

**AMELİYATHANE HEMŞİRESİ İZLEMİNİN
YAŞLI HASTALARDA AMELİYAT SONRASI
ERKEN DÖNEM PARAMETRELERİNE ETKİSİ**

Zeynep KAYA PEHLİVAN

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Nadiye ÖZER

Yüksek Lisans Tezi - 2015

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AMELİYATHANE HEMŞİRESİ İZLEMİNİN YAŞLI
HASTALARDA AMELİYAT SONRASI ERKEN DÖNEM
PARAMETRELERİNE ETKİSİ**

Zeynep KAYA PEHLİVAN

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Nadiye ÖZER**

**ERZURUM
2015**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

AMELİYATHANE HEMŞİRESİ İZLEMİNİN YAŞLI
HASTALARDA AMELİYAT SONRASI ERKEN DÖNEM
PARAMETRELERİNE ETKİSİ

Zeynep KAYA PEHLİVAN

Tez Savunma Tarihi: 16.03.2015

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nadiye ÖZER

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Ayla GÜRSOY

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
Erzurum-2015

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Yaşlılık ve Yaşlı Popülasyonu	5
2.1.1. Kronolojik Yaşlanma	6
2.1.2. Biyolojik Yaşlanma	7
2.1.3. Psikolojik Yaşlanma	7
2.1.4. Sosyal Yaşlanma.....	8
2.2. Yaşlılıkta Fizyolojik ve Psikososyal Değişiklikler	8
2.3. Yaşlılarda Sağlık Sorunları	9
2.4. Yaşlılarda Cerrahi Girişimin Hasta Üzerine Etkileri	11
2.5. Yaşlı Cerrahi Hastasının Bakımında Ameliyathane Hemşiresinin Rolü	14
3. MATERYAL VE METOT.....	19
3.1. Araştırmanın Şekli	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.4. Verilerin Toplanması	20
3.4.1. Veri Toplama Araçları	20
3.4.2. Veri Toplama Yöntemi	21

3.5. Hemşirelik Girişimi	21
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	24
3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği	25
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
KAYNAKLAR	46
EKLER	56
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	56
EK-2. AMELİYATHANEDE HASTA BAKIM VE İZLEM PROTOKOLÜ.....	57
EK-3. TANITICI ÖZELLİKLER FORMU	61
EK-4. AMELİYAT SONRASI ERKEN DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU	62
EK-5. ETİK KURUL ONAY FORMU	63
EK-6. İZİN YAZILARI.....	64
EK 7. TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	66

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince; desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Nadiye ÖZER’e;

Öğrencilik ve meslek hayatımın her aşamasında ilgi ve desteğiyle yanımda olan sevgili hocam Safiye AĞAPINAR ŞAHİN’e;

Bilgi ve tecrübeleriyle mesleki gelişimime katkı sağlayan tüm değerli hocalarıma;

Destekleriyle her zaman yanımda olan, tüm ameliyathane ekip arkadaşlarım ve sorumlularıma;

Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ortopedi-travmatoloji servisi çalışanlarına ve araştırmaya katılan hastalara;

Varlığıyla yaşamıma renk katan sevgili eşim Erkan PEHLİVAN’a

Yaşamımın her anında en büyük desteğim olan sonsuz minnettar olduğum canım annem ve babama teşekkür ederim.

Zeynep KAYA PEHLİVAN

ÖZET

Ameliyathane Hemşiresi İzleminin Yaşlı Hastalarda Ameliyat Sonrası Erken Dönem Parametrelerine Etkisi

Amaç: Ameliyathane hemşiresi izleminin yaşlı hastalarda ameliyat sonrası erken dönem parametrelerine etkisini belirlemektir.

Materyal ve Metot: Yarı deneme modelinde olan araştırma Temmuz 2013-Ocak 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde ve ameliyat odasında, araştırmaya katılmayı kabul eden 80 hastayla yürütüldü. Veriler; tanıtıcı özellikler ve ameliyat sonrası erken dönem değerlendirme formu ile toplanıp; kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümler ortalama ve standart sapmayla değerlendirildi. Sayısal ölçümlerin karşılaştırmasında χ^2 , t testi ve Mauchly's W testleri kullanıldı.

Bulgular: Gruplar arası karşılaştırmada her üç ölçümde kontrol grubunda; solunum ve ağrı puan ortalamaları daha yüksek; vücut sıcaklığı ASBÜ ve nakilde; oksijen saturasyonu nakil ve klinikte daha düşüktü. ASBÜ'de deney grubu hastalarının tümü oryante, bulantı ifade eden hasta sayısı ASBÜ'de ve nakilde deney grubunda bulunmamakta idi. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$).

Grup içi tekrarlı ölçümlerde deney grubunun sistolik kan basıncı, oksijen saturasyonu ve vücut sıcaklığı farklılık göstermezken ($p>0.05$), kontrol grubunda farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). İki grubun tekrarlı ölçümlerinde ağrı, solunum, nabız ve diastolik kan basıncı puan ortalaması istatistiksel olarak farklılık göstermedi ($p>0.05$). Ağrı ve korku ifade eden hastalar kontrol grubunda, kendini güvende ve duygularını rahat ifade edenler deney grubunda fazlaydı ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$).

Sonuç: Ameliyathane hemşiresi izleminin, ağrı yönetimi, etkili solunum, vücut sıcaklığının korunması ve hastanın kendini güvende hissetmesinde etkili olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Ameliyathane hemşireliği, ameliyat sonrası bakım, yaşlı hasta.

ABSTRACT

The Effect of Elderly Patient Follow-Up Conducted by Operating Room Nurses on the Early Post-Operative Period Parameters

Aim: The objective of this study is to determine the effect of elderly patient follow-up conducted by operating room nurses on the early post-operative period parameters.

Material and Method: This quasi-experimental study was conducted between July 2013 and January 2015 with 80 patients, who accepted to participate in the study, in the Orthopedics and Traumatology clinic and operating room of Atatürk University Research Hospital. The data were collected with descriptive characteristics and early post-operative evaluation form. While the categorical measurements were evaluated with number and percentage, numeric measurements were assessed with mean and standard deviation. The χ^2 , t test and Mauchly's W test were used to compare the numeric measurements.

Results: In all three measurements of intergroup comparisons, in the control group, the mean scores of respiration and pain were higher; body temperature was lower in the Post-Anesthesia Care Unit (PACU) and transfer; oxygen saturation was lower in the transfer and clinic. All of the experimental group patients in the PACU were conscious and no patient expressing nausea existed in the experimental group in the PACU and transfer. The difference between the groups was statistically significant. ($p < 0.05$).

As a result of repeated within-group measurements; while there was no difference in the experimental group in terms of systolic blood pressure, oxygen saturation, and body temperature ($p > 0.05$), the difference in the control group was statistically significant ($p < 0.05$). In the repeated measurements of both groups, the mean scores of pain, respiration, pulse and diastolic blood pressure showed no statistical difference ($p > 0.05$). While the patients expressing pain and fear were mainly observed in the control group, those feeling safe and expressing their emotions easily were mainly observed in the experimental group and the difference between the groups was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: It could be asserted that the follow-up of an operating room nurse is effective on pain management, efficient respiration, protection of body temperature, and feeling safe of a patient.

Keywords: Elderly patient, operating room nursing, post-operative care.

SİMGELER KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AORN	: Ameliyathane Hemşireler Birliği (Association of Perioperative Registered Nurses)
ASA	:Amerikan Anesteziyoloji Derneği (American Society ofAnesthesiologists)
ASBÜ	: Ameliyat Sonrası Bakım Ünitesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
O₂	: Oksijen
PO₂	: Parsiyel Oksijen Basınç

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	27
Tablo 4.2. Gruplar Arasında Ameliyathaneye Gelişte Yaşam Bulgularının Karşılaştırılması	28
Tablo 4.3. Gruplar Arası ve Grup İçi Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Fizyolojik Parametrelerin Ölçümlerinin Karşılaştırılması	29
Tablo 4.4. Gruplar Arasında Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Oryantasyon ve Bulantı Durumlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.5. Hastaların ASBÜ’ de Ağrı, Korku, Güven ve Duygularını Rahat İfade Etme Durumlarının Karşılaştırılması	34

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 3.1. Araştırma Planı..... 26

1. GİRİŞ

Yaşamın kaçınılmaz fizyolojik dönemlerinden biri olan yaşlılık, günümüzde insan ömrünün uzaması ve bunun sonucu olarak yaşlı nüfusun artması nedeniyle daha fazla önem kazanmaya başlamıştır.¹ Dünya çapında artış gösteren yaşlı nüfusun 2025 yılında 800 milyona ulaşarak dünya nüfusunun %10'unu oluşturacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde de 2025 yılında %9-10'a ulaşacağı tahmin edilmektedir.² Günümüzde yaşlanan insan sayısı yılda 8 milyon artarken, 2030 yılında bu artışın yılda 24 milyona ulaşacağı öngörülmektedir.³

Yaşlanmanın karakteristik özellikleri; organ sistemlerinin rezerv kapasitelerinde azalma (özellikle stres periyodlarında belirginleşme), homeostatik kontrolde azalma (termoregülasyon sisteminde bozukluk, baroreseptör duyarlılığında azalma), çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinde azalma (pozisyon değişikliği ile ortaya çıkan ortostatik hipotansiyon, değişen ısıya adaptasyonda zayıflık) ve stres cevap kapasitesinde azalma (vücut sıcaklığı). Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan ve giderek artan bu kayıpların sonunda; kişi hastalıklara ve yaralanmalara karşı korunmasız bir hale gelmektedir.⁴

Yaşlılık döneminde genellikle hastalıkların birden fazlasının bir arada bulunması nedeni ile yaşlılara yaklaşım, diğer hastalara olan yaklaşımdan farklı olmalıdır ⁵. Bu nedenlerle yaşlılar her alanda olduğu gibi cerrahi hemşirelik bakımına da daha fazla gereksinim duymaktadırlar. ^{6,7}

Yaşlı bireyler, değişik nedenlerle hastaneye yatmakta ve cerrahi girişim deneyimlemektedir.⁸ Yapılan araştırmalar sonucunda bütün cerrahi işlemlerin yaklaşık %20'sini 65 yaş ve üstü grubun geçirdiği belirtilmektedir. ^{9,10} Yaşlı hastalarda ameliyat öncesi, sonrası ve sonrası bakım yaşla beraber daha karmaşık hale gelmektedir. ¹¹

Cerrahi süreç içerisinde yaşlı hasta açısından sorun olan ve iyileşmeyi geciktiren önemli konulardan biri ameliyat girişiminin hasta üzerine etkileridir. Yaşlanma sürecine bağlı olarak hücresel düzeyde, organ ve sistemlerde giderek artan bozuklukların olması yaşlıların cerrahi tedavi gerektiren durumları daha az tolere etmesine neden olmaktadır.¹²⁻¹⁴

Yaşlı hastalarda cerrahi sürecin başarılı bir şekilde yönetimi, yaşlılıkla ilgili faktörler nedeniyle cerrahi sürecin değiştiğinin, hemşireler tarafından anlaşılmasıyla ilgilidir.¹² Bu süreçte ameliyathane hemşirelerinin hasta ile birlikteliği kısa bir zaman diliminde olmasına karşın hastanın bakımında oldukça önemli bir paya sahiptir.^{13,15} Çünkü ameliyathaneler hastaların yalnız ve savunmasız olduğu, kalabalık ve yabancı ortamlar olup hemşirelik bakımına gereksinim olan önemli uygulama alanlarıdır.^{13,16} Ameliyathane hemşirelerinin duyarlılığı ve bu dönemde hastanın bakımını önemseme dereceleri hastanın ameliyat sonrası dönemde iyileşmesini en üst düzeye getirmeyi sağlayacaktır.^{14,16, 17}

Cerrahi hemşiresinin cerrahi girişimin her döneminde bilimsel bilgi temelli, güvenilir ve bireyselliği ön planda tutan bakım girişimleri ameliyata ilişkin teknik bilgi ve beceri kadar önemlidir. Bu nedenle hemşirelik bakım aktivitelerinin gerek bağımlı gerekse bağımsız fonksiyonlarının gerçekleştirilerek diğer sağlık bakım profesyonelleri ile işbirliği içinde, hastanın nitelikli bakım almasını sağlayıcı hemşirelik yaklaşımları planlanmalıdır.¹⁸

Hasta açısından ciddi bir deneyimin yaşandığı ameliyat olma sürecinde, hastaları olduğu gibi kabullenme, sözlü ifadeleri ve davranışları için yargılamama, hastaları iyi ya da kötü olarak sınıflandırmama ve onların isimleri olan bir birey olduklarının bilincinde bakımını planlamanın önemi göz ardı edilmemelidir.¹⁸ Özellikle bölgesel anesteziyle cerrahi girişim uygulanan hastalar bilinçleri açık olduğu için ameliyat

süresince ve kliniğe nakledilmeden önce bekleme sürecinde endişe hissi yaşayabilirler. Bu durum ameliyat sırasında anestezi miktarını ve ameliyat sonrası ağrı düzeyini artırarak fizyolojik parametreleri olumsuz etkileyebilir.^{19,20}

