboratuvar bulguları açısından da desteklendiğini göstermektedir.

Laboratuvar testlerini değerlendirmede yaş unsurunu göz önünde bulundurmak gerektiği önerilmektedir. Birçok laboratuvar da yeni doğan ve çocuklar için farklı normal değerler belirtilirken, yaşlılara yönelik normal değerler göz ardı edilmektedir. Örneğin, sedimantasyon hızı, serum glikoz, kreatinin düzeyleri, arteriyel oksijen basıncı gibi değerler, fizyolojik yaşlanma ile değişiklikler gösterebilir. Muhtemel fonksiyonel rezervde azalma, yaşlı hasta değerlendirilmesinde mutlaka akılda bulundurulması gereken bir konudur. Herhangi bir stres durumu olmaksızın, istirahat koşullarında çoğu yaşlı asemptomatik iken, araya giren stres faktörleri, organ fonksiyonlarında eşik değere düşüş ve semptomların ortaya çıkması ile sonuçlanır. Çoğu organ fonksiyonlarında, yaşla azalmalar gözlenir. 30 yaşından sonra, istirahat kalp debisinde yıllık %1 azalma söz konusudur. Pulmoner, renal, nörolojik ve immün fonksiyonlar da yaşla geriler. Kronolojik ve biyolojik yaş, genetik, çevresel faktörler, diyet, sigara, alkol kullanımı, egzersiz ve strese bağlı olarak, belli ölçülerde farklılık gösterebilir. Örneğin, aşırı sıcak veya soğuğa maruz kalma gibi stres durumlarında, yaşlılarda termoregülatuar mekanizmalar genç erişkindeki gibi efektif çalışmayabileceği vurgulanmaktadır (13).

Ateş veya ateşin olmaması, yaşlı bireylerde özel önem taşımaktadır. Ciddi enfeksiyonu olan yaşlıları %30'unda ateş yanıtının baskılanmış olduğu tespit edilmiştir. Ateşin mevcut olduğu durumlarda, yaşlılarda gençlere göre ciddi enfeksiyon olma riski daha fazladır ve ateşin olmaması enfeksiyon olmadığını göstermemektedir (13). Bu nedenle yaşlı hastalarda lökosit sayısının

değerlendirilmesi enfeksiyon bulgusu açısından önemlidir.

Albumin seviyesi yaşlı hastalarda malnutrisyon riskinin belirlenmesinde kullanılan bir parametredir (121, 163, 189). Cerrahi girişim geçirmiş yaşlı hastalarda yapılmış bazı çalışmalarda çok yönlü analizler sonucu hastaların beslenme durumunun, albümin düzeyinin ve kreatin düzeyinin ameliyat sonucu mortaliteyle ilişkili olduğu bulunmuştur (134). Yine Kuyumcu ve ark (2003) çalışmalarında düşük albümin düzeyi beslenme durumunun bir göstergesi olarak mortaliteyle ilişkili olarak bulmuşlardır (121). Albümin, prealbümin, tiroksin bağlayıcı protein gibi serumda bulunan çeşitli proteinler beslenme durumunun göstergesi olarak kullanılabilmektedir. 3,0 mg/dl' den düşük albümin düzeyi kötü beslenme durumunu gösteren önemli bir belirteçtir. Beslenme durumunun elektif ameliyatlara öncesi desteklenmesi ile mortalitenin azaltılabileceği önerilmektedir (134,170).

Kuyumcu ve ark (2003) yaptıkları çalışmada, mortalite üzerine etkili faktörlere bakıldığında yaşa bakılmaksızın, sigara miktarı ve süresi, preoperatif dönemde nabız sayısı, beyaz küre sayısı ve total bilirübin (>10mg/dl) düzeyleri ile mortalite arasında korelasyon saptamışlar ve diğer faktörlerin hasta yaşından daha önemli belirleyiciler olduğunu belirtmişlerdir (121).

Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların %64,3'ü daha önce ameliyat olmuş, % 35,7'si daha önce ameliyat olmamıştır. Grup II'yi oluşturan yaşlı hastalarda ise; %63,6'sı daha önce ameliyat olmuş, % 36,4'ü daha önce ameliyat olmamıştır. Aydınli ve ark (2010) ise çalışmalarında üroloji ameliyatı geçiren yaşlı hastaların 65-79 yaş arası grupta % 42, 80 yaş ve üzeri grupta % 62 'si daha önce cerrahi girişim geçirdiklerini belirtmiştir (16). Çeçen ve Özbayır (2010) cerrahi kliniklerde yatan yaşlı hastaların genel sağlık durumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, hastaların

% 40,7'sinin daha önce cerrahi girişim geçirmediğini belirlemişlerdir (42). Manisa ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde yapılan bu çalışma ile çalışmamızın bulgularının ile benzer olduğu görülmektedir. Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastaların daha önce ameliyat olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yaşlı hastalarında genç hastalar gibi kontrol kaybı, ağrı yaşama, aileden ayrılma, vücut kısımlarının kaybı, şekil bozukluğu, ölüm gibi nedenlerle ameliyata ilişkin korkuları bulunmaktadır. Majör ameliyatlara, kanser nedeniyle yapılan ameliyatlara ya da kalça kırığı ameliyatı geçirecek olan yaşlı hastalar aynı zamanda ameliyat sonrası bağımlı hale geleceği, kendi evlerinde ve bağımsız olamayacakları endişesi yaşayabilmektedir. Özellikle daha önce hiç cerrahi girişim geçirmemiş olma nedeniyle endişe ve korku duyabilirler (45). Bizim çalışmamızda Grup I'e alınan yaşlı hastaların % 40,5'i ameliyat olmaktan korktuğunu, % 59,5'i korkmadığını, Grup II'e alınan yaşlı hastaların % 30,3'ü ameliyat olmaktan korktuğunu, % 69,7'i ameliyat olmaktan korkmadığını ifade etmiştir. Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastaların ameliyat olmaktan korkma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışmaya dahil edilen yaşlı hastaların cerrahi girişim yaşama deneyimi açısından benzerlik gösterdiği ve "Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu" nun cerrahi açıdan risk taşıyan yaşlı hastaları belirlemede etkili olduğu sonucuna varılabilir.

Araştırmamızda Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların % 90,5'i genel anestezi ile % 9,5'i ise spinal anestezi ile, % 69'u uzun süreli, % 31'i kısa süreli cerrahi girişim geçirmiştir. Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların % 57,6'sı genel anestezi ile % 42,4'ü ise spinal anestezi ile ve % 27,3'ü 'u uzun süreli, % 72,7'si kısa süreli cerrahi girişim geçirmiştir. Grup I ve Grup II grubu ile anestezi türü ve cerrahi

girişim türü arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Yaşlı hastalarda genel ve bölgesel anestezinin etkileri uzun yıllardan beri karşılaştırılmaktadır. Yaşlı hastalarda genel anestezinin ameliyat sonrası komplikasyonlara neden olduğu kanısı yaygındır. Geçmiş yıllarda, kısıtlı sayıda çalışmada spinal anestezi uygulanan hastalarda postoperatif mortalitenin genel anestezi uygulananlara göre daha az olduğu bildirilmiştir. Fakat daha sonra gerçekteşirilen birçok çalışmada anestezi yönteminin postoperatif mortaliteyi ve morbiditeyi etkilemediği gösterilmiştir (34,43,57). Bu nedenle yaşlı hastalarda kullanılan anestezi yöntemlerini ve etkilerini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin Ucuzal (2004) çalışmasında, hastaların aldıkları anestezi türlerinin dağılımları incelendiğinde; %90'ına genel anestezi, %10'una spinal anestezi uygulandığını saptamıştır (206). Benzer şekilde Öztürk ve ark (2010) da 65 yaş ve üzeri ameliyat olan hastalarda cerrahi bölüm ve anestezi yöntemlerini inceledikleri çalışmalarında; yaşlı hastaların %52'sine genel, % 36'sına spinal anestezi uygulandığını belirtmişlerdir (152). Aydınlı ve ark (2010) ise ürolojik cerrahi geçiren yaşlı hastalardaki anestezi yöntemlerini inceledikleri çalışmalarında ise, 80 yaş ve üzeri grupta % 56 oranında genel anestezi, % 24 oranında bölgesel anestezi uygulandığını, 65-79 yaş grubunda ise % 48 genel anestezi, % 38 oranında bölgesel anestezi uygulandığını ve gruplar arasında anestezi yöntemi açısından fark saptanmadığını belirtmişlerdir (16). Chung ve arkadaşları (1990) yaşlı hastalarda bölgesel anestezi sonrasında genel anesteziye göre daha az postoperatif konfüzyon ve deliryum geliştiğini ifade etmişlerdir (34). Bölgesel anestezi sonrasında daha düşük morbidite oranları, daha az kan kaybı ve postoperatif tromboembolik komplikasyon oranı rapor edilmiştir (169).

Hepaguslar ve Elar (2003), teorik yorumlar, klinik sonuçlar ve kişisel seçimler, cerrahi geçirecek yaşlı hastalarda rejyonel anestezinin genel anestezi uygulamalarından daha güvenli olduğunu belirtiyor olmasına karşın, çalışmalar 1980’li yılların sonlarından başlayarak bu iki yöntem arasında mortalite ve majör morbidite yönünden anlamlı bir fark bulunmadığını ancak; Roy (2000) ‘un bölgesel anestezinin, genel anesteziden daha güvenli olduğuna ilişkin 2 majör neden ileri sürdüğünü ifade etmektedir (96). Bunlar, bölgesel anestezinin stresten arındırılmış bir anestezi sağladığını, özellikle yandaş hastalığı olan hastalarda cerrahi girişime bağlı stres yanıtının tetiklediği bir çok komplikasyon yönünden avantaj oluşturması ve santral sensitizasyonu önleyerek preemptif analjezi sağlamasıdır (96).

Stone ve Doherty (2007), periferik damar cerrahisi, diz artroplastisi yada transüretal prostat rezeksiyonu yapılan hastalarda genel ve rejyonel anestezi sonrasında kısa ve uzun dönem kardiyak morbidite ve mortalite oranlarının benzerlik gösterdiğini, epidural anestezinin özellikle yaşlı hastalarda cerrahiye stres yanıtını baskılaması, postoperatif hiperkoagülabileiteyi azaltması postoperatif ateletazi ve pulmoner enfeksiyon riskini azaltması nedeniyle rejyonel anestezinin yaşlı hastalar için düşünülmesi gerektiğini ifade etmektedir (187). Ancak yaşlılarda kognitif bozukluk insidansı ile bölgesel ya da genel anestezi arasında korelasyon olmadığı belirtilmektedir (166).

Cerrahi girişim süresi ameliyat sonrası komplikasyon gelişimini etkileyen faktörlerden biridir. Özellikle yandaş hastalığı olan yaşlı hastalarda bu süre daha da önem taşımaktadır. çalışmamızda Grup I ve Grup II grupları ile anestezi türü ve cerrahi girişim süresi arasında anlamlı fark saptanmış olması “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu “ nun cerrahi açıdan risk taşıyan yaşlı hastaları

belirlemede etkili olduğunun göstergesi sayılabilir.

Araştırmamızda, Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların % 28,6'sının, Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların ise % 6,1'inin malignitesi vardır. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların malignitesi olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p= 0.013$). Malignitesi olan yaşlı hastanın cerrahi girişim de geçirmesi nedeniyle ameliyat sonrası süreçte daha fazla sorun yaşaması muhtemeldir. Araştırmada kullanılan formun riskli yaşlı hastaları belirlemede hassas olduğunu göstermektedir. Bazı deneysel çalışmalar, kanser gelişim sürecinin zaman aldığını, bu yüzden hastalığın ortaya çıkmasının yaşamın geç yıllarına rastladığını göstermektedir (31, 63). Ancak yaşlılık, organ fonksiyonlarında azalmayla beraberdir ve eşlik eden bu durumlar süreci hızlandırabilmektedir. Örneğin yaşla beraber timus hacim ve fonksiyonlarında azalma olur, otoantikör yapımı artar. Genç, sağlıklı popülasyonda otoantikör oranı %4 iken, 65 yaş üzerinde %20'dir (76, 178). Yine yapılan çalışmalarda 65 yaşından sonra kanser insidansının önemli oranda arttığı ve 50 yaşına kadar kanser riski kadınlarda yüksek iken 60 yaşından sonra ise bu riskin erkekler yönünde arttığı bildirilmektedir (99, 139). Çakmur ve ark (2000) yaptıkları çalışmada en yüksek oranda (% 44) 60-69 yaş arası olgularda kanser görüldüğünü saptamışlardır (40).

Grup I'e alınan yaşlı hastaların % 42,9'unun ameliyat sonrası pozisyonu supine, % 57,1'inin semi fawlerdir. Grup II'ye alınan yaşlı hastalarda ise % 72,7'sinin ameliyat sonrası pozisyonu supine, % 27,3'ünün semi fawlerdir. Özellikle ameliyat sonrası erken dönemde hastaların pozisyonlarının ayarlanması; havayolu açıklığının ve solunumun sağlanmasında, kanama kontrolü ve yara yerinden sıvı drenajının sağlanmasında, ağrı kontrolü ile konforun sağlanmasında tedavi edici bir

girişim olarak kullanılmaktadır. Pozisyon; dokulara giden oksijeni arttırmakta, atelettaziye bağlı gelişen enfeksiyonu önleyerek, hastanın hastanede kalış süresinin kısalmasına da olanak sağlamaktadır (29, 119).

Yapılan çalışmalarda, uzun süre yatak istirahati olan hastalarının özellikle sırtüstü ve uzun süre düz yatırılmasına bağlı olarak gelişen komplikasyonlar bildirildiğinden, bu hastalara, yatak başlarının kaldırıldığı (sırtüstü elevasyon) yatak pozisyonları önerilmektedir (88). Yatakta sırtüstü düz pozisyonda bırakılan hastalarda; pulmoner komplikasyonlar (atelettazi, pnömoni ve aspirasyon) kardiyak performans değişimleri, basınç yaraları, kas ve kemik atrofileri, sıklıkla görölürken; daha az sıklıkta trombo embolik komplikasyonlar, anemi, ve hormonal değişimler gelişmektedir (137,160). Yaşlı hastalarda yaşlanmaya bağlı solunum işlevlerindeki yetersizlik gerek anestezi uygulaması sırasında gerek se sonrasında özellikle sırtüstü pozisyonda belirgin boyutlara ulaşmaktadır (80). Araştırmamızda Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların ameliyat sonrası pozisyonları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Grup I'e alınan yaşlılar daha çok % 31,0 kırık, % 14,3 mide – barsak ameliyatı, % 11,9 herni ve % 11,9 kolesistektomi, % 7,1 i prostatektomi ameliyatı olmuştur. Grup II grubundaki yaşlı hastaların ise ameliyat olma nedenleri % 27,3'ü artroz, gonartroz/ menisküs, %21,2 'si kolesistektomi, %12,1' i kırık, %12,1' i lomber disk herni, % 9,1'i herni ameliyatıdır. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlıların ameliyat olma nedenleri arasında anlamlı fark saptanmıştır. Topbaş ve ark (2002) yaptıkları çalışmada planlı ameliyat yapılan yaşlı hastaların % 64,6'sına genel anestezi, % 35,2'sine lokal anestezi, % 0,2'sine spinal anestezi uygulanmıştır. Planlı ameliyat olan yaşlı hastaların ameliyat olma nedenleri daha çok kanser (%24,1), üriner sistem

patolojisi (%18,6), katarakt (%13,4), protez (%5,2), kolesistektomi (%2,9), herni (%2,4) olduğunu belirtmişlerdir (197). Ucuzal (2004) çalışmasında yaşlı hastaların %43,3'ünün (n=52) kalça / diz protezi, %24,2'sinin (n=29) gastrointestinal sistem hastalıkları, %14,2'sinin (n=17) prostat hiperplazisi /kanserleri, daha düşük oranlarda da karaciğer / pankreas hastalıkları, femur/ vertebra fraktürü, peritoneal kitle ve kas iskelet sistemi tümörü nedeniyle cerrahi girişim geçirdiğini saptamıştır (206). Ertemur (2009) çalışmasında yaşlı hastalarda, cerrahi kliniğine yatmalarına neden olan ameliyat tanılarının dışında %29,1 oranında sinir sistemi, %20 oranında dolaşım sistemi ve %14,9 oranında kas-iskelet sistemi hastalıkları olduğunu ifade etmiştir (66). Mayır ve ark (2010) ise yaşlı hastalarda cerrahi sonrası mortaliteyi etkileyen faktörleri inceledikleri araştırmada en sık uygulanan ameliyatlara safra kesesi ve yolları (%22,6), fıtık (%18,9), kolon ve rektum (%17,5), üst gastrointestinal sistem (%15,8) cerrahisi, acil ameliyatlara ise kolelitiazis komplikasyonları (%35,6), boğulmuş fıtık (%10,1), intestinal obstrüksiyon (%10,1), kolorektal aciller (%9,9), peptik ülser komplikasyonları (%8,1), akut apandisit (%7,9) sebebiyle yapıldığını belirlemişlerdir. Aynı çalışmada elektif ameliyatlara sonrası morbidite ve mortalite %15,3 ve %2,6 iken acil ameliyatlarda bu oranlar %27,7 ve %13,9 olarak saptanmıştır (134). Öztürk ve ark (2010) ise 65 yaş ve üzeri ameliyat olan hastalarda cerrahi bölüm ve anestezi yöntemlerini inceledikleri çalışmalarında, hastaların 33'ini ortopedi, üroloji % 26 ve genel cerrahi %19 bölümlerinde yapılan ameliyatlara oluşturmaktadır (152).

Grup I' e adıl edilen yaşlı hastaların yaşlı hastaların hastanede bulunma süreleri incelendiğinde; 3 gün ve daha az süreyle kalanlar % 66,7'si 4 gün ve daha uzun süre ile kalanlar % 33,3 ünü oluşturmaktadır. Grup II'deki yaşlı hastaların ise %90,9 'u 3

gün ve daha az süreyle ,% 9,1'i 4 gün ve daha uzun süre ile hastanede kalmıştır. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların hastanede kalma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Yaşlı hastalarda hastane bulunma süresi ameliyat sonrası komplikasyon gelişimini etkileyen faktörlerden biridir. Yaşlı hastalar cerrahi girişim nedeni ile birlikte yandaş hastalıklarının da olması nedeniyle ameliyat sonrasında gençlere göre daha uzun süre ile hastanede kalabilmektedir. Çalışmamıza benzer şekilde Aydınli ve ark (2010) çalışmalarında yaşlı hastaları hastanede kalış sürelerine bakıldığında, 80 yaş ve üzeri grupta 45 hastanın (% 90) 0-10 gün, 5 hastanın (% 10) 11-30 gün; 65-79 yaş grubunda 40 hastanın (% 80) 0-10 gün, 10 hastanın (% 20) 11-30 gün kaldığını belirlemişlerdir (16). Oruç ve ark (2004), 60 yaş üstündeki hastalarda komplikasyon ve mortalitenin artmış olduğunu, yaşın mortaliteyi etkileyen bağımsız bir faktör olmadığını ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişiminin hastanın fiziksel durumu, majör operasyon geçirmiş olması ve postoperatif yatış süresi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (145). Çalışmamızda katılan yaşlı hastalardan, daha uzun süre hastanede kalan hastaların büyük çoğunluğunun “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile cerrahi açıdan riskli saptanan Grup I içerisinde olması formun riskli hastaları belirlemede etkili olduğunu göstermektedir.

Grup I'e alınan yaşlı hastaların ameliyat öncesi aç kalma süreleri ise: 6-10 saat arası süreyle aç kalan % 40,5, 11-18 saat süreyle aç kalan ise % 59,5 dir. Grup II'deki yaşlı hastaların ameliyat öncesi aç kalma süreleri ise: 6-10 saat arası süreyle aç kalan % 78,8, 11-18 saat süreyle aç kalan ise % 21,2 olarak belirlenmiştir. Araştırmalara kronolojik olarak bakıldığında, uzunca bir süre ameliyat öncesi açlık konusunun aspirasyon riskine yönelik olarak incelendiği, yakın geçmişte bu durumun

metabolik etkilerinin de araştırılmaya başlandığı görülür. Cerrahi öncesi açlık hasta için sıkıntı verici ve anksiyeteyi arttıran bir durum olmasının yanında sebep olduğu dehidratasyon nedeniyle de problemler yaratmaktadır (64).

Açlık sırasında birçok metabolik değişiklik olur. Karaciğer ve kas dokusunda depolanmış karbonhidrat açığa çıkar. Gece boyu açlık sırasında karaciğerdeki glikojenin yarıdan fazlası kaybedilir. Kaslardan salınan laktat ve aminoasit gibi kaynaklardan glikozun yeniden üretilmesi açlığın ilk 22 saatindeki toplam glikoz üretiminin yaklaşık %65 i kadardır. Kas proteinlerinde yıkım gerçekleşir ve strese verilen koruyucu endokrin yanıtlarda azalma meydana gelmektedir. Deneysel çalışmalarda 24 saat süreyle açlığın, kanama sonrasında mortaliteyi arttırdığını ve sağ kalımın hiperglisemi geliştirme kapasitesi ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (53). ASA (American Society of Anesthesiologists) 1998 yılında, ameliyat öncesi oral alım ile ilgili olarak, sağlıklı bir hastada, elektif cerrahiden 2-3 saat öncesine kadar berrak sıvıların (su, tanesiz meyve suyu vb.) alınabileceğini, hastanın cerrahiden 6 saat önce hafif bir kahvaltı yapabileceği, katı gıdaların ise cerrahiden 8 saat öncesine kadar verilebileceğini tavsiye etmektedir (182). Yaşlı hastalarda yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler, yandaş hastalıklarının olması nedeniyle ameliyat öncesi uzun süre aç kalmaları ameliyat sonrası komplikasyon gelişmesini etkileyecektir. Çalışmamızda Grup I ve Grup II'ye alınan hastaların, ameliyat öncesi aç kalma süreleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Cerrahi girişim sonrası riskli olan yaşlı hastaları belirlemek için kullanılan “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu”na göre, ameliyat öncesi açlık süresi uzun olan yaşlı hastalar Grup I' e alınmıştır.

Yaşlı hastaların yaşlıların kronik yandaş başka bir hastalığının olma durumu

değerlendirildiğinde; Grup I' e alınan hastaların, % 76,2 'sinin kronik başka bir hastalığı olduğu, % 23,8 'inin hipertansiyonu, % 21,4'ünün diyabeti ve % 11,9 'unun KOAH, % 11,9 'unun hipertansiyonla birlikte diyabeti olduğu, Grup II'deki yaşlı hastaların ise, % 57,6 'sinin kronik hastalığı olduğu, % 18,2 'sinin hipertansiyonu, % 12,1 'inin hipertansiyonla birlikte diyabeti, % 9,1'inin sadece diyabeti olduğu belirlenmiştir. İlerleyen yaş ile birlikte yandaş hastalıkların görülme oranı artmaktadır. Cerrahi girişim nedeniyle hastaneye yatan yaşlı hastada yandaş hastalıkların olması ameliyat sonrası komplikasyon, hastanede kalış süresi ve mortaliteyi etkilediği bilinmektedir (121,134, 145). Özdemir ve ark (2005) yaptıkları çalışmada, yaşlıların %11,4'ünün KOAH, %77,1'inin hipertansiyonu olduğu, % 20'sinin ülser, %12,9'unun idrar yolu enfeksiyonu, %12,9'unun benign prostat hiperplazisi, %54,3'ünün osteoporoz, %22,8'inin demansa sahip olduğunu saptamıştır (147). Güngör ve ark (2005) ise yaşlıların %85'9'unun kronik bir hastalığı olduğunu saptamışlardır (92). Uz (2008) çalışmasında yaşlılarda en fazla görülen sağlık sorunları hipertansiyon (%72,4), hiperlipidemi (%52,4), osteoporoz (%51,4) ve görme bozukluğudur (%89,5) (210). Yeşilbalkan ve Karadakovan (2005) , bakımevinde yaşayan yaşlılarda yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin %85,3'ünün kronik hastalığı olduğunu, bunlardan %49,4'ünün bir, %44,9'unun 2-3 kronik hastalığa sahip olduğunu ve en sık görülen kronik hastalıklar olarak kardiyovasküler sistem hastalıkları (%36), diabetes mellitus (%16) ve kas iskelet sistemi hastalıklarını (%14) bildirmişlerdir (221). Kısacık (2009) çalışmasında, yaşlıların yarıdan fazlasının (%57,5) kronik nitelikte bir hastalığı olduğunu, Bu oran içerisinde %10,9'dur birden çok kronik hastalığa sahip olduğunu saptamışlardır. Kısacık çalışmasında, yaşlı hastalardaki kronik hastalık oranlarının, hipertansiyon %15,6,

diyabet %12,6, kalp %7,8, astım %2,2, romatizma %2,1 ve kronik böbrek rahatsızlıkları %0,8 olduğunu, birden çok kronik rahatsızlığı olan yaşlılar içerisinde en yüksek oran diyabet ve hipertansiyon hastalıklarının, % 1,9'la kalp ve hipertansiyon hastalıklarının birlikte olduğunu, yaşlıların %40,7'si ise hiçbir kronik nitelikte hastalığı olmadığını belirtmiştir (114).

Öztürk ve ark. (2002), Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu inceledikleri çalışmalarında, yaşlıların % 83. 8 'i kendilerinde en az bir kronik hastalığın olduğunu belirtmişlerdir. Belirtilen kronik hastalıkların başında hipertansiyon (% 42,7), romatizmal hastalıklar (%38,6), kalp hastalığı (%23,3), kronik akciğer hastalığı (%17,1), diyabet (%16) ve osteoporoz (%13,3) gelmektedir (151). Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar ile çalışmamızdan elde edilen veriler yaşlı popülasyonun yandaş hastalıklarının benzer olduğunu göstermektedir.

Yaşlılar, kendilerinde bulunan bazı belirti ve bulguları yaşlanmanın doğal sonucu olarak kabul ederler. Bu düşünceye göre yaşlanma sonucunda bazı işlevlerin zayıflaması ve bazı sağlık sorunlarının olması yaşı gereği sayılır ve doğal olarak kabul edilir. Bu konuya ilişkin olarak görme ve işitmenin zayıflaması, idrar güçlüğü, vb. değişiklikler sayılabileceği gibi, diyabet, hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları gibi kimi sağlık sorunları da örnek olarak verilebilir. Yaşlı birey, bütün bu sağlık sorunlarını yaşlanmanın doğal sonucu olarak değerlendirebilir ve bu sorunlar nedeniyle sağlık kuruluşuna gitmeyebilir ya da fizyolojik işlevlerin zayıflamasına bağlı olarak belirti ve bulguları algılamada bozulma olabilir. Yaşlı, hangi belirtinin hastalığa işaret ettiğini tam olarak değerlendiremez ve bazı yakınmaları olduğu halde bu yakınması nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmayı düşünmeyebilir. Herhangi

yakınmaları olmasa bile yaşlıların en az yılda bir kez sağlık muayenesi olması gerektiği belirtilmektedir (26).

Çalışmamızda, Grup I' alınan yaşlı hastaların sadece % 16,7 'sinin düzenli kontrol yaptırdığı, % 83,3'ünün yaptırmadığı, Grup II'deki yaşlı hastaların ise % 18,2 'sinin düzenli kontrol yaptırdığı, % 81,8'inin yaptırmadığı belirlenmiştir. Yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarının incelendiği bir araştırmada, son 1 yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma oranının % 93,3 olduğu ve ilk olarak başvurdukları sağlık kuruluşunun (% 55,6) sağlık ocakları olduğu belirlenmiştir (151). Bu durum yaşlı hastaların eğitim düzeyi, sağlık algısı ile ilişkilendirilebilir. Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Araştırmasında: okuryazar olmayanlarla ilkokul, ortaokul hatta lise mezunlarının başvuru ortalamalarının benzer olduğu, üniversite mezunlarında ise başvuruların belirgin şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (199).

Grup I'e dahil edilen yaşlı hastaların, % 14,3'ünün aşılandığı, %85,7'sinin aşılanmadığı, Grup II'deki yaşlı hastaların sadece % 15,2'sinin aşılandığı, %84,8'inin aşılanmadığı belirlenmiştir. Özdemir ve ark (2005) da çalışmalarında yaşlı hastaların %80'inin grip, pnömoni ya da tetanoz aşısı olmadığını saptamışlardır (147). Çalışmamızda her iki grubu oluşturan yaşlıların aşılanmadığı ve bu nedenle enfeksiyon gelişimi açısından risk taşıdıkları düşünülmektedir. Çünkü yaşlıda immun sistemdeki değişiklikler enfeksiyonlara yatkınlığı arttırmaktadır. Yaşla birlikte sıklığı artan ve sonuçları ağırlaşan pek çok hastalık arasında inflüenza, pnömoni, zona gibi enfeksiyonlar önemli yer tutmaktadır. Günümüzde pnömoni ve inflüenzaya bağlı ölümlerin % 90'ından fazlasını 65 yaş üzerindeki yaşlılar oluşturmaktadır. Yaşlıların sağlığının geliştirilmesi ve korunmasına yönelik özellikle tetanoz- difteri, pnömokok,

influenza aşılarını yaptırmaları önerilmektedir. Amerikan hastalık Grup II merkezinin aşılama danışma kurulu (CDC- Advisory Committee On Immunization Practices; ACIP) pnömokok enfeksiyonu riski olan bireylerin aşılmasını ve beş yıl sonra tekrarlanmasını önermektedir (CDC önerisi). Yaşlılarda özellikle bakım evinde kalanlarda tetanoz riski yüksektir ve yaş arttıkça mortalite oranı artmaktadır. Tüm yaşlılarda hem tetanoz hem de difteriye karşı bağışıklama yapılmalıdır. Ayrıca bakım evinde kalan yaşlılara suçiçeği hastalığı geçirmede ise aşı uygulanmalıdır (70).

Yaşam modelinin “Güvenli Çevre” bileşeninde yaşlı hastanın enfeksiyondan korunması, enfeksiyon gelişiminin önlenmesi de amaçlanmaktadır. Bu amaçla, cerrahi kliniklerde planlı ameliyat olmak üzere yatırılan yaşlı hastaların enfeksiyon gelişimine neden olan kateter ve drenlerinin varlığı değerlendirilmiştir. Grup I’ e alınan yaşlı hastaların, % 14,3’ünde enfeksiyonu olduğu, % 11,9’unun drenajı olduğu, % 35,7’sinin nazogastrik sondası, % 71,4 ‘ünün üriner kateteri, % 95,2’sinin IV kateteri olduğu ve hastaların % 33,3’ünün yara bakım gereksinimi olduğu belirlenmiştir. 1 hastanın yara bölgesinin enfekte ve akıntısı olduğu gözlenmiştir. Grup II’ye alınan yaşlı hastalarda ise % 54,5’inin IV kateteri olduğu belirlenmiş, Grup II’deki hastaların hiç birinde nazogastrik sonda, üriner kateter, drenajının, enfeksiyonun ve yara bakım gereksiniminin olmadığı belirlenmiştir. Grup I ve Grup II’ye alınan yaşlı hastaların, enfeksiyonu olma, drenajı olma, nazogastrik kateteri, üriner kateteri ve yara bakım gereksinimi olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (p <0.05). Yaşlı hastaların yaşa bağlı fizyolojik değişiklikleri ve/veya yandaş hastalıkları nedeniyle hareketlilik durumu etkilenmektedir. Hareket kısıtlılığı ya da güçlüğü yaşayan hastaların yatağa bağımlı olmaları nedeniyle cilt/doku bütünlüğünün korunması, travmalardan korunması gerekmektedir. Yaşam

modeli bileşenlerinden olan “Güvenli Çevrenin Sağlanması” amacı ile çalışmamızda yaşlı hastaların hareket aktiviteleri, düşme deneyimleri ve riskleri değerlendirilmiştir.

Hareket aktivitesinde bağımlılığın olumsuz etkileri vücut sistemlerinde ilk 24 saat içinde ortaya çıkmaya başlar (130). Hastalarda hareketsizlik veya kısıtlama nedeniyle cilt, kas-iskelet sistemi komplikasyonları en sık görülen komplikasyonlardır (36,54). Genellikle bir bölgedeki dokunun dolaşımı yavaşladığı zaman 1-2 saat içinde patolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır (54). Hastaların hareketsiz kaldıkları her hafta kaslarının %15’i atrofiye uğramaktadır (36). Hareketsizlik sonucu bir kas her gün kendi gücünün yaklaşık %3’ünü kaybeder. Eklemlerde hareket açıklığı sağlanmadığında 3-7 günde kontraktür gelişmektedir. Yatak istirahati kemiklerde her hafta ortalama %0,9 kayıp nedenidir. Hareketsizlik ne kadar uzarsa olumsuz etkiler de o oranda büyük olacaktır (32).

Araştırmamızda Grup I’ e alınan yaşlı hastaların hareketlilik durumları incelendiğinde: % 47,6 ‘sının yatağa bağımlı, %31 ‘inin yardımla hareket edebildiği, % 16,6’sının yürüteç/ baston kullandığı ve %4,8 bağımsız olarak hareketli olduğu belirlenmiştir. Grup II’ye alınan hastaların ise; % 97’sinin hareketli (yardımsız), % 3’ünün yardımla hareket edebildiği belirlenmiştir. Grup I ve Grup II’yi oluşturan yaşlı hastaların, hareketlilik durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (p <0.05). Hareket aktivitesinde yetersizliği olan ve cerrahi girişim nedeniyle de hareket aktivitesi daha da etkilenecek olan riskli hastaların Grup I’e dahil edilmiştir. Yaşlanma ile birlikte görmenin azalması, denge sağlama yeteneğinin bozulması, hipotansiyon, baş dönmesi, duyu bozuklukları gibi tüm vücuttaki sistemlerde fonksiyonellik azalmakta, geri dönüşümsüz değişiklikler olmakta ve düşmeye eğilim artmaktadır (200). Çalışmamızda yaşlı hastaların daha önceki düşme deneyimleri,

nerede düştükleri ve düşmelerine neden olan faktörleri incelenmiştir. Grup I'e alınan yaşlı hastaların % 61,9'unun geçmişte düşme deneyimi yaşadığı, % 38,1'inin hiç düşmediğı, % 42,3'ünün 1 kez, % 30,8'sinin 2 kez, % 19,2 sinin 3 kez, % 7,7 'sinin 4 kez düşme deneyimi yaşadığı ve % 42,3'ünün yolda yürürken, % 34,6 'sının banyoda, %23,1'inin odasında düştüğü belirlenmiştir. Düşmeye neden olan faktörler incelendiğinde büyük çoğunluğun denge kaybı (%57,7), ayağının takılması (% 42,3), baş dönmesi (% 38,5), zeminin kaygan olması (% 23,1), yetersiz ışıklandırma (%15,4) olduğu ve düşen hastaların % 53,8'i düşme nedeniyle sakatlık yaşadığını ifade etmiştir. Hastaların % 45,2 'sinin hastanede iken düşmesine neden olabilecek herhangi bir durum olduğu saptanmıştır. Grup II'ye alınan yaşlı hastaların ise, %42,4'ünün geçmiş düşme yaşantısının olduğu, % 57,6'sının olmadığı, düşen hastaların % 85,7 'sinin daha önce 1 kez düştüğü, % 14,3'ünün 2 kez düştüğü ve % 50'sinin yolda yürürken, % 21,4'ünün banyoda, %28,6'sının odasında düştüğünü belirlenmiştir. Yaşlı hastalarda düşmeye neden olan faktörler incelendiğinde büyük çoğunluğun denge kaybı (%21,2), ayağının takılması (% 12,1), engebeli zemin (%12,1), yetersiz ışıklandırma (%9,1), baş dönmesi (% 6,1) olduğu ve düşen hastaların %7,1'idüşme nedeniyle sakatlık yaşadığını ifade etmiştir. Grup II'ye dahil edilen hastaların % 9,1 'inin hastanede iken düşmesine neden olabilecek bir durum olduğu saptanmıştır. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların düşme nedeniyle sakatlık yaşama ve hastanede iken düşmeye neden olan durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Yaşlılarda düşme, yaygın olarak karşılaşılan bir problemdir. Toplumda yasayan 65 yaş ve üzeri yaşlıların %30-50'si senede en az bir kez düşmektedir ve bunların yarısında düşmeler tekrarlayıcıdır (74, 196). Hastanede kalan yaşlıların %20' si, uzun

dönem bakım evinde kalan yaşlıların ise %45'i düştüğü bildirilmektedir (196, 210).

Yaşlılarda düşmelere neden olan faktörler, bireysel ve çevresel faktörler olarak 2 ye ayrılmıştır. Düşmeyi etkileyebilecek bireysel risk faktörleri: yürüme ve denge bozuklukları, hipotansiyon, baş dönmesi, önceki düşme hikayesi, psiko-aktif ilaç kullanımı, korku, beceri azalması, nörolojik ve kas yetersizlikleri, demans ve görme bozuklukları, çevresel risk faktörleri ise; ıslak zemin, kapı eşiği, banyo, tuvalet ve yatak yanında tutunacak destek yerlerin olmaması, yetersiz aydınlatma, yerde ve çevrede sabit olmayan objelerin varlığı, uygun olmayan ayakkabı kullanımı olduğu belirtilmiştir (100).

Tinetti ve Speechley (1989), toplumdaki düşmelerin % 10'unun merdivende olduğunu; inişlerin çıkıştan daha tehlikeli olduğunu bildirmiştir (195). Kurumda yaşayan kişilerde düşmelere sıklıkla, dengesizlik, güçsüzlük ve konfüzyon sebep olmaktadır (173). Düşmelerin en yaygın olduğu yerler yaşlıların odaları, oturma odaları, koridorlardır. Koridorlarda muhtemel düşme sebepleri, hareket problemleri, kaygan ve ıslak zeminlerdir. Yapılan çalışmalarda düşmelerin % 48'inin yürürken olduğu bulunmuştur (90).

Yaşlı bireylerde yardımcı araç kullanımı, denge ve duruş bozukluğu, immün sistemin zayıflaması, ilaç kullanımı, hazırlayıcı faktörler, alt ekstremitelerde kas güçsüzlüğü, görme işitme kapasitesi yetersizlikleri olduğundan düşme riski fazladır (100, 110,183).

Alt ekstremitedeki kas gücünde azalma; günlük yaşam aktivitesinde kısıtlanma, duruş şekline bağlı yetersizlik, hareket ve güvenlikte azalma, bağımlılıkta artmaya yol açarken hareket sırasında düşme riskini artırır (41,100,110).

Cerrahi girişimler; yaşlılarda stres tepkisini arttırabilmekte, vasküler sistem ile

organ fonksiyonlarının bozulmasına neden olabilmekte, enfeksiyonlara karşı direnci azaltabilmektedir (57). Ayrıca yaşlıların mevcut hastalıkları ve ilaçları arasındaki uyumu bozabilmektedir. Bunun yanı sıra, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde, enfeksiyon ve ağrı Grup IIü için hastaların aldıkları ilaçlara yenileri eklenebilmektedir (60). Eklenen yeni ilaçlar ve cerrahi sırasında uygulanan anestezipler daha önceden kullanılan ilaçlarla ve bitkisel ürünlerle etkileşebilmekte, ilaç etkileşimleri sonucu yaşlının yoğun bakımda yatış süresi uzayabilmekte; düşme, deliryum gibi komplikasyonlar gelişebilmekte ve yaşlının ameliyat öncesi fonksiyonel durumuna dönmesi gecikebilmektedir (140,186). Erdil ve Elbaş'ın (1999) belirttiği üzere, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde yaşlı hastalara sıklıkla kronik hastalıkları nedeniyle kullandıkları ilaçlara ek olarak trankilizanlar, sedatifler, analjezikler, antikolinergikler, antibiyotikler ve antikoagülanlar verilebilmektedir. Ayrıca hastaların antibiyotik, analjezik ve antikoagülan tedavilerine evlerinde devam etmeleri de istenebilmektedir (57).

Çalışmamızda yaşlı hastaların ilaç kullanma durumları incelendiğinde; Grup I'i oluşturan yaşlı hastalarda düzenli olarak ilaç kullanmayanların (% 16,7) olduğu, % 23,8'i 1 ilaç, % 40,5'i 2 ilaç, % 9,5'i 3 ve % 9,5 4 adet ilaç kullandığını, % 57,1'i ilaçlarının etkisini bilmediğini, % 42,9'u bildiğini, % 74,3 'ü ilaçlarını alma zamanını bildiğini, % 25,7 'si bilmediğini, % 97,1'inin ilaçlarına ilişkin beklenmedik reaksiyon yaşamadığını, % 5,7 'si beklenmedik reaksiyon yaşadığını, % 94,3'ü ilaç takvimini uygulamada sıkıntısı olmadığını, % 5,7 'si sıkıntı yaşadığını, hastaların antikoagülan kullanımı (%23,8), steroid kullanımı (%11,9) ve narkotik ilaç kullanımı ise (%7,1) dir. Grup II'ye alınan hastalarda ise, düzenli olarak ilaç kullanmayanların (% 45,5) olduğu, % 24,2'i 1 ilaç, % 15,5'si 2 ilaç, % 12,1'i 3 ve % 3'ü 4 adet ilaç

kullandığını, % 27,8'i ilaçlarının etkisini bilmediğini, % 72,2'si bildiğini, % 94,4 ü' ilaçlarını alma zamanını bildiğini, % 5,6 'si bilmediğini, hiçbirisi ilaçlarına ilişkin beklenmedik reaksiyon yaşamadığını (%100), ilaç takvimini uygulamada sıkıntısı olmadığını (%100), bu hasta grubunda antikoagülan kullanımı (%6,1) iken steroid, narkotik ve antihistaminik ilaç kullanan yoktur. Yaşlı hastalarda sürekli ilaç kullanımını inceleyen birçok araştırma vardır. Örneğin; Kısacık (2009), çalışmasında yaşlı hastaların yaklaşık yarısının (%50,3) sürekli olarak ilaç kullandıklarını, Güngör ve ark (2005) ise çalışmalarında yaşlıların % 74,6'sının düzenli olarak ilaç kullandığını, % 29,6'sının kullanmadığını saptamıştır (92). Öztürk ve ark (2002) ise yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu inceledikleri çalışmalarında, yaşlıların % 70,5 'inin devamlı olarak kullandıkları bir ya da daha fazla ilaç olduğunu ve bu ilaçların en sık yazdırılma yerleri, sağlık ocağı (%57,6), SSK dispanseri (%12,2) ve sigorta hastanesi olduğunu (%22,2) belirtmişlerdir (151). Bilir ve ark (2002) araştırmalarında, yaşlıların en çok kardiyovasküler sistem hastalıkları (% 54,6), diyabet ilaçları (% 12,2) ve ağrı kesici (% 10,7) ilaçlar kullandığını, % 21,9'unun ise hiç ilaç kullanmadığını saptamışlardır (27).

Ertemur (2009) çalışmasında, araştırmaya katılan hastaların sürekli olarak en sık kullandıkları ilaçlar analjezikler (%13,9), aspirin (%11) ve antihipertansifler (%10,5) olduğunu, hastaların %80,5'inin sürekli olarak ilaç kullandığını, 1-3 çeşit ilaç kullananların oranının %49,2 ve hastaların %84,4'ünün ilaçlarını günde 1-3 doz aldığını, günde 1-5 adet ilaç kullananların oranı %66,4 olduğunu, ilaçlarını düzenli kullanmadığını bildiren 21 hastanın %38,7'si ilaç kullanımı sırasında sorun yaşadığını ifade etmektedir (66). Uz (2008) da çalışmasında yaşlıların en çok kullandıkları ilaç türlerinin antihipertansifler (%54,3) ve antidepresanlar (%13,3)

olduğunu, yaşlıların %58,1'inin 4'ten fazla ilaç kullandığını saptamıştır (210).

Akıcı (2006)'nın belirttiğine göre 1998 – 2005 yılları arasında yapılan çalışmalarda yaşlılarda ilaç kullanım oranının 3.25 olduğu saptanmıştır (3). Ülkemizde en sık kullanılan ilaçlar tüm yaş grupları için kullanım sıklığına göre sırasıyla antibiyotikler, analjezikler ve steroid olmayan antienflamatuar ilaçlar (NSAID), soğuk algınlığı ve öksürük ilaçları, vitamin-mineraller, kan yapıcı ilaçlar, sindirim sistemi ilaçları, KVS ilaçları, kulak burun- göz ilaçları, sinir sistemi ilaçları, kas-iskelet sistemi ilaçları, solunum sistemi ilaçları, antihistaminikler, antihipertansifler, diüretikler ve antidiyabetiklerdir (101).

Ülkemizde yapılmış bu çalışmalardan elde edilmiş sonuçlarla araştırmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların, sürekli kullanılan ilaç sayısı, kullandığı ilaçların etkisini bilme özellikleri ile antikoagülan ve steroid kullanımı arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Çoklu ilaç kullanımı ile steroid, antikoagülan gibi ilaçların cerrahi süreci etkilemesi nedeniyle yaşlı hastalarda ameliyat sonrası risk oluşturması söz konusu olan yaşlı hastalar “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ndan elde edilen verilere doğrultusunda, Grup I'e dahil edilmiştir.

Yaşam modelinin “ Güvenli Çevre” bileşeninde yaşlı hastalarda yaşa bağlı fizyolojik değişiklikleri nedeniyle duyuşal değişikliklerin belirlenmesi ve yaşlının kazalardan/ travmalardan vb. korunması için gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Bu amaçla çalışmamızda yaşlı hastaların görme, işitme, koku alma, tat alma ve dokunma duyularındaki değişiklikleri ve bu değişikliklerin yaşantılarını etkileme durumları değerlendirilmiştir. Grup I e alınan yaşlı hastaların, %50'si gözlük, %2,4'ü kontak lens kullandığını, %40,5'i katarakt, % 2,4'ü körlük sorunu

olduğunu, %76,2'si bulanık gördüğünü ifade etmiştir. Hastaların %64,3'ü görmeye ilişkin sorunların yaşantısını az etkilediğini, % 19'u yaşantısını çok etkilediğini, % 16,7'si yaşantısını hiç etkilemediğini belirtmiştir. Grup II'ye alınan yaşlı hastaların ise %15,2'i gözlük kullandığını, %24,2'sinde bulanık görme, %3,0'ünde katarakt şikayeti olduğu ve %93,9'ünün görmeye ilişkin sorununun yaşantısını etkilemediğini, % 6'sı ise az etkilediğini belirlenmiştir.

Yine Grup I'e alınan yaşlı hastaların işitme duyusuna ilişkin sorunları incelendiğinde; yaşlı hastaların %71,4'ünde işitme kaybı, %26,2'sinin çınlama, % 2,4'ü akıntı şikayeti olduğunu, % 7,1'i işitme cihazı kullandığını ifade etmiştir. Hastaların %52,4'ü kulak sorunun yaşamını az etkilediğini, %45,2'si etkilemediğini, % 2,4'ü ise çok etkilediğini ifade etmişlerdir. Grup II'ye dahil edilen hastaların ise, %6,0'sı işitme kaybı, %3,0'ü çınlama şikayeti olduğunu ifade etmiştir. Ağrı ve akıntı ifade eden hastalar bulunmamaktadır. Hastaların tamamı duymaya ilişkin sorunların yaşantısını etkilemediğini ifade etmiştir. Yaşlı hastalarda görme ve işitme duyusuna ilişkin zorluklar ve günlük yaşam aktivitesine etkisini araştıran birçok çalışma bulunmaktadır. Örneğin yapılan bir çalışmada yaşlıların %80'inin gözlük kullandığı, gözlük kullananların büyük bir kısmının (%75) günlük yaşam aktivitelerini etkilendiği ve %45,7' inin işitme kaybı olduğu, %28,1'inin işitme cihazı kullandığı, işitme kaybı olan yaşlıların tamamına yakınının (%90,6) günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği saptanmıştır (147). Yıldırım ve Karadakovan (2004) çalışmalarında yaşlı bireylerin %76,9'unda görme bozukluğu %35,6'sında işitme probleminin olduğunu bildirmişlerdir (222). Şahbaz ve Tel (2006), gözlük kullanan, işitme cihazı kullanan yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduklarını saptamışlardır (191). Çeçen ve Özbayır (2010) çalışmalarında yaşlı

hastaların %72,6'sı işitme sorunu yaşadığını ancak % 3,5'inin işitme cihazı kullandığını, % 63,7'si görme sorunu yaşadığını ve % 52,2'si gözlük kullandığını belirtmişlerdir (42).

Grup I'ı oluşturan hastalarda gözlük kullanan, katarakt, bulanık görme şikayeti olan, görme sorununun yaşantısını olumsuz anlamda etkilediğini ifade eden yaşlı hastaların oranı, Grup II'deki yaşlı hastalara göre daha yüksek olup aralarında anlamlı istatistiksel fark saptanmıştır ($p<0.05$). Benzer şekilde işitme kaybı, kulağında çınlama ve işitme sorununun yaşantısını etkilediğini ifade eden Grup I'deki yaşlı hastaların oranı, Grup II'deki yaşlı hastalara göre daha yüksektir ve anlamlı fark saptanmıştır ($p <0.05$).

Yaşın ilerlemesi ile birlikte dilde acı tad ve yanma hissi olduğunu ve yaşın ilerlemesi ile dil üzerindeki tad tomurcuğunun sayısının azalması nedeniyle tad hassasiyetinin azalabileceğini, tad alma duyusundaki değişikliklerin yaşlılarda bozulmuş besinlerin tüketimine ve dolayısıyla zehirlenmelere neden olabileceği vurgulanmaktadır (23). Araştırmamızda Grup I'e alınan yaşlı hastaların %57,1'i tat almada değişiklik olmadığını, % 95,2'si sorunun yaşantılarını etkilemediğini, % 4,8 'i az da olsa etkilediğini ifade etmiştir. %81'i koku duymada değişiklik olmadığını ve %92,8'i sorunun yaşantısını etkilemediğini, %4,8 'i az etkilediğini, % 2,4'ü ise çok etkilediğini ifade etmiştir. Grup II'ye alınan hastaların hiçbirinde tat alma, koku, dokunma duyusunda ve konuşmasında değişiklik olmadığı, hastaların tamamının yeterli iletişim kurabildiği belirlenmiştir. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların tat ve koku almada değişiklik yaşama durumları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır ($p <0.05$). Grup I ve Grup II'ye alınan hastaların tamamı dokunma duyularına ilişkin değişiklik olmadığını ifade etmişlerdir.

Duyusal kayıp yaşadıklarını ifade eden ve bu kayıpları nedeniyle yaşamlarının olumsuz etkilendiğini ifade edenlerin, dolayısıyla cerrahi süreçte riskli olan yaşlı hastaların çoğunluğunun “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” na göre yapılan değerlendirme ile Grup I’e dahil edilmiştir.

4.2.2 GRUP I VE GRUP II’YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “GÜVENLİ ÇEVRE” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ TARTIŞILMASI

Ameliyat öncesi dönemde” Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yapılan “Güvenli Çevre” bileşenine ilişkin değerlendirmeleri sonucu NANDA hemşirelik tanıları alan hastalar belirlenerek, yaşlı bireye özel gereksinimleri doğrultusunda planlanmış hemşirelik bakımı uygulanan Grup I’ e alınan yaşlı hastalardan, hastaların hareketlilik durumları, görme işitmede güçlük yaşamaları, çoklu ilaç kullanımları, daha önceki düşme durumları ve hastanede iken düşmeye neden olan faktörlerin varlığı, yattıkları odanın kalabalık eşyaların düzensiz yerleşmiş olması gibi durumları göz önüne alınarak travma riski tanısı alan 18 hasta bulunmaktadır. Hastaneden taburcu oluncaya dek geçen sürede travma riskini önlemeye yönelik verilen hemşirelik bakımı sonucunda, ameliyat sonrası dönemde travma yaşayan yada düşen hasta bulunmaktadır. taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede travma riski alan hasta sayısı 6 olarak belirlenmiştir. Taburcu olduktan bir hafta sonra ve üç hafta sonra travma riski tanısı olan hasta yoktur.

Ameliyat öncesi yapılan değerlendirmede 5 hasta, yüksek ateş, lökosit sayısındaki artış, kateter giriş bölgesinde enfeksiyon bulguları, yara bakım gereksinimi olma gibi durumlar dikkate alınarak enfeksiyon, 15 hasta enfeksiyon

riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrası, enfeksiyonu giderme ve enfeksiyon riskini önlemeye ilişkin verilen hemşirelik bakımı sonucunda taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede enfeksiyonu olan hasta sayısı 1'e düşmüştür. 17 hastada enfeksiyon riski tanısı belirlenmiştir. Taburcu olduktan sonraki değerlendirmelerde de enfeksiyon gelişen hasta bulunmaktadır.

Formdan elde edilen veriler ile diyabeti, kişisel hijyen yetersizliği, deri turgorunda bozukluğu ve beslenme yetersizliği olan yaşlı hastaların 6 'sı yara yeri enfeksiyon riski tanısı almıştır. ameliyat sonrası taburcu oluncaya dek geçen sürede yara yerinde enfeksiyon gelişmesini önlemeye yönelik verilen hemşirelik bakımı sonrasında yaşlı hastalarda yara yeri enfeksiyonu gelişmediği görülmüştür. taburcu olmadan hemen önce, taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki değerlendirmelerde de yara enfeksiyonu gelişen hasta olmadığı belirlenmiştir.

Yaşlı hastaların 14 'ü, antikoagülan kullanımı, cerrahi girişim türü, yatak içindeki hareketliliği ve obez olma durumu değerlendirilerek kanama riski tanısı almıştır. taburcu oluncaya dek verilen kanamayı önlemeye ilişkin verilen hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede kanama komplikasyonu görülen hasta olmamıştır. Ameliyat sonrası cerrahi girişimi nedeniyle tüm hastalarda kanama riski komplikasyonu görülmesi olasıdır. Ancak genel durumu, antikoagülan kullanımı, hareketliliği ve obezite durumları dikkate alınarak artmış kanama riski olan yaşlı hastalarda uygulanan hemşirelik bakımı sonucu taburcu olmadan hemen önce, taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki değerlendirmelerde kanama komplikasyonu görülmemiş ve tanı alan hasta olmamıştır.

Ameliyat öncesi form kullanılarak yapılan değerlendirmede 4 hastada duyuşal

algısal değişim olduğu belirlenmiş ve 9 hasta da duyuşal algısal değişim riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrası uygulanan hemşirelik bakımı ile duyuşal algısal değişimi olan hasta görülmemiştir. 7 hasta ise duyuşal algısal değişim riski tanısı almıştır. Taburcu olduktan sonraki değerlendirmelerde duyuşal algısal değişimi olan hasta bulunmamaktadır.

Günlük yaşamında fazla sayıda ilaç kullandığı belirlenen, anestezişler, analjezik ve antibiyotikler gibi cerrahi girişim nedeniyle ilaç kullanımında artış olması nedeniyle ameliyat öncesi yapılan değerlendirmede, ilaç toksikasyonu riski tanısı alan 3 hasta bulunmaktadır. İlaç toksikasyonunu engellemeye yönelik sorumlu cerrah ile yapılan işbirliği ile verilen hemşirelik bakımı sonrasında hastalarda ilaç toksikasyonunun gelişmediği, taburcu olmadan hemen önce ve taburcu olduktan bir hafta sonra yapılan değerlendirmede sadece 1 hastanın ilaç toksikasyonu riski tanısını aldığı belirlenmiştir. Taburcu olduktan üç hafta sonra yapılan değerlendirmede tanı alan hasta bulunmamaktadır.

4.3 .1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAşLI HASTALARIN “İLETİşİM” BİLEşENİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIşILMASI

İletişim, yeni bir duruma, yeni bir ortama, tanımadığı insanlara, bilinmeyen işlemler ve aktivitelere, rol değişimine uyumu söz konusu olan, utandıran, sıkıntı verici konulara ve teknik terimlere aşına olmayan hastada çok önemli bir aktivite niteliğini taşıır. İletişimle ilgili bağımsızlığı etkileyen faktörler; konuşma, işitme, görme, dokunma ve hissetme, beden hareketleri ve beden dili ile ilgili fiziksel durumu ve ağrı deneyimi; mental durum ve bilinç, anksiyete, korku, yalnızlık gibi psikolojik durumu; dil, vurgu, lehçe gibi konuşma biçimi ve mesleğe özgü teknik terimleri

anlama durumu gibi sosyo-kültürel durumu; çevresel olarak uygun ortamda bulunması ve ekonomik durum, meslek, bireysel hakları koruyan yasalar gibi politikoekonomik durumdur (38, 171).

Yaşam modelinin “iletişim” bileşeninde cerrahi kliniklerde bulunan yaşlı hastaların duyuşal/ nörolojik bozuklukları, hastanede olmaya ya da cerrahi girişime bağlı kaygı nedeniyle iletişim güçlüklerinin varlığı değerlendirilmektedir. Grup I’ alınan hastaların iletişim özellikleri incelendiğinde; %57,1’i yeterli iletişim kurabilen, %38,1’i iletişim güçlüğü olan, %2,4’ü iletişim kuramayan yaşlılardan oluşmaktadır. Yaşlı hastaların %45,2’sinin suskun, %2,4’ünün anlamsız, %2,4’ünde gereksiz konuşma olduğu saptanırken, kekemelik yaşayan bulunmamaktadır. %23,8’inde ise duyuşal algılama kusuru bulunmaktadır. Grup II’ye alınan yaşlıların ise, %100’ünün yeterli iletişim kurabildiği belirlenmiştir.

İletişim güçlüğü yaşayan yaşlı hastalar ameliyat öncesi sırası ve sonrası süreçte daha yoğun bir hemşirelik bakımına gereksinim duymaktadır. “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile değerlendirilen yaşlı hastalarda iletişim kurma güçlüğü yaşayan, suskun olan ve duyuşal algılamada bozukluk olanlar Grup I ‘e dahil edilmiştir ($p<0.05$).

Yaşlılık algısı yaşlıların yaşlılığı algılama durumları yaşlılığa bağlı değişiklikleri kabullenişini etkilemektedir. Grup I’e dahil edilen hastaların yaşlılığı nasıl algıladıkları değerlendirildiğinde; %52,4’ü hastalık , % 21,4’ü yalnızlık , %33,3’ü bağımlı olma , % 40,5’i fonksiyon kaybı, %2,’ü saygınlık kazanma olarak ifade etmiş, %11,9’u ise kendini yaşlı olarak hissetmediğini belirtmiştir. Grup II’deki hastaların ise, yaşlılığı nasıl algıladıkları değerlendirildiğinde ise; %9,1’i hastalık, %24,2’si yalnızlık, %21,1’i bağımlı olma, % 27,3’ü fonksiyon kaybı, %9,1’i

saygınlık kazanma olarak algıladığını ifade ederken, %6,0'sı kendini yaşlı olarak hissetmediğini belirtmiştir.

Çeçen ve Özbayır (2010) çalışmalarında, yaşlı hastaların “Sizce yaşlılık nedir?” sorusuna, “kendini yorgun hissetmektir” (%92), “ yaşlılık hastalıktır” (%92), “ hayatın sonuna gelmektir” (% 88,5) olarak yanıtladıklarını, % 71,7'sinin (n= 81) kendini yaşlı hissettiğini ifade ettiğini bildirmişlerdir (42). Yine Özdemir ve ark (2005) araştırmalarında, hastaların %51,5'i yaşlılığı, “hasta olma”, %34,3'ü “bağımlı olma” ve “yalnızlık” (%17,2) gibi olumsuz şekilde algıladığı, bununla birlikte kadınların erkeklere göre yaşlılığı daha olumlu algıladığı saptanmıştır (147). Bilir ve ark (2002) da çalışmalarında Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi Sakarya Mahallesi'nde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin "yaşlılık" tanımları arasında % 39,4 ile en sık verilen yanıt "ihtiyarlık, hastalık" olarak belirlenmişler, erkeklerin % 19,6'sı, kadınların ise % 13,3'ü yaşlılık ile ilgili olumlu düşüncelere sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Verilen olumlu yanıtlar arasında, "kemale ermek, saygı görmek, olgunluk, zenginlik, dinlenmek, rahat etmek" gibi çok çeşitli yanıtlar yer aldığını belirtmişlerdir (27). Araştırmamızda, Grup I ve Grup II' e dahil edilen hastalardan sadece yaşlılığı hastalık olarak algılayanlar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0.05).

Çalışmada, yaşlı hastaların şimdiki sağlık durumlarını nasıl algıladıkları da değerlendirilmiştir. Bu durum yaşlı hastanın hastaneye, sağlık ekibine ve tedavi sürecine uyumunu etkilemektedir. Grup I'e alınan yaşlı hastaların şimdiki sağlık durumları ile ilgili %4,8'ünün yanlış, %69,0'u yetersiz bilgiye sahip olduğu, %7,1'inin hastalığı hakkında konuşmayı reddettiği, %21,4'ünün hastalığı ile ilgili deneyimi olduğu saptanmıştır. Şimdiki sağlık durumu ve hastanede olmaya ilişkin

duyguları değerlendirildiğinde %16,9'si depresif, %9,5'i sinirli olduğunu, %45,2'si korktuğunu, %33,3'ünde ölme isteği, %14,3'ünde yalnız kalma isteği, % 71,4'inde ise hastalığın yaratacağı istenmeyen değişikliklere ilişkin endişe olduğu belirlenmiştir. Grup II'ye alınan yaşlı hastalarda ise, şimdiki sağlık durumu hakkında %18,2'si yetersiz bilgiye sahip olduğu, %15,2'sinin hastalığı hakkında deneyimi olduğu, hastalığı hakkında yanlış bilgiye sahip olan, hastalığı hakkında konuşmayı reddeden ya da hastalığını inkar eden hasta bulunmamaktadır. Grup II'yi oluşturan hastalarda hastalığına ilişkin sadece hastalığın yaratacağı istenmeyen değişikliklere ilişkin endişe duyduğu (%15,2), korku duyduğunu ifade edenlerin %9,1, sinirli olduğunu ifade edenlerin oranı ise %3,0 olduğu belirlenmiştir. Çeçen ve Özbayır (2010) yaşlıların %5,3'ünün kendisini sağlıklı hissettiğini % 38,1' inin sağlık sorunları olduğunu, % 38,1'i küçük sağlık sorunları olsa da kendini sağlıklı hissettiğini ifade ettiğini saptamışlardır (42). Gökdoğan ve ark. (2008) ise kronik hastalığı olan yaşlıların evde bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik olarak yaptıkları çalışmada, yaşlıların %50,0'ının sağlıklarını orta düzeyde, %20'sinin ise kötü ve çok kötü düzeyde algıladıklarını ortaya koymuşlardır (85). Bizim araştırmamızda, Grup I' e dahil edilen yaşlı hastaların, Grup II'deki yaşlı hastalara göre büyük çoğunluğu şimdiki sağlık durumu ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olduğu, depresif duygu durumunda olduğu, korku yaşadığı, ölme isteği duyduğu ve hastalığının yaratacağı istenmeyen değişikliklere ilişkin endişe yaşadığı belirlenmiş olup, aralarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Cerrahi kliniklerdeki yaşlı hastaların hastane sürecindeki davranışları araştırmacı tarafından gözlenerek değerlendirilmiştir. Grup I' dahil edilen yaşlı hastaların, %73,8'inde aktivitede azalma, %40,5'inde halsizlik, %9,5'inde ağlama,

%21,4'ünde ilgisizlik, %4,8'i hırçınlık, %14,3'ünün refakatçisine bağımlılık, %11,9'unun yaygaracı davranışta olduğu belirlenmiştir. Grup II'deki yaşlı hastalarda ise, %15,2'i aktivitede azalma, %6,1'i halsizlik, %3,0'ü hırçınlık, %3,0'ü bağımlı davranış göstermektedir. Grup I'deki halsizlik, ilgisizlik, aktivitede azalma ve yaygaracı davranışlarda bulunan yaşlı hastaların, Grup II'deki yaşlı hastalara göre çoğunlukta olduğu ve aralarında anlamlı istatistiksel ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Ameliyat öncesi dönemde mental durum tanınması ile var olan değişikliklerin belirlenmesi, olası komplikasyonların erken dönemde saptanabilmesine yanı sıra, ameliyat sonrası mental durumun, ameliyat öncesi ile karşılaştırılmasına, olanak sağladığı bilinmektedir (60,79, 153). Dai ve ark. (2000), ameliyat öncesi dönemdeki bilişsel fonksiyon bozukluğunun, ameliyat sonrası deliryumun habercisi olduğunu belirlemişlerdir (43).

Grup I' e alınan yaşlı hastaların %97,6'sının bilinç düzeyi açık, %2,4'ünün yarı açık olduğu ve bilinci kapalı hasta olmadığı belirlenmiştir. Yaşlı hastaların %78,6'ında kişi\yer \durum oryantasyonu vardır. Nörolojik/ mental duruma ilişkin hastalıkları incelendiğinde ise %11,9'inde demans, %7,1'inde Alzheimer tipi demans, %42,9'unda unutkanlık, %2,4'ünde depresyon, %16,7'sinde davranış değişikliği olduğu belirlenmiştir. Grup II'ye alınan yaşlıların tamamının kişi\yer\durum oryantasyonunun olduğu, bilincinin açık olduğu ve herhangi bir nörolojik\mental hastalığı olmadığı saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen tüm hastalarda hafıza kaybı olan hasta bulunmamaktadır. Kişi yer durum oryantasyonu olmayan, demansı, unutkanlığı ve davranış değişikliği olduğu belirlenene yaşlı hastalar bu durumun cerrahi süreçte özellikle deliryum gibi bazı komplikasyonların

oluşumu için hazırlayıcı faktör olduğu düşünülerek “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yapılan değerlendirme sonucu Grup I’e alınmıştır.

Deliryumun ortaya çıkmasını kolaylaştıran en önemli risk faktörü yaş ve bilişsel durumdur. Yaşlı Çinli Hastalarda ameliyat sonrası deliryum insidansı ve risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada, ileri yaş ve bilişsel bozukluk, deliryum için önemli risk faktörleri olarak belirlenmiştir (43). Hareketsizlik, idrar sondası kullanımı, fiziksel aktivite kısıtlanması, dehidratasyon, malnütrisyon, yabancı bir ortam, uyku düzeninin bozulması, sık oda değiştirme, duyuşal yüklenme veya duyuşal yoksunluk, depresyon, ağrı, psikolojik stres, bağımsızlığın veya sosyal desteğin kaybı gibi nedenler yaşlı hastalarda deliryum için önemli risk faktörleri arasında sayılmaktadır (13, 43).

Cerrahi uygulamalar ise doğası gereği değişik derecelerde akut ağrıya neden olmaktadır. Geçirilmeyen akut ağrı hastanın derin nefes alma, erken ayağa kalkma gibi iyileşmesini hızlandıran ve olası komplikasyonları önleyen aktivitelerini sürdürmesine engel olur. Bu nedenle yaşlı hastalarda fizyolojik yaşlanma sürecinin sonucu olarak ortaya çıkan unutkanlık, görme ve işitme kayıpları göz önünde bulundurularak hastaya özgü bir değerlendirme yöntemi kullanılması tedavinin uygulanması ve ilaçların etki ve yan etkilerinin sürekli gözlenmesi etkili ve güvenli ağrı kontrolü sağlamaktadır. Bazı yaşlı hastalar, hemşirelerinin cerrahi işlemlerin ağrı ya neden olduğunu bildiklerine ve ağrıyı geçirmek için gereken her şeyi yaptıklarına inanmaları ya da yaşlılığı soyluluk olarak kabul etmeleri, dini inançları ve ağrıyı yaşanması gereken bir durum/deneyim olarak değerlendirmeleri nedeniyle ağrıları olduğunu ifade etmeyebilirler (68). Eti-Aslan (1997)'ın postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisini araştırmak amacıyla yaptığı bir çalışmada, gençler ve yaşlılar

arasında ağrı bildirimi ve deney imlenen ağrının şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte yaş ilerledikçe ağrı bildiriminin azaldığı belirlenmiştir (67).