Anestezi ve cerrahi girişim nedeniyle bozulan tüm önemli vücut sistemleri, hastaların çoğunda yine cerrahi ve anestezinin etkisiyle homeostatik dengeyi sağlanabilse de, tüm hastalar girişim sırasında kan kaybı, ritim bozukluğu, allerjik reaksiyonlar, hipotermi, solunum durması, oryantasyon bozukluğu gibi önemli riskleri taşırlar.¹⁸

Çoğu yaşlı önceden kronik hastalıklara sahip değillerse majör cerrahi girişimleri morbidite ve mortalite olmaksızın tolere edebilmektedirler.^{11, 21-23} Cerrahi girişim geçiren yaşlı hastaların tedavi süreçlerinin en kritik dönemi, erken ameliyat sonrası bakım dönemidir. Bu dönemde yeterli bakım, ameliyat sonrası komplikasyonların en aza indirgenmesi ve yaşamı tehdit eder boyutlara ulaşmasının engellenmesi açısından çok önemlidir.²⁴ Oruç ve ark.'nın yaptığı bir araştırmanın sonucu olarak, 60 yaş ve üzerindeki hastalarda daha yüksek oranda yandaş hastalık olsa da, ileri yaşın cerrahi için tek başına bir risk faktörü olmadığı belirtilmiştir. Bu nedenle acil operasyonlar, majör operasyonlar ve yandaş hastalıkların 60 yaş ve üzeri hasta grubunda morbidite ve mortaliteyi etkileyen en önemli faktörler olduğu; iyi bir preoperatif hazırlık uygulanarak operasyonların güvenle yapılabileceği ve bu durumda klinik sonuçların da daha iyi olacağı kanısına varılmıştır.²⁵

Konu ile ilgili ulusal ve uluslararası çalışmalara rastlanmamakla birlikte; bu çalışmanın, ameliyathanelerde hastanın ameliyathaneye kabulünden ilgili kliniğe nakline kadar her aşamada hasta izleminin yapılarak, bütüncül hasta bakımının ameliyat sonrası erken dönemde önemini ortaya çıkarmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu verilerden yola çıkarak araştırma “ameliyathane hemşiresi izleminin yaşlı hastalarda ameliyat sonrası erken dönem parametrelerine etkisini ” değerlendirmek amacıyla planlandı ve uygulandı.

Araştırmanın Hipotezleri

H1: Ameliyathane hemşiresi izlemi, yaşlı hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde ağrı yönetimini olumlu yönde etkiler.

H2: Ameliyathane hemşiresi izlemi, yaşlı hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde yaşam bulgularını düzenler.

H3: Ameliyathane hemşiresi izlemi, yaşlı hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde oryantasyonun sağlanmasına yardımcı olur.

H4: Ameliyathane hemşiresi izlemi, yaşlı hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde bulantı hissini azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık ve Yaşlı Popülasyonu

Yaşlılık, bir hastalık değil, insan biyolojisindeki önemli gelişmeler sonucu organizmanın verimliliğinde bir azalma süreci ve kişinin çevreye uyum sağlayabilme yeteneğinin gittikçe azalmasıdır. Sosyal yaşamdaki ve tıptaki ilerlemeler, insanların daha sağlıklı ve sonuçta daha uzun ömürlü olmasını sağlamıştır. Ömür uzunluğu ne olursa olsun, kaçınılmaz olan yaşlanmadır.²⁶

Yaşlanma, tüm dünya ülkeleri açısından önemi her geçen gün artan evrensel bir gerçekliktir. Son yüzyılda ortalama yaşam süresinin uzaması ile tüm dünyada yaşlı nüfus oranı giderek artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü' nün (DSÖ) tahminlerine göre; 2000 yılında dünya üzerinde yaşayan 580 milyon 60 yaş ve üzeri insanın 355 milyonu gelişmiş olan ülkelerde yaşamakta, 2020 yılında ise 60 yaş ve üzeri nüfusun bir milyara ulaşacağı bununda 700 milyonun gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfus 1990 yılında toplam nüfusun %4.3'ünü, 1995 yılında toplam nüfusun %4.7'sini, 2000 yılında toplam nüfusun %5.7'sini, 2003 yılında %6.9' unu oluşturmuştur. 2020 yılında ise toplam nüfusun %7.7 olması beklenmektedir.^{27,28}

Yaşlanma, organizmanın hücre, doku, organ ve sistemler üzerinde, zamanla ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümünü içeren evrensel bir süreçtir. İnsan yaşantısının çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi doğal ve zorunlu dönemlerinden biri de yaşlılıktır.²⁷

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşlılığı “çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak tanımladığı belirtilmiştir.²⁹ Yaşlanma sürecinin son basamakları olarak nitelendirilen yaşlılık, değişik şekillerde tanımlanmakta ve çoğunluk tarafından kabul gören ortak bir tanımı bulunmamaktadır.

Ucuza'ın aktardığına göre, Handler 1960 yılında yaşlılığı, zamana bağlı olarak özellikle geriye dönüşü olmayan organizmanın yıkımı, gittikçe artan çevresel streslerle baş etmede zorlanma ve ölüme yaklaşma şeklinde tanımlamaktadır.³⁰ Yine aynı literatürde, yaşlılığı Comfort'un, zaman içinde davranışlarda ve tutumlarda kararsızlığın ve dengesizliğin, sebatlılığın giderek artması süreci; Venword'un, statü kaybı, ekonomik çöküş, dulluk, kazalar ile bazı hastalıklara ve yeni stresörlere karşı zedelenebilirliğin artması; Timiras'ın ise, hastalık, kaza ve diğer çevresel baskıların kaçınılmaz bir biçimde neden olduğu fizyolojik yeterliliğin azalması durumu olarak tanımladığı belirtilmektedir. Günümüzde yaşlanma sürecinin kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla ele alındığı görülmektedir.³⁰

2.1.1. Kronolojik Yaşlanma

İnsanın doğumdan itibaren içinde bulunduğu zamana kadar geçen yıllara bağlı yaşlanmadır.³⁰ Yaşlılık 60 yaşın başlangıç olarak kabul edildiği fiziksel ve zihinsel gücün azaldığı bir yaşam dönemidir. Birleşmiş Milletler, 1982 yılında Viyana'da düzenlenen "Dünya Yaşlılık Asamblesi'nde" 60 yaş ve üzeri yaş grubunu "yaşlı" olarak kabul etmiştir. Bununla birlikte çoğu ülkede yaşlılıkla ilgili çalışmalar da 65 yaş üzeri yaş grubu "yaşlı" olarak kabul edilmektedir.³¹

DSÖ'nün sınıflandırılmasına göre; 45-59 yaşları "orta yaş",

60-74 yaşları "yaşlılık",

75-89 yaşları "ihtiyarlık",

90 ve üzeri yaşları "ileri ihtiyarlık" olarak belirtilmektedir.^{32,33}

Literatürde yaşlılık şu şekilde sınıflandırılmaktadır.^{29,34-36}

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 ya da yardıma ihtiyaç duyarlar.

2.1.2. Biyolojik Yaşlanma

Yaşlanmaya bağlı olarak, insan vücudunun doku ve hücrelerinde histolojik değişiklikler ve organlarda fonksiyon azalmasıyla görülen durum biyolojik yaşlılıktır.^{37,38} Gerontolojistler (yaşlılık hastalıkları uzmanları) 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 değişimlere yol açabilmektedir.

İkincil yaşlanma: 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.³⁹⁻⁴²

2.1.3. Psikolojik Yaşlanma

Kişinin kendini yaşlı hissetmesine bağlı olarak şekli ve yaşam görüşünün değişmesidir.⁴³ Yaşlanma ile birlikte algılamada ve yaratıcı yeteneklerde azalma, dikkatsizlik, düşünme hızında yavaşlama görülebilir. Ancak birey yaşam deneyimleri ile zenginleşmiş olduğundan, iyi bir değerlendirme ve zengin konuşma dili de bu dönemin kazançlarıdır. Psikolojik yaşlılık daha çok, bireyin kendini yaşlanmaya hazırlamamasından doğar. Yaşlanan insanda yetersizlik duygusu, başkalarına yük olma korkusu, işe yaramama tedirginliği ortaya çıkar.³⁷

2.1.4. Sosyal Yaşlanma

Sosyal yaşlılık ise kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişiklik gösteren göreceli bir durumdur.⁴⁴ Kişinin aynı yaşta olan bireylerle karşılaştırıldığında toplum içinde arkadaşlık, iş, eş gibi sosyal fonksiyonlarının devam ettirilememesidir.⁴³ Bu yüzden yaşlı kişilerin çevresindeki sosyal desteğin ve ilişkilerin giderek azalması, kişilerin ruh sağlığı açısından ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Buna karşın aile ilişkilerinin sürüyor olması, yaşlılıkta önemli bir duygusal doyum kaynağı olmaktadır.⁴⁰⁻⁴²

2.2. Yaşlılıkta Fizyolojik ve Psikososyal Değişiklikler

İleri yaştaki bir kişi hem akut, hem de kronik pek çok karmaşık psikososyal ve fiziksel patoloji, nedeni ile hastanelere başvurabilir. Yaşlının özgül organ, sistem ya da hastalık bazında değil işlevsellik bazında ve multidisipliner bir anlayışla değerlendirilmesi gerekmektedir.⁴⁵ Her ne kadar geçen zamana bağlı olarak fizyolojik kayıpların ortaya çıkması bekleniyorsa da bu kayıpların hızı bireyden bireye değişiklik göstermektedir.³

Dış görünüm olarak saçlar beyazlar ve cilt kırışır. Fizyolojik olarak yaşlılıkta metabolizmanın yavaşlamasına bağlı olarak sistem fonksiyonlarında azalma ve birçok organda atrofik değişiklikler görülür. Bu durum ayrıca vücut sıvılarının volümünün azalmasına ve yağ dokusunun artmasına neden olur. Bu değişiklikler sıklıkla yaşlıları sedanter yaşam tarzına ve obeziteye doğru iter.⁴⁶

Yaşlanma sonucu ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler arasında en çok dikkati çekenler kalp damar ve solunum sistemi ile ilgili olanlardır. Toraksın anatomik yapısındaki değişimler ve kollejen liflerin elastikiyetinin azalması sonucunda solunum kapasitesi azalmaktadır. Kalp kasının dejenerasyonu sonucunda kalp debisi azalmakta, periferik damar direncindeki artma ile organların kanlanmasında azalma meydana

gelmektedir. Bu değişiklere bağlı olarak kalp atım hızı azalır, kan basıncı yükselir ve arterioskleroz gelişme riski artar.³⁷ Ayrıca merkezi sinir sistemi işlevlerinde gerileme olur, duyu organlarında meydana gelen zayıflama da en çok görme ve işitmenin zayıflaması şeklinde görülür.³⁶ Yaşla birlikte epidermiste atrofi meydana gelir. Kollajen ve elastin değişikliklerine bağlı olarak deri tonusunu ve elastikiyetini kaybeder. Kas dokusundaki atrofiye ve kayıplara bağlı olarak beden kitlesinde küçülme olur. Eklemlerde ortaya çıkan dejeneratif değişiklikler kas dokusundaki kayıpla birleşince, yaşlı bireyin hareket yeteneği kısıtlanır.^{46,47}

Yaşlanma süreciyle serebral kan akımında nöron ve sinaps sayısında azalma, miyelin kılıfında kalınlaşma, kan damarlarında ateroskleroz ve kapiller fibroz ortaya çıkar. Yaşlanmayla birlikte seratonin, dopamin ve norepinefrinin beyindeki konsantrasyonları azalmaktadır. Beyin yapısındaki bu değişikliklerin bilişsel işlevleri psikomotor aktiviteyi olumsuz etkilemesi sonucunda; depresyon, deliryum ve bunamaya yakınlık artar.⁴⁶

2.3. Yaşlılarda Sağlık Sorunları

Yaşlanma ile insan vücudunda meydana gelen çeşitli fizyolojik değişiklikler bazı sağlık sorunları olarak ortaya çıkmaktadır. Yaşlılar daha sık hastalanmakta, daha fazla kronik hastalık ya da sorun ile yaşamak zorunda kalmakta, çoğu kez birkaç sağlık problemini bir arada göğüslemeye çalışmakta, bütün bunların sonucunda da yaşlı hastalar, sağlık merkezlerine daha fazla başvurmakta ve hastanede daha uzun süre yatırılmaktadırlar.⁴⁸

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 65 yaş üzeri bireylerin % 77'sinde birden fazla kronik hastalık olduğu bildirilmektedir.⁴⁹ Gelişmekte olan ülkelerdeki kronik hastalık sıklığının 2020 yılına kadar %78'e çıkacağı tahmin edilmektedir.^{50,51} Ülkemizde de 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 bildirilmektedir.⁵² Fizyolojik yaşlanma her zaman kronolojik yaşlanma ile orantılı olmayabilir. Çünkü yaşlanmayı etkileyen genetik özellikler, çevre, psikolojik durum ya da yaşam biçimi gibi birçok unsur bireyden bireye farklılık göstermektedir. Bu değişikliklere bağlı olarak vücudun çeşitli stres ve değişen koşullara adaptasyonu azalmakta ve bazı hastalıklar daha sık görülmekte ya da travmalara duyarlılık artmaktadır.⁵³

Yaşlılarda en sık görülen sağlık sorunları; hareket sistemi ile ilgili sorunlar, görme ve işitme problemleri gibi fizyolojik değişimlerin yol açtığı sorunlar, hipertansiyon, kalp damar sistemi hastalıkları, kanserler, diyabet, kronik akciğer hastalıkları gibi ciddi hastalıklar olduğu belirtilmektedir. Bu sağlık sorunları içinde yaşlılarda artritler, hipertansiyon, kalp hastalıkları, işitme problemleri, ortopedik travmalar, sinüzit, diyabet ve görme problemleri en önemli morbidite nedenleriyken; kalp hastalıkları, kanserler, inme, akciğer hastalıkları, diyabet, kaza ve travmalar, böbrek hastalıkları ve karaciğer hastalıkları en önemli mortalite nedenleri arasında yer almaktadır.⁴⁸

Yaşlıların sağlık sorunları değerlendirilirken; yaşlılarda hastalıkların belirtilerinin değişken olduğu ve seyrinin özgün olmadığı, kayıt dışı hastalıkların sık olduğu, yaşlı hastalarda birçok patolojik durumun aynı anda var olabileceği ve yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı oranının yüksek olabileceği gibi sorunlara dikkat edilmesi gerektiği önerilmektedir.⁵⁴ Toplumlarda yaşlı nüfusun artması ve büyük bir kısmında değişik sağlık sorunlarının bulunması nedeniyle bu sorunların giderilmesinde hızla artan bir şekilde cerrahi girişimlere başvurulduğu bildirilmektedir.^{9,10}

2.4. Yaşlılarda Cerrahi Girişimin Hasta Üzerine Etkileri

Yaşlılarda yaşlanma sürecine bağlı olarak hücresel düzeyde, organ ve sistemlerde giderek artan bozuklukların olması yaşlıların cerrahi tedavi gerektiren durumları daha az tolere etmesine sebep olmaktadır. Bunun nedeni genellikle tedavi gerektiren hastalığın yaşlanma sonucu gelişmesidir. Ayrıca artmış kronolojik yaş hastalığa bağlı yaşam süresinin azalmasına ve cerrahi morbidite ile mortalitenin artmasına yol açmaktadır. Bu nedenle cerrahi tedavideki amaç, yaşam süresini uzatmak ve bir o kadar önemli olan yaşam kalitesini korumaktır.⁵⁵

Yaşam süresindeki uzama ve cerrahi ile anestezi alanındaki gelişmelere paralel olarak ameliyat olan yaşlı birey sayısı da artmaktadır.^{56,57} Erdil'in (2002) ifade ettiğine göre ABD de ameliyat edilen hastaların %20-25 i 65 yaş üzerindedir.⁵⁸ Barnett'in (2007) bildirdiğine göre ise 65 yaş üzeri bireylerin %50 sine ölmeden önce en az bir kez cerrahi girişim uygulanacağı tahmin edilmektedir.⁵⁹

Günümüzde, yaşlı bireyler için elektif cerrahiden kaçınma nedeni olan yüksek cerrahi mortalite oranlarının, son yıllarda gelişen ameliyat ve anestezi teknikleri, risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve ameliyat öncesi dönemde izlem sistemlerinin gelişmesi ile önemli oranda azaldığı belirtilmektedir. Yaşlıların yaşam kalitesini ve fonksiyonlarını düzelteren önemli bir işlem olarak görülen cerrahi girişimlerin, her geçen yıl daha fazla ve daha başarılı bir şekilde uygulandığı bildirilmektedir.³⁰

Yaşlı hastalar fizyolojik, farmakolojik, psikolojik ve sosyal yönden genç hastalardan farklı özelliklere sahiptir. Yaşlılarda herhangi bir kronik hastalık yokken organlar bazal ihtiyaçları karşılamakta, ancak fonksiyonel rezerv kapasitelerinde azalma olmaktadır. Bir stres durumunda yaşlılar yeterli yanıt verememektedir. Cerrahi ve anestezi de bir stres kaynağıdır.⁶⁰ American Society of Anesthesiologists (ASA)'nın sınıflamasına göre yaş, anesteziye bağlı yan etkilerin ortaya çıkmasında tek başına

önemli bir etken değildir. Cerrahi ve anestezi tek başına yaşa bakılarak reddedilmemelidir, denilmektedir.⁶¹ Tek başına yaş minör risk faktörüdür, aslında yaşla birlikte ortaya çıkan; kardiyovasküler, pulmoner, endokrin ve nörolojik sistem başta olmak üzere organ ve sistemlerden kaynaklanan yandaş hastalıklar gözden geçirilmelidir.⁶²

Yaşlı hastalarda ameliyatın ve bakımın planlanmasında, cerrahi risklerin, morbidite ve mortalite olasılıklarının değerlendirilmesinde sadece kronolojik yaşın değil, biyolojik yaş ile birlikte fiziksel durumun da göz önünde bulundurulması gerekmektedir.⁶³

Yaşlılıkta ortaya çıkan fizyolojik ve psikososyal değişiklikler dikkate alındığında; ameliyat öncesi, sırası ve sonrası erken dönemde bu hastaların kardiyovasküler yetersizlik ve şok yönünden düzenli aralılarla kan basıncı, nabız, solunum, vücut sıcaklığı ve O₂ saturasyonunun değerlendirilmesi önemlidir. Ayrıca sıvı elektrolit dengesinin korunmasıyla kanamaya yönelik drenaj miktarının, zamanında ve etkin analjeziyle ağrı kontrolünün, uygun tedavi ve etkili solunumla bulantı-kusmalarının, dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve dinamik bir bakımla izlenmesinin önemli olduğu belirtilmektedir.⁶⁴

Ameliyat Öncesi İzlem

Yaşlı cerrahi hastaları çeşitli derecelerde anksiyete yaşamaktadırlar. Çoğu yaşlı hasta cerrahi girişimin ölüm ya da yetersizlikle sonuçlanacağından korkmasına rağmen cerrahi girişimden korkmanın; ağrı, rahatsızlık, kişisel kontrolün kaybı, iyi bakılamama, desteklenmeme, yaşam tarzının bozulması ve anestezinin etkilerinden kurtulamama gibi nedenleri de vardır. Bu nedenle hemşire yaşlı hastanın cerrahi girişim ile ilgili korkularına duyarlı olmalıdır.⁶⁵

Yaşlı hastalarda akciğerdeki fizyolojik gerilemeye bağlı olarak pulmoner komplikasyon görülme sıklığı fazladır. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde solunum fonksiyonları çok iyi değerlendirilmelidir.⁶ Hastaların sürekli kullandığı ilaçlar, vitaminler, nutrisyonel destek ürünleri sorgulanmalı, koagülasyon ve anestezi ile etkileşimde bulunanlar kaydedilmelidir.²¹

Kilo kaybı morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Albümin besleme durumunun göstergesidir ve cerrahi girişim geçiren yaşlı hastaların ameliyat öncesi dönemde genel sağlık durumu hakkında bilgi verir. Bu nedenle cerrahi girişim öncesinde nütrisyon destek programı iyi monitörize edilmeli, metabolik değişiklikler ve komplikasyonlar gözden kaçırılmamalıdır.⁶⁶

Ameliyat Sırası İzlem

Yaşlı hastada fizyolojik olarak meydana gelen nefron sayısında azalma, böbrek kan akımında yavaşlama ve glomerüler filtrasyonda azalma ameliyat sırasında ilaçların atılımını azaltarak toksisite riskini arttırdığından cerrahi açısından önemlidir ve ilaç etkileşimleri dikkatle değerlendirilmelidir.⁶⁷ Kardiyovasküler rezervlerin yetersizliği ve solunum sistemindeki fizyolojik ve patolojik değişiklikler de hastaların kolayca hipoksiye girmelerine neden olur.⁶⁸

Hastaların sıvı ve elektrolit dengesi, ameliyat öncesi alımın kısıtlanması ve cerrahi sırasında kayıplar nedeniyle etkilenir. Cerrahi girişimin kendisi de kan ve diğer sıvıların kaybına neden olmaktadır. Bu nedenle hastalar serum elektrolit seviyeleri takip edilerek intravenöz sıvılar ile desteklenmelidir. Bu sıvılar aynı zamanda protein, karbon hidrat, yağ ve vitaminleri de içermelidir.²¹

Yaşlanmayla birlikte gelişen fizyolojik değişiklikler pnömoni ve pnömoniye bağlı ölüm riskini arttırmaktadır. Akciğerlerde vital kapasitenin ve bronşların kendini temizleme kapasitesinin azalması nedeniyle sedatif antidepresanların uygulanması

halinde pnömoni riski de artmaktadır.⁴⁶ Ayrıca sigara karbonmonoksit düzeyini arttırması nedeniyle, solunum komplikasyonlarına neden olmakta, akciğer kapasitesini azaltarak cerrahi girişim sürecinde pulmoner sorunlara neden olmaktadır. Bu nedenle hastaların solunum fonksiyonlarının çok iyi değerlendirilmesi gerekir.⁶⁹

Ameliyat Sonrası Bakım Ünitesinde (ASBÜ) İzlem

ASBÜ hastanın ameliyattan sonra anestezinin etkisi geçinceye ve yaşam bulguları stabil oluncaya kadar kaldığı yerdir. Hastanın ayılma ünitesinde, elektronik monitör ile solunum, kan basıncı ve kan oksijen düzeyi değerlendirilir.⁷⁰

Yaşlı hastanın ayılma ünitesinden ayrılma kriterleri; genel anestezinin etkisinin geçmiş olması, yaşam bulgularının düzenli olması, bedenin herhangi bir yerinden aşırı drenajın olmaması, hastanın bilincinin açık, yer, zaman ve kişi oryantasyonunun olması, saatlik idrar miktarının normal sınırlarda olması, bulantı ve kusmanın olmaması, ağrının kontrol altına alınmasıdır.⁶⁴

Ameliyat Sonrası Erken Klinik Dönemde İzlem

Ameliyat sonrası erken klinik dönem, cerrahi girişim sonrası hastanın anestezinin etkisinden çıktığı, ilk birkaç saati kapsar.¹⁸ Ameliyat sonrası erken dönemde yaşlı hastanın bakımı herhangi bir cerrahi hastası gibidir. Fakat kardiyovasküler, pulmoner ya da renal fonksiyonlarda bozukluk varsa ilave destek gerekebilir. Yaşlı hastanın fizyolojik depoları daha azdır. Bu değişiklikler nedeniyle yaşlı cerrahi hastası yakından izlenmeli, hipotansiyon, şok ve kanama olasılığı yönünden hazırlıklı olunmalıdır.⁷⁰

2.5. Yaşlı Cerrahi Hastasının Bakımında Ameliyathane Hemşiresinin Rolü

Cerrahi girişimin ameliyathanedeki hemşirelik bakımı; kişinin konforu, güvenliği, mahremiyeti, onuru ve psikolojik durumu üzerine temellendirilen tüm gereksinimleri kapsamalıdır. Cerrahi deneyimin ameliyat sırası dönemi hastanın

ameliyathaneye girmesiyle başlar, hastanın ayılma ünitesi ya da kliniğe nakline kadar sürer.⁷¹

Eskicinin⁷² aktardığına göre Ameliyathane hemşireliği, büyük ya da küçük cerrahi girişimler nedeniyle koruyucu refleksleri ya da kendine bakım yetisi risk altında olan hastaların gereksinimlerini karşılamak için, hemşirelik süreci doğrultusunda gereksinimleri tanılayan, bakımı planlayan, uygulayan ve değerlendiren profesyonel bir hemşirelik alanıdır şeklinde Ameliyathane Hemşireler Birliği (AORN- Association of Perioperative Registered Nurses) tarafından tanımlanmaktadır. Bu kapsamda ameliyathane hemşiresinin hastayı tanılama, bakımı planlama ve sonuçlarını değerlendirmek için gerekli bilgi ile hastanın fizyolojik psikolojik ve sosyokültürel yanıtlarını değerlendirme yeteneklerine sahip olması beklenir.⁷²