Araştırmamızda yaşam modelinin “iletişim” bileşeninde yaşlı hastaların iletişim aktivitesini etkileyen faktörlerden biri olan ağrı durumları da değerlendirilmiştir. Grup I’ e alınan yaşlı hastaların, % 26,2’sinin ağrısının olmadığı, % 42,9’unun ağrı şiddetinin düşük, % 31’inin ağrı şiddeti yüksek olduğu belirlenmiştir. Ağrısı olan hastalarda ağrı kontrolü %59,5’inde uygun pozisyon, %85,7’sinde ilaç, %2,4’sinde relaksasyon tekniği ile sağlandığı, %4,8’inin ağrısının tedaviye yanıtı olmadığı belirlenmiştir. Grup II’ye alınan yaşlı hastaların ise %84,8’inin ağrısının olmadığı, %15,2’sinin ağrı şiddetinin düşük olduğu, yüksek şiddette ağrısı olan hasta olmadığı belirlenmiştir. Ağrısı olan hastalarda ağrı kontrolü %15,2’sinde ilaçla, %6,1’inde pozisyonla, sağlarken relaksasyon tekniği kullanan ve tedaviye yanıtı olmayan hasta bulunmamaktadır.

“Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” kullanılarak belirlenen Grup I’i oluşturan yaşlı hastalarda, Grup II’ deki yaşlı hastalara göre ağrı şiddetinin yüksek olduğu belirlenmiş ve aralarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

4.2.2 GRUP I VE GRUP II’YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “İLETİŞİM BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ TARTIŞILMASI

“Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” kullanılarak “iletişim” bileşeni değerlendirmeleri sonucu yaşlı hastaların aldıkları NANDA hemşirelik tanıları belirlenmiştir.

Grup I ‘e dahil edilen 3 hasta (% 7,1) sosyal izolasyon tanısı, 1 hastanın suskun ve hastanede olmaya/ cerrahi girişime bağlı anksiyetesi nedeniyle sosyal

izolasyon riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrası taburcu oluncaya dek geçen sürede verilen hemşirelik bakımı ile hasta duygularını ifade etmesi konusunda desteklenmiş, yakınları ile görüşülerek yaşlı hasta ile iletişimde yaşadıkları sorunlar ve gereksinimler giderilmiştir. taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede sosyal izolasyon sorunu olan hasta olmadığı 1 hastada riskin devam ettiği belirlenmiştir. Taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki değerlendirmelerde tanı alan hasta bulunmamaktadır.

Yaşlı hastaların sadece 1 tanesinde ameliyat sonrası günlük yaşamındaki sorumluluklarını yerine getirmede endişe yaşaması ve sosyal desteğinin olumsuz olması nedeniyle bireysel baş etmede yetersizlik riski tanısı konmuştur. Uygulanan hemşirelik girişimleri ve hasta/ yakınlarının hastane psikoloğu ile görüşmesi de sağlanarak yaşlı hasta bu konuda desteklenmiştir.

Hastanede olmaya, cerrahi girişime, anesteziğin olumsuz etkilerine ilişkin endişeleri oluğunu ifade eden 3 hasta ameliyat öncesi dönemde yapılan ilk değerlendirmede anksiyete tanısı almıştır. ameliyat öncesi bilgilendirme ve ameliyat sonrası anksiyeteyi azaltmaya ilişkin hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce, taburcu olduktan bir ve üç hafta sonra yapılan değerlendirmede anksiyete tanısı alan hasta bulunmamaktadır.

Ameliyat öncesi değerlendirmede kronik ağrı tanısı alan 3 hasta olmuştur. Yaşlı hastaların, ağrı özellikleri, ağrı şiddeti ve ağrılarını arttıran faktörleri değerlendirilmiştir. Ameliyat sonrası cerrahi girişimleri nedeniyle ağrı yaşadığını ifade eden ve ağrı tanısı alan 35 hasta bulunmaktadır. Taburcu oluncaya dek ağrıyı azaltmaya ilişkin hemşirelik girişimleri uygulanmış ve doktor ordürü ile uygun

analjezikler uygulanmıştır. Taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede 35 tanı alan hasta varken, taburcu olduktan bir hafta sonraki izlemde 23, üç hafta sonraki izlemde 6 hasta ağrı tanısı almıştır. tanı alan hastaların ağrı şiddetleri VAS ile değerlendirildiğinde yüksek şiddette ağrı (5>) yaşayan hasta bulunmadığı görülmüştür.

Ameliyat öncesi “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yapılan değerlendirme ile cerrahi girişim sonrası cerahi açıdan, Grup II’ye göre daha fazla riski olduğu belirlenen Grup I ‘i oluşturan yaşlı hastalara, bireye özel gereksinimleri doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı ile ameliyat öncesi saptanan sorunların azaltıldığı, riskli bulunan durumlara yönelik girişimler sonucu sorunları gelişmediği gözlenmiştir.

4.4.1 GRUP I VE GRUP II’YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “SOLUNUM” BİLEŞENİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Yaşlılarda akciğerlerde, torasik kafeste, solunum kaslarında ve merkezi sinir sisteminde yer alan solunum merkezinde değişiklikler olmaktadır. Yaşlanmayla birlikte immun tepkinin azalması nedeniyle enfeksiyon riski yükselmektedir. Solunum yollarındaki yabancı maddelerin ve mukusun atılmasını sağlayan siliar fonksiyonun yaşlanmayla birlikte etkisinin azalması akciğerlerde enfeksiyon riskini daha da arttırmaktadır. Nörolojik olarak azalmış öksürük refleksi, yaşlanmaya bağlı normal bir değişikliktir. Ancak disfaji ya da özofajial motilitenin azalması gibi durumlarda aspirasyon riskini arttırmaktadır.

Yaşlılarda kostal kıkırdakların sertleşmesi kostaların aşağı ya yana doğru meyilli bir hal alması, göğüsün genişlemesini sınırlamaktadır. Kasların zayıflaması

sonucu interkostal kaslar ve diyafram gevşer. Bu durum hava atılımının etkinliğinde azalmaya, vital kapasitenin azalmasına ve ekspiratuvar atılımın azalmasına neden olmaktadır. Göğüs duvarının esnekliğinin azalması sonucunda maksimum ekspirasyon ve inspirasyon basınçlarının azalması fonksiyonel rezidüel rezervi azaltmakta ve solunum yetmezliği riskini artırmaktadır. Baziller havalanmanın az olması, öksürük tepkisinin etkin olmaması ve immun sistemin daha az etkin olması özellikle sedanter yaşam süren, yatağa bağımlı yada sınırlı aktivitesi olan yaşlı hastalarda solunum sistemine ilişkin sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yaşlı bireylere bakım veren hemşirelerin solunum yetisini ve gereksinimini belirlemede solunum hızı, nefes darlığı yada siyanoz varlığını belirlemeleri önerilmektedir (58,60).

Çalışmamızda “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yaptığımız ameliyat öncesi değerlendirme ile solunum aktiviteleri ve ameliyat sonrası solunumla ilişkili sorunu oluşabilecek yaşlı hastalar belirlenmiştir. Risk içeren yaşlı hastalardan oluşan Grup I’ e alınan yaşlı hastaların %42,9’unun derin, %57,1’inin solunumu yüzeysel, %57,1’inin solunum derinliği ritmik, %42,9’unun aritmik ve % 92,9’unun solunum sayısı normal, % 4,8’inin yüksek ve 1 kişinin solunum sayısı normalin altındadır. Grup II’ ye alınan yaşlı hastaların ise, %81,8’inde derin solunum, %18,2’si yüzeysel, %90,0’ında solunum derinliği ritmik, %9,1’inde aritmik, % 97’sinin solunum sayısı normal, 1 kişinin solunum sayısı normalden düşüktür.

Grup I’deki hastaların solunum sesleri değerlendirildiğinde; %50’sinin normal, %45,2’sinde raller\ronkus, %4,8’inde wheezing solunumu olduğu tespit edilmiştir. Grup II’deki hastaların tamamının solunum sesleri normaldir. Solunum sesi raller\ronkus\wheezing olan bulunmamaktadır.

Cerrahi girişim, kullanılan anestezi tekniği, ilaçlar ve yandaş hastalıklar nedeniyle ameliyat sonrası solunum komplikasyonları görülme olasılığı yüksek olduğundan, solunumu yüzeyel, aritmik olan, solunum sesleri anormal olan yaşlı hastalar Grup I'e dahil edilmiştir. Grup I ve Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların, solunum tipi, solunum derinliği ve solunum seslerinin özellikleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Yaşlı hastalarda ameliyat sonrası solunum komplikasyonlarının oluşmasında etkili olan faktörler, ileri yaş, obezite, sigara kullanımı, kronik akciğer hastalıkları, genel sağlık durumu, operasyonla ilişkili olarak anestezi tipi (genel anestezi), operasyon süresinin 3 saatten uzun olması, insizyonun diyafragma yakın olması (toraks ve üst karın cerrahisi vb), post operatif dönemde ise, ameliyat sonrası ağrı nedeniyle kullanılan analjezikler, erken mobilize edilememe, nazogastrik sonda uygulamasıdır (105). Bazı çalışmalarda epidural veya spinal anestezinin postoperatif solunum komplikasyonlarını azaltmadığı yönünde sonuçlar alınmış olsa da, genel anestezinin gaz değişimine etkilerinden dolayı, özellikle altta yatan akciğer hastalığı olanlarda, bölgesel anesteziyi önermektedir (44,180). Yapılan pek çok çalışmada operasyon süresi uzadıkça solunumsal komplikasyon riskinin arttığı, özellikle 3-4 saatten uzun süren operasyonlardan sonra pnömoni riski beş kat arttığı gösterilmiştir (40,164,180).

Grup I'e alınan yaşlı hastaların solunumla ilgili sorunları incelendiğinde; %59,5'inin balgamı olduğunu, %50'sinin dispnesi olduğunu, %42,9'unun öksürüğü olduğunu belirlenmiş ve hastaların %2,4'ünün trakeostomisi bulunmaktadır. Grup I'deki yaşlı hastaların siyanoz, hemoptizi, solunum sırasında ağrı ve üst solunum yolu enfeksiyonu bulunmamaktadır. Grup II'ye alınan hastaların ise %3'ü öksürük,

%3'ü balgamı olduğunu ifade etmiştir. Siyanozu, dispnesi, hemoptizi, ağrısı, üst solunum yolu enfeksiyonu olan ve trakeostomisi olan hasta yoktur. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların, dispne, öksürük ve balgamı olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Ameliyat öncesi dönemde“ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yaşlı hastaların solunum aktivitesine ilişkin sorunları değerlendirilerek, ameliyat sonrası solunumla ilgili sorun yaşayama riski olan yaşlı hastaların Grup I' e dahil edilmiştir.

Sigara kullanımı yalnızca akciğer hastalığı olanlarda değil, solunumsal problemi bulunmayan sigara içicilerinde de ameliyat sonrası solunum komplikasyonu oranını arttırmaktadır. Rölatif solunumsal komplikasyon riski, sigara içenlerde 1.4- 4.3 arasında değişmektedir (180). Bu nedenle yaşlı hastalarda sigara içimi cerrahiden en az 8 hafta önce kesilmesi önerilmektedir. Zira sigara içimi ameliyat sonrası 1 aylık dönemde ameliyat sonrası solunum komplikasyonu oranını 6 kat arttırmaktadır (96).

Grup I' e alınan yaşlı hastaların %45,2'si sigara alışkanlığı olmadığını, %26,2'si ise sigara kullandığını, %28,6'sı sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. Grup I'deki yaşlı hastaların %14,3'ünde solunum sistemi hastalığı bulunmaktadır. Grup II'yi oluşturan hastaların %60,6'sı sigara alışkanlığı olmadığını, %24,2'si sigara kullandığını, %15,2'si ise sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. Hastaların sadece %6,1'inde solunum sistemi hastalığı bulunmaktadır. Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastaların sigara içme durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Yaşlılarda sigara kullanımı azalmış olan akciğer kapasitesini daha da etkilemekte ve yandaş hastalıkların etkilerini daha da arttırmaktadır. Yapılmış çalışmalarda sigara kullanım durumları değerlendirilmiştir. Uz (2008) çalışmasında, yaşlıların

%28,6'sının sigara, %1' inin alkol kullandığını, benzer şekilde Özdemir ve ark (2005) yaptıkları % 28,6'sının sigara kullandığını saptamışlardır. Bilir ve ark (2002) ise yaşlı hastaların % 60,0'ının hiç sigara içmemiş olduğu; %14,1'inin ise halen sigara içtiğini belirlemişlerdir (27,147, 210).

4.4.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “SOLUNUM” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ TARTIŞILMASI

Ameliyat öncesi yaşlı değerlendirme formundan elde edilen veriler doğrultusunda solunum fonksiyonuna ilişkin NANDA hemşirelik tanıları belirlenen Grup I ‘ e alınan yaşlı hastaların 10’unda yetersiz solunum, 22’sinde ise ameliyat sonrası solunum fonksiyonunda değişim riski tanısı almıştır. Uygulanan hemşirelik bakımı sonrasında ameliyat sonrası dönemde, hastaların solunum fonksiyonlarında düzelme sağlanmış ve yetersiz solunum tanısı alan hasta olmamıştır. Solunum fonksiyonunda değişim riski tanısı alan hastaların sayısı ise taburcu olduktan sonraki izlemlerde azalmıştır.

Ameliyat öncesi “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yapılan değerlendirme ile cerrahi girişim sonrası cerrahi açıdan, Grup II'ye göre daha fazla riski olduğu belirlenen Grup I ‘i oluşturan yaşlı hastalara, bireye özel gereksinimleri doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı ile ameliyat öncesi solunum fonksiyonuna ilişkin saptanan sorunların azaltıldığı, riskli bulunan durumlara yönelik girişimler sonucu sorunları gelişmediği gözlenmiştir.

4.5.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “BESLENME” BİLEŞENİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Yaşlılarda beslenme durumunun değerlendirilmesinin amacı, malnütrisyonun erken dönemdeki belirtilerini saptamak ve organ bozukluğu, mortalite ve morbiditeye neden olmadan bunları önlemektir. Beslenme durumunun değerlendirilmesi geniş anlamda tıbbi hikâye, diyeti, fiziksel testleri, antropometrik ölçümleri ve laboratuvar verilerini içermektedir. Değerlendirme yapılırken tüm bu yöntemlerle elde edilen verilerin birlikte kullanılması gerektiği önerilmektedir (163).

Beslenme yetersizliğinin nedeni, ileri yaşla birlikte vücutta ortaya çıkan birtakım değişikliklerdir. Bunlar tat ve koku alma duyusunda ve iştahta azalma, ağız hijyen bozukluğu ve dişlerde eksilmelere bağlı çiğneme kusuru, gastrointestinal sistemde ortaya çıkan değişiklikler (disfaji, gastrik atrofi, malabsorpsiyon, v.b.) ve endokrin sistemdeki değişikliklerdir. Organik değişikliklerin yanı sıra hareket kısıtlılığı ve sosyal izolasyon sonucu depresyon ve/ veya demans görülme sıklığı artar. Tüm bunlar yetersiz beslenmeye, bunun sonucunda da bir veya birden çok besin ögesinin eksikliğine sebep olur (213).

Yaşlı hastalarda beslenme yetersizliği riski, azalmış yağsız vücut kitlesi ve besin ve sıvı alımını tehlikeye sokan diğer birçok faktöre bağlı olarak artmıştır. Beslenme bakımı, hastanın kişisel, sosyal, fiziksel ve psikolojik tüm yönleri hesaba katılarak yapılan uygun kapsamlı bakım planı ile sağlanmaktadır. Yaşlılarda beslenme azlığının temel işaretleri; istenmeyen kilo kaybı 3 ay içinde > %5 veya 6 ay içinde > %10 ve BKI'nin 20 kg/m²'nin altına düşmesidir. Beslenme yetersizliği riski, tat almada kayıp, oral alımda azalma ve stres (fiziksel ve psikolojik) durumunda sıklıkla ortaya çıkmaktadır (28, 189).

Toplumda sağlıklı yaşayan bireylerde malnutrisyon %5 iken yaşlılarda bu oran %11-44 arasında değişmekte, hastaneye yatan yaşlılarda ise %30-65 lere çıkabilmektedir (35). Bu yüksek oranlar yaşlılarda beslenme durumunun önemini ortaya koymaktadır. Beslenme durumunda bozukluk çeşitli organ fonksiyonlarında, immün sistemde ve yara iyileşmesinde bozukluğa yol açarak morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir (188). Mayır ve ark (2010) alışmalarında, beslenme durumunun mortaliteyi belirleyen en önemli faktörlerden biri olduğunu saptamışlardır (134). Yapılan çalışmalarda malnutrisyonun yara iyileşmesinde gecikme ve infeksiyon oranlarında artışa yol açarak ameliyat sonrası komplikasyonları arttırdığı belirtilmektedir (131).

Yaşlılarda yüksek malnütrisyon prevalansına karşın ameliyat öncesi beslenme durumunun değerlendirmesi rutin bir uygulama olmadığı ve başvuru anında hastaların boy ve kilo ölçümleri ile birlikte sübjektif değerlendirmelerinin yapılmasının, hastaların nutrisyonel riskini belirlemek için kullanılabilecek basit ve etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir (33).

Beden kitle indeksi (BKİ), yaşlılarda beslenme durumunun değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılır. Yaşlanma sırasında kas kütlesi azalır, gövde ve karındaki visceral yağ dokusu artar, özellikle kol ve bacaklardaki subkutan yağ dokusu azalır. Aynı BKİ değerine sahip yaşlı bireyler, ge bireylere göre daha çok toplam vücut yağına sahiptirler. Bu nedenle yaşlılarda ağırlık ve BKİ’indeki değeriklikler sadece yağ depoları değeril, yağsız doku kaybına da bağlıdır. Bu durum BKİ’nin beslenme durumunun değerlendirilmesindeki geçerliliğini azaltmaktadır. Beden kitle indeksi ve mortalite arasındaki ilişki iyi tanımlanmasına karşın, yaşlılar için en iyi kesişim noktaları (cut-off points) konusunda tam bir fikir birliği yoktur.

BKİ'nin 21 kg/m²'nin altında olması yetersiz beslenmenin göstergesi olarak kabul edilmektedir (163).

Araştırmamızda Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların beden kitle indeksleri (BKİ); %4,8'i zayıf, %83,3'ü normal, %11,9'u hafif şişmandır. Grup II'yi oluşturan hastaların ise, %3'ünün zayıf, %36,4'ünün normal, %57,6'sının hafif şişman, %3'ünün ağır şişman BKİ olduğu bulunmuştur. Kuyumcu ve ark (2003), GIS malignitesi nedeni ile majör elektif cerrahi yapılan 30-80 yaş arası hastaları değerlendirdikleri çalışmalarında ise beden kitle indekslerini sırasıyla %21 (20 ve altı- zayıf), %40 (20-24,9- normal), %38 (25 den büyük- şişman) olduğunu belirlemişlerdir (121). Saka ve Özkulluk (2008) ise, çalışmalarında bir kişinin BKİ'si <18.50 kg/m² iken, 47 kişide (21 erkek ve 26 kadın) 18.50 ile 24.99 kg/m² arasında, 73 kişide (36 erkek ve 37 kadın) 25.00–29.99 kg/m² ve 19 kişide ise (5 erkek ve 14 kadın) ≥30.00 kg/m² olduğunu saptamışlardır (175). Benzer şekilde Çeçen ve Özbayır (2010) da çalışmalarında, yaşlı hastaların BKİ' nin % 47,8'inin normal, % 42,5'inin kilolu, % 3,5' inin zayıf olduğu belirlemişlerdir (42). Yaşlılarda tüm vücut bileşenlerinin yaşa bağımlı olarak değişmesi fizyolojik bir olaydır, boy ve kas kitlesi yaş ile azalırken, yağsız vücut kitlesi ve total vücut suyu da yaşa bağlı olarak azalmaktadır. Yaşlı grupta kas kitlesi azalırken, yağ kitlesi artmaktadır. Şişmanlık, harcanandan fazla enerji alınması sonucunda oluşmaktadır. Tüketilen besinler ile vücuda sağlanan enerjinin gereksinimden fazlası yağ olarak depolanmaktadır. Yaşlılarda fiziksel aktivitenin ve metabolik hızın azalması en yaygın şişmanlık nedenleridir. Özellikle 50 yaş sonrası, kadınların erkeklere göre daha çok şişmanlama eğilimleri vardır (162, 163). Orta yaş yetişkinlerde şişmanlık önemli bir halk sağlığı problemidir, pek çok ülkede 2. ve 3. derece şişmanlık (BKİ> 30)

prevelansı % 40 ve daha fazladır. 65 yaş üzeri bireylerde şişmanlığın sağlık riski tam anlamıyla açık olamamakla birlikte toplumsal veriler yaşlılıktaki orta düzeyde şişmanlığın ölümlülükte azalmayla ilişkisi olduğuna işaret etmektedir. 80 yaşın altındaki yaşlılarda zayıflık ve yağsız vücut kitlesinin kaybı şişmanlıktan daha önemli bir problem olabileceğine dikkat çekilmektedir (28). çalışmamızdan elde edilen sonuçlar ile bu gerçeklik desteklenmektedir.

Yaşlı sağlığının izlenmesinde en önemli yöntemlerden biri antropometridir. Antropometri; tüm yaş gruplarında insan vücudunun fiziksel boyutlarının, orantılarının ve kabaca bileşiminin ölçülüp değerlendirilmesidir. Elde edilen değerlerin standartlarla veya referans verilerle karşılaştırılarak beslenme ve sağlık durumu değerlendirilebilmektedir. Antropometri bireysel ve toplumsal özellikleri basit ve güçlü bir tahmin edici olup ilerleyen yıllarda oluşabilecek hastalık, sağlık, fonksiyonel bozukluklar ve mortalitenin hastalıklarla ilişkisini gösterir. Antropometrik veriler hastalıkların izlenmesi veya tespit edilmesinde önemli bir göstergedir. Antropometrik indikatörlerin sonuçları özel durumlara göre değişim gösterdiği ve bunların yaşa bağlı biyolojik değişimler, hastalıklar, kohort etkileri, yüzyıllık eğilimler, çocuklukta geçirilen hastalıklar, sigara içme, diyet, egzersiz ve sosyo-ekonomik faktörler olduğu bildirilmektedir (28).

Malnütrisyon (yetersiz veya aşırı beslenme) esas fizyolojik etkisini vücut bileşimine zararlı değişiklikler oluşturarak gösterir. Protein enerji malnutrisyonunda ilk değişiklik yağsız vücut kütleindeki ve yağ dokusundaki azalmadır. Şişmanlık, vücut yağ dokusunda anormal artış ile karakterize edilir ve birçok kronik hastalığın riskinin artmasına neden olur. Dolayısıyla antropometrik ölçümler klinikte ve epidemiyolojik çalışmalarda yaşlılarda beslenme durumunun değerlendirilmesinde

önemli bileşenlerdir. Yaşlıda beslenme durumunun saptanmasında sıklıkla kullanılan antropometrik ölçümler; vücut ağırlığı, boy uzunluğu, ağırlık, çevre ölçümleri ve deri kıvrım kalınlığıdır. Antropometrik ölçümlerin kullanılması, ölçüm becerisi gerektirmekle birlikte, maliyeti düşüktür ve yaşlıya rahatsızlık vermemektedir. Bu nedenle yaşlı popülasyonda kullanılması tercih edilmektedir. Ancak yaşlanmaya bağlı olarak vücut bileşimindeki değişikliklerden dolayı, yetişkinler için geliştirilmiş olan standartlar yaşlılar için uygun olmayabilir. Yaşlıda daha spesifik antropometrik standartlar gereklidir (163).

Yaşlılarda baldır çevresinin kas kitlesinin ölçümünde kol çevresinden daha duyarlı ve geçerli bir yöntem olduğu ifade edilmektedir. Yağsız kas kitlesinde yaşla birlikte olan değişimi ve aktivitedeki azalmayı göstermektedir. Yaşlı kadınlarda karın çevresinin artmasıyla oturma boyu arasında önemli negatif bir korelasyon olduğu ve bunun gelişmiş ülkelerde yaşlı erkeklerdeki kas kitlesi kaybının artması emeklilikle birlikte sedanter yaşama geçişin etkisi olarak açıklanmaktadır. Yaşlı erkeklerde yaş ile baldır çevresi arasında negatif korelasyon gözlenmektedir ve bunun belki erkeklerin fiziksel aktivitelerinin büyük ölçüde azalması ile genel kas kaybına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Yaşlılarda baldır çevresi kas dokusunu değerlendirmede en hassas ölçüm yöntemi olduğu belirtilmektedir (28, 217).

Yaşlılarda bel çevresi, şişmanlık ile ilişkili hastalıkların saptanmasında daha duyarlı bir ölçümdür. Beden kitle indeksi belirgin artmasa da toplam abdominal yağlanma risk tanımlayıcısıdır. Abdominal yağlanmayı tanımlamada en iyi göstergelerden biri de bel çevresinin ölçümüdür. Erkeklerde bel çevresinin >102 cm, kadınlarda >88 cm olması abdominal yağlanmanın bir belirleyicisi olduğu ifade edilmektedir (163,215,217).

Araştırmamızda Grup I ve Grup II' e dahil edilen yaşlı hastaların, BKİ leri ve antropometrik ölçüm değerleri (kol çevresi, bel çevresi, baldır çevresi) arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bu durum “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile Grup I ya da Grup II'ye dahil edilen yaşlı hastaların antropometrik ölçümlerle de riskli hastaların belirlenmesinde seçici olduğu görüşünü desteklediği söylenebilir.

Beslenme yetersizliğinin belirleyicilerinden olan kilo kaybı değerlendirmesinde ise; Grup I'e alınan yaşlı hastaların son 6 ay içinde kilo kaybı olma durumu; %57,1'sinin kilosunun sabit olduğunu, %42,9'unda ise kayıp olduğu belirlenmiştir. Kilosunda son 6 ay içinde artış olduğunu ifade eden bulunmamaktadır. Grup II'ye alınan hastaların % 3'ünde son 6 ay içindeki istemsiz kilo kaybı olduğu, %97'si kilosunun stabil olduğunu ifade etmiştir. Kilosunda artış olduğunu ifade eden bulunmamaktadır. Araştırmamızda, Grup I grubunda daha fazla oran kilo kaybı olduğu görülmektedir. “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” doğrultusunda oluşturulan Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastaların, son 6 ay içinde kilo kaybı olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Çeçen ve Özbayır (2010) çalışmalarında yaşlı hastaların % 46'sının son 6 ay içinde istem dışı 2.5 kg ve daha fazla kilo kaybettiğini, % 46,9'unun ise hastalığının beslenmesini etkilediğini saptamışlardır (42).

Grup I'e dahil edilen yaşlı hastaların hastanede iken beslenme şekli %59,5'inde oral, %31'inde enteral, %9,5'inde parenteral yol ile sağlanmaktadır. %59,5'inin kronik hastalığı/ şimdiki hastalığı nedeniyle özel diyeti var, %40,5'inin ise özel diyeti yoktur. Grup II'yi oluşturan hastaların tamamının beslenme şekli oral yol ile. Hastaların %12,1'inin hastalığı nedeniyle özel diyeti olduğu, %87,92'unun özel

diyeti olmadığı belirlenmiştir. Grup I'e alınan hastalarda enteral beslenme oranı (oral nutrisyon ekleri) daha yüksektir. Hastalarda az da olsa parenteral beslenme desteği sağlanmaktadır. Bu gruptaki hastaların beslenme yetersizliği/ riski nedeniyle beslenme desteği aldığı, Grup II'deki hastaların tamamının oral beslenmesi beslenme yetersizliği açısından risk olmadığı şeklinde açıklanabilir. Grup I ve Grup II'ye alınan hastaların, beslenme şekilleri arasında anlamlı istatistiksel ilişki ($p < 0.05$) saptanması bu gerçeği desteklemektedir.

ESPEN- Enteral Beslenme Rehberi'nde, yaşlı hastalarda, enteral beslenmenin (Oral nutrisyon ekleri ve/veya Tüple besleme), enerji ve besin alımını arttırdığı, ayrıca perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) ile beslemenin bu bakımdan nazogastrik beslemeden daha üstün olduğu vurgulanmaktadır Yaşlı hastalarda enteral beslenme için temel ve bağımsız endikasyonlar beslenme yetersizliği ve beslenme yetersizliği riskidir. Enerji, protein ve mikrobeyin alımını arttırmak, beslenme durumunu sürdürmek ve iyileştirmek ile bakımsız, iyi beslenmemiş veya beslenme yetersizliği riski bulunan hastalarda sağ kalımı iyileştirmek için oral beslenme ekleri tavsiye edilmektedir. Oral beslenme ekleri ve/veya tüple besleme beslenme yetersizliği riski altındaki hastalarda erkenden önerilmektedir (örneğin yetersiz besin alımı, istemeden kilo kaybı $> \%5$ 3 ay içinde veya $> \%10$ 6 ay içinde, BKI < 20 kg/m²). Rehberde, özellikle kalça kırığı ve ortopedik cerrahi sonrasında yaşlı hastalarda komplikasyonları azaltmak için oral nutrisyon eklerinin verilmesi önerilmektedir (189).

Grup I' e alınan hastaların normal günlük yaşamlarındaki yeme sıklığı değerlendirildiğinde %4,8'i günde 2 kez, %54,8'i günde 3 kez, % 40,5'i ise sık sık yediğini ifade etmiştir. Hastalar yemeklerini çoğunlukla (%42,9) masada, %19'i tv

seyrederken, %38,1'i ise ayakta atıştırma şeklinde yediğini belirtmiştir. %2,4'ü kendisine dokunan bazı yiyecekler olduğunu, %97,6'si dokunan yiyecek olmadığını her yemeği yiyebildiğini ifade etmektedir. Grup II'yi oluşturan hastaların , %72,7'si normal günlük yaşamında günde 3 kez, %27,3'si ise sık sık yemek yediğini ifade etmektedir. Yeme sıklığı günde 2 kez olan hasta bulunmamaktadır. Yaşlı hastalar yemeklerini çoğunlukla (%42,4) masada, %18,2'i tv seyrederken, %39,4'ü ayakta atıştırma şeklinde yediklerini ifade etmiştir. Hastaların %3'ü kendilerine dokunan yiyecekler olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde Güngör ve ark. (2005) çalışmalarında yaşlıların %91,5'inin 3 ya da 4 öğün tükettiğini, %70,4'ünün 6 ya da 8 saate bir yemek yediğini, %66,2'si öğün atlamadığını, %45,1'nin iştahının normal olduğunu belirtmişlerdir (92). Psikolojik sorunlar ve bakım problemleri sonucu yaşlılarda öğün atlama ve/veya yetersiz beslenme ile sık karşılaşıldığı (%35- 40) ve bu durumun malnütrisyona sebep olduğu belirtilmektedir (141).

Yaşlı hastalarda beslenmede birincil olarak karbonhidratlı besinlerin tüketilmesi, besin yerine sıvıların tercih edilmesi, yetersiz sıvı tüketimi ve çiğneme-yutma sorunlarının olması yetersiz besin tüketiminin pratik göstergeleri olduğu, yaşlının her öğünde ve aralarda yeterli sıvı ve besin tükettiğinden emin olunması gerektiği belirtilmektedir. Yaşlılarının iki veya daha çok günde servis edilen yemeğin %50'si veya daha azını tüketmesi, beslenme yetersizliği riskinin göstergesi olduğu ifade edilmektedir (163).

Grup I' e dahil edilen hastaların %73,8'inde diyetlerine uyumunun olduğu, %26,2'sında ise diyet uyumu olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %4,8'i alkol kullandığını ifade etmiştir. Grup II'ye alınan yaşlı hastaların %72,7'sinin diyetine uyduğunu belirlenirken,%27,3'ünde diyetine uyumu yoktur. Grup II'de alkol

kullanan yaşı bulunmamaktadır. Güngör ve ark. (2005) çalışmalarında, yaşlıların %73,2'si hiç alkol kullanmadığını, %32,4'ü halen sigara içtiğini, %67,6'sının egzersiz yaptığını, %76,1'i diyet yapmadığını saptamıştır. Alkolün sağlık üzerine olumsuz etkileri bilinmektedir (92). Aşırı alkol tüketiminin karaciğer, beyin, kalp kası hasarına, ülser, pankreas iltihabı, sindirim sistemi kanserleri, hipertansiyon ve depresyonu neden olduğu bilinmektedir. Sigara bazı kanser türlerine, vücuttan besin öğeleri kaybı nedeniyle yetersiz beslenmeye neden olmakta, vücudun antioksidan vitamin gereksinmesini arttırmaktadır. Yine sigara osteoporoz oluşumundaki risk faktörüdür. Yaşlının yeterli ve dengeli beslenmesinde alkol ve sigara kesinlikle içmemesi gerektiği ifade edilmektedir (163).

Grup I'e alınan yaşı hastaların %4,8'inde günlük sıvı alımı yeterli iken %95,2'inde sıvı alımı yeterli değildir. Grup II'yi oluşturan hastaların tüm hastaların günlük sıvı alımı yeterlidir. Rakıcıoğlu (2004), yaşlıların günde en az 2 litre sıvı tüketmesi gerektiğini, günlük gereksinmelerini karşılamak için günde 8-10 bardak sıvı tüketmelerinin uygun olduğunu, susama hissi yaşamasalar bile belirli aralıklarla su içmeleri gerektiğini vurgulamaktadır. Yeterli su veya sıvının tüketilmesi; normal böbrek fonksiyonlarının sürdürülmesi, idrar yolları enfeksiyonları, böbrek taşları ve kabızlığın önlenmesi açısından gereklidir. Taze sıkılmış meyve suları, süt, ayran ve çorbalar yaşlılar için uygun sıvı kaynaklarıdır ve aynı zamanda diğer besin öğelerini de içerirler (163). Çalışmamızda, yaşı hastaların günlük sıvı alımı bu öneriler doğrultusunda değerlendirilmiş ve Grup I'i oluşturan yaşlıların büyük oranda sıvı alımı açısından yetersiz olduğu saptanmıştır. Grup I ve Grup II'yi oluşturan yaşı hastaların sıvı alımı durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$).

Grup I'i oluşturan yaşı hastaların %35,7'si yemeğini yardımsız yiyebildiğini,

%64,3'i yemeğini yerken yardım gereksinimi olduğunu, Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların ise tamamı yemeğini yardımsız yiyebilmekte ve tümü hastane yemeği yiyebildiğini ifade etmektedirler. Yemek yemek için yardım gereksiniminin olması, yaşlı hastanın bağımlılığını arttırmakta bu da iştahsızlık ve beslenme yetersizliğine neden olmaktadır. Grup I ve Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların yemeğini yardımsız yiyebilme durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Grup I'e alınan yaşlı hastaların %16,7'si dişlerinin tamamının kendi dişleri, %45,2'si tamamının protez, %38,1'i ise bir kısmı protez olduğunu belirtmiştir. Grup II'deki hastaların %36,4'ü dişlerinin tamamının kendi dişleri, %36,4'ü tamamının protez, %27,3'ü ise bir kısmının protez olduğunu belirtmiştir.