Profesyonel ameliyathane hemşireliğinin rolü, cerrahi girişime karar verilmesiyle başlayan cerrahi girişimin üç aşamasında gerçekleştirilen hemşirelik girişimlerini kapsamaktadır.^{73,74}

Ameliyathaneye Girişte Hemşirelik Bakımı

Hasta ve hemşire arasında iyi iletişim, yaşlı hastanın cerrahi girişim için hemşirelik bakımının iyi planlanmasının temelini oluşturmaktadır. Hemşire hastasını, ameliyathane girişinde karşılayarak, kendini tanıtmalıdır. Kol bandından kimlik doğrulaması yapıldıktan sonra, duyma derecesine göre ses düzeyi ayarlanıp, hastaya adıyla seslenilerek hastanın ameliyathanede bulunduğu sürecin her aşamasında yanında olunacağı ve kendisinin gerekli konularda bilgilendirileceği ifade edilmelidir. Görüşme sırasında hastanın anksiyetesi, fiziksel hareket kısıtlılığı, yardımcı araç kullanma durumu ve hasta kontrollü analjezi kullanıp kullanamayacağı değerlendirilmelidir.^{22,75}

Yaşlı hastanın sürekli kullandığı ilaçlar, vitaminler, bitkisel ürünler sorgulanmalıdır. Koagülasyon ve anesteziyle etkileşimde bulunanlar kaydedilmeli ve

rapor edilmelidir. Yaşlı hastanın gözlük ve duyma cihazı kullanıp kullanmadığı dosyasından kontrol edilmelidir. Duyma ve görme yetersizliği, yetersiz ve yanlış bilgilendirmeye ve iletişimin azalmasına neden olarak bakımı zorlaştırmaktadır. Bu nedenle yavaş ve mesafeli konuşulmalı ve sık sık tekrarlar yapılmalıdır.⁹ Hastanın ameliyat öncesi aç kalması; kusmanın önlenmesi, olası aspirasyon riski ve ameliyat sahasının boş ve temiz kalması için gereklidir. Hemşire iki saat öncesi açık sıvıları, altı saat öncesine kadar sıvı yemekleri alımın durdurulduğunu kontrol etmelidir.²² Ameliyat sonrası sargılar, drenler, sondaların olabileceğinin açıklanması hasta ve ailesi için önemlidir. Hemşire açıklamalarda çelişki yaratmayacak şekilde hastanın bilgi gereksinimlerini karşılayabilmelidir. Uygulanacak cerrahi girişimin amacı, risk ve yararları hasta ve ailesine açıklandıktan sonra hastadan cerrahi girişimi kabul ettiğini ifade eden yazılı bilgilendirilmiş onam formunun alınması gereklidir.^{22,75}

Ameliyat Sırası Hemşirelik Bakımı

Ameliyathane hemşiresinin yaşlı hastaya ameliyathane ortamını ve ekibi tanıtmaması, hastaya ismiyle seslenmesi, hastanın fiziksel ortamda konforunu sağlayarak etkili solunumuna yardımcı olması gereklidir. Hastayı soru sormaya cesaretlendirmesi ve onun sorularını yanıtlaması, hastanın mahremiyet ve diğer haklarını koruduğunu hastaya hissettirmesi, hastanın kendini güvende hissetmesinde, otonomisinin korunmasında ve kaygı durumunun kontrol altına alınmasında oldukça önemlidir.¹⁸

Ameliyat alanında enfeksiyon riskini düşürmek, geçici mikroorganizmaları uzaklaştırmak, kalıcı mikroorganizmaların sayısını azaltmak ve yara bölgesinde çoğalmalarını önlemek amacıyla, cilt hazırlığı için deri ameliyattan hemen önce antiseptik solüsyonlarla yıkanmalı ve gerekli ise tüyler elektrikli araçla uzaklaştırılmalıdır.⁷⁶ Cerrahi hemşiresi yaşlı hastanın yiyecek ve ilaç alerjilerini değerlendirmeli, rapor etmeli ve cerrahi deneyim boyunca verilen ilaçları ve deri

temizliğinde kullanılan antiseptikleri alerji yapma olasılıkları açısından izlemelidir.^{9,76} Cerrahi girişim sırasında ve sonrasında karşılaştırmak için yaşam bulgular alınarak kaydedilmelidir. Çünkü anksiyete ve korku, kalp hızı ve kan basıncında artışa neden olmaktadır.⁷⁵ Ameliyat bitiminde, sedyenin tekerlekleri kilitlenip, ameliyat bölgesinin sarsılmamasına özen gösterilerek, hastanın ameliyat masasından sedyeye güvenli bir şekilde taşınmasına ve ayılma ünitesine nakline yardım edilmelidir.

Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Hemşirelik Bakımı

Bu süreçte hemşirelik bakımı iki dönemde ele alınır.

Ameliyat sonrası bakım ünitesinde (ASBÜ): Ameliyatı tamamlanan yaşlı hasta bir iki kişinin yardımıyla ameliyat masasından sedyeye alınır ve ayılma ünitesine getirilir. Hemşire hastanın solunumunu hız, ritim, derinlik (ör. yüzeysel ve yavaş) , göğüs duvarı hareketlerini simetri yönünden, solunum sesleri ve mukoz membranları rengi açısından değerlendirmelidir. Oksijen saturasyonu pulse- oksimetri ile takip edilmelidir. Hastaya rahat nefes alıp vereceği, solunumu kısıtlamayan bir pozisyon verilmelidir.^{77,70,22}

Yaşlı hastalar cerrahi girişim sürecinde, kan kaybı, anestezi etkisi, elektrolit dengesizliği ve normal dolaşımı düzenleyen mekanizmaların baskılanmasından dolayı kardiyovasküler fonksiyonların yetersizliği, hipotansiyon, hipertansiyon ve şok riski altındadır. Bu nedenle ayılma ünitesinde hasta rutin olarak monitörizasyona alınmalıdır. Ayılma ünitesi hemşiresi drenlerden, insizyon yerinden ve cerrahi yaradan eksternal ve internal kanama belirtilerini, kan basıncı, solunum hızı ve nabız sayısında azalma, soğuk, nemli deri ve yorgunluğu gözlemlemelidir.^{70,22}

Ayılma ünitesi hemşiresi vücut ısısını ölçmeli ve değerlendirmelidir. Ameliyata özgü hipotermi de sıcak yastıklar, battaniyeler, ısıtılmış intravenöz sıvılar ve nemlendirilmiş gazların kullanımı ve oda ısısının arttırılması ile hasta desteklenmelidir.

Cerrahi geçirmiş yaşı hastalarda hipotermiinin önlenmesi, metabolizmanın hızının artmasına dolaşım ve solunum fonksiyonunun iyiye doğru desteklenmesine neden olmaktadır.^{22,78} Hemşire yaşı hastanın fiziksel durumunu değerlendiren hastanın nörolojik durumunu da değerlendirmelidir. Oryantasyonu, uyanıklık derecesi, şimdiki ve önceki olayları değerlendirebilmesi, konuşması, yüz şekli (mimikleri), bilinci ve davranışlarını not etmelidir. Şuuru açık hastalarda ismi ile seslenerek iletişimi sürdürmelidir.^{70,22} Ayılma dönemi boyunca anestetik ajanlar gastrointestinal hareketliliği yavaşlatarak bulantı ve kusma nedeni olabilirler. Hasta intravenöz sıvılarla desteklenmeli ve aspirasyondan korunmalıdır.²²

Ameliyat sonrası erken klinik dönemde: Cerrahi girişim geçiren yaşı hastaların tedavi süreçlerinin en kritik dönemi, ameliyat sonrası erken dönemdir. Hastaya ismi ile seslenilerek kliniğe nakledileceği ve nakil süresince yanında kimlerin bulunulacağı açıklanmalıdır. Bu dönemde etkili ve yeterli bakım verilen hastalarda ameliyat sonrası komplikasyonlar en aza indirilerek, yaşamı tehdit eden boyutlara ulaşması engellenebilecektir.²⁴

Ameliyat sonrası erken dönemde yaşı hastanın bakımı herhangi bir cerrahi hastası gibidir.⁷⁰ Yaşlılarda ameliyat sonrası erken dönemde izlenmesi gereken önemli faktörler; hipotansiyon, hipoksi, hipotermi, sıvı- elektrolit dengesinde anormallik, bilişsel işlev bozukluğu, ameliyat sonrası deliryum, ağrı, malnütrisyon ve yara enfeksiyonudur.^{79,80}

Konu ile ilgili ulusal ve uluslararası çalışmalara rastlanmamakla birlikte; bu çalışmanın, ameliyathanelerde hastanın ameliyathaneye kabulünden ilgili kliniğe nakline kadar her aşamada hasta izleminin yapılarak, bütüncül hasta bakımının ameliyat sonrası erken dönemde önemini ortaya çıkarmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma deney- kontrol gruplu yarı deneme modelindedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma Temmuz 2013- Ocak 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi ve Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde ve ameliyathanesinde yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde Temmuz 2013- Şubat 2014 tarihleri arasında bölgesel anestezi ile diz ve kalça protezi ameliyat olan 88 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemi belirlemek için çalışmaya başlamadan önce ‘‘priori’’ güç analizi yapıldı. Ve 0.8 etki büyüklüğü elde edileceği varsayılarak %80 güce ulaşmak için en az $26+26=52$ hasta ile çalışmanın yürütülmesi gerektiği belirlendi. Çalışmada veri kaybı olabileceği olasılığı dikkate alınarak $40+40$ hasta ile çalışmaya karar verildi.

Çalışma tamamlandıktan sonra yapılan ‘‘post hoc’’ güç analizinde her grupta 40 hasta olmak üzere yapılan ‘‘t’’ testi için etki büyüklüğünün 0.808 ve gücün 0.94 olduğu belirlendi. Bu bulgu örneklemin yeterli olduğunu göstermektedir. Böylelikle bölgesel anestezi altında diz ve kalça protezi ameliyatı olan 60 yaş ve üstü, iletişime açık 80 hasta araştırmaya alındı. Evrenin %91’ ine ulaşılmış oldu.

Bu grup hastanın seçilme nedeni; bilinç kaybının olmamasıyla hastaların ameliyat sırası dönemin her aşamasında ameliyathane hemşiresinin bakımına ihtiyacı olmalarıydı. Ayrıca bu grup hastanın bölgesel anestezi ile ameliyat edilen yaşlı hasta grubu içerisinde uzun süre ameliyathanede kalmış olmaları bir diğer seçilme nedeniydi.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında hastaların tanıtıcı özelliklerinin yer aldığı “Tanıtıcı Özellikler Formu”(Ek-3) ve araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulan “Ameliyat Sonrası Erken Dönem Değerlendirme Formu” (Ek-4) kullanıldı.

Tanıtıcı Özellikler Formu

Tanıtıcı özellikler formunda; yaş, cinsiyet, eğitim, kronik hastalık ve ameliyat olmaktan korkma durumunu sorgulayan beş soru yer almaktadır.

Ameliyat Sonrası Erken Dönem Değerlendirme Formu

Araştırmacı tarafından literatür^{35,64,70} doğrultusunda hazırlanan bu form üç bölümden oluştu. Birinci bölümde, hastanın ayılma ünitesine geldiğinde, ayılma ünitesinden naklinde ve kliniğe naklinin hemen sonrasında; yaşam bulguları, O₂ saturasyonu, insizyon yerindeki drenaj miktarı ve sözel kategori ölçeğine göre ağrı durumlarının değerlendirildiği sorular vardır. İkinci bölümde ameliyat sonrası erken dönemde ASBÜ’de yer, zaman ve kişiye oryantasyon durumu ve bulantı kusma durumunun değerlendirildiği sorular yer almaktadır. Son bölümde hastaların ASBÜ’de ağrı, korku, güven ve duygularını rahat ifade etme durumlarının değerlendirildiği sorular bulunmaktadır. Üçüncü bölümde ağrı “Var” “Yok” ifadeleri ile değerlendirildi. Korku duygu durumu, sürekli soru sorma, sıkıntılı ve endişeli yüz ifadesi ile; güven duygu durumu sürekli olumlu geri bildirimde bulunma, minnet duygularını ifade etme ile ve duygularını rahatlıkla ifade etme duygu durumu, çekinmeden soru sorma davranışı ile değerlendirildi.

3.4.2. Veri Toplama Yöntemi

Veriler araştırmacı tarafından, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin toplanması deney grubuna uygulanacak girişimlerden kontrol grubu hastalarının etkilenmemesi için eş zamanlı yapılmadı. Önce kontrol grubu hastalarından veriler toplandı. Verilerin toplanması yaklaşık 30 dakika sürdü. Her iki grup hastaya tanıtıcı özellikler formu ameliyathaneye kabul sırasında uygulandı. Ameliyat Sonrası Erken Dönem Formu'nda yer alan yaşam bulguları, oksijen saturasyonu, oryantasyon, bulantı, drenaj miktarı ve ağrı parametrelerinin ölçülmesi her iki grup hastalarda, ASBÜ' ye geldikten 5 dakika sonra, ASBÜ' den nakil sırasında ve kliniğe nakilden 10 dk sonra hasta odasında gerçekleştirildi. Yine Ameliyat Sonrası Erken Dönem Formu' nun ağrı, korku, güven ve duygularını rahat ifade etme bölümü kliniğe nakilden hemen önce ASBÜ' de değerlendirildi.

Kontrol grubu hastaları hastanede var olan standart hemşirelik bakım uygulamaları ile takip edilirken; deney grubu hastaları araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “ Ameliyathanede Hasta Bakım ve İzlem Protokolü” ile izlendi.^{64,70,71,75}

3.5. Hemşirelik Girişimi

Ameliyathanede Hasta Bakım ve İzlem Protokolünün Uygulanması

-Hastanın ameliyathaneye nakli sırasında bakım ve izlem: Öncelikle araştırmacı ameliyathaneye gelen deney grubu hastasını ameliyathane girişinde karşılayıp, kendini tanıttı ve tanıştı. Kimlik doğrulama yapıldıktan sonra, duyma derecesine göre ses düzeyi ayarlanıp, hastaya adıyla seslenilerek hastanın ameliyathanede bulunduğu sürecin her aşamasında yanında olunacağı ve kendisinin gerekli konularda bilgilendirileceği ifade edildi. Hasta istediği an soru sorma, hissettiklerini ve endişelerini ifade etme konusunda cesaretlendirildi. Ameliyathanedeki sürece ilişkin soruları yanıtlandı. Yaşlı hastayla

yavaş, mesafeli ve sık tekrarlar yapılarak konuşuldu. Tanıtıcı özellikler formu bu aşamada dolduruldu. Servis hemşiresinden teslim alınma aşamasında, tüm kıyafetlerinin çıkartılıp cerrahi gömleğin giydirildiği kontrol edildi. Herhangi bir şeye karşı allerjisi ve bulaşıcı hastalığı olup olmadığı, takma diş, gözlük, kalp pili gibi yardımcı araçları kullanıp kullanmadığı öğrenildi. Hastanın sürekli kullandığı ilaçları, raporları, kan grubu, tüm testleri ve bilgilendirilmiş izin formu kontrol edilerek dosyası ile beraber teslim alındı. Ameliyathaneye nakli sırasında güvenlik açısından sedye kenarları kaldırıldı, hastanın üstü örtülerek ameliyathaneye götürüldü.

-Hastanın ameliyat salonunda bakım ve izlemi: İlk olarak hasta sedyeden ameliyat masasına alınırken sedyenin tekerlekleri kilitlenerek, güvenli bir şekilde personel yardımıyla ameliyat masasına nakline yardım edildi. Sonrasında hastaya cerrahi süreç boyunca odada bulunacak olan cerrah, dolaşan ve steril hemşire, anestezi doktoru ve teknisyeni ile yardımcı personelden oluşan ekip tanıtıldı. Epidural- spinal anestezi yapılırken, hastaya oturur ya da yan yatış pozisyonu almasında yardımcı olunarak, sakin olması ve hareket etmemesi gerektiği, birazdan belinden yapılacak olan iğne ile belden aşağısının uyuşturularak ameliyatı hissetmeyeceği ifade edildi. Hastaya cerrahi pozisyon verildikten sonra özellikle dirsek, sakrum, skapula ve topuk bölgelerinde oluşabilecek basıncı önlemek için destek verildi. Ardından cerrahi işlemin ilk aşaması olan, cerrahi alanın boyanması sırasında, hastanın mahremiyetini korumak amacıyla, baş kısmı anestezi tarafında kalacak şekilde cerrahi örtü siper olarak alındı. Cerrahi işlem esnasında, gürültü ve farklı sesler (kemik delici-kesici aletlerin sesi) duyabileceği, bu seslerin normal olduğu, ilaç ve temizleme solüsyonlarının (batikon) kokusunu hissedebileceği hastaya açıklandı. Ameliyat süresince ameliyat odasında bulunarak hastanın kendini güvende hissetmesi, duygularını rahatça ifade etmesine yönelik gereksinimleri karşılandı. Güven verici iletişim kurmaya çalışılarak soruları

varsa cevaplandı, hastanın kendini daha iyi hissedebilmesi için etkili solunumuna yardımcı olundu. Ameliyat bitiminde, sedyenin tekerlekleri kilitlenip, ameliyat bölgesinin sarsılmamasına özen gösterilerek, hastanın ameliyat masasından sedyeye güvenli bir şekilde taşınmasına ve ayılma ünitesine nakline yardım edildi.

-Hastanın ayılma ünitesinde bakım ve izlemi: Hastaya ayılma ünitesine geldiğinde ismi ile seslenilerek bulunduğu ünite ve burada bulunuş amacı hakkında bilgi verildi. Hasta rahat nefes alıp verebileceği bir pozisyona (baş 30⁰ yukarı) getirilip, yaşam bulgularının değerlendirilmesi için monitörize edildi. Daha sonra “Ameliyat Sonrası Erken Dönem Değerlendirme Formu” uygulandı. Yaşam bulguları stabil olup, kliniğe nakli sağlanıncaya kadar hastanın yanında bulunularak, hemşirelik bakımı ve izlemi sağlandı.

- Hastanın kliniğe nakli sırasında ve hemen sonrasında bakım ve izlemi: Hastaya ismi ile seslenilerek kliniğe nakledileceği ve nakil süresince yanında kimlerin bulunulacağı açıklandı. Hastanın güvenli ve rahat bir şekilde nakledilebileceği önlemler alındı ve mahremiyeti sağlandı. Varsa soruları yanıtlanıp, nakil ekibine teslim edildi. Kliniğe nakledildikten 10 dakika sonra hasta klinikte ziyaret edilerek, yaşam bulguları ve oksijen saturasyonu monitör aracılığı ile ölçülüp, “Ameliyat Sonrası Erken Dönem Formu” na kaydedildi. Ardından ameliyat sonrası erken dönem formunda yer alan diğer parametreler değerlendirildi.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Ameliyat sonrası erken dönem değerlendirme formunda yer alan parametreler.

Bağımsız değişkenler: Ameliyathane hemşiresi hasta bakım ve izlem protokolü

Kontrol değişkenleri: Yaş, cinsiyet, eğitim, ameliyat olmaktan korkma ve kronik hastalık durumu

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve istatistiksel analizi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 16.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Deney ve kontrol grubu tanıtıcı özelliklerinin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, karşılaştırılmasında χ^2 testi; gruplar arasında ameliyat sonrası erken dönem fizyolojik parametrelerin ölçümlerinin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi; gruplar arasında ameliyat sonrası erken dönemde oryantasyon, bulantı, ağrı, korku, güven ve duygularını rahat ifade etme durumlarının karşılaştırılmasında χ^2 testi ve grup içinde farklı zamanlarda ölçülen fizyolojik parametrelerin karşılaştırılması için tek faktörde tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (Mauchly's W) kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

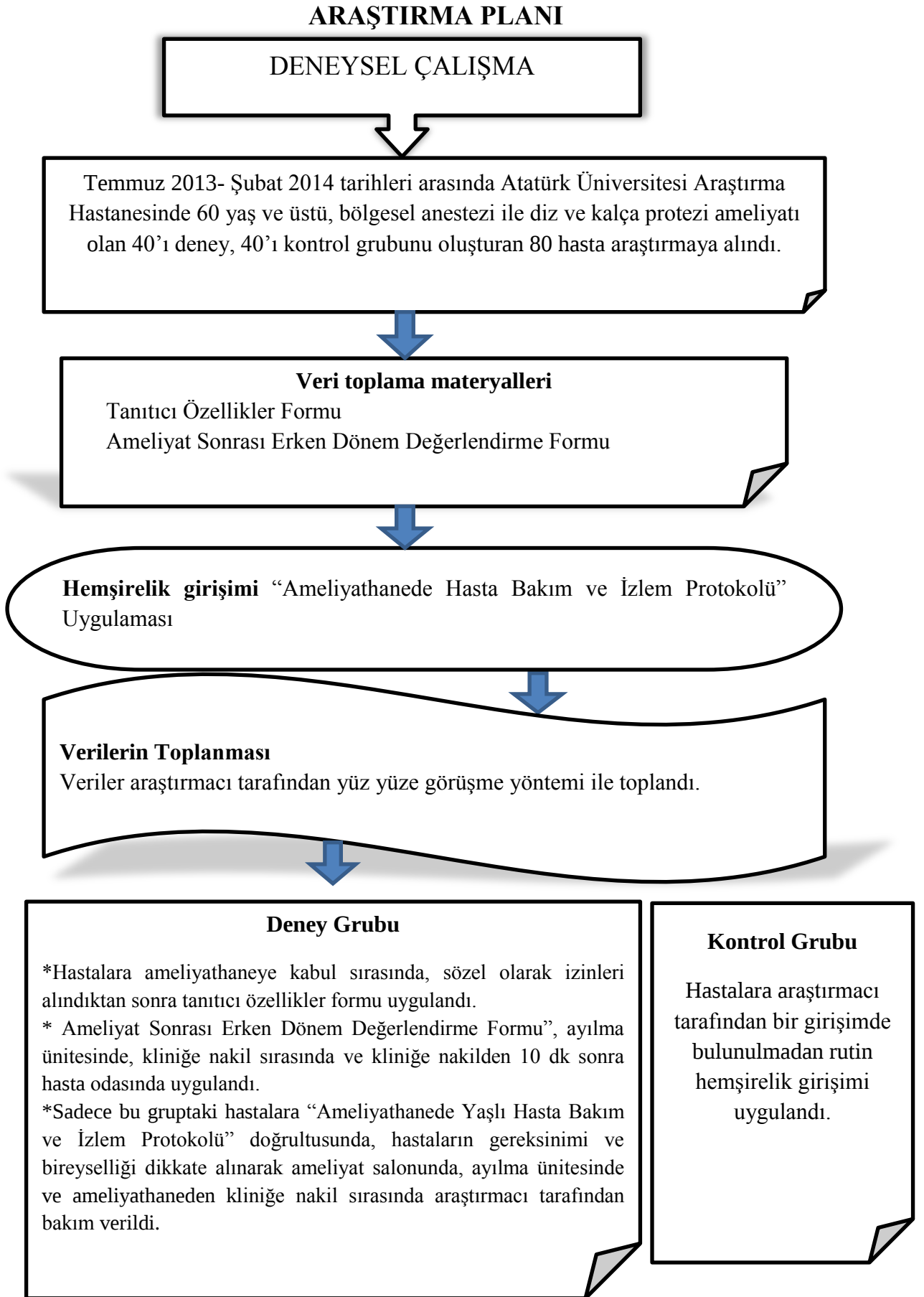
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı alındı (**EK 5**). Daha sonra etik kurul onayı ile birlikte araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Başhekimliği' ne sunulularak yazılı izinler alındı (**EK 6**).

Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden, araştırmanın yapılma amacı hakkında hastalar sözel olarak bilgilendirildi. Bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylendi. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtildi. İstemezlerse araştırmada yer almayabilecekleri açıklandı. Böylelikle "Bilgilendirilmiş olur", "Özerklik", "Gizlilik ve gizliliğin korunması" etik ilkeleri yerine getirilerek hastalardan sözel izin alındı.

3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği

Bu araştırma 60 yaş ve üzeri, bölgesel anestezi ile diz ve kalça protezi ameliyatı olan hastalara genellenebilir.



Şekil 3.1. Araştırma Planı

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Deney (S= 40)		Kontrol (S= 40)	
	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet				
Kadın	26	65.0	25	62.5
Erkek	14	35.0	15	37.5
		$\chi^2=0.816$		$p= .054$
Eğitim Düzeyi				
Okuryazar değil	11	27.5	20	50.0
İlk-Orta Öğrenim	24	60.0	19	47.5
Lise-Üniversite	5	12.5	1	2.5
		$\chi^2=5.861$		$p= .053$
Ameliyattan Korkma Durumu				
Evet	18	45.0	15	37.5
Hayır	22	55.0	25	62.5
		$\chi^2=0.464$		$p= .496$
Kronik Hastalık Durumu				
Kalp - damar	3	7.5	5	12.5
Hipertansiyon	12	30.0	11	27.5
Birden Fazla*	14	35	8	20
Yok	11	27.5	16	40.0
		$\chi^2=3.106$		$p= .376$
Yaş [Ortalama (SS)]	71.70 (7.92)		72.50 (8.87)	
		$t=0.425$		$p= .672$

*Kalp damar ve hipertansiyon, diyabet ve hipertansiyon, kalp damar ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hipertansiyon ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı.