Grup I'i oluşturan hastaların ağız mukozaların değerlendirildiğinde %57,1'sinin ağız mukozası bütün, %40,5'inde yara, % 2,4'ünde ise enfekte mukoza olduğu görülmüştür. Grup II'yi oluşturan hastaların tamamının ağız mukozasında bütünlüğü vardır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte tükürükte azalma ve dolayısıyla ağız kuruluğu ortaya çıkmaktadır. Ağız kuruluğu nedeniyle ağız mukozasında değişiklikler görülebilmektedir. Yine ağız hijyeninin sağlanmaması ağız mukozasında değişikliklere neden olmaktadır (23).

Grup I' i oluşturan yaşlı hastaların; %52,4'ünün iştah durumu kötü, %42,9'unun iştah durumu orta, %4,8'inin iştah durumu iyidir. Grup II'yi oluşturan hastaların iştah durumu kötü olan hasta bulunmazken, iştah durumu orta olanlar %6,1, iştahı iyi olanların oranı ise %93,9' dur. İştahsızlık daha önce de bahsedildiği gibi beslenme yetersizliğine neden olan durumlardan biridir. İştahsızlığı olan ya da sorun yaşayan yaşlı hastaların çoğunluğu Grup I'e alınmıştır. Grup I ve Grup II'deki hastaların iştah durumları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Beslenme yetersizliğine neden olan bir diğer durum da yutma güçlüğüdür. Bu durum gastro intestinal bazı sorunlar, maligniteler, psikolojik ya da mental yetersizlikler nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Çalışmamızda Grup I'e dahil edilen hastaların %9,5'unun yutma güçlüğü olduğunu, %7,1'inin bazen yutma güçlüğü yaşadığını, %83,3'ünün ise yutma güçlüğü yaşamadığını ve yaşlı hastaların %38,1'inin hazımsızlık şikayeti olduğunu, %33,3'ünün ise bazen hazımsızlık şikayeti olduğunu saptanmıştır. Grup II'yi oluşturan hastaların tamamının yutma güçlüğü olmadığı, %97,0'sinin hazımsızlık şikayeti olmadığı %3'ünün ise bazen hazımsızlık yaşadığını belirlenmiştir. Güler ve ark (2009) çalışmalarında yaşlıların beslenmeyle ilgili olarak %39,1'inin çiğneme, %26,1'inin hazımsızlık sorunu yaşadığını, Beden Kütle İndeksi'ne bakıldığında ise, %30,4'ünün fazla kilolu olduğu belirlemişlerdir. Ayrıca çalışmada yaşlıların %26,1'inin günde iki öğün yemek yediğini, %58,7'sinin hastalıkları nedeni ile özel bir diyet uygulamak zorunda olduğunu, %25,9'unun bu diyeti uygulayamadığını saptanmıştır (91).

Grup I ve Grup II'ye dahil edilen yaşlı hastaların yutma güçlüğü yaşama durumu ve hazımsızlık yaşama durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Grup I'e alınan yaşlı hastaların barsak sesleri dinlendiğinde %38,1'inin barsak sesleri normal, %31'inin barsak sesleri hızlı duyulmuş, %31'inin barsak sesleri duyulamamıştır. Grup II'deki hastaların barsak sesleri dinlendiğinde %90,9'unun barsak sesleri normal, %6,1'inin barsak sesleri hızlı, %3'ünün ise bağırsak sesleri duyulamamıştır. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların barsak sesleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Grup I'e alınan hastaların %14,3 'ünde hemoroid, %16,7'sinin sindirim

sistemine ilişkin hastalığı olduğu belirlenmiştir. Grup II'ye alınan hastaların %6,1'inin hemoroidinin olduğu, sindirim sistemine ilişkin başka bir hastalığı olmadığı belirlenmiştir. Yaşlılarda sindirim sistemi ve diğer bazı sistemlerdeki değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan beslenme sorunları yaşının sağlık durumunu olumsuz etkileyebilmektedir.

4.5.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “BESLENME” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ TARTIŞILMASI

“Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” kullanılarak beslenme fonksiyonuna ilişkin sorunlarına yönelik NANDA hemşirelik tanısı alan Grup I ‘ e dahil edilen yaşlı hastaların, 11’i beden gereksiniminden az beslenme, 19’u (% 45,2) iştahsızlık tanısı almıştır. Hastaların 6’sında hastane yemeğini yiyemediği için iştahsızlık riski tanısı belirlenmiştir. Ameliyat sonrası taburcu oluncaya dek geçen sürede hastaların beslenme saatlerinin düzenlenmesi, hastane diyetisyeni ile görüşülerek yaşlı hastaların sevdikleri yemeklerin diyet listesine eklenmesi sağlanarak verilen hemşirelik bakımı sonrasında beden gereksinimine uygun beslenmeleri sağlanmıştır.

Ameliyat öncesinde 19 hastada iştahsızlık var iken uygulanan hemşirelik bakımı ile ameliyat sonrasında 5 hasta iştahsızlık tanısı almıştır. Taburcu olduktan bir hafta sonraki değerlendirmede beden gereksiniminden az beslenme riski alan hasta sayısı 4, iştahsızlık şikayeti olan hasta sayısı 2 , taburcu olduktan üç hafta sonra ise 2 olarak belirlenmiştir. Taburcu olduktan üç hafta sonra beden gereksiniminden az beslenme riski alan hasta sayısı 1’dir.

Ameliyat öncesinde sadece 1 hastada beslenmeye ilişkin bilgi eksikliği olduğu

belirlenmiş, uygulanan hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan önce taburcu olduktan bir hafta ve üç hafta sonraki değerlendirmelerde beslenmeye ilişkin bilgi eksikliği tanısı olan hasta bulunmamaktadır.

Ameliyat öncesi “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu”ndan elde edilen veriler doğrultusunda iştahsızlığı olan, diş problemi nedeniyle yemek yemekte zorlandığını ifade eden, yutma güçlüğü olan, albumin değerleri 3 mg/ dl nin altında olan, zayıf beden kitle indeksi ve antropometrik değerleri olan yaşlı hastaların 4’ü malnütrisyon, 21 ‘i ise malnütrisyon riski tanısı almıştır. ameliyat sonrası hastaların geçirdikleri cerrahi girişim özellikleri, beslenme özellikleri, cerrah ve diyetisyen ile görüşülerek gerekli mayi ve beslenme solusyon desteği sağlanarak verilen hemşirelik bakımı sonrasında, taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede yaşlı hastalarda malnütrisyon sorununun düzeldiği, ilk değerlendirmede malnütrisyon riski 21 olan hasta sayısının 12 ‘ ye, taburcu olduktan bir hafta sonra 4 ‘e düştüğü, taburcu olduktan üç hafta sonra ise malnutrisyon riski tanısı alan hasta olmadığı belirlenmiştir.

Ameliyat öncesi “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yapılan değerlendirme ile cerrahi girişim sonrası cerahi açıdan, Grup II’ye göre daha fazla riski olduğu belirlenen Grup I ‘i oluşturan yaşlı hastalara, bireye özel gereksinimleri doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı ile ameliyat öncesi beslenme fonksiyonuna ilişkin saptanan sorunların azaltıldığı, riskli bulunan durumlara yönelik girişimler sonucu sorunları gelişmediği gözlenmiştir.

4.6.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “BOŞALTIM” BİLEŞENİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Yaşlı hastalarda boşaltım aktivitesi değerlendirilirken; üriner ve bağırsak boşaltım alışkanlığı ve değişiklikleri, idrar ve gaitanın görünüş, sıklık ve miktarında son zamanlardaki değişiklikler, boşaltım için yapılan üriner kateterizasyon, ürostomi, ileostomi, kolostomi gibi girişimler, boşaltım sırasında ağrı, diyare, konstipasyon, (gaz birikimi), inkontinans gibi durumların göz önüne alınması önerilmektedir. Yaşlanmaya bağlı değişikliklerin ve hastalıklarının yanı sıra oryantasyon bozukluğu, bilinç kaybı, endişe, stres, depresyon da yaşlılarda boşaltım aktivitesindeki bağımsızlığı etkileyen faktörlerdendir (60, 171).

Yaşlanmayla birlikte nefron kaybı, böbrek kitlesinin azalması ve idrarı konsantre etme yetisinde kayıp, beden sıvılarının düzenlenmesinde ve yeterli sıvı homeostazisini sürdürmede değişikliğe yol açmaktadır. Renovasküler yataktaki değişiklikler nedeniyle birey 80 yaşına geldiğinde renal kan akımının % 50 azaldığı görülmektedir. Yaşlılarda üreterler mesane ve üretra kas yapısında tonüs ve elastisite kaybı olmaktadır. Bu durum en fazla mesanede dikkat çekmekte ve mesanenin tutma kapasitesindeki kayıpla bir aradadır. Erişkinde mesanenin idrar kapasitesi 500-600 ml iken yaşlılarda yaklaşık 250 ml dir. Mesane boşalırken zayıflamış kontraksiyonlar nedeniyle mesanede idrar kalabilmektedir. Değişiklikler üriner inkontinansa ya da istemsiz idrar atılımı, idrar sıklığında artmaya neden olacak büyüklükte olursa yaşlanmanın normal bir sonucu olarak kabul edilmemelidir (58,60).

Böbrek fonksiyonlardaki gerilemeye bağlı olarak özellikle ameliyat sonrası dönemlerde sıvı elektrolit bozuklukları, asit-baz bozuklukları gelişebilir, akut böbrek yetmezliğine yatkınlık, uygunsuz sıvı verilmesine bağlı olarak bu hastalarda konjestif

kalp yetmezliği riski artmaktadır. Yaşlı hastalarda ameliyat öncesi dönemde böbrek fonksiyonlarının iyi değeriendirilmesi, uygun sıvı ve elektrolit tedavisi gerekmektedir (134). Bu nedenle araştırmamızda yaşlı hastaların idrar miktar ve özellikleri de değeriendirilmiştir. Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların idrar özellikleri değeriendirildiğinde; %42,9'ında idrar rengi berrak, %54,8'inde idrar rengi koyu, %2,4'ünde ise hematüri görülmektedir. Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların idrar özellikleri ise; %84,8'inin idrar rengi berrak, %15,2'sinin idrar rengi koyu olduğu belirlenmiştir, hematüri görünen hasta bulunmamaktadır. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların idrar renginde değışiklik olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Normal idrarın rengi sarının tonları şeklinde olabilir. Günlük çıkarılan idrar arttıkça rengi açılır. Konsantre idrar daha koyu, dilüe idrar ise daha açık renklidir. Sarı tonları haricinde patolojik olarak eritrosit veya hemoglobinden dolayı kırmızı, miyoglobinden dolayı kırmızı-kahverengi renkte, melaninden dolayı siyah renkte görülebilir. İdrarda köpük beyaz ve az miktarda ise normal; beyaz ve büyük oranda ise protein; sarı ve büyük oranda ise bilirubin varlığına işaret eder (138).

Normal idrar berraktır. Ancak üratlar, fosfatlar, karbonatlar, oksalatlar, radyografik maddeler, mukus, squamoz epitel hücreleri, spermatozoa, prostat sıvısı, fekal kontaminasyon, krem ve pudra bulaşması gibi durumlarda idrar bulanık olabilir (30). Ayrıca idrarda patolojik olarak eritrosit, lökosit, mikroorganizma, renal epitel hücresi, lipid ve taş gibi maddelerin bulunması da idrarı bulanıklaştırır.

Sağlıklı erişkin: 600- 1800ml/24 saat idrar çıkarır (219). İdrar miktarı >2500 ml/24 saat ise poliüri; 50-400 ml/24 saat ise oligüri ve <50 ml/24 saat ise anüri olarak adlandırılır. Diüretik ilaçlar, kafein, alkol, İ.V sıvı verilmesi, fazla protein ve

tuz alımı poliüri nedenleri arasındadır. Dehidratasyon, renal iskemi, toksik ajanlar, cıva biklorid, bilateral hidronefroz ve prostatik hiperplazi oligüriye neden olur (138).

Ameliyat sonrasında, yaşlı hastalarda ve özellikle ortopedik hastalarda üriner kateter sıklıkla uygulanmaktadır. Nazokomiyal üriner sistem enfeksiyonlarının büyük çoğunluğunun üriner kateterizasyon sonrası olduğu ve kateter takılan hastaların % 20-30'unda 7. günden sonra bakteriüri yada candiüri geliştiği (sonra her gün bu risk % 5 oranında artmaktadır), bakteriürisi olan hastaların % 30'unda üriner enfeksiyon geliştiği bilinmektedir (17).

Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların %69'unda üriner kateteri olduğu, kateterin takılma süresi değerlendirildiğinde görüşme anından 3 gün önce takılan %75,9 hasta, 4 gün ve daha fazla takılan % 24,1 hasta bulunmaktadır. Grup II'yi oluşturan hastalardan sadece birinde üriner kateteri olduğu ve kateterin ameliyattan 3 gün önce takıldığı belirlenmiştir.

Grup I'e alınan yaşlı hastaların, %50'inde üriner inkontinans olduğunu, %19'unda üriner inkontinans olmadığını, %31'inde bazen üriner inkontinans olduğu, %14,3'ünde fekal inkontinansı olduğu, %64,3'ünde fekal inkontinans olmadığı, %21,4'ünde bazen fekal inkontinansı olduğunu belirlenmiştir. Grup II'yi oluşturan hastaların hiçbirinde üriner ve fekal inkontinans bulunmamaktadır. Çeçen ve Özbayır (2010) çalışmalarında üriner inkontinansı olan yaşlı oranı % 48,7 olarak saptamışlardır (42). Üriner inkontinans yaşlı popülasyonu etkileyen, depresyon, anksiyete, utanma ve sosyal izolasyon gibi ciddi psikolojik ve sosyal komplikasyonlara neden olabilecek önemli ve yaygın bir sağlık problemidir (104). İnkontinansı olan yaşlılar bu problemlerinden dolayı fiziksel ve sosyal aktivitelerden kaçınırlar. Bu nedenle yaşlılardaki bu sorunun nedeninin ve tipinin belirlenerek

tedavisinin sağlanması yaşlının sağılının sürdürölmesinde çok önemlidir (75). Çeşitli çalışmalarda toplumda geriyatrik idrar inkontinansı prevalansının %8-34 arasında değıştiğı belirtilmektedir (155). Kocaçal ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada ise, huzurevinde kalan yaşlıların yaklaşık olarak %46,0'ında inkontinans sorunu olduğunu ortaya çıkarmışlardır (115).

Yaşlılıkta idrar kaçırmaya neden olan önemli faktörler, yaşa bağılı olarak idrar tutma mekanizmalarında meydana gelen değışiklikler ile bu yaş grubunda artan risk faktörleridir. Yaşa bağılı değışiklikler artmış mesane aktivitesi, prostat büyümesi, gece idrar hacminin artması, vagina ve idrar kanalı döşemesinin kanlanması azalması, miksiyon sonrası kalan idrar miktarının artması, idrarı bekletme yeteneğinin, mesane kapasitesinin azalması ve kasılma gücünün düşmesidir (104).

Yaşlı hastalarda barsak boşaltımında en önemli sorunlardan biri “konstipasyon”dur. En sık görülen sorunlardan biri olan konstipasyon, sıklıkla abdominal ve perineal kaslarda ve sindirim sürecindeki yavaşlamaya bağılı olarak gelişmektedir. Konstipasyon giderilemezse, onun bir komplikasyonu olarak fekal tıkaç oluşabilmektedir. Ayrıca kaslarda güçsüzlük de konstipasyon nedeni olmaktadır (58,59,60).

Grup I'deki yaşlı hastaların %19'unda 24 saatte bir, %40,5'inde 48 saatte bir, %40,5'inde 48 saatten fazla süreyle defekasyon \barsak alışkanlığı olduğu, Grup II'deki hastaların %36,4'sinin defekasyon\barsak alışkanlığı 24 saatte bir, %48,4'ünün 48 saatte bir, %15,2'sinin 48 saatten fazla olduğu saptanmıştır. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların barsak alışkanlıkları arasında anlamlı fark saptanmıştır (p <0.05). Güler ve ark. (2009) yaptıkları çalışmalarında yaşlıların boşaltımla ilgili sorunlarını incelemişler, %39,1'inde konstipasyon, %32,6'sıda idrar

yapma ile ilgili sorunlar olduğu, yaşlıların idrar yapma ile ilgili sorunlarının; idrar yapma sırasında ağrı, stres inkontinansı, gündüz idrar kaçırma gibi sorunlar olduğunu belirlemişlerdir (91).

Grup I' e alınan hastaların, %76,2'sı konstipasyonu olduğunu, %23,8'i konstipasyonu olmadığını, %19'u diyaresi olduğunu, sıklıkla laksatif kullanan %9,5, hiç kullanmayan %71,4, bazen kullanan %19 hasta bulunmaktadır. Grup II'ye alınan yaşlı hastaların %3 'ünde konstipasyon şikayeti varken, diyare, konstipoasyonu için laksatif kullanan yoktur. Biçer ve Atalay (1998) yaptıkları çalışmada, hastanede yatan 140 yaşlının yarısında konstipasyon sorunu olduğunu ortaya çıkarmışlardır (25). Yaşlılarda konstipasyonun hastalıklar ve kullanılan ilaçlar, sindirim sistemindeki değişiklikler ve beslenme şekli, hareketsizlik, sıvı tüketimi azlığı gibi çeşitli nedenleri vardır. Konstipasyonu azaltmak ve sağlıklı barsak alışkanlığını sürdürmek için, yaşlı bireyler yeterli sıvı alımına, posalı diyetle beslenmeye ve egzersiz yapmaya teşvik edilmelidir (75).

Araştırmamızda, Grup I'deki yaşlı hastaların, %28,6'sı idrar yaparken ağrı yaşadığını, %61,9'i idrar yaparken ağrısı olmadığını, %9,5'i bazen ağrısı olduğunu ve %7,1'i defekasyon yaparken ağrısı olduğunu, %85,7'i defekasyon sırasında ağrısı olmadığını , %7,1'i bazen ağrısı olduğunu ifade etmiştir. Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların ise idrar ve defekasyon sırasında ağrısı olan yoktur.

Grup I'e alınan hastaların %26,2'si hastane tuvaletini kullanabildiği, %64,3'ünün komod'sürgü kullandığı, %9,5'inin hasta altı bezi kullandığı saptanmıştır. Grup II' e alınan hastaların %97'si hastane tuvaletini kullanabildiğini, %3 '  ise komod'sürgü kullandığını ifade etmiştir. Hasta altı bezi kullanan hasta yoktur. Grup I ve Grup II'ye alınan hastaların boşaltımlarını gerçekleştirme durumu

arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Grup I'deki yaşlıların %73,8'inin boşaltım için yardım gereksinimi olduğu belirlenmiştir. %26,2'sı boşaltımı için yardım gereksinimi duymamaktadır. Grup II 'yi oluşturan hastaların %3'ünün boşaltımı için yardım gereksinimi olduğu, %97 yardıma gereksinimi olmadığı belirlenmiştir.

Grup I'deki yaşlı hastaların % 19'unda genito üriner sistem hastalığı varken, %81,9'unda bulunmamaktadır. Hastaların %7,1'inde kolostomi bulunmaktadır. Nefrostomi ve ileostomisi olan hasta yoktur. Grup II'de ise, genito üriner sisteme ilişkin hastalığı olan ve kolostomisi, nefrostomi, ileostomisi olan hasta yoktur.

“ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yapılan değerlendirme sonucunda, idrar renginde, defekasyon alışkanlığında değişikliği olanların, boşaltımı için yardım gereksinimi olanların, ürinerve fekal inkontinansı olanların, üriner kateteri olanların, konstipasyonu olanların ve idrar yaparken ağrı yaşadığını ifade edenlerin büyük çoğunluğunun Grup I' e dahil edilmiştir.

4.6.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “BOŞALTIM” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ TARTIŞILMASI

“Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” kullanılarak yapılan değerlendirmede formdan elde edilen bilgiler doğrultusunda boşaltım fonksiyonuna ilişkin sorunlarına yönelik belirlenen NANDA hemşirelik tanısı alan Grup I' e alınan yaşlı hastaların 2'si, idrar yapmada değişiklik yine 2 'si idrar yapmada değişiklik riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrası taburcu oluncaya dek boşaltım için yardım gereksinimi olan hastaların desteklendiği, sıvı alımının ve koğuş tipi odada kalan yaşlı hastaların boşaltımını sağlamak için mahremiyeti sağlanarak verilen hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce değerlendirmede Mesane

Ca nedeniyle opere olan ve üriner kateteri olan 1 hastada, taburcu olduktan bir hafta sonra, taburcu olduktan üç hafta sonra idrar yapmada değişiklik riskinin devam ettiği belirlenmiştir.

Ameliyat öncesin yapılan değerlendirmede yaşlı hastaların 13 ‘ü konstipasyon, 1 ‘i konstipasyon riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrası konstipasyonun giderilmesine ilişkin verilen hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede konstipasyon sorunu olan hasta olmadığı, konstipasyon riski tanısı alan hasta sayısının 8, taburcu olduktan bir hafta sonra 4, üç hafta sonra yapılan değerlendirmede ise 2 olduğu belirlenmiştir. Verilen hemşirelik bakımı ile konstipasyon sorunu çözülmüş, taburcu olduktan sonra beslenme alışkanlığında değişikliğin sürdürülmesinde güçlük ve yaşlıya bakım veren hasta yakınlarının bilgi ve tutumları göz önüne alınarak konstipasyon riski tanısı belirlenmiştir.

“ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” dan elde edilen veriler doğrultusunda, üriner sistem cerrahisi geçiren, üriner kateteri olan, sıvı alımı, mobilitesi yetersiz olan ve katater bakım yetersizliği olduğu belirlenen 29 hasta üriner enfeksiyon riski tanısı almıştır. Üriner sistem enfeksiyonu riskini gidermek için verilen hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede tanı alan hasta sayısı 12 , taburcu olduktan bir hafta sonra 2 olarak belirlenmiştir. Taburcu olduktan bir hafta sonra üriner katateri olan ve yatağa bağımlı olan 1 hastada üriner enfeksiyon riski tanısı belirlenmiştir. Ancak ameliyat sonrası dönemde üriner enfeksiyonu gelişen hasta olmamıştır.

Ameliyat öncesi “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yapılan değerlendirme ile cerrahi girişim sonrası cerahi açıdan, Grup II’ye göre daha fazla riski olduğu belirlenen Grup I ‘i oluşturan yaşlı hastalara, bireye özel gereksinimleri

doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı ile ameliyat öncesi boşaltım fonksiyonuna ilişkin saptanan sorunların azaltıldığı, riskli bulunan durumlara yönelik girişimler sonucu sorunları gelişmediği gözlenmiştir.

4.7.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME” BİLEŞENİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Kişilerin temiz ve görünümlerinin iyi olması, kişinin kendine özgüven duyması için gerektiği kadar, sosyal sorumluluk bilincine sahip olması yönünden de büyük önem taşır. Bu nedenle çağımızda çoğu toplum ve kültürler için giyinme ve kişisel temizlik önemli bir aktivite olarak nitelenmektedir.

Kişisel temizlik aktivitesi, tüm vücudun deri ve eklerinin temizlik ve bakımı ile ağız-diş bakımını kapsayan uygulama ve alışkanlıklardan oluşur. Giyinme aktivitesi ise, kişinin bedensel korunma ile geleneksel ve kültürel ifadenin yanı sıra seksüel ifadeyi yansıtır. Giyinme, ayrıca sözsüz iletişim yollarından birini oluşturur (14,212).

Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların; % 16,7'si kendi temizliğini yapabildiğini, % 21'i yardımla yapabildiğini, % 33,3'ü yapamadığını ifade etmiştir. Tüm vücut banyosunu yarımsız yapabilenler % 16,7, yardımla yapabilen % 47,6, yapamadığını ifade edenler ise % 35,7 dir. Yardımsız elini yüzünü yıkayabilen yaşlı hastalar % 19, yardımla yapabilenler % 47,6, yapamayanlar ise % 33,3 'tür. % 11,9 'u saçlarının bakımını kendi kendine yapabildiğini, % 50 'si yardımla yapabildiğini, % 38,1'i ise yapamadığını belirtmiştir. % 11,9' u tırnak temizliğini kendisinin yapabildiğini, % 47,6 'sı yardımla yapabildiğini, % 40,5'i yapamadığını; % 19,'u dişlerini kendisini fırçalayabildiğini, % 42,9'u yardımla, % 33,3'ü fırçalayamadığını ifade etmiştir.

Yine Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların % 16,7'si kendi kendine giyinebildiğini, % 52,4'ü yardımla giyinebildiğini, % 31'i giyinemediğini ifade etmiştir.

Grup II'yi oluşturan yaşlı hastalarda ise; kendi temizliğini, tüm vücut banyosunu, elini yüzünü yıkama, saç bakımı, tırnak temizliğini, giyinme aktivitelerini yardımsız yapabildiğini ifade edenlerin oranı % 97, yardımla yapabilenlerin oranı ise % 3'tür. Dişlerini yardımsız fırçalayabilenler ise % 92,2, yardımla fırçalayabilenler % 3, yapamadığını ifade edenlerin oranı ise % 4,8'dir.

Hastanede farklı kliniklerde yatan 65 yaş ve üzerindeki kronik hastalığı olan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunu araştırmaya yönelik yapılan bir çalışmada, yaşlıların %25,0'nın banyo yapma, giyinip soyunma ve tırnaklarını kesme gibi aktiviteler nedeni ile başkasına bağımlı oldukları ortaya çıkmıştır (25). Kerem ve ark. (2001) ev ortamında yaşayan yaşlılar arasında yaptıkları çalışmada ise yaşlıların %6,0'nın beslenmede, %6,0'nın hijyen sağlamada, %24,0'nın yürümede, %22,0'nın merdiven inip çıkma gibi günlük yaşam aktivitelerinde kişi yardımına ihtiyaç duyduklarını belirlemişlerdir (112). Gökdoğan ve ark. (2008) kronik hastalığı olan yaşlıların evde bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada yaşlıların %30,0'nın öz bakım, hareket etme ve günlük işlerinde yardıma gereksinimlerinin olduğunu saptamışlardır (85).

Yaşlı derisinin yapı ve fonksiyonları diğer yaş gruplarından farklıdır. Derimiz sadece estetik bir organ değildir, aynı zamanda vücut ısını düzenlemek, vücut sıvılarının korunmasını sağlamak, altındaki organları zararlı dış etkilere korumak gibi çok önemli görevleri üstlenmiştir. Malign (kötü huylu) neoplazmlar dışında, yaşlılık döneminde ortaya çıkan deri problemleri çoğunlukla hayatı tehdit etmemektedir. Yaşlanma ile birlikte derinin yapısında ve fonksiyonlarında birçok

değişiklik ortaya çıkmaktadır. Yaşlı derinin hücre yenilenme hızının azalması sonucu epidermis incelmenin yanı sıra deride küçük hasarların iyileşmesinde yavaşlama, iyileşmeyen ülserlere eğilim, yara iyileşmesinde gecikme, bariyer fonksiyonu, ısı düzenlenmesi gibi fonksiyonlarında azalma ve yavaşlama olmaktadır. Deriden kimyasal maddelerin temizlenme hızı azaldığından yaşlılarda kontakt dermatit görülme sıklığı artar. Deriye renk veren hücrelerin (melanositlerin) sayı ve fonksiyonlarının azalması sonucu özellikle güneş gören bölgelerde düzensiz kahverengi lekeler (yaşlılık lekeleri), deride solukluk olur. Pigmentasyon bozukluğu UV ışınlarına karşı bariyerin azalmasına neden olmaktadır. Derinin alt tabakalarında (dermis) kollajen ve elastin miktarının azalması ve bunların kaynağı olan hücrelerin sayı ve hacimlerinin azalması, deride kırışıklık ve elastikiyetin azalması ile sonuçlanmaktadır (109,118).

Grup I'deki hastaların deri özellikleri değerlendirildiğinde % 19'unun deri rengi normal, %76,2'sinin soluk, %4,8'inin pigmentedir. Hastaların %85,7'inde deri bütünlüğü olduğu, %9,5'inde bası yarası olduğu ve % 4,8'inde skar dokusu olduğu belirlenmiştir. Grup II'deki hastalarda %97'sinin deri rengi normal, %3'ünde soluktur. Hastaların tamamında deri bütünlüğü vardır. Grup I ve Grup II'ye alınan hastaların deri rengi ve turgor özellikleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Grup I' e alınan hastaların deri turgoru % 2,4'ünde normal, % 97,6'sin de ise azalmıştır. % 9,5'inde deri nemli, %45,2'inde kuru, %45,2'inde kızarıktır. Grup II'ye alınan yaşlı hastalarda %93,9'unda deri turgoru normal, %6,1'inde ise azalmıştır. Yaşlı hastaların %93,9'unun derisi nemli, %6,1'inin kuru özelliğindedir. Derisi kızarıklık ve renk değişimi olan hasta bulunmamaktadır.

Deri kuruluğu (Kserozis), yaşlılarda kaşıntı nedenlerinin başında gelir. 65 yaşın

üzerindeki insanların %75'ini etkileyen önemli bir sorundur. Kaşıntı, yaşlılarda rahatsızlık veren yakınmadır. Ancak kaşıntıya neden olabilecek bir deri hastalığı, sistemik bir hastalık (Diabet, böbrek yetmezliği, guatr, karaciğer hasarları, demir eksikliği anemisi, kanserler), sistemik veya yerel ilaç kullanımı mutlaka ekarte edilmelidir. Başlangıçta şiddetli kaşıntıya rağmen deride görünür bir değişiklik olmazken daha sonra tırnaklama etkisi ile üzeri kanatılmış görünümle birlikte, sert plaklar oluşur. Bu çatlaklar ikincil enfeksiyonlara zemin hazırlar Yaşlılarda kişisel bakımın sağlanmasındaki güçlük, hücre yenilenme potansiyelinin, ve immünolojik fonksiyonların azalması bakteriyel, parazitik, fungal ve viral enfeksiyonların bu yaşta daha sık oluşmasına neden olur. Yaşlılarda bacaklarda ödemin yanı sıra, dolaşım bozuklukları, kuruluk ekzeması ve diabet gibi hastalıklar selülit ve erizipel gibi bakteriyel enfeksiyonlara yol açabilir (109).

Yaşlılarda ter bezi sayısı ve salgısının azalmasına bağlı olarak terleme azalır. Ayrıca derinin damarlanması da azaldığından yaşlılarda sıcak çarpması riskinin arttığı gözlenir. Yağ bezlerinin yağ salgısı üretme kapasitesi azalır ancak yağ bezlerinin büyüklüğü artar. Yüzde yağ bezi hiperplazisine bağlı olarak küçük, beyaz kabarıklıklar görülür. Ayrıca deride düzensiz yağlanmaya bağlı olarak yüz ve saçlı deride kaşıntı oluşabilir. Bu durum yağlanmayı Grup II eden sabun ve şampuanların kullanılması ile önlenabilir (109).

Yaşlı insanlarda tırnaklar kuru ve gevrek bir hale gelir. Tırnaklar opaklaşır ve renkleri sarıdan griye döner ve düzleşir veya kaşık gibi olur. Tırnakların uzaması azalır, el tırnakları daha kırılabilir ve uç kısımlarında ayrılma olurken ayak tırnakları kalınlaşır ve kıvrılır. Bu durumun oluşmasını engellemek için eldiven kullanarak deterjan ve kimyasal çözücülerden korumak (oje ve aseton gibi), tırnakları kısa

tutmak, tırnakların kurumasını ve kolay kırılmasını önler (109,118).

Grup I' e dahil edilen hastaların %47,6'sinin tırnak yapısı normal , %52,4'sinin ise serttir. %4,8'inin deri ve eklerine ilişkin hastalığı olduğu, % 95,2'sinin olmadığı belirlenmiştir. Grup II' e dahil edilen hastalarda %97'sinde tırnaklar normal görünümde olup , %3'ünde serttir. Deri ve eklerine ilişkin hastalığı bulunan yaşlı görülmemiştir.

Hastanede yatan hastalarda çoğunlukla yaşlılarda yatıştan sonraki ilk 2 hafta içerisinde bası yaraları görülmektedirler. Derinin üzerindeki eksternal basınç ortalama kapiller hidrostatik basıncını (30 mmHg) aştığı zaman basınç ülserleri görülmeye baslar. Yatan hastalarda sakrum gibi bölgelerdeki eksternal basınç 100-150 mmHg'yi bulabilmektedir. Nem ve sürtünme ciltteki aşınmayı artıran faktörlerdendir. Yaşlılarda, bunlara ek olarak derinin kalınlığının ve kanlanmasının azalması, yara iyileşmesinde gecikme, subkütan yağ dokusunun daha derin dokulara yer değiştirmesi, immobilité, nörolojik defisit, malnütrisyon, çinko, demir ve C vitamini eksiklikleri nedeniyle dekübit ülser gelişimi hızlanmaktadır (198).

Yaşlı hasta popülasyonunda yaşa bağlı dejenerasyonlar ve artmış kronik hastalıklarla, hastanede yatma, bası yarası görülme olasılığını artırmaktadır. İleri yaş, bası yarası gelişimindeki intrensek faktörlerden bir tanesidir. İleri yaşla birlikte dermiste kollajen, elastin miktarında azalma olur, epidermal hücrelerde yenilenme yeteneği azalır, deri perfüzyonu azalır. Yaşlanmanın neden olduğu değişiklikler hastanın bası, sürtünme ve yırtılmaya karşı duyarlılığını artırır. Yapılan çalışmalar yaşın tek başına bası yarası gelişimine neden olmadığını eşlik eden diğer risk faktörlerinin ve kronik hastalıkların varlığında ise anlamlı risk faktörlerinden sayılması gerektiğini vurgulamaktadır. Hastanede yatan hastalardaki bası yaraları

incelendiğinde yaş ortalamaları sıklıkla 65 yaşın üzerinde bulunmuştur (122, 167).

Ülkemizdeki bası yarası prevalans oranlarını, Pektekin ve arkadaşları (1992), 3892 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada %1,1, yatağa bağımlı hastada %6,1, Alaca ve arkadaşları (2001), spinal kord hasarı olan hastalarda oranı %28,4 olarak bildirmişlerdir. Hug ve arkadaşları (2001), hastanede yatanlarda bası yarası prevalansını %7,2 olarak bulmuşlardır. Karadağ ve arkadaşları (2006) ise operasyon geçiren hastalarda bası yarası oranını %54,8 olarak bildirmişlerdir (5,98,108,156).

Bizim araştırmamızda ise, Grup I' e alınan yaşlı hastaların %9,5'inde bası yarası tespit edilirken, % 90,5 inde bası yarası görülmemiştir. %4,8 'inin bası yarası sırtında, %4,8'inin ise gluteal bölgededir. Hastaların %23,8'inde daha önce bası yarası olduğu belirlenmiştir. Grup II'ye alınan hastaların hiçbirinde bası yarası görülmemiştir ve daha önce de bası yarası gelişen hasta yoktur. Grup I ve Grup II deki yaşlı hastaların bası yarası olma ve daha önce bası yarası oluşma durumlarında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Bası yarası gelişimini etkileyen faktörler arasında yaş, hastanın hareketlik aktivitesinde bağımlılık, beslenme yetersizliği, algılama yeteneğini etkileyen nörolojik sorunlar, deride kuruluk ve üriner yada fekal inkontinansının olması yer almaktadır (192). Çalışmamızda yaşlı hastaların bası yarası oluşmasına neden olabilecek faktörlerin varlığı da değerlendirilmiştir.

Hareketlilik durumu değerlendirildiğinde, Grup I'deki hastaların %47,6 'si yatağa bağımlıdır. Tekerlekli sandalye kullanan bulunmamaktadır. %50 bazen yürürken % 2,4 sık yürümektedir. Grup II'deki hastalarda %6,1'i bazen, %93,9'u sık yürüdüğünü ifade etmiş ve hastalarda yatağa bağımlı ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı hasta bulunmamaktadır. Grup I ve Grup II' deki hastaların yatak içinde

hareketlilik durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Grup I' e dahil edilen hastaların %42,9 'unun duyuşsal algılama durumu kısmen sınırlı, %57,1'inde bozukluk yoktur. Yaşlı hastaların beslenme durumu %2,4'ünde yeterli , %52,4'ünde kısmen yeterli, %45,2'inde ise kötüdür. Grup II' e alınan hastaların hiçbirinde duyuşsal algılamada bozukluk saptanmamıştır. % 93,9'unun beslenmesinin yeterli, %6,1'inin kısmen yeterli olduğu belirlenmiştir. Kötü beslenen bulunmamaktadır.

Grup I' dahil edilen hastaların %83,3'ü bakımda başkasına bağımlı, % 16,7'si bağımlı değildir. %73, 8'inin bakım gereksinimleri çocukları , % 23,8'inin eşi, %2,4'ünün ise bakıcısı tarafından karşılanmaktadır. Grup II'ye dahil edilen hastaların %9,1'i bakımda başkasına bağımlı olduğu, %90,9'u ise başkasına bağımlı değildir. %90,9'una bakımında çocukları, %9,1'inin eşi yardımcı olmaktadır.

Kliniğe yatırıldığında bası yarası olanların, geçmişte bası yarası oluşma hikayesi olanların, kuru deri yapısına sahip olanların, yatağa bağımlı ya da hareketliğinde bağımlı olanların, duyuşsal algılama kusuru olanların, beslenme durumu kötü ya da yetersiz olanların büyük çoğunluğu Grup I'de olup, Grup I ve Grup II' de bulunan yaşlı hastaların bası yarası gelişme riskini arttıran bu faktörleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

4.7.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ TARTIŞILMASI

“Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” kullanılarak yapılan kişisel temizlik ve giyinme özelliklerinin değerlendirmesi sonucu NANDA hemşirelik tanısı alan Grup I ' e alınan yaşlı hastaların 8 'i bireysel bakımda eksiklik tanısı

almıştır. Ameliyat sonrasında bakımda eksikliğin giderilmesi ve hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi ve desteklenmesine yönelik hemşirelik bakımı sonucunda taburcu olmadan önce, taburcu olduktan bir ve üç hafta sonra yapılan değerlendirmelerde tanı alan hasta olmamıştır.

“Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ndan elde edilen bilgilere göre hastaların ağız mukozası, dişlerin durumu, beslenme özellikleri (oral/ enteral beslenme), yapılacak cerrahi girişimi de dikkate alınarak 8 hasta oral mukoz membranda değişiklik, 6 hasta ise oral mukoz membranda değişiklik riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrasında taburcu oluncaya dek geçen sürede yaşlıya özel uygulanan ağız bakımı, beslenmenin düzenlenmesi, dişlerin diş hekimi desteği de alınarak kontrolünün sağlanması uygulamalarını içeren hemşirelik bakımı neticesinde, oral mukoz membran değişikliği olan hasta olmamış, ağız ve diş bakımı önerilere uymayan, ağız bakımını uygun yapamadığı belirlenen 4 hasta oral mukoz membran değişikliği riski tanısı almıştır. Taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki izlemlerde oral mukoz membran değişikliği olan hasta bulunmamaktadır.

Yaşlı hastaların cilt özellikleri, deri turgorundaki değişiklikleri, hijyenini sağlamada yetersizlikleri, bakım gereksinimi değerlendirilerek 2 hasta deri bütünlüğünde bozukluk, 7 hasta ise deri bütünlüğünde bozukluk riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrası cerrahi girişiminde etkisiyle deri bütünlüğü bozulan yaşlı hastalara verilen hemşirelik bakımı sonrasında, taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede 2 hasta deri bütünlüğünde bozulma riski tanısı almıştır. Taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki değerlendirmelerde ise tanı alan hasta olmamıştır.

Ameliyat öncesi ilk değerlendirmede yaşlı hastaların 5 ‘inde hafif düzeyde bası yarası olduğu belirlenmiştir. Deri özellikleri, hareketliliği, duyuşsal algısal

sınırlılıkları ve beslenme durumu değerlendirildiğinde, 25 hasta bası yarası riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrasında yaşlı hastaların bireysel gereksinimleri ve geçirdikleri cerrahi girişim özellikleri, ameliyat sonrası pozisyonları, beslenme özellikleri dikkate alınarak uygulanan hemşirelik bakımı sonrasında, taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede 2 hastada bası yarası probleminin devam ettiği, bası yarası riski tanısı alan hasta sayısının ise 9 olduğu belirlenmiştir. Taburcu olduktan bir hafta sonraki izlemde hastaların çoğunluğunun önerilen bakım ve diyet uygulamalarına uyduğu bası yarasının iyileştiği ancak, bası yarası riski tanısı alan hasta sayısının 5 olduğu saptanmıştır. Ameliyat öncesi değerlendirmede 5 hastada bası yarası varken, uygulanan hemşirelik bakımı sonrasında ameliyat sonrası dönemde, taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki izlemde bası yarası olan hasta bulunmamaktadır.

Ameliyat öncesi “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yapılan değerlendirme ile cerrahi girişim sonrası cerrahi açıdan, Grup II’ye göre daha fazla riski olduğu belirlenen Grup I ‘i oluşturan yaşlı hastalara, bireye özel gereksinimleri doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı ile ameliyat öncesi bası yarası olan hastalarda bası yarasının iyileştiği, bası yarası riski olan hasta sayısının azaldığı, kişisel temizlik ve giyinme fonksiyonuna ilişkin saptanan sorunların azaltıldığı, riskli bulunan durumlara yönelik girişimler sonucu sorunları gelişmediği gözlenmiştir.

4.8.1 GRUP I VE GRUP II’YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “BEDEN İSİSİNİ KONTROL” BİLEŞENİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Ameliyathanelerin ortam ısılarının düşük olması, dizazepam gibi anksiyete giderici ilaçların ve anesteziğin etkisi, soğuk intravenöz infüzyon solüsyonlarının verilmesi, cerrahi alanın soğuk sıvılar ile yıkanması, vücut boşluklarının açılması ve

cerrahi işlemin uzun sürmesi nedeniyle ameliyat olacak tüm bireyler için hipotermi riski söz konusudur. Bununla birlikte yaşlının metabolizması daha yavaş ve vücut sıcaklığı zaten daha düşük olduğu için hipotermi riski daha fazladır ve vücut sıcaklığı dikkatli bir şekilde takip edilmelidir. Vücut sıcaklığındaki her 1 °C 'lık düşüş için bazal metabolizma % 6-7 düşmektedir. Serin ortam ve düşük vücut sıcaklığına bağlı titreme kardiyak outputun, ventilasyonun ve oksijen tüketiminin artmasına neden olurken kalbin ve beynin oksijenden mahrum kalmasına yol açabilmektedir. Hipotermi ile birlikte metabolizmanın yavaşlaması anestezi sonrası uyanmayı ve reflekslerin geri dönüşünü geciktirmektedir (45). Bu nedenle yaşlı bireylerin ameliyat öncesi dönemde vücut sıcaklığı değerlendirilmeli ve ameliyat sonrası hipotermi önlenmelidir.

Vazokonstriksiyon eşik değeri, 60 yaş ve üzeri hastalarda genel anestezi altında gençlere göre 1-2 °C daha düşüktür. Aynı şekilde spinal anestezi sonrası titreme eşiği de, 80 yaş sonrası hastalarda 1°C daha düşüktür. Vücut ısısı hipotalamusta Grup II edilir. Vücut ısı aralığı genellikle 36.0-37.8 °C (96.8-100.4F) arasında tutulur. 38. °C nin üzeri genellikle yüksek ateş olarak tanımlanır (107).

Grup I' alınan yaşlı hastaların vücut sıcaklığı %73,1'inde normal, %22'sinde normalin üzerinde, %4,9'inde ise normalin altında bulunmuştur. Hastaların %33,3 üşüme ifade etmiştir. Terleme ve titreme ifade eden görülmemiştir. Hastaların %90,4'ü odalarının ısınısını uygun , %4,8'i artırılması gerektiğini, %4,8'ü azaltılması gerektiğini ifade etmektedir. Yaşlı hastaların %88,1'i oda/ hastane ısısına uygun giyinirken, %11,9'unun ısıya uygun giyinmediği gözlenmiştir.

Grup II'ye alınan yaşlı hastaların %60,6'mın vücut sıcaklığı normal, %39,4'ünün normalin üzerindedir, vücut sıcaklığı normalin altında olan hasta yoktur.

Üşüme-titrete-terlemesi olduğunu ifade eden hasta bulunmamaktadır. Hastaların tamamı odalarının ısısının uygun olduğunu ifade etmiştir. Oda ısısına uygun giyinmeyen hasta yoktur.

Sağlıklı erişkin bir kişi atmosferik ısıdan üşüme ya da ısınma ve terleme şeklinde etkilenir. Ancak, ısı düzenleme sistemi ile beden ısınıpı belirli bir düzeyde tutar. Bu sistemin sağlıklı işlevi ile belirli zamanlarda ve sınırlı düzeyde değışimlerle bir yandan bireyin bulunduğu ortamda rahat etmesi, bir yandan da bedeni içinde birçok biyolojik olayların gerçekleşmesi sağlanır. Yaşlı hastada; beden ısınıpı normal sınırları içinde sürdürebilmek için; oda ısınıpı ayarlama, havalandırma, giysi türü ve sayısının seçimi, fiziksel aktivite durumunu belirleme gibi konularda yardıma ihtiyacı vardır. Beden ısınıpı normal sınırlarda tutabilmesi, çoğunlukla hemşirelik girişimleri ile mümkündür (45,58,60).

4.8.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “BEDEN ISISINI KONTROL” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ TARTIŞILMASI

Ameliyat öncesi yaşlı değerdendirme formu kullanılarak beden ısınıpı kontrol fonksiyonlarına ait sorunlarına yönelik belirlenen NANDA hemşirelik tanılarını alan Grup I'e alınan yaşlı hastaların 2 'sinde beden ısınıpının normalin altında olduğu, periferik bölgenin soğuk olduğu ve hastaların üşüdüğünü ifade ettiği belirlenmiş ve hipotermi tanısı almıştır. ameliyat sonrası cerrahi girişim nedeniyle hipotermiye yatkınlık artmaktadır. Ameliyat öncesi bu bulguya sahip olan yaşlı hastaların yakın takibi ve beden ısınıpının normal sınırlarda tutulması amacıyla hastanın ısıtılması, cerrahın da önerisiyle mayilerinin ayarlanması, beden ısınıpının düzenli kontrolü sağlanarak uygulanan hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce,

taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki değerlendirmelerde tanı alan hasta olmamıştır.

Ameliyat öncesi değerlendirmede, 3 yaşlı hasta vücut ısını düzenlemede yetersizlik riski tanısı almıştır. Bu hastaların form ile yapılan değerlendirmede kültürel özellikleri ve mahremiyet duygusu nedeniyle oda ısısına uygun giyinmediği (kalın giyindiği) belirlenmiştir. Ameliyat sonrası konuya ilişkin yapılan bilgilendirme ve yakınlarının da desteği alınarak uygulanan hemşirelik bakımı sonrasında, taburcu olmadan hemen önce, taburcu olduktan bir ve üç hafta yapılan değerlendirmede sadece 1 hasta tanı almıştır.

Yaşlı hastaların 3 ‘ü periferik doku perfüzyonunda değişim, 9 ‘u ise periferik doku perfüzyonunda değişim riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrası, taburcu oluncaya dek geçen sürede, sıvı ve kan kaybının olması nedeniyle homeostazisin sağlanması ve yeterli periferik dolaşımın sağlanmasına ilişkin hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede periferik doku perfüzyonunda değişim sorunu olan hasta olmadığı, periferik doku perfüzyonunda değişim riski tanısı alan hasta sayısının ise 5 ‘e düştüğü belirlenmiştir. Taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki değerlendirmelerde tanı alan hasta bulunmamaktadır.

Ameliyat öncesi “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yapılan değerlendirme ile cerrahi girişim sonrası cerrahi açıdan, Grup II’ye göre daha fazla riski olduğu belirlenen Grup I ‘i oluşturan yaşlı hastalara, bireye özel gereksinimleri doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı ile beden ısısını kontrol fonksiyonuna ilişkin saptanan sorunların azaltıldığı, riskli bulunan durumlara yönelik girişimler sonucu sorunları gelişmediği gözlenmiştir.

4.9.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “HAREKET” BİLEŞENİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Hareket edebilmek, temel insan gereksinimlerindendir. Bireyin yaşadığı çevreye uyumunu, iletişim kurmasını ve fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayan çok boyutlu bir kavramdır. Sağlıklı bir kişinin günlük yaşam aktiviteleri içinde; yeme, içme, boşaltım, iletişim, çalışma, eğlenme gibi diğer yaşam aktiviteleriyle ve yaşam modelini oluşturan tamamlayıcı unsurlardan bağımlılık/bağımsızlık doğrusu ile yakın ilişkisi olan, yaşlı birey için en önemli aktivitelerden biridir (14, 172, 212).

Yaşlılarda yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişikliklerin yanı sıra, kas-iskelet ve sinir sistemlerinin herhangi birinde bir bozukluğun ortaya çıkması ya da başka bir hastalığa bağlı olarak bu sistemlerin dolaylı olarak etkilenmesi, hareket gereksiniminin karşılanmasında yetersizliğe neden olabilir (6,102).

Yaşlanmayla birlikte eklem kıkırdaklarının kuruyup incilmesi nedeniyle kemiklerin birbirine sürtmesi sonucunda daha az hareket etme ve ağrı görülmektedir. Kaslarda kitle kaybı ile birlikte izometrik kontraksiyon gücünde azalma, görme ve denge bozukluklarının olması vb nedenlerle yaşlılarda hareket aktivitesi etkilenmektedir (58).

Yaşlı hastalarda hareket aktivitesinde bağımlılık ya da yetersizlikler görülebilmektedir. Hareketsizliğin vücuttaki tüm sistemler üzerine bağımsızlık derecesine göre değişebilen olumsuz etkileri olduğu gibi kas-iskelet sistemi üzerine de ciddi olumsuz etkileri olmaktadır. Hareketsizlik kas faaliyetini yavaşlatarak, kas grupları hareketsiz kaldığı veya çok zayıf kasılmalar için kullanıldığı için GRUP I'yan kasın tonüsünün azalması “hipotoni” ve kaybı “atoni” görülmekte, kas lifleri

kısalarak kas hacminde de “atrofi” ler oluşmaktadır. Bir kasın bir iki ay gibi kısa bir süre kullanılmaması, hacminin %50’sinin kaybıyla sonlanabilir. Kas atrofisi ölçülebilir ve gözlenebilir bir sonuçtur (14,38, 54,58).

Bir eklem hiç hareket etmediğinde ya da maksimum hareket sınırlarına ulaşmadığında, bağ dokusu gittikçe sertleşir ve fibrotik hale gelir. Bu süreç hareketsizliğin beşinci günü gibi, erken bir dönemde başlar ve eklemin hareket sınırlarını gittikçe daraltarak, eklemi tamamen hareketsiz hale getirene kadar devam eder. Kas atrofisi, eklemlerin çevresindeki kas liflerinde meydana geldiği zaman, eklemin hareketini de kısıtlar. Bunun sonucunda eklem bölgesinde bulunan ligamentlerde kısılma olur. “Kontraktür” adı verilen bu durum, genellikle kalıcı olur. Bu tür kontraktürler, dirsek, diz eklemi, el bileği kontraktürleri ve ayak bileğinde gelişebilen ayak düşmeleridir. Ekstremitesi uzun süre alçada kalan bireylerde ve yaşlılar gibi hareket aktivitesinde bağımlı hastalarda sıklıkla görülür (38,57,59).

Hareketsiz olan yaşlı hastalarda, kas iskelet sisteminde gelişebilecek başka rahatsızlıklar da vardır. Hareketsizlik ve güç istemeyen aktiviteler kemiklerde resorbsiyonunu artırır. Ağırlık taşımadıkları için kemiklerden aşırı derecede kalsiyum kaybı ve osteoporoz gelişmeye başlar. Bunun sonunda kırıklar, kifoz ve dolaşıma fazla miktarda geçen kalsiyuma bağlı olarak da böbrek taşı oluşumu gibi komplikasyonları görülebilir (54, 58,61).

Uzun ya da kısa sürelerle hareket aktivitesinde bağımlı kalan yaşlı hastalarda ortaya çıkabilen önemli sorunlardan birisi de bası yaraları olduğu belirtilmiştir. Bası yaralarının, %10’u mobilize hastalarda, %53’ü yatağa bağımlı hastalarda, %37’si ise tekerlekli iskemle kullananlarda geliştiği gözlenmektedir. Görüldüğü gibi hareket ile yakından ilişkilidir. Bası yaralarının esas nedeni bası ve basıya maruz kalma süresi

olarak görülmektedir. İleri yaş, nem, sürtünme, hareket, beslenme, anemi, enfeksiyon gibi başka faktörlerde etkilidir (108,223).

Vücudun pozisyonuna göre, bası altında kalan bölge değişir. Yatakta uygun olmayan yatma pozisyonları nedeniyle, özellikle kemik çıkıntılarının olduğu bölgelerde, deri ve kaslardaki sinirler zedelenabilir. Genellikle bir bölgedeki dokunun dolaşımı yavaşladığı zaman 1-2 saat içinde patolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yerel doku iskemisine bağlı olarak, hücre yıkımıyla oluşan yatak yaralarında deri, deri altı, kas ve kemik dokuları, kas işlevleri ve sinir uyarımı etkilenir (5,98,108).

Yaşlılarda mobilitede azalma da beklenen bir durumdur. Mobilite kaybı düşme ve hasarlanma riskini artırır; inaktiviteye bağlı kas gücü ve fleksibilitesinde azalma olabilir ve günlük yaşam aktivitelerine tam katılımını engelleyebilir (135,168).

Yaşlı bireylerde hareket yeteneğinin değerlendirmesi, hareket sorunlarını saptama, sorunun etkilerini değerlendirmede ve yaşlının hizmet gereksinimini saptamada gerekli olduğu önerilmektedir (56).

Grup I' e alınan yaşlı hastaların, %61,9'u, Grup II'deki yaşlı hastaların ise %3'ü kas iskelet sistemini kısıtlayacak hastalığı olduğunu ifade etmişlerdir. Grup I' e dahil edilen hastaların kas ve eklemlerinde %9,5'inde deformite, %59,5'inde ağrı olduğu saptanmıştır. % 9,5'inin protezi olduğu, kontraktürü yada amputasyonu olan hasta olmadığı belirlenmiştir. Grup I'deki yaşlı hastaların %57,1'i yardımcı gereç kullandığını, %42,9'u ise kullanmadığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan yaşlı hastalardan Grup I'de yer alan ve yardımcı gereç kullandığını ifade edenlerin, %52,3'ü baston , %2,4'ü walker , %4,8'i zaman zaman tekerlekli sandalye kullandığını Grup II deki yaşlı hastaların ise sadece %3'ünün yardımcı gereç

kullandığı, %97'sinin ise gereç kullanmadığı belirlenmiştir. Yardımcı gereç kullananların %3,0 baston kullanmaktadır. Grup II' de yer alan yaşlı hastalarda walker ya da tekerlekli sandalye kullanan hasta bulunmamaktadır. Benzer şekilde Uz (2008) da çalışmasında, yaşlıların yardımcı yürüme cihazı kullanımları incelendiğinde %85,7'sinin yardımcı yürüme cihazı kullanmadığını, yaşlılarda en sık kullanılan yardımcı yürüme cihazının baston (%12,4) olduğunu, Çeçen ve Özbayır (2010) ise çalışmalarında, yaşlı hastaların % 74,3'ünün yürüme güçlüğü yaşadığını ve % 54,9 'unun yürüteç ya da baston kullandığını saptamışlardır (42, 210).

Literatürde yaşlıların % 15 'inden fazlasında anlamlı derecede yürüme bozukluğu olduğu, % 25'inden fazlasının da baston, yürüteç gibi yardımcı bir araç gerece gereksinim duyduğu bildirilmektedir (82).

Yürüme için yardımcı araç kullanılması düşme için risk faktörleri arasında sayılmaktadır (100). Bu kişilerin var olan bir kas iskelet sistemi ya da denge ve koordinasyon problemi nedeniyle yürüme için yardımcı cihaz kullanmaları göz önüne alındığında, düşme sıklığının daha yüksek olması beklenir. Yapılan bir çalışmada baston, koltuk değneği, yürüteç gibi yardımcı araç kullananların %8'inde düşme öyküsü saptanırken bu rakam kullanmayanlarda %4,2 olarak belirlenmiştir (110).

Yaşlı hastaların hareketini etkileyen faktörlerden, kas tonüsü yeterliliği ve paralizi durumları değerlendirilmiştir. Grup I'deki yaşlı hastaların, %2,4'ünde paralizi vardır. Hastaların % 31'inin kas tonüsü yeterli olduğu, %69'unda ise yeterli olmadığı belirlenmiştir. Yaşlı hastaların %83,3'ünde eklem hareketi varken, %16,7'sinde eklem hareketi güçlüğüle sağlanmaktadır. Hastaların % 81'inde basınç alanı bulunurken %19'unda basınç alanı bulunmamaktadır. Grup II'ye alınan yaşlı

hastaların hiçbirinde paralizi\felç durumu görülmemiştir. %97 'sinin kas tonüsü yeterli, %3'ünün ise yetersiz olduğu, hastaların tamamında eklem hareketinin olduğu ve sadece %3'ünde yatak içinde basınç alanları olduğu saptanmıştır. Grup II'deki yaşlı hastalarda deformite – kontraktür – amputasyon – protez kullanan yoktur.

Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların, %2,4'ü düzenli egzersiz yaptığını, %97,6 düzenli egzersiz yapmadığını ifade etmiştir. Grup II'yi oluşturan hastalarda düzenli egzersiz yapan hasta yoktur. İlerleyen yaşla birlikte, fiziksel aktivitede ve hareketlilikte azalma meydana gelmektedir. Hareketsizliğe ya da inaktiviteye sebep olan herhangi bir hastalık, yaralanma veya belirli bir neden olmadan insanların sedanter yaşam tarzını seçmeleri sonucunda, organizmanın pek çok fonksiyonunda gerilemeler ortaya çıkmakta ve sağlık problemleri artmaktadır. Özellikle yaşla birlikte artan bu problemlerin engellenmesi ya da geciktirilmesi, sağlıklı, zinde bir yaşam için düzenli egzersiz ve fiziksel aktivitenin önemli bir etken olduğu bilinmektedir (15). Araştırmamızda yaşlı hastaların egzersiz yapma oranlarının düşük olduğu belirlenmiştir.

Hareket aktivitesinde sorun olan ve ameliyat sonrası bu aktivitede sorun yaşama ihtimali olan, cerrahi açıdan risk oluşturan yaşlı hastaların büyük çoğunluğu Grup I'e dahil edilmiştir. Kas /iskelet sistemini kısıtlayacak sorunu olma, yardımcı gereç kullanma, kas tonusunda yetersizliği olma, eklem hareketi olma, ve yatak içinde basınç alanları olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

4.9.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “HAREKET” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ TARTIŞILMASI

“ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile ameliyat öncesinde yapılan değerlendirme ile hareket fonksiyonlarına ilişkin sorunlarına yönelik belirlenen

NANDA hemşirelik tanıları saptana Grup I ‘e alınan yaşlı hastaların 17 ‘si aktivite intoleransı tanısı almıştır. Ameliyat sonrası taburcu oluncaya dek geçen sürede uygulanan hemşirelik bakımı sonucu taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede aktivite intoleransı tanısı alan sadece 1 hasta olduğu saptanmıştır. Ameliyat sonrası ağrı yaşama, ameliyatı nedeniyle yatak içinde sabit pozisyonda olma isteği nedeniyle 7 hasta aktivite intoleransı riski tanısı almıştır. Taburcu olduktan bir hafta ve taburcu olduktan üç hafta sonraki izlemde aktivite intoleransı olan hasta olmamıştır

Ameliyat öncesi ilk değerlendirmede formdan elde edilen verilerle, hareket aktivitelerine ilişkin sorunları ve güçlükleri değerlendirildiğinde 3 hastada fiziksel mobilitede bozukluk olduğu belirlenmiş, 3 hasta fiziksel mobilitede bozukluk riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrası mobilite güçlüğü yada olasılığını ortadan kaldırmaya ilişkin uygulanan hemşirelik bakımı sonucunda, taburcu olmadan hemen önce ve taburcu olduktan bir hafta sonra yapılan değerlendirmede fiziksel mobilitede bozukluğu olan hasta olmamıştır.

Yine ilk değerlendirmede güçsüzlük tanısı alan 9 hastanın, ameliyat sonrası güçsüzlüğün azaltılması ve yaşlı hastanın desteklenmesine yönelik uygulanan hemşirelik bakımı sonucunda güçsüzlüğü olduğu belirlenen hasta olmamıştır.

Ameliyat öncesi “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yapılan değerlendirme ile cerrahi girişim sonrası cerrahi açıdan, Grup II’ye göre daha fazla riski olduğu belirlenen Grup I ‘i oluşturan yaşlı hastalara, bireye özel gereksinimleri doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı ile hareket aktivitelerine ilişkin saptanan sorunların azaltıldığı, riskli bulunan durumlara yönelik girişimler sonucu sorunları gelişmediği gözlenmiştir.

4.10.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “ÇALIŞMA VE BOŞ ZAMANLARINI DEĞERLENDİRME” BİLEŞENİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Ülkemizde, 2022 sayılı Kanuna göre 65 yaşını doldurmuş kimsesiz, bakıma muhtaç olan ve hiçbir maddi geliri bulunmayan yaşlılara aylık bağlanmaktadır. 10/07/1976 tarihinde yayımlanan ve mali hükümleri 01/03/1977 tarihinde yürürlüğe giren 2022 sayılı kanuna göre “muhtaç olmak koşuluyla 65 yaşından büyük ve 65 yaşından küçük olup da muhtaç, malul ve sakat olan Türk vatandaşlarına hayatta oldukları sürece aylık bağlanmaktadır. Kanuna göre, aylık alanların devlet hastanelerinde ücretsiz tedavileri yapılmaktadır. Emekli Sandığından ve 2022 sayılı Kanundan yararlanarak emekli aylığı alan 31.03.2006 tarihi itibarıyla toplam 1.658.473, yaşlılık aylığı alan ise 792,046 kişidir (50).

Grup I'e alınan hastaların gelir durumları incelendiğinde; % 71,4'ünün emekli aylığı, %21,4'ünün yaşlı aylığı, %2,4'ünün kira geliri, %2,4 çocuklarının/yakınlarının yardımı olduğunu, %2,4'ünün ise gelirin olmadığı, Grup II'ye alınan hastaların ise, %90,9'unun emekli aylığı olduğu, %3'ünün çocuklarının/ yakınlarının yardımı olduğu, %6,1'inin yaşlı aylığı olduğu belirlenmiştir. Geliri olmayan hasta yoktur. Grup I'deki hastalardan 2 kişinin şu anda çalıştığı, Grup II'de ise çalışan yaşlı hasta olmadığı belirlenmiştir Çeçen ve Özbayır (2010) çalışmalarında, yaşlı hastaların büyük çoğunluğunun %26,5'inin emekli aylığı ile, % 21,2'si yaşlılık aylığı ile geçindiğini, % 24,8'inin ise geliri olmadığını saptamışlardır (42). Bahar ve ark. (2005) yaptıkları çalışmalarında, yaşlıların %88,7'sinin gelirin olduğunu ve gelir kaynaklarının emekli maaşı (%39,7) ve 65 yaş aylığı (%60,3) olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada sosyal güvencesi olanların oranı %50,7 olarak

saptanmıştır (18).

Boş zamanları değerlendirme etkinlikleri, her yaş grubunda mutlu yaşamayı sağlayan programlardan biridir. Daha çok boş zamanı bulunan yaşlıların boş zamanlarını değerlendirme etkinlikleri toplumların kültürel yapısı ve değer yargılarıyla yakından ilişkilidir (112). Kurumda yaşayanların kurum içindeki etkinliklerine bakıldığında, günlük yaşamda edilgen bir yaşam biçimi sürdürdükleri göze çarpmaktadır. Yaşlı bireylerin çoğunluğu boş vakitlerini televizyon izleyerek, gezerek ve dinlenerek geçirmektedirler. Yaşlıların çoğunlukla televizyon izliyor olmaları günlük yaşam olaylarına ilgi duyduklarını gösterebileceği gibi, sosyal ilgisizlik ve yalnızlığın bu şekilde giderilmeye çalışılmasının bir ifadesi de olabilir. Kurumda vaktini sohbet ederek geçiren yaşlı oranının düşük olması, sosyal iletişimde yetersizlik yaşandığını göstermektedir. Kurum bakımının toplumsal ilişkileri kısıtladığına yönelik literatür verileri mevcuttur (18,55).

Grup I2i oluşturan hastaların %52,4'unun hastanede iken uğraşısı olmadığı, %40,5'inin tv izlediği/radyo dinlediği, %7,1 spiritüel uğraşısı olduğu, %2,4'ünün dergi/kitap okuduğu, %2,4'ünün el işi yaptığı belirlenmiştir. Grup II'deki hastaların %78,82' inin hastanede iken uğraşısı olmadığını, %18,2'si tv izlediğini/radyo dinlediğini, %3'ü el işi yaptığını, %3'ü spiritüel uğraşısı olduğunu ifade etmiştir. Bahar ve ark (2005) çalışmalarında, yaşlıların boş zamanlarını genellikle dinlenerek, gezerek ve televizyon izleyerek geçirdiklerini %39,4'ünün kendi yaşını "yaşlı" olarak algıladığını ve yaşlılığı işe yaramazlık (%36,6) ve kötü bir durum (%33,8) olarak değerlendirdiklerini, yaşlıların %50,7'sinin sağlıklarını orta düzeyde algıladığını ve %62'sinin sağlıklarının fiziksel hareketlerini etkilemediğini belirtmektedirler (18).

4.10.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “ÇALIŞMA VE BOŞ ZAMANLARINI DEĞERLENDİRME” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ TARTIŞILMASI

Grup I ‘ e alınan 6 yaşlı hasta (% 18,2), ameliyat öncesi yapılan ilk değerlendirmede boş vakitlerini değerlendirmede yetersizlik tanısı almıştır. ameliyat sonrası uygulanan hemşirelik girişimleri ile taburcu olmadan hemen önce,taburcu olduktan bir ve üç hafta sonra yapılan değerlendirmede tanı alan hasta bulunmamaktadır. Grup II'ye alınan yaşlı hastalarda bu bileşene ilişkin tanı alan hasta bulunmaktadır.

4.11.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “CİNSELLİĞİNİ İFADE ETME” BİLEŞENİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Hastaneye yatmayla bireyin cinsel yaşamı çevreye bağlı olarak değişir. Bunun yanı sıra cinselliği ifade etme aktivitesindeki bağımsızlık, fiziksel yetersizlikten, diyabet, inkontinans ya da cinsel organların ameliyatı/tedavisinden, fiziksel görünümü bozan işlemlerden etkilenir. Cinsel sağlık; cinselliğin bedensel, emosyonel, entelektüel ve sosyal yönlerinin kişiliği, iletişimi ve sevgiyi güçlendiren, zenginleştiren bir şekilde bütünleşmesidir. Her iki cinsiyette de, beden bilinci bazı organ ve uzuv kayıpları (kadında; özellikle cinsellik sembolleri olan saç, meme, uterus, erkekte ise; prostat, organ amputasyonları) ile olumsuz yönde etkilenir. Bu tür olumsuz deneyimleri yaşayan kadın/erkek hastalarda hemşire, kayıplarla baş etme mekanizmasını bu kişilere öğretmelidir (32, 14, 103, 171).