Deney ve kontrol grubu hastalarının tanıtıcı özelliklerine ait bulgular karşılaştırıldığında (Tablo 4.1); yaş ortalamasının deney grubunda 71.70 (SS= 7.92), kontrol grubunda 72.50 (SS= 8.87) olduğu belirlendi. Her iki grupta kadın oranı erkek oranına göre daha fazlaydı (Deney %65.0, Kontrol %62.5). Hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde en yüksek oranı deney grubunda ilk-orta öğrenimde olanların (%60),

kontrol grubunda okuryazar olmayanların(%50) oluşturduğu saptandı. Her iki grupta hastaların yaklaşık olarak yarısı ameliyat olmaktan korkmadıklarını ifade etti (Deney %55, Kontrol %62.5). Kronik hastalık durumu karşılaştırıldığında, deney grubu hastalarının %35'i birden fazla kronik hastalık tamınlarken, kontrol grubunun %40'ı hiçbir kronik hastalık tanımlamadı.

Cinsiyet, eğitim düzeyi, ameliyat olmaktan korkma ve kronik hastalık durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı; grupların bu özellikler açısından homojen olduğu tespit edildi. ($p>0.05$)

Tablo 4.2. Gruplar Arasında Ameliyathaneye Gelişte Yaşam Bulgularının Karşılaştırılması

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Önemlilik
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	
Sistolik KB	119.00	9.94	118.33	12.34	t = .230 p= .819
Diastolik KB	70.66	7.84	70.33	7.64	t = .167 p= .868
Nabız	81.46	3.26	80.86	3.61	t = .674 p= .503
Solunum	17.06	1.01	16.80	0.99	t = 1.027 p= .309
Vücut Sıcaklığı	36.21	0.16	36.17	0.10	t = 1.108 p= .272

Gruplar arasında ameliyathaneye gelişte yaşam bulguların karşılaştırılması Tablo 4.2’de görülmektedir.

Ameliyathaneye gelişte deney ve kontrol grubunda, sistolik ve diastolik kan basıncı, nabız, solunum ve vücut sıcaklığı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (sistolik $p= .819$; diastolik $p= .868$; nabız $p= .503$; solunum $p= .309$; vücut sıcaklığı $p= .272$).

Tablo 4.3. Gruplar Arası ve Grup İçi Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Fizyolojik Parametrelerin Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Sistolik Kan Basıncı								Diastolik Kan Basıncı							
	ASBÜ		Nakil		Klinik			ASBÜ		Nakil		Klinik			
Grup	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	Önemlilik*	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	Önemlilik	
Deney	127.50	15.23	126.42	12.51	122.02	14.25	Mauchly's W=0.889, p= .107	75.95	12.04	73.57	8.71	73.57	9.75	Mauchly's W=0.911, p= .170	
Kontrol	129.90	22.51	129.92	20.80	119.57	19.81	Mauchly's W=0.852, p= .048	71.95	14.03	74.52	10.60	71.00	11.98	Mauchly's W=0.873, p= .075	
Önemlilik*	t = .558, p= .578		t = .912, p= .365		t = .635, p= .527			t =1.368, p= .175		t = .438, p= .663		t =1.054, p= .295			
Nabız								Solunum							
Deney	85.42	9.23	86.30	7.20	84.72	5.38	Mauchly's W=0.848, p= .044	18.00	2.14	18.15	2.23	18.77	1.91	Mauchly's W=0.924, p= .223	
Kontrol	89.55	19.09	90.15	15.86	89.40	14.84	Mauchly's W=0.679, p= .001	19.12	2.80	19.60	2.14	20.17	1.87	Mauchly's W=0.889, p= .108	
Önemlilik*	t =1.230, p= .222		t =1.398, p= .166		t =1.873, p= .065			t =2.015, p= .047		t =2.959, p= .004		t =3.300, p= .001			
Vücut Sıcaklığı								O2 Saturasyonu							
Deney	35.85	0.37	36.07	0.38	36.22	0.22	Mauchly's W=0.997, p= .938	97.35	3.27	95.77	2.46	94.37	2.02	Mauchly's W=0.880, p= .089	
Kontrol	35.61	0.53	35.87	0.47	36.12	0.40	Mauchly's W=0.603, p= .000	96.45	3.91	94.20	4.00	91.95	5.42	Mauchly's W=0.676, p= .001	
Önemlilik*	t =2.340, p= .022		t =2.148, p= .035		t =1.375, p= .173			t =1.115, p= .268		t =2.117, p= .037		t =2.647, p= .010			
Drenaj Miktarı								Ağrı							
Deney	71.25	37.36	106.25	57.94	162.50	80.66	Mauchly's W=0.671, p= .001	0.57	0.54	0.85	0.57	0.90	0.54	Mauchly's W=0.933, p= .268	
Kontrol	88.75	48.68	126.25	64.03	173.75	86.96	Mauchly's W=0.936, p= .286	1.20	0.96	1.52	0.90	1.70	0.75	Mauchly's W=0.910, p= .165	
Önemlilik*	t =1.804, p= .075		t =1.465, p= .147		t = .600, p= .550			t =3.557, p= .001		t =3.971, p= .000		t =5.419, p= .000			

*Satır önemlilik değerleri gruplar arası, Sütun önemlilik değerleri grup içidir.

Kan Basıncı: mmHg; Nabız: dk/sayı; Solunum: dk/sayı; Vücut sıcaklığı: 0C; O₂ saturasyonu: %; Drenaj: ml; Ağrı: puan

Gruplar arasında ameliyat sonrası erken dönemde fizyolojik parametrelerin ölçümlerinin karşılaştırılması Tablo 4.3’ te görülmektedir.

ASBÜ’de, nakil sırasında ve klinikte sistolik ve diastolik kan basıncı, nabız ve drenaj miktarı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Sistolik ASBÜ $p= .578$; Sistolik Nakil $p= .365$; Sistolik Klinik $p= .527$; Diastolik ASBÜ $p= .175$; Diastolik Nakil $p= .663$; Diastolik Klinik $p= .295$; Nabız ASBÜ $p= .222$; Nabız Nakil $p= .166$; Nabız Klinik $p= .065$; Drenaj ASBÜ $p= .075$; Drenaj Nakil $p= .147$; Drenaj Klinik $p= .550$).

Solunum sayısı ortalaması ASBÜ’de deney grubunda 18.00 (SS= 2.14), kontrol grubunda 19.12 (SS= 2.80); Nakil sırasında deney grubunda 18.15 (SS= 2.23), kontrol grubunda 19.60 (SS= 2.14) ve klinikte deney grubunda 18.77 (SS= 1.91), kontrol grubunda 20.17 (SS= 1.87) olarak bulundu. Gruplar arası solunum sayısı ortalamaları arasındaki fark her üç ölçümde de istatistiksel olarak anlamlıydı (ASBÜ $p= .047$; Nakil $p= .004$; Klinik $p= .001$).

Vücut sıcaklığı ortalaması karşılaştırıldığında; ASBÜ’ de deney grubunda 35.85 (SS= 0.37), kontrol grubunda 35.61 (SS= 0.53); nakil sırasında deney grubunda 36.07 (SS= 0.38), kontrol grubunda 35.87 (SS= 0.47) olarak saptandı ve gruplar arasında fark istatistiksel yönden anlamlıydı (ASBÜ $p= .022$; Nakil $p= .035$). Öte yandan klinikte vücut sıcaklığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Klinik $p= .173$).

O₂ saturasyonu ortalaması incelendiğinde; ASBÜ’ de fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($p= .268$). Ancak nakil sırasında deney grubunda 95.77 (SS= 2.46), kontrol grubunda 94.20 (SS= 4.00); klinikte deney grubunda 94.37 (SS= 2.02), kontrol grubunda 91.95 (SS= 5.42) olarak bulunan O₂ saturasyonu için gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Nakil $p= .037$; Klinik $p= .010$).

Ağrı puan ortalaması ASBÜ' de deney grubunda 0.57 (SS= 0.54), kontrol grubunda 1.20 (SS= 0.96); nakil sırasında deney grubunda 0.85 (SS= 0.57), kontrol grubunda 1.52 (SS= 0.90); klinikte deney grubunda 0.90 (SS=0.54), kontrol grubunda 1.70 (SS=0.75) olarak bulundu. Gruplar arası ağrı puan ortalamaları arasındaki fark her üç ölçümde de istatistiksel olarak anlamlıydı (ASBÜ $p = .001$; Nakil $p = .000$; Klinik $p = .000$).

Grup içinde ameliyat sonrası erken dönemde fizyolojik parametrelerin ölçümlerinin karşılaştırılması da Tablo 4.3' de görülmektedir.

Sistolik kan basıncı ölçümü ortalamasının grup içi karşılaştırması incelendiğinde; deney grubunda ; ASBÜ' de 127.50 (SS= 15.23), nakil sırasında 126.42 (SS= 12.51), klinikte 122.02 (SS= 14.25) olarak bulundu ve ölçümler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($p = .107$). Kontrol grubunda ise; ASBÜ' de 129.90 (SS= 22.51), nakil sırasında 129.92 (SS= 20.80), klinikte 119.57 (SS= 19.81) olarak belirlendi ve ölçümler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p = .048$).

Diastolik kan basıncı ölçümü, solunum sayısı ve ağrı puan ortalamalarının grup içi karşılaştırması incelendiğinde; deney ve kontrol grubunda ölçümler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı (Diastolik Deney $p = .170$, Kontrol $p = .075$; Solunum Deney $p = .223$, Kontrol $p = .108$; Ağrı Deney $p = .268$; Kontrol $p = .165$).

Nabız sayısı ortalaması karşılaştırıldığında; deney grubunda; ASBÜ' de 85.42 (SS= 9.23), nakil sırasında 86.30 (SS= 7.20), klinikte 84.72 (SS= 5.38); kontrol grubunda ASBÜ' de 89.55 (SS= 19.09), nakil sırasında 90.15 (SS= 15.86), klinikte 89.40 (SS= 14.84) olarak bulundu. Her iki grubunda ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Deney $p = .044$; Kontrol $p = .001$).

Vücut sıcaklığı ortalaması grup içinde incelendiğinde; deney grubunda ASBÜ' de 35.85 (SS= 0.37), nakil sırasında 36.07 (SS= 0.38), klinikte 36.22 (SS= 0.22) olduğu belirlendi ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p= .938$). Kontrol grubunda ise ASBÜ' de 35.61 (SS= 0.53), nakil sırasında 35.87 (SS= 0.47), klinikte 36.12 (SS= 0.40) olarak bulundu ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p= .000$).

O₂ saturasyonu ortalamasının, deney grubunda ASBÜ' de 97.35 (SS=3.27), nakil sırasında 95.77 (SS= 2.46), klinikte 94.37 (SS= 2.02) olduğu görüldü ve grup içinde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p= .089$). Kontrol grubunda O₂ saturasyonu ASBÜ' de 96.45 (SS= 3.91), nakil sırasında 94.20 (SS= 4.00), klinikte 91.95 (SS= 5.42) olarak saptandı ve grup içindeki ölçümler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= .001$).

Drenaj miktarı ortalaması grup içinde karşılaştırıldığında; deney grubunda ASBÜ' de 71.25 (SS= 37.36), nakil sırasında 106.25 (SS= 57.94), klinikte 162.50 (SS= 80.66) olduğu saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p= .001$). kontrol grubunda ise ASBÜ' de 88.75 (SS= 48.68), nakil sırasında 126.25 (SS= 64.03), klinikte 173.75 (SS= 86.96) olarak bulundu ve istatistiksel fark yoktu ($p= .286$).

Gruplar arasında ameliyat sonrası erken dönemde oryantasyon ve bulantı durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.4'de görülmektedir.

Her iki gruptaki hastaların tümü nakil sırasında ve klinikte yer, zaman ve kişiye oryante idi. ASBÜ'de ise deney grubundaki hastaların tümü (%100) yer, zaman ve kişiye oryante iken kontrol grubu hastalarının %90'ı oryante idi ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Yer $p= .040$; Zaman $p= .040$; Kişi $p= .040$).

Tablo 4.4. Gruplar Arasında Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Oryantasyon ve Bulantı Durumlarının Karşılaştırılması

			Deney Grubu		Kontrol Grubu		
			Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Önemlilik
Oryantasyon Yer	ASBÜ	Evet	40	100.0	36	90.0	$\chi^2=4.211$
		Hayır	0	0.0	4	10.0	p= .040
	Nakil	Evet	40	100.0	40	100.0	*
		Hayır	0	0.0	0	0.0	
	Klinik	Evet	40	100.0	40	100.0	*
		Hayır	0	0.0	0	0.0	
Oryantasyon Zaman	ASBÜ	Evet	40	100.0	36	90.0	$\chi^2=4.211$
		Hayır	0	0.0	4	10.0	p= .040
	Nakil	Evet	40	100.0	40	100.0	*
		Hayır	0	0.0	0	0.0	
	Klinik	Evet	40	100.0	40	100.0	*
		Hayır	0	0.0	0	0.0	
Oryantasyon Kişi	ASBÜ	Evet	40	100.0	36	90.0	$\chi^2=4.211$
		Hayır	0	0.0	4	10.0	p= .040
	Nakil	Evet	40	100.0	40	100.0	*
		Hayır	0	0.0	0	0.0	
	Klinik	Evet	40	40	40	100.0	*
		Hayır	0	0	0	0.0	
Bulantı	ASBÜ	Evet	0	0.0	8	20.0	$\chi^2=8.889$
		Hayır	40	100.0	32	80.0	p= .003
	Nakil	Evet	0	0.0	4	10.0	$\chi^2=4.211$
		Hayır	40	100.0	36	90.0	p= .040
	Klinik	Evet	1	2.5	5	12.5	$\chi^2=2.883$
		Hayır	39	97.5	35	87.5	p= .090

* Değerler aynı olduğu için istatistik yapılmadı

Bulantı durumları karşılaştırıldığında; ASBÜ’de ve nakil sırasında deney grubundaki hastaların %100 ü bulantı ifade etmezken, kontrol grubu hastalarının %20’si ASBÜ’de, %10’u nakil sırasında bulantı ifade etti ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (ASBÜ p= .003; Nakil p= .040). Klinikte ise bulantı ifade eden hasta oranı deney grubunda %2.5, kontrol grubunda %12.5 idi ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p= .090).

Tablo 4.5. Hastaların ASBÜ’ de Ağrı, Korku, Güven ve Duygularını Rahat İfade Etme Durumlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Deney (S=40)		Kontrol (S=40)		Önemlilik
	Sayı	%	Sayı	%	
Ağrı ifade eden					
Var	9	22.5	23	57.5	$\chi^2 = 10.208$ p= .001
Yok	31	77.5	17	42.5	
Korku ifade eden					
Var	2	5.0	24	60.0	$\chi^2 = 27.578$ p= .000
Yok	38	95.0	16	40.0	
Güven ifade eden					
Var	34	85.0	7	17.5	$\chi^2 = 36.473$ p= .000
Yok	6	15.0	33	82.5	
Duygularını rahat ifade eden					
Var	38	95.0	19	47.5	$\chi^2 = 22.029$ p= .000
Yok	2	5.0	21	52.5	

Hastaların ASBÜ’de ağrı, korku, güven ve duygularını rahat ifade etme durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.5’da görülmektedir.

Deney grubunda %22.5, kontrol grubunda %57.5 oranında hastanın ağrı; deney grubunda %5, kontrol grubunda %60 oranında hastanın korku; deney grubunda %85, kontrol grubunda %15 oranında hastanın güven ve deney grubunda %95, kontrol grubunda %5 oranında hastanın duygularını rahat ifade ettiği saptandı. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Ağrı p= .001; Korku p= .000; Güven p= .000; Duyguları Rahat İfade p= .000).

5. TARTIŞMA

Ameliyathane hemşiresi izleminin yaşlı hastalarda ameliyat sonrası erken dönem parametrelerine etkisinin incelendiği bu araştırmada elde edilen bulgular konuyla doğrudan ilgili çalışmanın olmaması nedeniyle sınırlı sayıda literatür ve genellikle yorumlanarak tartışıldı.

Deney ve kontrol grubu hastaları tanıtıcı özellikler yönünden karşılaştırıldığında (Tablo 4.1) benzer olduğu belirlendi. Yine çalışmayı etkileyebileceği düşünülen, hastaların ameliyathaneye geliştiki yaşam bulguları karşılaştırıldığında (Tablo 4.2) her iki grup arasında fark bulunmaması, yaşam bulguları yönünden de grupların benzer olduğunu göstermektedir.

Gruplar arasında ameliyat sonrası erken dönemde fizyolojik parametrelerin ölçümlerinin sonuçları incelendiğinde (Tablo 4.3) ; ameliyathane hemşiresi izleminin yaşlı hastalarda ASBÜ’de, nakil sırasında ve klinikte, solunum hızını ve ağrı düzeyini etkilediği saptandı. Solunum hızı ve ağrı düzeyi kontrol grubu hastalarında daha yüksekti.

Literatürde yaşlılarda bazal hava yollarının kollapsına bağlı olarak, solunum sorunları nedeniyle hızlı ve zor solunumun daha fazla görülebileceği, ayrıca anestezinin etkisiyle interkostal kasların paralizisine bağlı yüzeysel ve zor solunum gelişebileceği belirtilmektedir. Yine hastanın bilinçli ya da bilinçsiz ağrı nedeniyle derin solunum yapmaktan kaçınmaması için solunumunun sürdürülmesinde uygun pozisyonun, hava yolu açıklığının, O₂ desteği ve derin nefes aldırmanın önemli olduğu da ifade edilmektedir.^{64,81} Çalışma bulgusu literatürü desteklemektedir. Deney grubu hastaları ile ameliyathaneye kabul edildikleri andan başlayıp kliniğe nakilleri de dahil, planlı bir şekilde etkili iletişim sağlanmış; yapılan her işlemle ilgili kendilerine bilgi verilmiş; merak ettikleri soruları sormaya cesaretlendirilmiş ve sürekli yanlarında bulunularak

güven duygusu oluşturulmaya çalışılmıştır. Ayrıca hastalar etkili ve doğru soluk alıp vermeleri konusunda aralıklarla bilgilendirilmiş ve zaman zaman cerrahi girişimi aksatmayacak şekilde pozisyon değişikliğine gidilmiştir. Ayrıca ASBÜ’ de deney grubunda hastaların ağrıyı sözel olarak ifade ettikleri anda uygun dozda analjeziklerle ağrı kontrol altına alınmıştır. Tüm bu uygulamalara bağlı olarak solunum düzensizliğinin deney grubunda önlendiği söylenebilir.

Çalışmada ağrı puan ortalamalarının deney grubunda kontrol grubundan düşük saptanması (Tablo 4.3), yaşlılarda ameliyat sonrası ağrı kontrolünde etkin ve zamanında analjezi uygulamanın yanı sıra; ağrı yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemler ve bu yöntemlerin kullanılmasında hemşirenin rolünün önemini vurgulayan literatür bilgisi ile desteklenmektedir.^{70,82,83} Bu çalışmada deney grubu hastaları kurulan etkin iletişim ile; cerrahi alanda uygulanan kaldırma, indirme, çekme gibi pozisyon değişikliklerinden dolayı ağrı duyma durumlarında ağrı kesici yapılacağı konusunda bilgilendirilmiştir. Ameliyat sonrası pozisyona bağlı ağrı durumunu azaltmak için ameliyat sırasında hastaların uygun bölgeleri pozisyon jelleriyle desteklenmiştir. ASBÜ de hastaların cerrahi insizyon alanında pozisyona bağlı ağrılarının giderilmesine yönelik pasif hareketler yaptırılmış ve ağrı ifade edildiği anda uygun dozda analjezikle ağrı kontrolü sağlanmıştır. Tüm bu girişimlerin deney grubu hastalarının ağrı puan ortalamalarının düşük saptanmasına neden olduğu söylenebilir.

Ameliyathane hemşiresi izleminin yaşlı hastalarda vücut sıcaklığını ASBÜ’de ve nakil sırasında deney grubunda kontrol grubundan daha yüksek olacak şekilde etkilediği saptandı (Tablo 4.3). Bu bulgu termoregülasyon sisteminde yetersizlik olan ve ameliyat sonrası metabolik hızı artırarak ısı kaybını önleme becerisi gösteremeyen yaşlı bireylerde ısı kaybını azaltıcı önlemlerin artırılması yönündeki literatür bilgisini desteklemektedir.³⁵ Bu çalışmada deney grubundaki yaşlı hastalarda ASBÜ’de ısı

kaybını azaltıcı önlemler artırılmıştır. Rutin uygulamada zaman zaman ihmal edilen, ıslak önlüğün değiştirilmesi, baş bölgesinden ısı kaybı olan yaşlı hastaların başlarının örtülmesi, ısıtıcı battaniyelerle ısıtılması ve nemlendirilmiş gazların kullanımına dikkat edilmesi nedeniyle deney grubu hastalarının vücut sıcaklığının ASBÜ’de ve nakil sırasında daha iyi olduğu söylenebilir. Klinikte ise gruplar arasında fark bulunmaması cerrahi ortamın soğuk etkisinin azalması ve kontrol grubu hastalarına hasta yakınlarının destek olması ile açıklanabilir.

Ameliyathane hemşiresi izleminin yaşlı hastalarda O₂ saturasyonunu deney grubunda nakil sırasında ve klinikte kontrol grubundan yüksek olacak şekilde etkilediği belirlendi (Tablo 4.3). Literatürde yaşlanmayla birlikte akciğer dokularının elastikiyetini kaybetmesi sonucu oksijen taşınmasına ilişkin solunum fonksiyonunda azalma olacağı bu nedenle O₂ gereksiniminin karşılanmasında daha dikkatli davranılması gerektiği ifade edilmektedir.^{84,85} Bu çalışmada her iki gruba da ameliyat sırası ve ASBÜ’de oksijen desteği sağlanması nedeniyle ASBÜ’de gruplar arasında fark ortaya çıkmamış olabilir. Ayrıca literatürde analjezikler, sedatifler, vazodilatatörler ve inotrop gibi ilaçların oksijenasyonda değişikliklere neden olduğu belirtilmektedir.⁸⁶ Her iki gruba da uygulanan, analjezik, sedatif, anestetik gibi ilaçlar da benzer bulguların nedeni olabilir.

Literatürde oksijen konsantrasyonundaki değişikliklerin solunum merkezi üzerine ve solunum dürtülerini değiştirmede, kan oksijeni çok düşük değerlere, esas olarak PO₂ 70 mm Hg’nın altına inmedikçe doğrudan bir etkisi olmadığı belirtilmektedir.⁸⁷ Bu çalışmada her iki grupta da oksijen saturasyonu düşük olmasına karşın nakil sırasında deney grubu hastalarının yanında araştırmacı hemşirenin olması ve hastalarda solunum kontrolünün sağlanmasının gruplar arasındaki farkı oluşturduğu düşünülmektedir. Aynı şekilde klinikte hastaların etkili solunuma teşvik edilmeleri ve bir süreliğine monitörize edilerek nazal destek ile kontrol altında

tutulmaları yine deney grubu hastalarının oksijen saturasyonunun yüksek saptanmasına neden olduğu düşünülmektedir. Yine ağrı kontrolünün sağlanmasıyla etkili solunumun, oksijen gereksiniminin azalmasına neden olduğu için, oksijen saturasyonunun daha yüksek bulunmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

Her iki grubun sistolik ve diastolik kan basıncı ile nabız ölçümleri arasında üç değerlendirmede de fark bulunmadı (Tablo 4.3). Planlı ameliyatlarda ameliyat öncesi dönemde tüm hastaların kan basıncı ve nabzının normal aralıkta olması gerekmektedir. Yine ameliyat sırasında kan basıncı ve nabız değerlerinin stabilliğini sağlamaya yönelik farmakolojik yöntemler rutin olarak uygulanmaktadır. Ameliyat sonrası erken dönemde de anestezi ajanları ve cerrahi stresin de kalp ritim bozukluklarına neden olarak yaşamsal risk oluşturabileceği bilindiği için her iki grupta da hastalar hemşireler tarafından yakın gözetim altında tutulmakta ve gerektiğinde anestezi hekimi de müdahale etmektedir. Duruma hemşirelik uygulaması dışında müdahalenin olması, hemşirelerin hasta için yaşamsal risk olarak gördükleri durumlara titiz yaklaşımları ve yine hemşirelerin bağımlı ya da yarı bağımlı rollerine, bağımsız olarak gerçekleştirmeleri gereken rollerinden daha çok sahip çıktıkları düşüncesi, gruplar arasında fark saptanmamasının nedeni olabilir.

Deney ve kontrol gruplarının drenaj miktarı ölçümleri karşılaştırıldığında gruplar arasında fark olmadığı saptandı (Tablo 4.3). Yara bölgesine konulan dren, içeride biriken sıvının mikroorganizmaların üremesi için uygun ortam oluşturmasını önleyerek, dışarı akımını sağlar. Ayrıca etraftaki dokuların da basınçla zarar görmesini engeller.⁸⁴ Literatürde total eklem replasmanı ameliyat sonrası dönemde ilk 24 saat içinde 300-500 ml drenaj olabildiği ve drenajın 48 saat içinde 100 ml'ye kadar azaldığı belirtilmektedir.⁸⁸ Her iki grubun üç ölçümünde de gruplar arasında fark olmaması

hastaların sıvı elektrolit dengesinin korunmasına bağlı dren yolundan aşırı kaybın önlenmesi ile açıklanabilir.