Beden imajı, cinselliği algılama, cinsel hijyen ve mevcut durumun cinselliği ifade etme aktivitesine etkisi değerlendirilmelidir. Sadece hastanın saçının taranması

ya da tıraş olmasının bile kişinin cinsel kimliğini algılama ve öz saygıya etkisi vardır

Grup I' e alınan yaşlı hastalarda beden imajını olumlu etkilediğini ifade eden bulunmamakta ve %14,3'ü olumsuz etkilendiğini, %85,7'si ise etkilenmediğini ifade etmektedir. Grup II' ye alınan yaşlı hastaların tamamı beden imajının etkilenmediğini ifade etmektedir. beden imajının olumsuz etkilendiğini ifade edenlerin tamamı Grup I' e dahil edilmiş olup, aralarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Grup I' e dahil edilen yaşlı hastaların, %47,6'sı eşinin hayatta olduğunu, %52,4'ü hayatta olmadığını ifade etmiştir. Yaşlı hastaların %14,3'ü kendini cinsel yönden aktif algılarken, %85,7'si aktif algılamadığını ifade etmektedir. Grup II'ye dahil edilen yaşlı hastaların %57,6'sı eşinin hayatta olduğunu, %42,4'ü hayatta olmadığını ve %30,3'ü kendini cinsel yönden aktif algılarken %69,7 aktif algılamadığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlı kadın hastaların kadın sağlığı özellikleri incelendiğinde, Grup I'e alınan yaşlı kadın hastaların %31,6'sında menapoz yaşı 39-49 yaş arasında, %52,6'sında 50-55 yaş arasında, %15,8'inde 56 yaş ve üzerinde olduğu ve %5'i hormon replasman tedavisi aldığını ifade etmiştir. Grup II'ye alınan kadın hastaların ise; %26,3'ü 39-49 yaş arasında, %73,7'si 50-55 yaş arasında menapoza girdiğini belirtmiştir. Bu grupta hormon replasman tedavisi aldığını ifade eden kadın hastaların oranı %10,5'tir. Her iki grup ile menapoz girme yaşı arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$).

Ortalama menopoz yaşı bazı coğrafi farklılıklar gösterse de 51 yaş civarında olduğu ancak, over (yumurtalık) işlevinde azalma bundan yaklaşık 13 yıl önce 37-38 yaşlarında başladığı ifade edilmektedir. Bazı raporlara göre overlerde toplam 1000'den az folikül kalmasının yaştan bağımsız olarak menopoz ile beraber

seyrettiği tahmin edilmektedir. Ancak, epidemiyolojik çalışmalarda kadınların hepsinin bu menapoz yaşlarına ulaşmadığı, %10 kadarının 45 yaşından önce menopoza girdiği rapor edilmektedir (146).

Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların %7,1'i cinsel yaşamının hastanede olmaktan etkilendiğini, %92,9'u ise etkilenmediğini belirtmiştir. Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların %3'ü cinsel yaşamının hastanede olmaktan etkilendiğini, % 97'si ise etkilenmediğini ifade etmiştir. Grup I ve Grup II'ye alınan yaşlı hastaların cinsel yaşamında aktif olma, cinsel yaşamının hastanede olmadan etkilenme durumu arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

4.11.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “CİNSELLİĞİNİ İFADE ETME” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ TARTIŞILMASI

“Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” kullanılarak cinsellik fonksiyonlarına ilişkin sorunlarına yönelik NANDA hemşirelik tanıları belirlenen Grup I 'e alınan yaşlı hastaların 7 'si geçireceği cerrahi girişim nedeniyle kendi algılarındaki değişikliği ifade ettiklerinden, beden imajında bozulma riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrası uygulanan hemşirelik bakımında, yaşlı hastaya, eşine ve/veya yakınlarına yapılan bilgilendirme yapılmış, duygularını ifade etmesi konusunda desteklenmiş ve aynı cerrahi girişimi geçiren hastalarla görüşmesi sağlanmıştır. Taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede 1 hasta beden imajında bozukluk tanısı almıştır. Taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki izlemlerde tanı alan hasta olmamıştır.

Hastanede olma ve cerrahi girişimin olumsuz etkileri nedeniyle cinsel yaşamda değişiklik tanısı alan 2, cinsel fonksiyonda bozukluk tanısı alan 1 hasta

bulunmaktadır. Ameliyat sonrasında uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede cinsel yaşamda değişiklik, cinsel fonksiyonda bozukluk tanısı alan hasta olduğu belirlenmiş, taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki izlemlerde tanı alan hasta olmamıştır.

Ameliyat öncesi “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yapılan değerlendirme ile cerrahi girişim sonrası cerrahi açıdan, Grup II’ye göre daha fazla riski olduğu belirlenen Grup I ‘i oluşturan yaşlı hastalara, bireye özel gereksinimleri doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı ile cinselliği ifade etme bileşenine ilişkin beden imajını algısına ilişkin saptanan sorunların azaltıldığı, gözlenmiştir.

4.12.1 GRUP I VE GRUP II’YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “UYKU” BİLEŞENİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Yaşlılık dönemindeki uyku örüntüsünün, genç ve orta yaşlardan farklı olduğu, uyku ölçekleri ve polisomnografiyle uyku kalitesini inceleyen çalışmalarda yaşlıların uyku kalitesinin bozuk ve uyku miktarının yeterli olmadığı gösterilmiştir (11). Yaşlılarda toplam uyku süresi azalmakta ve ortalama 7,5 saatlik gece uyku süresi 4,5-5,5 saate inmektedir. Literatürde yaşlılarda uyku gereksinimi ve düzeninin değişiklik gösterdiği, uykunun hafif ve yüzeysel olduğu, yatakta geçirilen sürenin arttığı, yaşlıların genellikle erken yattığı sabah erken kalktıkları, gece boyunca sık sık uyandıkları ve toplam uyku süresinin daha kısa ve uykuya dalmanın daha geç olduğu, gündüz uyuma eğiliminin arttığı bildirilmektedir (59,86,176). Genel yaşamında uyku sorunu yaşayan yaşlıların; uyku ve dinlenme durumu, alışık olduğu yatağının dışında hastane yatağında yatma, ısı, ışık, gürültü gibi faktörleri tam olarak Grup II edemediği hastane ortamında bulunma, yatış pozisyonunda değişim, uyku öncesi gerçekleştirdiği rutin alışkanlıklarının değişimi ve uyku saatleri ve düzeninin

hastaneye uydurulmasından etkilenmektedir (14,171,212).

Uyku bozukluklarının yaşlı bireyin dikkat ve anlama-kavrama yeteneklerini olumsuz yönde etkilediği, hatırlama güçlüğüne neden olduğu, günlük işlevlerde bozulma ve yorgunluk yarattığı bilinmektedir. Böylece bireyin yaşam kalitesi bozulmakta hatta uyku bozukluklarının ölüm ve hastalanma riskini artırdığı ifade edilmektedir (86, 129, 214).

Grup I' de yer alan hastaların uyku süreleri incelendiğinde %57,1'inin 4-5-6 saat uyduğunu, %42,9'unun 7-8 saat uyuduğunu, Grup II'de yer alan hastaların ise % 48,5'inin 4-5-6 saat , %51,5'inin 7-8 saat uyuduğu belirlenmiştir. Grup I ve Grup II'deki yaşlıların ortalama uyku saatleri benzerlik göstermektedir. Grup I ve Grup II'deki yaşlı hastaların uyku süreleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$)

Grup I'deki hastaların %42,9'u uykuya başlamada sorun yaşadığını, % 50'si horlama sorunu olduğunu, % 76,2'si uyku bölünmesi olduğunu, %19'u dinlenmiş uyandığını ifade etmiştir. Grup II'deki hastalarda ise, % 12,1'inin uykuya başlamada sorun yaşadığını, %6,1'inin horlama sorunu olduğunu, %6,1'i uykusunun bölündüğünü, %87,9'unun dinlenmiş uyandığı belirlenmiştir. Cerrahi kliniklerde yatan yaşlılarda yapılan bir çalışmada, yaşlı hastaların uyku süresi ortalamasının 6.67 ± 1.73 saat olduğu ve % 20,4'ünün sıklıkla uyku sorunu yaşadığı saptanmıştır (42).

Grup I' e alınan hastaların % 64,3'ü uyku için yardım gereksinimi olduğunu belirtirken, %33,3'u normal uyuduğunu, %66,7'si ise uykusuzluk çektiğini ifade etmiştir. Grup II'ye alınan hastaların %6,1'i uyku için yardım gereksinimi olduğunu ifade etmiştir. Yaşlı hastaların %93,9'u normal uyuduğunu, %6,1'i uykusuzluk çektiğini belirtmiştir.

Grup I ve Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların, uykuya başlama sorunu yaşama, horlama sorunu olma, uyku bölünmesi yaşama, dinlenmiş uyanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Uyku aktivitesine ilişkin sorun yaşadığını ifade eden yaşlı hastaların büyük çoğunlunun Grup I e dahil edilmiştir.

4.12.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “UYKU” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ TARTIŞILMASI

“ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” kullanılarak uyku aktivitesine ilişkin sorunları değerlendirilerek, NANDA hemşirelik tanıları belirlenen Grup I ‘ e alınan hastaların, 26 ‘sı uyku alışkanlığında bozukluk, 1’i ise uyku alışkanlığında bozukluk riski tanısı almıştır. Ameliyat sonrası yaşlı hastaların uyku düzenlerinin sağlanması ve uykuya dalmalarını kolaylaştırıcı uygulamaların (klinik sorumlu hemşirelerinin de onayı ile tedavi saatlerinin uyku saatlerine uyarlanması, kliniğin/ odasının uygun şekilde aydınlatılması ve gürültünün azaltılmasına yönelik önlemlerin alınması vb.) bulunduğu hemşirelik bakımı sonrasında taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede hasta uyku alışkanlığında bozukluk tanısı alan 7 hasta olmuştur.

Ameliyat öncesi “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yapılan değerlendirme ile cerrahi girişim sonrası cerrahi açıdan, Grup II'ye göre daha fazla riski olduğu belirlenen Grup I ‘i oluşturan yaşlı hastalara, bireye özel gereksinimleri doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı ile uyku fonksiyonuna ilişkin saptanan sorunların azaltıldığı gözlenmiştir.

4.13.1 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “ÖLÜM” BİLEŞENİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Ölüm yaşamımızı her dönemde şekillendiren önemli bir gerçektir. Günümüzde tedavi ve sağlık hizmetlerindeki önemli gelişmeler ölüm karşısında insanların hissettiği korku ve çaresizlik duygularını ortadan kaldırmamıştır. Her dönemde insanlarda bir dereceye kadar ortaya çıkan ölümle ilgili düşünceler yaşlılık döneminde belirgin olarak görülür ve insanın bu konuyla daha çok yüzleşmesine neden olabilir. Kimi yaşlılar bu süreçte bir umutsuzluk ve ölümden korkma duygusu yaşarken, diğerleri ölümü yaşamın bir doğal parçası olarak görür, ürettiklerinden hoşnutturlar, ölümden korkmazlar ve metanetle karşılarlar (165,166).

Yaşlılık döneminde, yalnızlık, maddi sorunlar, sevilen bir yakının kaybı, fiziki hastalıklar, fiziksel yeti yitimi ve özerkliğin kaybı, fiziksel hastalıklarda kullanılan bazı ilaçlar (yüksek tansiyonda ya da parkinson hastalığında kullanılanlar gibi), ya da hastaneye yatmak gibi durumlar depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir (148).

Yaşlanmayla birlikte zaman daha çabuk geçmeye başlar gibi gelir ve bu duruma bir de zaman kullanımına ilişkin yanlış alışkanlıklar eklenirse sorun belirgin bir biçimde ortaya çıkabilir. Geçtan’a göre, katı ve baskıcı bir ortamda yetişmiş bireyler için zaman, yaşanan anın değerlendirileceği bir varoluş boyutu değil de, tüketilmesi, bitirilmesi gereken bir nesne gibi kullanılır. Bu bireyler yaşamlarını bir an önce bitirme ve tüketme eğilimindedirler. İçinde bulundukları anı yaşayamayan ve hayata etkin katılamayan yaşlılarda ölüm kaygısı daha yaygındır (77,106).

Yaşlılarda ölüm kaygısını etkileyen değişkenler genel popülasyondan çokta farklı değildir. Yakınlarından birinin kaybının yaşamın ilk dönemlerinde

dengelenebilir bir durum olduğu; ileri yaşlarda ise kaybedilen her sevgi nesnesinin, yeri doldurulamayacak boşluklar oluşturduğu ve bireyin sosyal ölümüne zemin hazırladığı düşünölmektedir. Sosyal çekirdekdeki yitimlerden kaynaklanan sosyal ölüm, yaşlanmayı ve fizik ölümü kolaylaştırır. Yaşlanan birey çeşitli nedenlerle (çevresindeki yakınlarını kaybetmesi gibi) sosyal ilişkilerinden zorunlu ya da farkında olmadan soyutlanabilmektedir. Diğer insanlardan soyutlanmak ve yalnız kalmak yaşlıya hiçliği anımsatır. Hiçlik ölümde simgeleşir ve bunu bilmek sürekli yaşanan ölüm kaygısını da beraberinde getirir. (106,181)

Yaşlı hastaların ölümüne ilişkin duyguları incelendiğinde; Grup I' e alınan yaşlı hastaların, %76,2'sinin ölümü kabullenme, %2,4'ü reddetme, % 4,8'i inkar etme, % 2,4 'ü kızgınlık, %16,7'si depresyon %59,5'i başa çıkma-kabullenme yaşadığı belirlenmiştir. Grup II' ye alınan yaşlı hastaların % 3'ü kabullenme, % 6,1'i başa çıkma-kabullenme yaşadığı, reddetme, inkar, kızgınlık, depresyon duygusu yaşayan yaşlı hasta bulunmamaktadır.

Kalaoğlu Öztürk (2010), çalışmasında depresyon puanı yüksek, eğitim düzeyi düşük, son bir aylık dönemde ölümü sıkça düşünöen ve son bir yılda yas reaksiyonu yaşamamış bireylerde ölüm kaygısının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamıştır (106).

Ölüm kaygısı ile ilişkili olabileceği öngörölen en önemli değişken yaştır. Genel beklenti yaşın artmasına paralel olarak, yani ömrün sonuna geldikçe ölüm kaygısının artacağıdır. Literatürde yapılan çalışmalarda bu beklentiye ters bulgular elde edilmiştir. Yaşlılık döneminde değişik düzeylerde görölen ölüm kaygısının, yaşlı nüfus içinde yaş artışı ile birlikte artmadığı, aksine yaş arttıkça azaldığı ve bir süre sonra belli bir düzeyde sabit seyrettiği saptanmıştır (73,193). Kalaoğlu Öztürk

(2010) çalışmasında; Nelson, ve Stevens ve arkadaşlarının yaşı bireylerle yaptıkları çalışmalarında, yaşı artmasına paralel olarak ölüm kaygısının azaldığını bildirdiklerini ifade etmektedir (106). Yaşlılıkta ortaya çıkan ciddi sağlık sorunları da yaşıyı kaygılandırabilmektedir. Hastalık ve ölüm kaygısı ilişkisinin kurulmasında hastalıklara ilişkin kalıp-yargı düşünceler de önemlidir (181).

Araştırmamızda, Grup I'de yer alan yaşı hastaların %28,6'sı hastanede/ ameliyat olmanın ölümü kabullenme duygusunu etkilemediğini, %38,1'i endişelendirdiğini, %21,4'ü ölüme ilişkin kaygısıyla baş edebildiğini, %11,9'u ise desteğe gereksinimi olduğunu ifade etmiştir. Grup II' deki yaşı hastaların ise %81,8'inin hastanede/ ameliyat olmanın ölümü kabullenme duygusunu etkilemediğini, % 3'ü endişelendirdiğini, %15,2'si ölüme ilişkin kaygısıyla baş edebildiğini ifade etmiştir.

Grup I' e dahil edilen grubundaki yaşı hastaların % 73,8'i dini gereksinimi olduğunu, %26,2'si ise olmadığını ifade etmiştir. Grup II'ye dahil edilen yaşı hastaların ise %30,3'ü dini gereksinimleri olduğunu, %69,7'u ise olmadığını ifade etmiştir. Yapılan araştırmalar, inanç ve dinsel aktivitelerin, hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesinde, ağrı, anksiyete ve depresyonun azaltılmasında, yaşam kalitesinin geliştirilmesinde ve sorunlarla başa çıkmada yararlı olduğunu göstermiştir (20,132, 142). Kalp cerrahisi geçiren yaşı erkek hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, dinsel aktivitelerini düzenli yerine getirenlerde, daha az dinsel aktivitede bulunanlara oranla postoperatif dönemde hastanede kalma süresinin % 20 daha az olduğu, başka bir çalışmada da, kalça kırığı operasyonu sonrası, kiliseye düzenli devam eden kadınların etmeyenlere oranla daha kısa sürede ayağa kalktıkları ve daha az depresyon yaşadıkları bulunmuştur (20).

Ülkemizde Kılıç'ın (1993) cerrahi hastaları üzerinde yaptığı araştırmasında, preoperatif dönemlerinde hastaların, endişelerinin giderilmesi için hemşireden yardım istedikleri, hastaların anksiyetelerinin giderilmesi ve bilgilendirme gereksinimi içinde olduğu sonuçları, hemşirelerin hastalarına bakım verirken, onların anksiyete ve korkuları ile başa çıkabilmeleri, rahatlayabilmeleri için bakımın spiritüel yönünü dikkate almaları gerektiğini vurgulamaktadır (113, 93).

“Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile değerlendirilen ve ameliyat sonrası cerrahi açıdan risk içeren ve riskleri önlemeye ilişkin hemşirelik bakım gereksinimi olan yaşlı hastalar Grup I grubuna alınmıştır. Grup I ve Grup II'ye dahil edilen yaşlı hastaların, dini gereksinimi olma, ölüme ilişkin duygulardan kabullenme, depresyon yaşama, başa çıkma, hastanede / ameliyat olmanın ölüme ilişkin duygularını etkileme durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

Günümüzde spiritüel boyuta yönelik hemşirelik bakımının önemi kabul edilmektedir. Hemşirelik bakımının amacı, yalnızca iyileştirmek ya da hastalıktan korumak değil, bireylerin sağlık bilincini yükseltmek için içlerindeki gücü kullanmalarına yardım etmektir (2,62).

Hakverdioğlu ve ark (2007) onkoloji hemşireleri ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin % 66,7'si spiritüel sağlığın fiziksel sağlığı etkilediğini belirtmiş ve % 54,2'si hastaların dini fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için yardımcı olunması gerektiğine kısmen, % 41,7'si tamamen katıldıklarını belirtmişlerdir (93).

Bütüncü sağlık bakımında hemşire bireyin fiziksel iyiliği için yardım etmenin yanında, beden, akıl ve ruh dengesini sağlamalıdır. Bu nedenle hemşirelerin bireylerin spiritüel gereksinimlerini değerlendirebilmeleri ve karşılayabilmeleri için donanımlı olmaları gerektiği ifade edilmektedir (2,20).

4.13.2 GRUP I VE GRUP II'YE ALINAN YAŞLI HASTALARIN “ÖLÜM” BİLEŞENİNE GÖRE ALDIKLARI HEMŞİRELİK TANILARININ TARTIŞILMASI

“Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” kullanılarak ameliyat öncesi ölüme ilişkin duygularına yönelik sorunları belirlenerek ve NANDA hemşirelik tanıları alan hastalar belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmede cerrahi girişimin ya da anestezinin olumsuz etkileri nedeniyle ölümü yaşayacağı endişesi olduğunu ifade eden 6 hasta ölüm anksiyetesi tanısı almıştır. Cerrahi girişimin ve anestezinin etkilerinin açıklandığı, ölüme ilişkin duygularını ifade etmesi konusunda desteklenmesi, aynı cerrahi girişimi geçiren hastalarla görüşmesinin sağlanması girişimlerini içeren hemşirelik bakımı sonrasında ameliyat sonrası taburcu olmadan hemen önce yapılan değerlendirmede sadece 1 hasta ölüm anksiyetesi tanısı almıştır. Taburcu olduktan bir ve üç hafta sonraki izlemde tanı alan hasta olmamıştır.

Ameliyat öncesi “ Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yapılan değerlendirme ile cerrahi girişim sonrası cerrahi açıdan, Grup II'ye göre daha fazla riski olduğu belirlenen Grup I 'i oluşturan yaşlı hastalara, bireye özel gereksinimleri doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı ile ölüm bileşenine ilişkin saptanan sorunların azaltıldığı gözlenmiştir.

BÖLÜM V

5.1 SONUÇLAR

“Roper, Logan ve Tierney’ in Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli doğrultusunda “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu”nun geliştirilmesi ve bu formun yaşlı hastalarda hemşirelik bakımına etkisinin incelenmesi konulu çalışmamızda sonuç olarak;

1. Grup I ve Grup II’yi oluşturan yaşlı hastalarda;

- Sosyodemografik özellikleri açısından; yaş grupları,
- “ Güvenli Çevre” bileşeni açısından; cerrahi girişim türü, anestezi türü, malignite, ameliyat sonrası pozisyon, hastanede bulunma süresi, ameliyat öncesi aç kalma süresi, lökosit sayısı, albumin düzeyi, hareketlilik durumları, düşme riski varlığı, sürekli kullanılan ilaç sayısı, ilaçlarının etkisini bilme, antikoagülan ve steroid kullanımı,
- “İletişim” bileşeni açısından; görme, işitme, tat alma duyusundaki yeterlilik, gözlük kullanımı, görme, işitme ve tat alma duyusundaki değişikliğin yaşantısını etkileme durumu, iletişim güçlüğü yaşama, yaşlılığı algılama, ağrı, şimdiki sağlık durumu ile yetersiz bilgisi olma, ameliyata ilişkin korku ve ölme isteği duysu olma,
- “Solunum” bileşeni açısından; solunum tipi, derinliği, sekresyonu olma,
- “Beslenme” bileşeni açısından; Beden kitle indeksleri, son 6 ay içinde istemsiz kilo kaybı olma, antropometrik değerler, iştah durumu, beslenme şekli, yemeğini yardımsız yiyebilme, yutma güçlüğü ve hazımsızlık şikayeti yaşama,
- “Boşaltım” bileşeni açısından; boşaltım için yardım gereksinimi olma,

üriner ve fekal inkontinansı olma, defekasyon alışkanlığı, konstipasyon, üreter kateteri olma, idrar yaparken ağrı yaşama,

- “Kişisel Temizlik ve Giyinme” bileşeni açısından; deri rengi, turgoru, bası yarası oluşma riski açısından deri özellikleri, bası yarası varlığı, bası yarası geçmişi olma,
- “Beden Isısını Kontrol” bileşeni açısından; üşüdüğünü ifade etme ve ısıya uygun giyinme,
- “Hareket” bileşeni açısından; kas/ iskelet sistemini kısıtlayacak sorun yaşama, yürümeye yardımcı gereç kullanımı, kas tonüs yeterliliği, eklem hareketi olma,
- “Çalışma ve boş zamanlarını değerlendirme” bileşeni açısından; hastanede iken uğraşısı olma,
- “Cinselliği İfade Etme” bileşeni açısından; beden imajının etkilenme durumu,
- “Uyku” bileşeni açısından; uyku sorunu yaşama,
- “Ölüm” bileşeni açısından hastanede olma/ ameliyat olmanın ölüm duygusunu etkilenme durumu,

arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

2. “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” na göre yapılan değerlendirme ile cerrahi süreçte riskli olan yaşlı hastaların çoğunluğunun Grup I’ de yer alması formun riskli hastaları belirlemede seçici olduğunu göstermektedir.

3. Travma riski olan 18 (% 42,9), enfeksiyonu olan 5 (% 11,9), enfeksiyon riski olan 15 (% 35,7), yetersiz solunumu olan 10 (% 23,8), solunum

fonksiyonunda değişiklik riski olan 22 (% 52,4), malnütrisyon riski olan 21 (%50), üriner enfeksiyon riski olan 29 (% 69) , hafif düzeyde bası yarası olan 5 (% 11,9), bası yarası riski olan 25 (% 59,5), periferik doku perfüzyonunda değişim riski olan 9 (% 21,4) hastaya, sorunların giderilmesi ve risklerin önlenmesine yönelik uygulanan hemşirelik bakımı ile ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların gelişmediği belirlenmiştir.

4. Hastaların taburcu olduktan sonraki izlemlerinde ilk değerlendirmede saptanan sorun ya da cerrahi açıdan risk içeren durumların oluşmasında yaşlı hastalara uygulanan hemşirelik bakımının etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

5.2 ÖNERİLER

- Yaşlı hastaların, çocuk hastalar gibi fizyolojik değişimleri nedeniyle cerrahi süreçten olumsuz etkilenebilecek özel bir grup olması nedeniyle, hemşireler tarafından ameliyat öncesinde mutlaka kapsamlı bir değerlendirme yapılması,
- Yaşlı hastaların fizyolojik değişimlerini olağan kabul etmeleri nedeniyle suskun olmaları, birçok sorunun (ağrı, solunum zorluğu vb.) saptanmasında gözden kaçırılabilir bir durum olduğundan, cerrahi hemşirelerinin yaşlı hastaların fizyolojik, sosyal, kültürel, psikolojik özelliklerinin farkında olmaları,
- Yaşlı hastaya bakım veren hemşirelerin ameliyat öncesinde yaşlı hastaları değerlendirmede “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu”nu kullanmaları,
- Yaşlı hastanın cerrahi süreçten olumsuz etkilenmesini önlemek için, kapsamlı bir değerlendirme ile saptanan sorunların giderilmesinde bireye özel

kişiselleştirilmiş hemşirelik bakımının uygulanması önerilmektedir.

“Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile ilgili olarak;

Form, yaşlı hastaların cerrahi için risk oluşturabilecek sorunlarını ve genel sağlık durumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılabilen bir araç olarak hazırlanmıştır. Ancak bir ölçme aracı değildir. Hemşireler için geliştirilmiş bir araç olması nedeniyle formun, değerlendirme kriterlerinin fazlalığı ve formun doldurulma süresinin uzun olmasının, klinik hemşirelerin iş yükü fazlalığı nedeniyle klinikte uygulanma güçlüğü yaratacağı endişesi duyulmaktadır. Bu nedenle;

- “ Yaşam Modeli” uyarlanarak hazırlanmış olan formun 12 alt bileşen çatısında belirlenen bazı kriterlerin tekrarlar oluşturması nedeniyle (Örneğin: hareketlilik durumu, duyuşal algılama durumu, bakımında başkasına bağımlı olma durumu, beslenme durumu “kişisel temizlik ve giyinme” bileşeni içinde yer alan hem deri ve eklerine ilişkin bası yarası riski değerlendirme kriterlerinde, hem de “Hareket”, “Beslenme” ve “ Güvenli Çevre” bileşenlerinin değerlendirme kriterlerinde yer almaktadır.) tekrar düzenlenerek yeni bir kısa formunun düzenlenmesi,
- Oluşturulan formun, kolay ve pratik uygulanabilirliğinin sağlanması için klinik hemşirelerine de sunularak görüş ve önerilerinin alınması,
- Cerrahi kliniklerde sadece yaşlı hastaya bakım verecek cerrahi hemşirelerinin olması önerilmektedir.

BÖLÜM VI

6.1 ÖZET

ROPER, LOGAN VE TIERNEY’ İN YAŞAM AKTİVİTELERİ BAKIM MODELİ DOĞRULTUSUNDA “AMELİYAT ÖNCESİ YAŞLI DEĞERLENDİRME FORMU”NUN GELİŞTİRİLMESİ VE HEMŞİRELİK BAKIMINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Araştırmanın amacı, “Roper, Logan ve Tierney’ in Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli doğrultusunda “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu”nun geliştirilmesi ve bu formun yaşlı hastalarda hemşirelik bakımına etkisinin incelenmesidir. Yarı deneysel bir müdahale araştırması olarak planlanmıştır.

Araştırma, Kasım 2009- Haziran 2010 tarihleri arasında, Manisa Devlet Hastanesi, Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi, CBÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi tüm cerrahi kliniklerinde planlı ameliyat olmak üzere yatırılan, 65 yaş ve üzeri ve araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlı hastalardan oluşmuştur. (N=75). Roper, Logan ve Tierney’ in Yaşam Aktiviteleri bakım modeli doğrultusunda, 12 yaşam aktivitesi ve bu aktiviteleri etkileyen fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve politiko-ekonomik faktörler dikkate alınarak “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” hazırlanmıştır.

Formdan elde edilen bilgiler rehberliğinde ameliyat sonrası sorun yaşama riski içeren özel/bireysel bakıma gereksinim duyan yaşlı hastalar Grup I grubunu (n=42), risk içermeyen, özel gözlem gerektirmeyen standart hemşirelik bakımı alan yaşlı hastalar ise Grup II grubunu oluşturdu (n= 33). Grup I ve Grup II’yi oluşturan yaşlı hastalar ameliyat öncesinde, taburcu olmadan önce, taburcu olduktan bir hafta sonra, üç hafta sonrasında “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” kullanılarak

değerlendirilmiş, her değerlendirmede NANDA hemşirelik tanıları belirlenmiştir.

Yaşlı hastalar taburcu olduktan sonra ev ziyareti ya da telefon ile izlenmiştir.

Travma riski olan 18 (% 42,9), enfeksiyonu olan 5 (% 11,9), enfeksiyon riski olan 15 (% 35,7), yetersiz solunumu olan 10 (% 23,8), solunum fonksiyonunda değişiklik riski olan 22 (% 52,4), malnütrisyon riski olan 21 (%50), üriner enfeksiyon riski olan 29 (% 69) , hafif düzeyde bası yarası olan 5 (% 11,9), bası yarası riski olan 25 (% 59,5), periferik doku perfüzyonunda değişim riski olan 9 (% 21,4) hastaya, sorunların giderilmesi ve risklerin önlenmesine yönelik uygulanan hemşirelik bakımı ile ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların gelişmediği belirlenmiştir.

Sonuç olarak, “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” nun cerrahi açıdan riskli olan yaşlı hastaları belirlemede seçici ve uygulanan hemşirelik bakımının, ameliyat sonrası oluşabilecek sorunların önlenmesinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, Cerrahi Girişim, Hemşirelik

6.2 SUMMARY

DEVELOPMENT OF A “PREOPERATIVE ASSESSMENT FORM FOR ELDERLY PATIENTS” BASED ON ROPER, LOGAN AND TIERNEY’S LIVING ACTIVITIES MODEL AND EXAMINATION OF THE EFFECTS OF NURSING CARE

The aim of the study is to determine the development of a “Preoperative Assessment Form for Elderly Patients” based on Roper, Logan and Tierney’s living activities model and to examination of the effects of nursing care. The study was planned to be a experimental intervention study.

The study included 75 elderly patients who were 65 and over age, approved to participate in this study, and planned surgery in all surgical clinics in Manisa State Hospital, Merkez Efendi State Hospital, and Celal Bayar University Research and Practice Hospital in November 2009 and June 2010. “Preoperative Assessment Form for Elderly Patients” was prepared based on Roper, Logan and Tierney’s living activities model taking into account the 12 life activity and these activities which are affect the physical, psychological, social, cultural, environmental and politico-economic factors.

By the guidance of the information obtained from the form, elderly patients who are postoperative problems and, need specific / individual care, was taken as study group (n = 42), elderly patients who was take the standard of nursing care, not risk, and don’t need specific observation was taken as control group (n=33). Elderly patients who were both study and control group, was evaluated with “Preoperative Assessment Form for Elderly Patients”, in preoperative term, before discharged, a week after discharge and three weeks after discharge. Every evaluation was

determined using NANDA nursing diagnoses. After discharged elderly patients who was in study and control group were monitoring by home visit or telephone.

Determined that the study, postoperative complications were not developed with nursing care which elimination problems and for the prevention of risks, the elderly patients who have with a risk of trauma 18 (42,9 %), with infection 5 (11,9 %), with the risk of infection 15 (35,7 %), with inadequate breathing 10 (23,8 %), with the risk of respiratory function changes 22 (52,4 %), with the risk of malnutrition 21 (50 %), with the risk of urinary infection 29 (69 %), with pressure ulcers 5 (11,9 %), with the risk of pressure ulcers 25 (59,5 %), with the risk of changes in peripheral tissue perfusion 9 (21,4 %).

As a result, the study has shown that “Preoperative Assessment Form For Elderly Patients” is selective to determine elderly patients who are risk in surgical process and given nursing care is effective to prevent the complications after operation.

Key Words: Elderly, Surgery, Nursing

BÖLÜM VII

7.1 KAYNAKLAR

1. Abrass, I.B. (1990). The Biology And Physiology Of Aging. West J. Med.L53:641-645.
2. Akgün Kostak, M. (2007). Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:6, 105-114.
3. Akıcı, A.(2006). Akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri Doğrultusunda Yashılarda Reçete Yazma Ve Türkiye’de Yashılarda İlaç Kullanımının Boyutları. Geriatri, Özel Sayı: P. 19-27.
4. Aksoy, G. (1998), Ameliyat Öncesi, Sırası Ve Sonrası Hemşirelik Bakımı. İçinden: Aksoy G. Ed. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Birlik Ofset, İstanbul, 66-98.
5. Alaca R., Hazneci B., Göktepe S., Gündüz F., Kalyon T.A.,(2001). Spinal Kord Hasarlılarda Bası Yarası Gelişimi İçin Risk Faktörleri. Gülhane Tıp Dergisi ; 43: 25-9.
6. Alpar, Ş., Atalay, M., Çakırcalı, E., Çeviker, G., Dinç, L., Khorshid, L., Sabuncu, N., Uçar, H. (1997). Hemşirelik Esasları El Kitabı. Ed: M. Atalay. Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:8, Birlik Ofset Ltd. Şti. İstanbul.
7. Arbous, M.S., Grobbee, D.E., Wan Kleef, J.W., De Lange, J.J., Spoormans, H.H., Touw, P., Et Al.(2001). Mortality Associated With Anaesthesia: A Qualitative Analysis To Identify Risk Factors. Anaesthesia; 56: 1141-53.
8. Arnoğul, S.(2006). Geriatri Ve Gerontoloji. Ankara: MN Medikal&Nobel Kitabevi.
9. Arslan, S., Atalay, A., Gökçe Kutsal, Y. (2000). Yashılarda İlaç Tüketimi. Geriatri Dergisi; 3(2): 56-60.

10. Aştı, T. (2000). Fiziksel Aktivitesi Bozulan Yaşlı Bireylerde Hemşirelik Girişimleri, Hemşirelik Bülteni, 11(46): 65-73.
11. Atay, T. (2001), Yaşlılıkta Uyku. T Klin Psikiyatri; 2(2): 91-97.
12. Ateşkan, Ü. (2002). Yaşlıya Verilen Hastane Hizmetinin Kalite Göstergesi Olarak Delirium. Mesleki Tıp Dergisi, 13: 94-99.
13. Ateşkan, Ü. (2010). Geriyatrik Aciller, www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/egitim, Erişim Tarihi: 05.07.2010.
14. Ay Akça, F. (2007). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul Medikal Yayıncılık, S: 20-30.
15. Ayçeman, N. (2002). "Farklı Yaş Gruplarındaki Bireylerde Detraining Etkilerinin İncelenmesi", Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğt. Spor ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2002.
16. Aydın, B., Eke, H., Demir, A., Pepe Şengül, E., Elhan, A. H., Özgök, A. (2010). Geriyatrik Hastalarda Ürolojik Cerrahi Anestezisi: Geriye Dönük Tanımlayıcı Çalışma, Türk Anest Rean Der Dergisi, 38(6):412-417.
17. Aygün, P. (2008). Kateter İlişkili Üriner Enfeksiyonların Önlenmesi, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Hastane Enfeksiyonları: Koruma Ve Kontrol Sempozyum Dizisi No: 60, S: 131-137.
18. Bahar, A., Tutkun, H., Sertbaş, G., (2005). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:227-239
19. Bailes, B.K.(2000). Perioperative Care Of The Elderly Surgical Patient, AORN Journal, 72(2): 186-207.
20. Baker, D.C. (2003). "Studies Of Inner Life: The Impact Of Spirituality On Quality Of Life", Quality Of Life Research, 12 (1): 51-57.

21. Baran, A., Kalinkara, V., Aral, N., Akın, G., Baran, G., Özkan, Y. (2007). Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Yaşlıların Gündelik Yaşamdan Tatmin Düzeyleri: Ankara Kentsel Kesit Örneği, Turkish Journal Of Geriatrics; 10 (1): 10-18.
22. Barnett, S.R.(2007). Preanesthetic Evaluation For The Elderly Patient. Syllabus On Geriatric Anesthesiology [Cited 2007 05/07]; Available From: http://www.asahq.org/clinical/geriatrics /prean_eval.htm.
23. Başeren, M., Hersek, N., Nazlıel, H. (2004). Yaşlılıkta Ağız Ve Diş Sağlığının Korunması, Hacettepe Üniversitesi GEBAM- Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, Bölüm 13.
24. Bauer, M.J. (2010). Çeviren: Kubilay Demirağ, Yaşlılıkta Beslenme, www.kepan.org.tr/III / 36/01ea177f -87ba.../III-ym-36-3. pdf, Erişim Tarihi: 10.02.2010
25. Biçer, S., Atalay, M.(1998). 60+Yaş Ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumu, Uluslararası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara, S: 346-8.
26. Bilir, N. (2007). Sağlığın Korunması, Hacettepe Üniversitesi GEBAM- Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, Bölüm 4.
27. Bilir, N., Aslan, D., Güngör, N., Ağaç, M., Sıddıqui, Z., Uluç, F., Ülger, Z., Yılmaz, Ö. (2002). Ankara'da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi Sakarya Mahallesi'nde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık Ve Sosyal Durumlarının Saptanması, Geriatri5 (3):97-102.
28. Bosi Bağcı, T. (2003), Yaşlılarda Antropometri, Türk Geriatri Dergisi, 6 (4): 147-151.

29. Bridges, E.J. (2001). "Ask The Experts Pages", Comment On: Crit Care Nurse, 21(6):66-68.
30. Brunzel, N.A. (2004). Fundamentals Of Urine And Body Fluid Analysis, Edition 2, Elsevier, Philadelphia PA.
31. Byrne, A, Carney, D.N.(1993). Cancer In The Elderly, Curr-Probl-Cancer: May-Jun; 17(3):145-218.
32. Carpenito, L.J.(2000). Nursing Diagnosis Application To Clinical Practice. 8th Ed., J.B. Lippincott Company, Philadelphia.
33. Cereceda Fernandez, C., Gonzalez, I., Antolin Juarez, F.M, Garcia Figueiras, P., Tarrazo Espineira, R, Suarez Cuesta, B. Et Al. (2003). Detection Of Malnutrition On Admission To Hospital. Nutr Hosp, 18(2):95- 100.
34. Chung. F., Seyone, C., Dyck, B., Chung, A., Onq, D., Taylor, A., Et Al.(1990). Age Related Cognitive Recovery After General Anaesthesia. Anesth Analg; 71: 217-24.
35. Corish, C.A., Kennedy, N.P. (2000). Protein-Energy Undernutrition In Hospital In-Patients. Br J Nutr, 83: 575-591
36. Corporan, P.(1991).Use It Or Lose It – The Hazard Of Bedrest And Inactivity. The Westwrn Journal Of Medicine, May 154(5): 536-538.
37. Coşgun, A.(1993). Yaşlı Bireyin Hemşirelik Süreci Doğrultusunda Tanılama Form Örneği. Hemşirelik 3ülteni. 1993; 6(27): 25-30
38. Craven, R.F., Hirnle, C.J.(2003). Fundamentals Of Nursing: Human Health And Function. Lippincott Williams& Wilkins 4th Ed., Philadelphia.
39. Çakmakçı, M.(1997). Cerrahi Hastalıklar H İçinden : Kutsal G, Çakmakçı M, Ünal S. Ed. Geriatri 2. Hekimler Yayın Birliği, Ankara,757-758.

40. Çakmur, H., Erem, M., Koç, M., Ertekin, V., Karşlıoğlu, İ., Kırığ, D. (2000).
Ca Tanısı Almış Geriatrik Olguların Demografik İncelemesi, Geriatri Dergisi,
3 (1): 11-14.
41. apacı, K. (2007), İnmede Düşme Ve Kırıklar. Türk Fizik Tıp Rehabilitasyon
Dergisi 53(1): 7-10.
42. Çeçen, D., Özbayır, T. (2010). Cerrahi Kliniklerde Yatan Yaşlı Hastalarının
Genel Sağlık Durumlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik
Yüksekokulu Dergisi, Cilt 26 (3),S:11-22.
43. Dai, Y.T., Lou, M.F., Yip, P.K., Huang, G.S. (2000). Risk Factors And
İncidence Of Postoperative Delirium İn Elderly Chinese Patients. Journal Of
Geronlology, 46:28-35.
44. De Lisser, H.M., Grippi, M.A. (1998). Perioperative Respiratory
Considerations İn The Surgical Patient. In: Fishman AP, Elias JA, Fishman
JA Eds. Fishman's Pulmonary Diseases And Disorders. New York: Mcgraw
Hill Company, P:619- 29.
45. Demir Korkmaz, F. (2010). Yaşlının Perioperatif Bakımı, 4. Ulusal Yaşlı
Sağlığı Kongresi, Geriatri Hemşireliği Kursu Konuşma Metinleri, İzmir, 49-
58.
46. Devlet İstatistik Enstitüsü-(DİE): (1995). Türkiye Nüfusu, 1923-1994,
Demografik Yapısı Ve Gelişmesi 21. Yüzyıl Ortasına Kadar Projeksiyonlar.
Ankara: T.C Başbakanlık DİE Yayını.
47. Devlet İstatistik Enstitüsü-(DİE): (1999). Nüfus Kayıtları. Ankara: T.C
Başbakanlık DİE Yayını.

48. Devlet İstatistik Enstitüsü-(DİE): (2003). 2000 yılı Genel Nüfus Sayımı, Nüfusun Sosyal Ve Ekonomik Nitelikleri. Ankara: T.C Başbakanlık DİE Yayını, No: 2759.
49. Devlet Planlama Teşkilatı- (DPT): (2006).Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, (1. Baskı), Ankara: DPT Yayını.
50. Devlet Planlama Teşkilatı- (DPT): (2007), Türkiye ‘De Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, Sosyal Sektörler Ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayın No Dpt: 2741.
- 51.Dharmarajan, T.S., Unnikrishnan, D., Dharmarajan, L.(2003). Perioperative Medical Management. In: Dharmarajan TS, Norman RA (Eds). Clinical Geriatrics. Boca Raton (FL): Parthenon Publishing Group,: 115-26.
- 52.Dharmarajan, T.S., Unnikrishnan, D., Dharmarajan, L.(2003). Preparing The Older Adult For Surgery In: Dharmarajan TS, Norman RA (Eds). Clinical Geriatrics. Boca Raton (FL): Parthenon Publishing Group, 45-54.
53. Doğan, E. D.(2007). Perioperatif Sıvı Tedavisi: Güncel Yaklaşımlar, Türkiye Klinikleri J Med Sci , 27:894-901.
54. Doğan, Ş.(1995). Bilinçsizlik Ve Diğer Nedenlerle Yatağa Bağımlı Hastalarda Hemşirelik Girişimlerinin İncelenmesi. T.C. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksekokulu Dahili Hemşirelik Bilimleri Anabilim Dalı Başkanlığı, Hemşirelik Esasları Bilim Dalı Başkanlığı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. (Danışman Doç.Dr.Yük.Hem.Kd.Yzb. Veliye Yurt).
55. Emiroğlu, V. (1995). Yaşlılık Ve Yaşlının Sosyal Uyum. Ankara, Şafak Matbaacılık.

56. Erdem, M., Emel, H. F. (2004). Yaşlılarda Mobilite Düzeyi Ve Düşme Korkusu, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:7, Sayı: 1,S: 1-10.
57. Erdil, F, Elbas N Ö (1999). Cerrahi Hemşireliği (Perioperatif Hemşirelik), İn Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Tasarım Ofset Ltd. Şti, Ankara, S: 97-114.
58. Erdil, F. (2010). Yaşlanma Nedeniyle Gelişen Fiziksel, Fonksiyonel, Bilişsel Ve Psikososyal Değişiklikler, 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, Geriatri Hemşireliği Kursu Konuşma Metinleri, S: 9-25.
59. Erdil, F. (2004). “Yaşlının Evde Bakımı.” Sağlıklı Ve Başarılı Yaşlanma, Ankara: H.Ü. Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi Yayını, S:78-84.
60. Erdil, F.(2002). Yaşlıların Perioperatif Hemşirelik Bakımı, İn Geriatri 2002, Y.G. Kutsal, Editor. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Ve Uygulama Merkezi: Ankara. S: 138-149.
- 61.Erdil, F., Özbaş, N.Ö.(2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Genişletilmiş IV. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, S:103-136.
62. Ergül, Ş., Bayık, A. (2004). “ Hemşirelik Ve Manevi Bakım”, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(1): 37-45.
63. Ershle,R W.B., Balducci, L.(1994). Treatment Considerations For Older Patients With Cancer. In Vivo. Nov-Dec, 8(5):737-44,
64. Ersoy, E., Gündoğdu, H. (2005). Preoperatif Açlıkta Değişen Karamlar, Ulusal Cerrahi Dergisi, 21: 96-101.
65. Ertan, T. (2002). Deliryum. İçinden: İlkay E. Ed. Cerrahpaşa Psikiyatri. İstanbul Üniversitesi Basım Ve Yayınevi Müdürlüğü, İstanbul, S: 161-169.

66. Ertemur, E. (2009). Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastaların İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Ve Uygulamalarının Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
67. Eti Aslan, F. (1997). Postoperatif Ağrının Bireysel Özelliklerle İlişkisi, Türk Hemşireler Dergisi, 47(6): 3-6.
68. Eti Aslan, F. (2003). Postoperatif Ağrı Yaşlıların Kaderi Mi?, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 2.
69. Evers, B, Townsend C, Thompson J. (1994), Organ Physiology Of Aging. Surg Clin North Am; 74: 23-39.
70. Fadiloğlu, Ç. (2010), Bakım Süreci: Sağlığın Korunması, Hastalıkların Önlenmesi Ve Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Bakım, 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, Geriatri Hemşireliği Kursu Konuşma Metinleri, İzmir, S:26-35.
71. Failla, G. (1958). The Aging Process And Carcinogenesis. Annuals Of The NY Academy Of Sciences.71;L 124-1130.
72. Forbes, W.F., Hirdes, J.P.(1993). The Relationship Between Aging And Disease:Geriatric İdeology And Myths Of Senility. J. Am. Geriatr. Soc.41(L 1):1267-71.
73. Fortner, B.V., Neimeyer, R.A. (1999). Death Anxiety İn Older Adults: A Quantitative Review. Death Studies ; 23: 387-411.
74. Fuller, G.F. (2000). Falls İn The Elderly. Am Fam Physician ; 61: 2159-68,2173-4
75. Fulmer, T., Wallace, M., Edelman, C.L. (2002). Older Adult, In: Edelman CL, Mandle CL, (Eds). Health Promotion. Toronto: Mosby, Pp: 709-44.

76. Ganz, P.A. (1997). Interaction Between The Physician And The Older Patient. *Cancer*, Oct 1; 80(7);1323.
77. Geçtan, E. (1984). İnsan Olmak: Varoluşun Bireysel Ve Toplumsal Anlamı. İstanbul: Adam Yayıncılık, S: 300.
78. Gırard, J.N.(1997). Geronlological Nursing İn Acule Çare Settings. İn : Malteson MA, Connel ES, Linton AD Eds. Geronlological Nursing Concepls And Practice. 2th Ed. Sounder Company, 856- 891.
79. Gırard, N.J. (2004). Preoperative Care Nursing Manegement İn : Lewis M.S., Heitkemper M.M., Dirksen, R.S. Eds. Medical Surgical Nursing Assesment And Manegement Of Clinical Prolems. Vol 1 6th Ed. Mosby, 374-412.
80. Göğüş, Y. (2003). Geriatrik Anestezi Postoperatif Komplikasyonlar, Türkiye Klinkleri Anestezi Ve Reanimasyon Dergisi, (1): 58-59.
81. Gökçe Kutsal, Y. (2007). Temel Geriatri, Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 279-288.
82. Gökçe Kutsal, Y. (2010). Yaşlılarda Düşme, [Www.Gebam.Hacettepe.Edu.Tr /Oneri/ Yaslilarda _Dusme .Pdf](http://www.Gebam.Hacettepe.Edu.Tr/Oneri/Yaslilarda_Dusme.Pdf) , Erişim Tarihi: 05.06.2010.
83. Gökçe Kutsal, Y.(2006). Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları, 65 Yaş Üzeri Yaşam Rehberi, (1. Baskı), İçinde, İstanbul: Meditime Ltd. Şti. Yayını, S:36-42.
84. Gökçe Kutsal. Y., Bal, S.(2003). Yaşlılık Ve Kadın Sağlığı. Available At: [Http: // www.luiksam.hacettepe.cdu.tr/yaslilik.htm](http://www.luiksam.hacettepe.cdu.tr/yaslilik.htm). Erişim Tarihi: 25.08.2009.
85. Gökdoğan, F., Yıldırım, Y., Ayhan, F., Alpteker, H., Ocak, Z., Can, S. (2008). Bir Yaşlı Merkezine Kayıtlı Kronik Hastalığı Olan Yaşlıların Evde

- Bakım Gereksinimleri. 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı; Harbiye Askeri Müze Ve Kültür Sitesi, İstanbul, S: 147.
86. Göktaş, K., Özkan, İ., (2006). Yaşlılarda Uyku Bozuklukları, Turkish Journal Of Geriatrics ; 9 (4): 226-233.
87. Gönen, E., Özmete, E.(2003). “Olgun Gençlik Ve Yaşam Tatmini” Kalıncara, V. (Ed) II. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiriler Kitabı, Yaşlı Sorunları Araştırma Derneği Yayını, Denizli, Horoz Medya Yayınevi,S: 276-284
88. Grap, M.J., Munro, C. (2005). Quality Improvement İn Backrest Elevation: Improving Outcomes İn Critical Care, AACN Clinical Issues: Apr-Jun;16(2):133-9.
89. Gutman, G. (2005). “Global Aging”, 1st International Care Congress (2-8 May 2005), İstanbul: Princess Hotel.
90. Gücüyener, D., Uğur, C., Uzuner, N., Özdemir, G. (2000). The İmportance Of Falls İn Stroke Patients. Annals Of Saudi Medicine, 20(3-4):322-323. [http:// www.kfshrc.edu.sa /annals/203_204/ 99-328r.pdf](http://www.kfshrc.edu.sa/annals/203_204/99-328r.pdf) htm, Erisim Tarihi:09.04.2009.
91. Güler, G., Güler, N., Kocataş, S., Akgül, N. (2009). Yaşlıların Sağlık Bakım Gereksinimleri, Cumhuriyet Tıp Dergisi; 31: 367-373.
92. Güngör, N., Nehir, S., Özbaşaran F.(2005). Manisa Kent Merkezindeki Huzur Evinde Kalan Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Beslenme Durumları Üzerindeki Etkisi, Türk Geriatri Dergisi, 8 (4): 195-204.
93. Hakverdioğlu, G. (2007). “Onkoloji Hemşirelerinin Spiritüel Bakım Ve Spiritüelite İle İlgili Görüşleri”, 4. Uluslararası 11. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 5-8 Eylül, Ankara.

94. Hayflick, L., Morehead, P.S. (1961). The Serial Cultivation Of Human Diploid Ali Strains. Exp. Celi. Res.25:585-593.
95. Heitkemper, M.M. (2004). Older Adults. İn : Lewis MS, Meitkemper MM, Dirksen RS Eds. Medical Surgical Nursing Assesment And Manegemenl Of Clinical Prolems. Vol 2 6lh Ed. Mosby, 58-80.
96. Hepaguslar, H., Elar, Z. (2003),. Geriyatrik Olgularda Genel Veya Rejyonel Anestezi Seçimi. Türkiye Klinikleri J Anestezi Ve Reanimasyon, (1):41-5.
97. Hudak, C.M., Gallo, B.M., Morton, P.G. (1998). The Critically III Older Patient. Critical Care Nursing. (7th Edition).Lippincott New York.121-136.
98. Hug, E.,Ünalan, H., Karamemetoğlu, Ş.Ş., Tüzün, Ş., Gürgöze, M., Tüzün, F. (2001). Bir Eğitim Hastanesinde Bası Yarası Prevalansı Ve Bası Yarası Gelişiminde Etkili Risk Faktörleri. Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi; 47: 3-11.
99. Hunter Mellado, R.F., Negron, J., Gomez, M.A. (1997). A Strategic Supportive Model For Health Prevention İn The Elderly. Bol Asoc Med P R , Jul-Sep; 89 (7-9): 102-10.
100. Işık, A.T., Cankurtaran, M., Doruk, H., Mas, R. (2006). Geriatrik Olgularda Düşmelerin Değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 9 (1): 45-50.
101. İmamecioğlu,A. R. Ve Ark. (2004). Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Halk Sağlığı Mektebi, Turkey Health Report, Ankara. P. 53-54,81,97.
102. İnanç, N., Hatipoğlu, S., Yurt V., Avcı E., Nalan A., Öztürk E. (1998): Hemşirelik Esasları. Damla Matbaacılık, Ankara.
103. İnci, K. (2004). Cinsel Yaşam, Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Ve Uygulama Merkezi.

104. İnci, K. (2009). Yaşlılarda Üriner İnkontinans Ve Farmakolojik Tedavisi, Türk Geriatri Dergisi 13 (1): 59-66.
105. Kaçmaz Başoğlu, Ö. (2001). Toraks Dışı Cerrahide Preoperatif Solunumsal Değerlendirme, Solunum Hastalıkları Dergisi; 12: 75-82
106. Kalaoğlu Öztürk, Z. (2010). Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Lut Tamam), Adana.
107. Karaaslan, D., Öztürk, S. (2009). Anestezi Sonrası Titreme Ve Termoregülasyon, Türkiye Klinikleri J Anest Reanimasyon;7(2):98-104
108. Karadağ, M., Gümüşkaya, N.(2006). The İncidence Of Pressure Ulcers İn Surgical Patients. A Sample Hospital İn Turkey. J Clin Nurs 2006; 15: 413-21.
109. Karaduman, A. (2007). Deri Sorunları Ve Deri Bakımı, Hacettepe Üniversitesi GEBAM- Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, Bölüm 8.
110. Karataş, G., Maral, I. (2001). Ankara-Gölbaşı İlçesinde Geriatrik Popülasyonda 6 Aylık Dönemde Düşme Sıklığı Ve Düşme İçin Risk Faktörleri. Gazi Üniversitesi Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Geriatri Dergisi 4(4): 152-158.
111. Kee, C.C., Miller, V.(1990). Perioperative Care Of The Older Adult With Audilory And Visual Changes. AORN Journal. December, 70: 1013-1019.
112. Kerem, M., Meriç, A., Kırdı, N., Cavlak, U. (2001). Ev Ortamında Ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Değişik Yönlerden Değerlendirilmesi, Geriatri Dergisi, 4:106- 112.
113. Kılıç, S. (1993). Cerrahi Hastasının Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Bakımına İlişkin Beklentileri, Hemşirelik Bülteni, 7 (30):111-122.

114. Kısacık, A. (2009). Sivas İl Merkezinde İkamet Eden 60 Yaş Ve Üzeri Yaşlıların Demografik, Ekonomik, Sosyal, Sağlık Ve Duygusal Durumları. www.sosyalhizmetuzmani.org/yaşlı araştırması, Erişim Tarihi: 01.07.2009.
115. Kocaçal, E., Eşer, İ., Khorshid, L. (2007). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Hemşirelik Tanılarının Saptanması, 4. Uluslar Arası 11. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 5-8 Eylül, Ankara, S: 196.
116. Koylan, N. (2004). Yaşlanma Ve Hipertansiyon. Türk Geriatri Dergisi (1): 76-77.
117. Koz, M., Ersöz, G., Gelir, E. (2003). Fizyoloji Ders Kitabı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
118. Kökçam, İ., Dilek, N. (2007). Yaşlı Hastalarda Görülen Deri Hastalıkları, Geriatri Dergisi, 10 (3): 113-116.
119. Krishnagopalan, S., Johnson, E.W., Low, L.L., Kaufman, L.J. (2002). Body Positioning Of İntensive Care Patients: Clinical Practice Versus Standarts”Crit Care Med. Nov;30(11):2588-92.
120. Kutsal, A., Çekiç, E., Tansal, S.,Metin, M., Aksoy, A.(1998). Yaşlılarda Gerçekleştirilen Açık Kalp Ameliyatları: Risk Faktörleri Ve Sonuçlar. Geriatri Dergisi, 1(1): P. 33-35.
121. Kuyumcu, A., Polat Düzgün, A., Uzun, S., Özmen, M., Coşkun, F., Besler, T. (2003). Major Abdominal Cerrahi Geçiren Hastalarda Preoperatif Nutrisyonel Değerlendirme: İleri Yaş Radikal Cerrahiye Engel Midir?, Geriatri Dergisi, 6 (4): 128-134.
122. Lepistö, M., Eriksson, E., Hietanen, H., Asko Seljavaara S.(2001). Patients With Pressure Ulcers İn Finnish Hospitals. Int J Nurs Pract ; 7: 280-7.
123. Leung, J., Dzankic, S.(2001). Relative İmportance Of Pre-Operative

- Healthstatus Versus Intraoperative Factors In Predicting Post-Operative Adverse Outcomes In Geriatric Surgical Patients. J Am Geriatr Soc; 49: 1080-5.
124. Lewis, M.C., Nevo I., Paniaqua M.A., Ben Ari, A., Pretto, E. Et Al. (2007), Uncomplicated General Anaesthesia In The Elderly Results In Cognitive Decline: Does Cognitive Decline Predict Morbidity And Mortality? Medical Hypothesis, (68): 484-492.
 125. Li, G., Warner, M., Lang, B.H., Huang, L., Sun, L.S.(2009). Epidemiology Of Anesthesia-Related Mortality In The United States, 1999-2005. Anesthesiology; 110: 759-65.
 126. Liu, L. L., Leung, J. M. (2007). Perioperative Complications In Elderly Patients. Syllabus On Geriatric Anesthesiology [Cited 2007 05/07]; Available From: http://www.asahq.org/clinical/geriatrics/perio_comp.htm. Erişim Tarihi: 18.10.2009.
 127. Liu, Y., Çelik, Y., şahin, B. (2007). Türkiye’de Sağlık/İlaç Harcamaları Ve İlaç Geri Ödeme Politikası. Türkiye’de Sağlık Ve İlaç Harcamaları, Ed. M. Tuncer, SUVAK.S: 123.
 128. Lou, M.F., Yu, P.J, Huang, G.S., Dai, Y.T.(2004). Predicting Post Surgical Cognitive Disturbance In Older Taiwanic Palients. International Journal Of Nursing Studies; 41: 29-41.
 129. Maggi, S., Langlois, J.A, Minicuci, N., Grigoltto, F. Et Al.(1998). Sleep Complaints In Community Dwelling Older Persons: Prevalence, Associated Factors, And Reported Causes. J Am Geriatr Soc; 46(2): 161-8.
 130. Marriner Tomey, A., Alligood, M.R.(1998). Nursing Theorists And Their Works. 4th Ed., St. Louise, Mosby.

131. Marti, J., Armadans, L., Vaque, J., Segura, F., Schwartz, S. (2001). Protein-Calorie Malnutrition And Lymphocytopenia As Predictors Of Hospital Infection In The Elderly. *Med Clin (Bare)*, 116 (12):446-50.
132. Matthews, D.A. (2000). "Prayer And Spirituality", *Rheumatic Disease Clinics Of North America*, 26(1):177-187.
133. Maurer, M.S.(2003). Age: A Nonmodifiable Risk Factor? *Journal Of The American College Of Cardiology Foundation*, 42(8): P. 1427-1431.
134. Mayir, B., Altınel, Ö., Özerhan, İ.H., Ersöz, N., Harlak, A., Kılbaş, Z., Çolak, T., Erdoğan, O. (2010). Yaşlı Hastalarda Cerrahi Sonrası Mortaliteye Etki Eden Faktörler, *Anatolian Journal Clinical Investigation*, 4(1):32-35.
135. Means, K.M., Rodell, D.E., O'Sullivan, P.S.(2005). Balance, Mobility And Falls Among Community Dwelling Elderly Persons. Effects Of A Rehabilitation Exercise Program. *Am J Phys Med Rehabil* ; 84: 238-250.
136. Meek, R.(2000). Surgery And The Older Person. In : Manley K, Bellman L Eds. *Surgical Nursing Advancing Practice*. Haurcourt Publishers Limited, 204-221.
137. Memiş, D., Turan, A., Karamanlioğlu, B., Emet, S., Pamukçu, Z. (2005). Sırtüstü Ve Yüzüstü Pozisyonda Uygulanan Total İntravenöz Anestezi Ve İnhalasyon Anestezisinin İntraabdominal Basınç Üzerine Etkisi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 22(1):11-15.
138. Memişoğulları, R., Ak Yıldırım, H., Orhan, N., Yavuz, Ö. (2008). Böbrek Biyopsisi Kadar Bilgi Veren Tetkik: Rutin İdrar Analizi, *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*,3:77-84.

139. Monfardini, S., Ferrucci, L.(1996). Valuations Of A Multidimensional Evaluation Scale For Use İn Elderly Cancer Patients. Cancer, Jan;77(2):395-401.)
140. Monk, T.G.(2006). The Geriatric Patient: Cognitive Recovery After Surgery And Anesthesia. Update İn Anesthesia, 2006(January): P. 1-42.
141. Morley, J.E.(1997). Anorexia Of Aging: Physiologic And Pathologic. Am J Clin Nutr, 66: 760-773.
142. Nelson, J.C., Rosenfeld, B., Breitbart, W., Galiotta, M. (2002). “Spirituality, Religion, And Depression İn The Terminally Ill”, Psychosomatics, 43:3,213-220.
143. Njegovan, V., Hing, M.M., Mitchell, S.L., Molnar,F. J. (2001). The Hierarchy Of Functional Loss Associated With Cognitive Decline İn Older Persons. J.Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci., 56:M 638-43.
144. Oskvig, R.M. (1999). Special Problems İn The Elderly, Chest, 115(5): 158-164.
145. Oruç, M. T., Uzun, S., Salyam, B., Karakahya, M. ve ark (2004). İleri yaşta acil ve elektif şartlarda cerrahi tedavi, Türk Geriatri Dergisi 7 (1): 37-40.
146. Önderoğlu, L., Bozdağ, G. (2004). Menapoz Ve Sonrası, , Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Ve Uygulama Merkezi.
147. Özdemir, L., Akdemir, N., Akyar, İ. (2005). Hemşireler İçin Geliştirilen Yaşlı Değerlendirme Formu Ve Geriatrik Sorunlar, Türk Geriatri Dergisi, 8 (2): 94-100

148. Özer, S. (2004). Sık Rastlanan Psikiyatrik Sorunlar Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Ve Uygulama Merkezi, Bölüm:9.
149. Özgül, A. (2000). Geriatrik Patolojinin Esasları. İçinde Beyazova M, Kutsal YG, Editörler. Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon. Ankara: Güneş Kitabevi, S:1341-1350.
150. Öztürk İ (2003), Ortopedik Geriatri. İçinden: Kuzgun Ü. Ed. XVIII. Milli Türk Ortopedi Ve Travmatoloji Kongre Kitabı. İstanbul,s: 372-373.
151. Öztürk, A., Naçar, M., Aslan, A.,Gün, İ., Çetinkaya, F. (2002). Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Yaşlıların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu, Geriatri Dergisi, 5 (4): 138-143.
152. Öztürk, L.,Erkılıç, E., Dal, H.,Gümüş, T., Kanbak, O.(2010). Altmış Beş Yaş Ve Üzeri Ameliyat Olan Hastalarda Cerrahi Bölüm Ve Anestezi Yöntemlerinin İncelenmesi, http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2010-01/html/2010-2-1-040-044.htm, Erişim Tarihi: 05.07.2010.
153. Palmer, M.A. (1990). Care Ofthe Older Surgica Lpatient. İn : Eliopoulos C. Ed. Caring For The Elderly İn Diverse Care Settings. Lippincott Company, P: 350-366.
154. Parker, M.J., K. Grusamy, And Stoker M. (2004). Surgery İn Elderly Patients. Current Orthopaedics, (18): P. 333-344.
155. Parlar, S.(2006). İleri Geriatri Hemşireliği. İçinde: Fadıllıoğlu Ç (Editör): Yaşlılarda Görülen İnkontinans. İzmir: Meta Basım, S: 117–28.
156. Pektekin, Ç., Batmaz, M., Sönmez, Y., Sever, A.D., Buzlu, S.(1992). İstanbul İl Sınırları İçerisinde Değişik Hastanelerde Yatan Hastalarda Basınç

Yaralarının Ve Uygulanan Hemşirelik Bakımının Nitel Ve Nicel Durumu
Üzerine Bir Çalışma. Sivas: III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, S:364.

157. Pikna, J.K. (1998). Concepts Of Altered Health İn Older Adults. Pathophysiology (5th Edition). Porth CM. Lippincott, Philadelphia, P:1317-1333.
158. Piscopo, J. (1985). Fitness And Aging. Macmillan Publishing Company, New York, 1-151,358-417.
159. Pompei, P. (2007). Managing Medical Illness İn The Elderly Surgical Patients. Syllabus On Geriatric Anesthesiology [Cited 2007 05/07]; Available From: <http://www.asahq.org/clinical/geriatrics/manag.htm>, Erişim Tarihi: 14.01.2011.
160. Powers, J., Daniels, D. (2004). Turning Points: Implementing Kinetic Therapy İn The ICU, Nurs Manage, P: 35(5);1-7.
161. Preston, S.D., Southall, A.R., Nel, M., Das, S.K.(2008). Geriatric Surgery İs About Disease, Not Age. J R Soc Med ;(101): 409-15.
162. Rakıcıoğlu, N. (2004). Kronik Hastalıklar Ve Beslenme, Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam GEBAM, Bölüm 16.
163. Rakıcıoğlu, N.(2010). Yaşlılık Döneminde Malnütrisyonun Hesaplanması, www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/21.pdf , Erişim Tarihi: 02.03.2010
164. Ramona, L.D. (1999). Assessing And Modifying The Risk Of Postoperative Pulmonary Complications. Chest ;115: 77-81.
165. Rasmussen, C.A., Brema, C. (1996). The Relationship Of Death Anxiety And The Subjective Experience Of Time İn The Elderly, The Journal Of Psychology ; 141-144.

166. Rasmussen, L.S., Johnson, T., Kuipers, H.M. Et Al.(2003). Does Anaesthesia Cause Postoperative Cognitive Dysfunction? A Randomised Study Of Regional Versus General Anaesthesia İn 438 Elderly Patients. *Acta Anaesthesiol Scand* ; 47: 260–6.
167. Reddy, M., Gill, S., Rochon, P. (2006). Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review. *JAMA*; 296: 974-84.
168. Rejeski, W.J., Brawley, L.R. (2006). Functional Health: Innovations İn Research On Physical Activity With Older Adults. *Medicine And Science İn Sports And Exercise* 38 (1): 93-99.
169. Rodgers, A., Walker, N., Schug, S., Mckee, A., Kehlet, H., Van Zundert. A. Et Al.(2000). Reduction Of Post-Operative Mortality And Morbidity With Epidural Or Spinal Anaesthesia: Results From Overview Of Randomised Trials. *BMJ*, 321: 1-12.
170. Rolandelli, R.H., Ullrich, J.R. (1994). Nutritional Support İn The Frail Elderly Surgical Patient. *Surg Clin North Am*, 74:79-92.
171. Roper, N., Logan, W.W., Tierney, J.A. (1996). The Elements Of Nursing A Model For Nursing Based On A Model Of Living, Churchill Livingstone, Harcourt Brace And Co., Edinburgh, 4th Ed.
172. Rothscild, J.M., L.L. Leape (2000). The Nature And Extent Of Medical Injury İn Older Patients www.aarp.org/research/health/healthquality/aresearch-import-546-2000-17.html, aarp: washington dc. Erişim Tarihi: 22.01.2011.
173. Rubenstein, L.Z., Josephson, K.R., Robbins, A.S. (1994). Falls İn Nursing Homes. *Annals Of Internal Medicine*, 121(6):442-51.

174. Rubner, M.(1908). Das Problem Der Lebensdauer Und Seine Beziehungen Zum Wachstum Und Ernährung. Munich Oldenbourg.
175. Saka, B., Özkulluk, H. (2008). İç Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Yaşlı Hastalarda Nutrisyonel Durumun Değerlendirilmesi Ve Malnutrisyonun Diğer Geriatrik Sendromlarla İlişkisi, Gülhane Tıp Dergisi, 50: 151-157.
176. Schubert, C.R., Cruickshanks, K.J., Dalton, D.S., Klein, B.E., Klein, R., Nondahl, D.M.(2002). Prevalence Of Sleep Problems And Quality Of Life In An Older Population. Sleep; 25(8): 889-93.
177. Seyisoğlu, H. (2004). Yaşlanan Kadın Jinekolojik Boyut. Türk Geriatri Dergisi (1): 20-23.
178. Silverman, M.A., Temple, J.D. (1992). Cancer In The Elderly Patient. Unique Aspects Of Presentation, Management And Screening. Jfla- Med- Assoc, 79(2):89-92.
179. Smeltzer, S.C., Bare, B.G.(2008). Textbook Of Medical Surgical Nursing. 9th Ed. Philadelphia, Uppincott Williams & Wilkins Comp, p:148-158.
180. Smetana, G.W. (1999). Preoperative Pulmonary Evaluation. N Engl J Med ;340:937-44.
181. Sontag, S. (1988). Bir Metafor Olarak Hastalık, İstanbul: BFS Yayınları.
182. Soreide, E. Ljungqvist, O. (2006). Modern Preoperative Fasting Guidelines: A Summary Of The Present Recommendations And Remaining Questions, Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology, 20(3):483-91.
183. Soyuer, F., Soyuer, A., Öztürk, A. (2006). Kronik İnmede Düşmeyi Etkileyen Faktörler. Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi 12(3): 83-87.
184. Staab, A.S., Hodges, L.C.(1996). Essential Of Gerontological Nursing Adaplation Lo The Aging Process. J.B. Lippincott Company,351-365.

185. Stanley, J.F., Pye, D., Macgregor, A.A. (1975). Comparision Of Doubling Numbers Attained By Cultural Animal Cells With Life Span Of Species. *Nature*.255: 158.
186. Stevenson, J. (2004). When Trauma Patient İs Elderly. *American Society Of Perianesthesia Nurses*, 19(6): P. 392-400.
187. Stone, P., Doherty, P. (2007). Anaesthesia For Elderly Patients, *Anaesthesia And Intensive Care Medicine*, 8(9): 361-364.
188. Sullivan, D.H., Sun, S., Walls, R.C.(1999). Protein-Energy Undernutrition Among Elderly Hospitalized Patients: A Prospective Study. *JAMA*,(281):2013-9.
189. Sungurtekin, H. (2010). ESPEN Enteralnutrisyon Rehberi- Geriyatrik Hastalar, [www.kepan.org.tr /rehberler/ esp rehber 14.pdf](http://www.kepan.org.tr/rehberler/esp_rehber_14.pdf), Erişim Tarihi: 24.03.2010
190. Szilard, L. (1959). On The Nature Of The Aging Process. *Pro.Nation. Acad. Sci. USA*. 45:30-51.
191. şahbaz, M, Tel, H. (2006). Evde Yaşayan 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu İle Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, 9 (2) 85-93.
192. şahin, S., Akçiçek, F. (2009). Yaşlı Hastada Bası Yaraları Önleme, Tanı Ve Tedavisi, *Akad Geriatri* 1: 139-146.
193. Tang, C.S., Wu, A.M, Yan, E.C. (2002). Psychosocial Correlates Of Death Anxiety Among Chinese College Students. *Death Studies* ; 26(6): 491-499.
194. Thomas, D.R., Ritchie, C.S.(1995). Pre-Operative Assessment Of Older Adults. *J Am Geriatr Soc*; 43: 811-21.

195. Tinetti, M.E., Speechley, M. (1989). Prevention Of Falls Among The Elderly.N Eng J Med.;320(16);1055-1059.
196. Todd, C., Skelton, D. (2004). What Are The Main Risk Factors For Falls Among Older People And What Are The Most Effective Interventions To Prevent These Falls? Copenhagen, WHO Regional Office For Europe.
197. Topbaş, M., Çan, G., Kızıl, M.,Yarış, F. (2002). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesinde 65 Yaş Üzerindeki Yaşlılara Yapılan Acil Ve Elektif Ameliyatların Değerlendirilmesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 9(2) 105-108.)
198. Topeli, A. (2000). Yoğun Bakım Ünitesi'nde Geriatrik Hasta, Geriatri 3(4): 151-154.
199. Toros, A., Öztekin, Z.(1995). Health Services Utilization Survey In Turkey. Ministry Of Health. Ankara, P: 87.
200. Trambly, J., Barber, C.E. (2005). Preventing Falls In The Elderly. <http://www.ext.colostate.edu/pubs/consumer/10242html>, Erişim 05. 01. 2010.
201. Turrentine, F.E., Wang, H., Simpson, V.B., Jones, R.S. (2006). Surgical Risk Factors, Morbidity, And Mortality In Elderly Patients. J Am Coll Surg , (203): 865-87.
202. Türkiye İstatistik Kurumu- TÜİK: (2010). Türkiye İstatistik Yıllığı <http://www.tuik.gov.tr/yillik/yillik.pdf>, Ankara, Erişim Tarihi: 17.02.2011
203. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması - TNSA (2004). Ön Rapor, H.Ü Nüfus Etütleri Enstitüsü Ve T.C Sağlık Bakanlığı Aile Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ortak Yayını, Ankara.

204. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması - TNSA (2008). H.Ü Nüfus Etütleri Enstitüsü Ve T.C Sağlık Bakanlığı Aile Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ortak Yayını, Ankara.
205. Türkmen, A., Turgut, N.(2007). Geriatrik Anestezi. Geriatri Dergisi, 10(1) S:49-56.
206. Ucuzal, M. (2004). Yaşlı Hastalarda Ameliyat Sonrası Bilişsel Değişiklikler, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
207. Udelnow, A., Leinung S., Schreiter D. Et Al.(2005). Impact Of Age On In-Hospital Mortality Of Surgical Patients In A German University Hospital. Archives Of Gerontology And Geriatrics, (41): P. 281-288.
208. Uluğ, B. (1997). Psikiyatri. İçinden: Kutsal, G., Çakmakçı, M., Ünal, S.. Ed. (Geriatri 2), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 732-733.
209. United Nations- (UN): (2002). Report Of The Second World Assembly On Ageing <http://www.globalaging.org/agingwatch/docs/mipaa.pdf>. 2002, Erişim Tarihi: 18.06.2010.
210. Uz, S. (2008). Geriatrik Hastalarda Düşme Risk Faktörlerinin Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesine Etkisi, İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi Ve Rahabilitasyon Yüksekokulu/Fizyoterapi Rahabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof Dr. Arzu Razak Özdiñler), İstanbul.
211. Ünüvar, N., Mollahaliloğlu, S., Yardım, N. (2006). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004, Ankara.

212. Velioğlu, P. (1999). Hemşirelikte Kavram Ve Kuramlar, Alaş Ofset Matbaacılık, S: 180-204.
213. Visvanathan, R. (2003). Under-Nutrition İn Older People: A Serious And Growing Global Problem. J Postgrad Med, 49: 352-360
214. Vitiello, M.V.(1997). Sleep Disorders And Aging: Understanding The Causes. J Gerontol 1997; 52 A(4): M189-91.
215. World Health Organization-(WHO): (1989). Health Of Elderly. Tech. Rep. Series No.779, Geneva.
216. World Health Organization-(WHO): (2002). Noncommunicable Diseases And Mental Health Cluster Noncommunicable Disease Prevention And Health Promotion Department Ageing And Life Course, H.W.W.İ. H.A.A.P., Active Aging: A Policy Framework, WHO: Madrid.
217. World Health Organization-(WHO): (2002).Assessing The Nutritional Status Of Older Persons. Meeting The Nutritional Needs Of Older Persons. World Helath Organization Tufts University School Of Nutrition And Policy.; Pp:49-55.
218. World Health Organization-(WHO): (2008). Definition Of An Older Or Elderly Person. Health Statistics And Health Information Systems 2008 [Cited 2008 05/09]; Available From: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> Erişim tarihi: 11.01.2011.
219. Wu Alan, H.B. (2006). Tietz Clinical Guide To Laboratory Tests, Fourth Edition, WB Saunders Company, USA, P:164.
220. Yazıcı, R.(1994). Yaşlı Bireylerin Ölüm Kaygısı Ve Bunun Günlük Yaşam Aktivilerine Olan Etkisinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık

Dilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

221. Yeşilbakan, Ö.U., Karadakovan, A. (2005). Narlıdere Dinlenme Ve Bakımevinde Yasayan Yaşlı Bireylerdeki Düşme Sıklığı Ve Düşmeyi Etkileyen Faktörleri. Geriatri Dergisi, 8(2):72-77.
222. Yıldırım, Y., Karadakovan, A. (2004). Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu İle Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki , Türk Geriatri Dergisi 7 (2): 78-83.
223. Yücel, A. (2001). Bası Yaraları. Ed.: Aydemir E. H., Altındaş, M. Cilt Hastalıkları Ve Yara Bakımı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi Kitabı. No:27, Kaya Basım, İstanbul, S.131-151.
224. Zarif, M. (2006). Yaşlı Kişilerde Algı Ve Bilişsel Bozuklukların Günlük Yaşam Aktivitelerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İş Ve Uğraşı Tedavisi Programı Yüksek Lisans Tezi, (Dan: Prof Dr. Hülya Kayıhan), Ankara.
225.,The Merck Manualof Geriatrics 2002, <http://www.merckmanuals.com/professional/sec23/ch342/ch342a.html>, Erişim Tarihi: 24.11.2010.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu çalışma hemşirelerin, ameliyat olacak yaşlı bireylerin ameliyat öncesinde değerlendirilmesini yapabileceği bir form geliştirilmesi ve bu formun hemşirelik bakına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınız da daha sonraki hizmette hiç olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Teşekkür Ederim

Araş. Gör. Dilek ÇEÇEN

Ben..... yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak aydınlatıldım. Sorularıma kanımca yeterli yanıt aldım.

Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının Adı Soyadı:

İmzası:

EK II. AMELİYAT ÖNCESİ YAŞLI DEĞERLENDİRME FORMU

Bulunduğu Klinik:

Yaşının Adı Soyadı:

Ev Adresi:

Tel:.....

Tarih:.....

Cinsiyeti: Kadın Erkek

Yaşı: 65-74 75-79 80-84 85 yas ve üstü

Eğitim Düzeyi/ Okur-Yazar Olma Durumu:

Okuryazar Değil Okur Yazar
İlköğretim Mezunu Lise Mezunu
Yüksekokul Mezunu

Mesleği:

Ev Hanımı Emekli Serbest Çalışıyor

Medeni Durumu/Eşin Hayatta Olup Olmadığı:

Dul Evli Ayrı/ Boşanmış

Çocuk sayısı:

Çocuk yok 1-2 çocuk 3-4 çocuk 5 çocuk ve üstü

Sağlık Güvencesi:

Yok E.S SSK Bağ-kur Yeşil Kart Ücretli

Yaşadığı Konuta İlişkin Bilgiler :

Gecekondu Apartman Dairesi ise (Kaçınıcı Kat:)
Kira Kendisine Ait

Asansör: Var Yok

Isınma Şekli:

Soba Kalorifer diğer

Ayrı Oda: Var Yok

Birlikte Yaşadığı Kişi/Kişiler:

Yalnız Eşi İle
Çocuk İle Akriba/ Kurumda

Sosyal Destek Sistemleri (Akriba, Arkadaş, Komşu İlişkileri):

olumlu olumsuz

Yaşam bulguları: TA:

NB:

KB:

SLN:

Labaratuar Bulguları:

Labaratuar bulguları	Sonuç	Labaratuar bulguları	Sonuç
Hemotokrit (htc)		K (potasyum)	
Hemoglobin (hgb)		Cl (Klor)	
Lökosit (WBC)		Ca (kalsiyum)	
Eritrosit (RBC)		Mg (magnezyum)	
Trombosit (PLT)		T. Kolesterol	
Kanama zamanı		Trigliserit	
Pıhtılaşma zamanı		HDL	
Açlık kan şekeri		LDL	
Üre		T . bilirubin	
Kreatinin		T . Protein	
AST		Albumin	
ALT		TİT	
Amilaz		Eritrosit	
Na (sodyum)		Lökosit	
		pH	

1. GÜVENLİ ÇEVRE

Ameliyat olma nedeni:.....

Daha önce ameliyat olma durumu: Evet Hayır

Ameliyat olmaktan korkuyor mu? Evet Hayır

Anestezi türü: Genel Anestezi Spinal/ lokal Anestezi

Cerrahi işlem türü: uzun süreli (majör cerrahi) kısa süreli (Minör cerrahi)

Malignite: ☐Var ☐Yok

Ameliyat sonrası pozisyonu: spone prone semifawler diğer

Hastanede bulunma süresi:.....

Ameliyat öncesi aç kalma süresi:.....

Ameliyat öncesi bilgilendirilme durumu: Evet Hayır

Kronik hastalığı olma durumu : Evet Hayır

HT DM KOAH KAH Diğer

Düzenli Sağlık Kontrollerini Yaptırma Durumu

(Papsmear, Diş, Göz, İşitme, Mevcut ve Olası Hastalık Muayenesi): Evet Hayır

Aşılama Durumu (Grip, Pnömoni, Tetanoz): Evet Hayır

Allerjisi: ☐Var ise..... ☐Yok

Enfeksiyon: ☐Var ☐Yok

Drenaj: Var ☐Yok

☐Nazogastrik ☐Foley ☐PEG ☐Göğüs Tüpü ☐Penrose/ Hemovak ☐Diğer

IV/IA kateter: ☐Var ☐Yok

Yara Bakımı Gereksinimi: ☐Var ise sıklık..... ☐Yok

Yara bölgesi: ☐Enfekte ☐Akıntı Renk.... Koku.... ☐Kanama

Hareketlilik/ Düşme durumu:

Yataş a başımlı sandalyeye başımlı yürüteç/ baston kullanıyor

Hareketli (Yardımla) Hareketli/Başımsız

Hastanede iken kazaya neden olabilecek bir durum olasılığı: Evet Hayır

Geçmiş düşme yaşantısı: Evet ise kaç kez:..... Hayır

Düşme nedeniyle herhangi bir sorun/sakatlık yaşama durumu: Evet Hayır

En son nerede düşmüş: Banyoda Odasında Yolda yürürken Diğer:.....

Düşmesine neden olan faktör/faktörler:

Bağ dönmesi

Denge kaybı

Ayak takılması

Uygun olmayan ayakkabı/terlik

Uygun olmayan zemin Engebeli Kaygan Diğer:

Yetersiz ılıklandırma

Uygun olmayan yatak/sandalye yüksekliği

Yatak/sandalyedeki barlar

Uygun yerleştirilmeyen mobilyalar/nesneler

İlaç kullanım durumu:

Düzenli olarak kullandığı ilaç sayısı.....

İlaçların Etkilerini Bilme durumu: Evet Hayır

İlaçları Alma Zamanını Bilme durumu: Evet Hayır

İlaçlara İlişkin Beklenmedik Reaksiyon Öyküsü: Var Yok

İlaçlara İlişkin ya da Yan Etkiler: Var Yok

İlaçla Saşlamada Her Hangi Bir Güçlük : Var Yok

İlaç Takvimini Uygulamada Sıkıntısı Var mı? Evet; ise nedeni..... Hayır

Narkotik/ Opioid/ Benzodiazepin Kullanımı: Var Yok

Antikoagülan kullanımı: Var Yok

Steroid kullanımı: Var Yok

Antihistaminik kullanımı: Var Yok

2. İLETİŞİM

Duyusal değerlendirme:

Görme

☐Gözlük ☐Kontak Lens ☐Körlük ☐Katarak ☐ Ağrı

☐Enfeksiyon ☐Bulanık Görme ☐Diğer

Mevcut Sorunun Yaşantıyı Etkileme Düzeyi: Etkilemiyor Az Etkiliyor Çok Etkiliyor

İşitme

☐İşitme Kaybı ☐Çınlama ☐Ağrı ☐Akıntı ☐Diğer

Yardımcı Cihaz Kullanımı: Var Yok

Mevcut Sorunun Yaşantıyı Etkileme Düzeyi: Etkilemiyor Az Etkiliyor Çok Etkiliyor

Tat

Değişiklik: Var Yok

Mevcut Sorunun Yaşantıyı Etkileme Düzeyi: Etkilemiyor Az Etkiliyor Çok Etkiliyor

Koku

Değişiklik: Var Yok

Mevcut Sorunun Yaşantıyı Etkileme Düzeyi: Etkilemiyor Az Etkiliyor Çok Etkiliyor

Dokunma

Değişiklik: Var Yok

Mevcut Sorunun Yaşantıyı Etkileme Düzeyi: Etkilemiyor Az Etkiliyor Çok Etkiliyor

Konuşma : ☐Yeterli İletişim Kurabiliyor ☐İletişim Kurma Güçlüğü Var:

☐İletişim Kuramıyor ☐Atazi ☐Distazi ☐Suskun

☐Anlamsız Konuşma ☐Gereksiz Konuşma ☐Kekemelik

☐Duyusal Algılama Kusuru ☐Diğer.....

Yaşlılığı Algılayışı (Sizce Yaşlılık Nedir?) :

Hastalık Yalnızlık Bağımlı Olma

Fonksiyon Kaybı Saygınlık Kazanma

Yaşlı Olarak Hissetmiyor Diğer (Açıklama:)

Hastanın şimdiki sağlık durumunu algılaması:

☐Yanlış Bilgi ☐Yetersiz Bilgi ☐Hastalık hakkında konuşmayı reddetmek

☐Hastalığı ile ilgili deneyimi var ☐İnkâr ☐Diğer

Hastanın duygularını ifade etmesi: ☐ Depresyon ☐ Sinirli ☐ Öfke ☐ Korku

☐ Ölmek İsteği ☐Yalnız Kalma İsteği ☐Hastalığın Yaratacağı İstenmeyen Değişiklikler

☐Diğer

Hastada gözlenen davranışlar:

☐Halsizlik ☐Ağlama ☐İlgisizlik ☐Aktivitede Azalma

☐Hırçın ☐Bağımlılık ☐Yaygaracı ☐Diğer

Bilinç düzeyi: ☐Açık ☐Kapalı ☐Yarı Açık

Mental durum: Kişi /yer/ zaman oryantasyonu: Var Yok

Nörolojik ve Mental Duruma İlişkin Hastalıkları:

Demans Alzheimer Tipi Demans Unutkanlık Hafıza Kaybı

Depresyon Davranış Değişikliği

Ağrı Değerlendirme:

Ağrı Skalası: YOK (0-----10 (ÇOK FAZLA))

Ağrı yeri:.....**Ağrı kontrolü:** ☐ Pozisyon ☐İlaç ☐Relaksasyon

Tekniği ☐Tedaviye Yanıtsız ☐Diğer

3. SOLUNUM

Solunum Tipi: Derin Yüzeysel

Solunum Derinliği ve Ritmi: Ritmik Aritmik

Solunum Sayısı :

Solunum Sesleri: Normal Raller/Ronkus Wheezing

Sekresyon: Var Yok Bazen

☐Trakeostomi ☐Solunum Güçlüğü (Dispne) ☐Öksürük

☐Balgam ☐Siyanoz ☐Hemoptizi ☐Ağrı ☐Üst Sonunum Yolu Enf

Sigara Alışkanlığı:

Yok Var (Sigara Adet/Gün:)

(Kaç Yıldır Kullanıyor:)

Bırakmış (Kaç Yıl Kullanmış:)

(Ne Zaman Bırakmış:)

Solunum Sistemine İlişkin Hastalık var mı? Var Yok

4. BESLENME

Boy: **Kilo:** **BKI:**

Bel çevresi: cm Kol çevresi: cm Baldır çevresi:.....cm

Kilo: ☐Stabil ☐Kayıp Var ☐Artış Var

Beslenme Şekli: Oral Enteral (NG/ PEG) Parenteral

Özel diyeti : Var Yok

Sevdiği/sevmediği yiyecekler:

Yeme sıklığı/zamanı:

Yemek yeme şekli: Masada TV karşısında Atıştırma şeklinde Diğer()

Dokunan yiyecekler: Var ise..... Yok

Diyetine Uyumu: Evet Hayır

Alkol Kullanımı: Evet Hayır

Günlük sıvı alımı yeterli mi? ☐Evet ☐Hayır

Yemeğini yardımsız yiyebiliyor mu? ☐Evet ☐Hayır

Hastane yemeğini yiyebiliyor mu? ☐Evet ☐Hayır

Dişlerin/Takma Dişlerin Değerlendirilmesi: Kendi Dişleri Hepsi Protez Bir Kısmı Protez

Ağız Mukozasının Değerlendirilmesi:

Bütün Yara Enfekte

İştah Durumu: Kötü Orta İyi

Yutma Güçlüğü: Var Yok Bazen

Hazımsızlık Yakınmaları: : Var Yok Bazen

Bağırsak Sesleri: Normal Hızlı Duyulmuyor

Sindirim Sistemine İlişkin Hastalık: Var Yok

Hemoroid: Var Yok

5.ELİMİNASYON (BOŞALTIM)

İdrar Miktarı.....

Miksiyon sıklığı:.....

Rengi: berrak koyu hematüri

Defekasyon/Bağırsak Alışkanlığı:

24 Saatte 48Saatte 48 Saatten Fazla

Boşaltımı için yardım gereksinimi var mı? Var Yok

Hastane tuvaletini kullanabiliyor

Komod/ sürgü kullanıyor

Hasta altı bezi kullanıyor

Üriner İnkontinans: Var Yok Bazen

Fekal inkontinans: Var Yok Bazen

İdrar sondası var mı? Var Yok

İdrar sondası kaç gün önce takıldı?.....

Genitoüriner Sisteme İlişkin Hastalık var mı? Var Yok

Konstipasyon sıklık.....

Diyare sıklık.....

İdrar yaparken ağrı: Var Yok Bazen

Defekasyon sırasında ağrı: Var Yok Bazen

Laksatif Kullanma: Evet Hayır Bazen

Kolostomi Nefrostomi İleostomi Diğer

6.KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME

Kendi temizliğini: ☐yapabiliyor ☐yardımla yapabiliyor ☐yapamıyor ☐yapmıyor

Tüm vücut banyo: ☐yapabiliyor ☐yardımla yapabiliyor ☐yapamıyor ☐yapmıyor

El yüz yıkama : ☐yapabiliyor ☐yardımla yapabiliyor ☐yapamıyor ☐yapmıyor

Saç bakımı: ☐yapabiliyor ☐yardımla yapabiliyor ☐yapamıyor ☐yapmıyor

Tırnak temizliği: ☐yapabiliyor ☐yardımla yapabiliyor ☐yapamıyor ☐yapmıyor

Diş fırçalama: ☐yapabiliyor ☐yardımla yapabiliyor ☐yapamıyor ☐yapmıyor

Giyinme: ☐yapabiliyor ☐yardımla yapabiliyor ☐yapamıyor ☐yapmıyor

Deri ve Ekleri

Rengi: Normal Soluk Pigmente

Bütünlüğü: Bütün Dekübütüs Skar Dokusu

Turgoru: Normal Azalmış

Tırnakların Değerlendirilmesi: Normal Sert Enfekte

Deri ve Eklerine İlişkin Hastalık: Var ise..... Yok

Basınç yarası değerlendirme:

Basınç Yarası : Var Yok var ise bölge:.....

Daha önce basınç yarası oluşmuş mu? Evet Hayır

Deri özellikleri:

Nemli Kuru Kızarıklık Renk değişimi:

Hareketlilik durumu: Yatağa bağımlı Tekerlekli sandalyeye bağımlı

Bazen yürür Sık yürür

Duyusal algılama durumu: sınırlı kısmen sınırlı bozukluk yok

Beslenme durumu: yeterli kısmen yeterli kötü

Bakımında Başkasına Bağımlı mı : Evet Hayır

Yardımcı Olan Kişi/Kişiler: Çocukları Eşi Bakıcı

7. BEDEN SICAKLIĞI KONTROLÜ

Vücut sıcaklığı:.....°C ☐Normal ☐Yüksek ☐Düşük

☐ Üşüme ☐Terleme ☐Titreme

Oda Isısı : ☐ Uygun ☐ Arttırılmalı ☐ Azaltılmalı

Isıya Uygun Giyinme: Evet Hayır

8. HAREKET

Kas- iskelet sisteminde hareketini kısıtlayacak bir sorun: ☐ Var ☐ Yok

☐Deformite ☐Ağrı ☐Kontraktür ☐Ampütasyon ☐Protez

Kullandığı Yardımcı Bir Alet : Var Yok

Baston Walker Tekerlekli Sandalye

Paralizi/ Felç Durumu: ☐ Var ☐ Yok

Kas Tonüsü Yeterli Mi? Evet Hayır

Eklem Hareketi Var Mı: ☐ Var ☐ Yok

Basınç Alanları Var Mı: ☐ Var ☐ Yok

Düzenli Egzersiz Yapıyor Mu? Evet Hayır

Ne Tür Egzersiz Yapıyor?.....

Ne Kadar Sıklıkla Egzersiz Yapıyor?

9. ÇALIŞMA VE BOŞ ZAMANLARINI DEĞERLENDİRME

Ekonomik Durumu/Gelir Kaynakları:

emekli aylığı kira geliri çocukların / yakınların yardımı Yaşlı aylığı Geliri yok

Şu andaki çalışma durumu: çalışıyor çalışmıyor

Hobileri/ İlgipleri:.....

Hastanede iken uğraşısı:

Uğraşısı yok

TV izleme/ radyo dinleme

Dergi/ kitap okuma

Elişi yapma

Spiritüel uğraşılar

Diğer.....

10. CİNSELLİĞİNİ İFADE ETME

Beden İmajı: ☐ Olumlu etkilenmiş ☐ Olumsuz etkilenmiş ☐ Etkilenmemiş

Eşi hayatta mı?: Evet Hayır

Bireyin Kendini Algılayışı: ☐ cinsel yönden aktif ☐ cinsel yönden aktif değil

Menapoz/Andropoz Yaşı:

Hormon Replasman Tedavisi Alıyor mu? Evet Hayır

Varsa Kullanılan İlaçlar:

Hastanede olmak onu etkilemiş mi: Evet Hayır

11. UYKU

Uyku süresi:

Uykuya Başlama Problemi : Var Yok

Horlama Problemi : Var Yok

Uykunun Bölünmesi: Var Yok

Dinlenmiş Uyanma: Var Yok

Uyku için yardım gereksinim: Var Yok

☐ Normal Uyuyabiliyor ☐ Uykusuzluk Çekiyor

Uyumadığı zaman yaptığı/ alışkanlıkları:

12. ÖLÜM

Spiritüel (dinsel/manevi) gereksinimleri: Var Yok

Gerekli olduğu durumlarda ölümle ilgili duygular: ☐ Kabullenme ☐ Reddetme

☐ İnkâr

☐ Kızgınlık

☐ Depresyon

☐ Başa Çıkma/ Kabullenme

Hastanede olma/ ameliyat olma bu durumu nasıl etkilemiş:

Etkilenmemiş Endişeli Baş Edebiliyor Desteğe Gereksinimi Var

EK-. 3 YAŞLILARDA HEMŞİRELİK SORUNLARI KONTROL LİSTESİ

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ	HEMŞİRELİK TANILARI	MEVCUT SORUN	RİSK VAR	İZLEM		
				TABURCU OLANA DEK	1. HAFTA SONRA	3 HAFTA SONRA
SOLUNUM	1. Yetersiz solunum 2. Solunum fonksiyonunda değişim riski					
YEME-İÇME	1. Beden Gereksiniminden Fazla Beslenme 2. Beden Gereksiniminden Daha Az Beslenme 3. İştahsızlık 4. Beslenme bilgi eksikliği 3. Malnutrisyon riski					
BOŞALTIM	1. İdrar Yapmada Değişiklik 2. Konstipasyon 3. Diyare 4. Üriner sistem enfeksiyonu					
GÜVENLİ ÇEVRE	1. Travma Riski 2. Enfeksiyon Riski 3. Yara yeri enfeksiyonu riski 4. Kanama riski 5. Postoperatif şok riski 6. Kronik Ağrı 7. Duyusal-algısal değişim riski 8. İlaç toksikasyonu riski					
İLETİŞİM	1. Sosyal izolasyon 2. Üstlendiği Rolü Yerine Getirmede Değişiklik 3. Sosyal ilişkilerde Bozulma					

	4. Bireysel Baş Etmede Yetersizlik 5. Anksiyete					
HAREKET	1. Aktivite intoleransı 2. Hipotansiyon 3. Fiziksel mobilitede bozulma riski 4. Güçsüzlük					
KİŞİSEL HİJYEN VE GİYİM	1. Bireysel Bakımda Eksiklik 2. Oral mukoz membranda değişiklik 3. Deri bütünlüğünde bozulma riski 4. Basınç yarası riski					
BEDEN ISISININ KONTROLÜ	1. Hipotermi 2. Hipertermi 3. Vücut ısını düzenlemede yetersizlik 4. Periferel doku perfüzyonunda değişim riski					
ÇALIŞMA VE EĞLENCE	1. Boş Vakitlerini Değerlendirmede Eksiklik					
UYKU VE DİNLENME	1. Uyku alışkanlığında bozukluk					
CİNSELLİK	1. Beden imajında bozulma 2. Cinsel Yaşamda Değişiklik 3. Cinsel Fonksiyonda Bozukluk					
ÖLÜM	1. Yalnızlık Riski 2. Beden Bilincinde Bozulma 3. Ölüm Anksiyetesi					

EK IV. ETİK KURUL İZİN YAZISI

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI : 2009-55
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
13.05.2009

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Arş.Gör.Dilek ÇEÇEN ve Yard.Doç.Dr.Türkan ÖZBAYIR'ın sorumluluğunda 01 Mayıs 2009 – 31 Eylül 2009 tarihleri arasında yapılması planlanan **“Roper, Logan ve Tierney’in Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli Doğrultusunda “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Form”nun Geliştirilmesi ve Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi”** konulu araştırması 12.05.2009 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve **“Araştırmanın Yürütülmesi Uygun”** bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.



Prof.Dr.Leyla KHORSHID
Bilimsel Etik Kurulu Başkan

EK V. MANİSA DEVLET HASTANESİ ÇALIŞMA İZİN YAZISI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Manisa Devlet Hastanesi
Baştabipliği



SAYI : B104İSM04450013/ 4936
KONU :Uygulama izni

18.06.2009

EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE
İZMİR

İLGİ: B.30.2.EGE.0.42.72.00.1391 sayılı, 28.05.2009 tarihli yazı.

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi **Dilek ÇEÇEN** 'in " Roper Logan Thirney'in Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli Doğrultusunda Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formunun Geliştirilmesi Ve Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi" konulu tezinin 15 Haziran- 31 Ekim 2009 tarihleri arasında verilerini hastanemiz cerrahi kliniklerinde toplaması için gerekli izin verilmiştir.

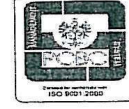
Gereğini rica ederim.

Rad.Dr. Sami KARAKOÇ
BAŞTABİP.

EK VI. MANİSA MERKEZ EFENDİ DEVLET HASTANESİ ÇALIŞMA İZİN
YAZISI



TC
MANİSA VALİLİĞİ
Merkez Efendi Devlet Hastanesi



SAYI : B.10.4.İSM.4.45.00.19- 775-01
KONU : Uygulama İzni

11.06.2009*003928

EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Ege Üniversitesi kampüsü
P.K:35100

Bornova / İZMİR

İLGİ: 28.05.2009 tarih ve 1392 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda, enstitü öğrencilerinizden Dilek ÇEÇEN' in, 15 Haziran – 31 Ekim 2009 tarihleri arasında hastanemizde, çalışmakta bulunduğu tezi doğrultusunda uygulama eğitimi yapmak istediği belirtilerek, gerekli olun vermesi talep edilmektedir.

Anılan öğrencinizin hastanemizde, tezi doğrultusunda uygulama eğitimi yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Yavuz BAYIR
İç Hastalıkları Uzmanı
Baştabip

Adres : M .Efendi Mah. İzmir Cad .No:289/B 45020 – MANİSA Ayrıntılı bilgi için irtibat: N.TUNCA Şef
Tel : (0236) 2314587 - Faks: (0236) 2346026 - E Mail : merkezefendih@hotmail.com

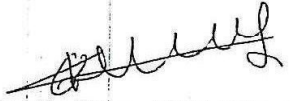
İzmir 15/6/09

EK VII. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
HASTANESİ ÇALIŞMA İZİN YAZISI -I

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
(ÜNİVERSİTE HASTANESİ) BAŞHEKİMLİĞİ'NE

B.30.2.CBÜ.0.H1.00.00/5331 Sayılı, 30/06/2009 tarihli yazınıza istinaden,

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Cerrahi hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı doktora öğrencisi Dilek ÇEÇEN'in "Roper, Logan ve Tierney'in Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli Doğrultusunda Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formunun Geliştirilmesi ve Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışması için belirtilen veri toplama tarihleri hastanemizin yeni binaya taşınma aşamasında olması nedeniyle bir üniversite hastanesi olarak yoğunluğun da göz önünde bulundurularak Kasım 2009 tarihinde dilekçelerini yenilenerek başhekimliğimize yeniden sunulması uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ederim.


Doç Dr Gülten KARADENİZ
Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörü

06/07/2009

Prof. Dr. İbrahim Dumanlı
Bilgi ve
50-10019
06/07/09

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ	
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi	
ÜNİVERSİTE HASTANESİ	
Gelen Evrak Tarih	07.07.09
Gelen Evrak No.	5124

EK VII. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
HASTANESİ ÇALIŞMA İZİN YAZISI –II

T.C
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
(ÜNİVERSİTE HASTANESİ)
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI : B.30.2.CBÜ.0.H1.00.00/231
KONU : Uygulama İzni Hak.

08.01.2010

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İlgi: 23.12.2009 Tarih ve B.30.2.EGE.0.42.72.00-3614 Sayılı Yazınız

İlgi yazınıza istinaden Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencilerinden Dilek ÇEÇEN'in "Roper, Logan Ve Tierney'in Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli Doğrultusunda Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formunun Geliştirilmesi Ve Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi " konulu tez çalışmasını 08.01.2010-28.06.2010 tarihleri arasında Hastanemizde yürütmesi Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Özcan Rasim KAYIKÇIOĞLU
Başhekim

Adres: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi)
TEL: 0 236 237 02 13 / 0236 23 23 133 / 396-397

MANİSA
FAX: 0236 237 02 13

ÖZGEÇMİŞ

1977 yılında Manisa 'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Manisa'da tamamladı. 2001 yılında İstanbul üniversitesi Florence Nigthingale Hemşirelik Yüksekokulunu bitirdi. 2001-2004 yılları arasında Manisa 'da işyeri hemşireliği yaptı. 2004 yılında Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisansını tamamladı. Aynı yıl Celal Bayar Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak göreve başladı. 2006 yılında Ege üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında doktora öğrenimine başladı. Halen Celal Bayar Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak görev yapmakta olup, bir çocuk annesidir.