Grup içinde ameliyat sonrası erken dönemde fizyolojik parametreler karşılaştırıldığında ise (Tablo 4.3) ; sistolik ve diastolik kan basıncının deney grubunda tekrarlı ölçümlerde fark oluşturmadığı; kontrol grubunda ise diastolik kan basıncında fark oluşturmazken, sistolik kan basıncında değişim gösterdiği saptandı. Literatürde sistolik basıncın yalnızca miyokard kasılması ile ilgili olduğu halde, diastolde ventrikül doluşunun birçok faktörün etkisinde olduğu; kardiyak outputtaki değişimlerin sistolik basıncı, periferik vasküler dirençteki değişikliklerin diastolik basıncı etkilediği belirtilmektedir. Kalbin kasılma işini yapabilmesi için gerekli olan kimyasal enerjinin oksijen tüketim hızıyla orantılı olduğu vurgulanmaktadır.⁸⁹⁻⁹² Çalışmada her iki grupta kronik hastalık durumunun benzer olması (Tablo 4.1) periferik vasküler direnç değişikliklerinin benzer olduğunu ve bu nedenle tekrarlı ölçümlerinde de fark saptanmadığını düşündürmektedir. Öte yandan kontrol grubunda sistolik kan basıncının klinikte değişim göstermesi, deney grubu hastaları kadar yakından takip edilmemiş olmaları ile açıklanabilir. Çalışmada grup içi tekrarlı ölçümlerde kontrol grubunda oksijen saturasyonunun klinikte düşük saptanması da kalbin kasılma gücünü olumsuz yönde etkileyerek sistolik basınç değişimine neden olmuş olabilir. Kontrol grubunda oksijen saturasyonunun klinikte düşük bulunması ise; literatürde yer alan kontrol altına alınmayan ağrının metabolizmayı hızlandırarak oksijen saturasyonunu olumsuz yönde etkilediği bilgisi ile açıklanabilir.⁸¹ Bir başka literatürde yaşlı hastaların bilinçli ya da bilinçsiz ağrı nedeniyle derin solunum yapmaktan kaçındıkları, hastaların ağrısının giderilerek derin solunum yapmalarının sağlanması ve yaşlı hastalarda %93-95 oksijen saturasyonunun solunum problemleri nedeniyle normal sınır olarak kabul edilebileceği belirtilmektedir.⁶⁴ Bu çalışmada deney grubu hastalarında ağrı yönetiminin daha iyi

olması (Tablo 4.3) ve daha etkin solunum yapmaya (Tablo 4.4) destek olacak girişimlerin uygulanması literatürü desteklemektedir.

Grup içinde tekrarlı ölçümlerde vücut sıcaklığı, deney grubu hastalarında değişkenlik göstermezken, kontrol grubu hastalarında göstermiş ve klinikte, ASBÜ ve nakil sırasına göre vücut sıcaklığı yüksek saptanmıştır (Tablo 4.3). ASBÜ ve nakil sırasında rutin uygulamada bazen ihmal edilebilen ısı kaybını önleyici girişimlerin, kontrol grubu hastalarında kliniğe geldiğinde hasta yakınları tarafından sağlanmasının yanı sıra cerrahi ortamın soğukluğundan uzaklaşan hastaların metabolizma hızının normale yaklaşmasıyla da vücut sıcaklığının olumlu etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Nabız hızı ortalamaları incelendiğinde ise (Tablo 4.3), her iki grupta da grup içindeki ölçümlerde nabız ölçümleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Literatürde, sistol ve diastol ile uyumlu basınç değişimlerinin arterlerin genişlemesi ve kasılmasına neden olarak nabız hareketlerini oluşturduğu, oksijen düzeyinin nabız hareketlerini etkilediği belirtilmektedir.^{93,94} Bu bilgi doğrultusunda çalışmada kontrol grubu hastaları için sistolik kan basıncında ve oksijen saturasyonunda saptanan değişimin (Tablo 4.3) nabız ölçümlerinde de değişikliğe neden olmuş olabileceği düşünülmektedir. Deney grubu hastalarında ise bu durum kontrol grubu hastaları içinde geçerli olan anestezi ilaçlarının etkisinin nabız değerini etkilediği literatür bilgisini desteklenmektedir.⁹⁴

Grup içi tekrarlı ölçümlerde, deney grubu hastalarının drenaj miktarı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken kontrol grubunda fark bulunmadı (Tablo 4.3). Oysa gruplar arası ölçümde fark yoktu (Tablo 4.3). Deney grubu hastalarının klinikte drenaj miktarının kontrol grubuna göre grup içinde farklılık

göstermesi, araştırmacı tarafından dren hattından normal akışın, hasta pozisyonuna dikkat edilerek korunması ile açıklanabilir.

Her iki grupta da grup içindeki tekrarlı ölçümlerde solunum hızı ve ağrı puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4.3) ise ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Grup içi tekrarlı ölçümlerde her iki grupta da fark bulunmaması benzer bulgu gibi görünmektedir (Tablo 4.3). Oysa gruplar arası ölçümde deney grubu hastalarının ağrı ve solunum ortalamaları kontrol grubundan düşük saptanmıştır. Bu bulgu ile ağrının kontrol grubuna göre daha iyi yönetildiği, solunumun daha düzenli olduğu dikkate alınırsa (Tablo 4.3); deney grubunda tekrarlı ölçümlerde fark bulunmaması, hastalarda ameliyathane hemşiresi izleminin ilk aşamada solunum ve ağrı ile ilgili sorunları kontrol altına almada ve stabilizeyi sağlamada etkili olduğu düşünülmektedir. Öte yandan kontrol grubu hastalarının tekrarlı ölçümlerinde fark olmaması bu gruptaki hastaların ağrı yönetimi ve solunumun düzenlenmesi konularında, sonraki aşamalarda mesafe alamadıklarını düşündürmektedir.

Grupların ameliyat sonrası erken dönemde oryantasyon durumları incelendiğinde (Tablo 4.4) ; her iki gruptaki hastaların tümü nakil sırasında ve klinikte yer, zaman ve kişiye oryante idi. Bu nedenle gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. ASBÜ’de ise deney grubundaki hastaların tümü yer, zaman ve kişiye oryante iken kontrol grubu hastalarının %90’ı oryante idi ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı. ASBÜ’de sağlık çalışanlarını endişelendiren nörolojik değişikliklerden biri ameliyat sonrası uyanma dönemi deliryumudur. Uyanma dönemi deliryumunda hastada oryantasyon bozukluğu, bağırma gibi davranışlar vardır. Bu durum, anestetik ajanlar, hipoksi, ağrı, elektrolit dengesizliği ya da hastanın ameliyat öncesi anksiyetesine bağlı olarak gelişebilir.⁸⁴ Bu çalışmada deney grubu hastalarının ameliyathane hemşiresi tarafından izlenmesi ve buna bağlı olarak ASBÜ’de deney grubu hastalarının ağrı ve

korkuyu ifade etme durumlarının daha düşük; güvende olma ve duygularını ifade etme durumlarının daha yüksek olması (Tablo 4.5), ayrıca ağrı puan ortalamalarının daha düşük saptanması nedeniyle kontrol grubuna göre daha oryante oldukları söylenebilir. Nakil sırasında ve klinikte gruplar arasında fark bulunmaması, yaşlı hastanın ayılma ünitesinden ayrılma ölçütleri arasında yer alan anestezinin etkisinin geçmiş olması literatür bilgisini desteklemektedir.⁶⁴

Grupların ameliyat sonrası erken dönemde bulantı durumları incelendiğinde (Tablo 4.4); ASBÜ’de ve nakil sırasında deney grubu hastalarının hiçbirisi bulantı ifade etmezken kontrol grubu hastalarının bulantı ifade etmeleri gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturdu.

Literatürde bulantı ve kusmanın, belirli anestetiklerin mide üzerine etkisi, mide de sıvı ve gaz toplanması sonucu peristaltizmin azalması, ağrı, korku, anksiyete, elektrolit dengesinde bozukluk ve cerrahi girişim gibi faktörlere bağlı olarak meydana gelebileceği belirtilmekte; emosyonel desteğin bulantıyı önlemede etkili olduğu vurgulanmaktadır.^{84,64} Bu çalışmada, literatürde belirtilen ağrı, korku dolayısıyla bunlara bağlı gelişebilecek anksiyetenin deney grubunda kontrol altına alınmış olmasının bulantı durumunu etkilemiş olabileceği düşünülebilir. Yine bu gruptaki hastaların duygularını rahat ifade edebilme ve kendilerini güvende hissetme oranlarının daha yüksek olmasına bağlı emosyonel durumlarının daha iyi olduğu düşüncesi, bulantıyı azaltmış olabilir. Klinikte ise gruplar arasında fark olmaması, anestetiklerin etkisinin azalması ve kontrol grubu için hasta yakınlarının desteği ile açıklanabilir.

Gruplar arasında hastaların ASBÜ’ de ağrı, korku, güven ve duygularını rahat ifade etme durumları incelendiğinde (Tablo 4.5) ; deney grubunda güven ve duygularını rahat ifade eden, kontrol grubunda ise ağrı ve korku ifade eden hasta sayısının daha fazla olması gruplar arasında anlamlı fark oluşturdu.

Hasta eğitimi, bilgilendirme ve destek sağlama, yanlış anlamaları düzeltme ve hastanın bireysel bakımındaki rol ve sorumlulukları kavramasına yardımcı olmayı amaçlar. Bu nedenle hastanın cerrahi girişimin her bir evresinde ne olacağını bilmesi, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi duyumsamasına önemli katkı sağlar.⁷⁵ Ameliyat sonrası en erken görülen semptomlardan biri olan ağrı ASBÜ ve ameliyat sonrası dönem boyunca hasta için önemli bir korku kaynağıdır.⁸⁴ Çalışmada ameliyathane hemşiresi, sözü edilen literatür bilgisi⁷⁵ doğrultusunda deney grubu hastalarına bakım vermiş; hastaların etkin solunum yapmalarını ve ağrı yönetimini sağlamıştır. Bu durumun, deney grubu hastalarının kendilerini güvende hissetmelerine ve duygularını daha rahat ifade etmelerine, ağrıyı ve korkuyu daha iyi yönetmelerine neden olduğu düşünülmektedir. Bu bulgu literatür bilgisini de desteklemektedir.^{75,84}

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ameliyathane hemşiresi izleminin yaşlı hastalarda ameliyat sonrası erken dönem parametrelerine etkisi incelendiğinde:

Gruplar arası karşılaştırmada;

- Her üç ölçümde de; solunum hızı ve ağrı puan ortalamalarının kontrol grubu hastalarında daha yüksek olduğu, kan basıncı, nabız ölçümleri ve drenaj miktarının farklılık göstermediği,

- Vücut sıcaklığı ortalamasının ASBÜ ve nakilde kontrol grubunda daha düşük, oksijen saturasyonunun ASBÜ de gruplar arasında fark oluşturmazken, nakil ve klinikte kontrol grubunda daha düşük belirlendiği görülmektedir.

- Oryante hasta sayısının nakil sırasında ve klinikte her iki grupta aynı, ASBÜ’de ise kontrol grubunda daha az; bulantı ifade eden hasta sayısının ASBÜ’de ve nakil sırasında kontrol grubunda daha fazla olduğu, klinikte ise farklılık göstermediği saptandı.

Grup içi tekrarlı ölçümlerde;

- Sistolik ve diastolik kan basıncının deney grubunda fark oluşturmadığı; kontrol grubunda ise diastolik kan basıncında fark oluşturmazken, sistolik kan basıncında değişim gösterdiği,

- Vücut sıcaklığının deney grubu hastalarında değişkenlik göstermezken, kontrol grubu hastalarında klinikte, ASBÜ ve nakil sırasına göre yüksek olduğu,

- Her iki grupta da nabız ölçümleri arasında fark bulunduğu,

- Deney grubu hastalarının drenaj miktarı ortalamaları arasında fark olduğu ancak kontrol grubunda olmadığı,

- Her iki grupta da solunum hızı ve ağrı puan ortalamaları arasında fark bulunmadığı saptandı.

Hastaların ASBÜ’ de ağrı, korku, güven ve duygularını rahat ifade etme durumları karşılaştırıldığında;

- Deney grubunda güven ve duygularını rahat ifade eden hasta sayısının; kontrol grubunda ise ağrı ve korku ifade eden hasta sayısının daha fazla olduğu saptandı.

Bu sonuçlar araştırmanın ‘‘Ameliyathane hemşiresi izlemi, yaşlı hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde ağrı yönetimini olumlu yönde etkiler’’, ‘‘yaşam bulgularını düzenler’’, ‘‘oryantasyonun sağlanmasına yardımcı olur’’, ‘‘bulantı hissini azaltır’’ şeklindeki hipotezlerini doğrulamaktadır.

Ameliyathane hemşiresi izleminin, ağrı yönetimi, etkili solunum, vücut sıcaklığının korunması ve hastanın kendini güvende hissetmesinde etkili olduğu bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ameliyathane hemşireliği çalışmalarında ameliyathane hemşiresinin hasta bakımına katkısını vurgulayacak araştırmalara ağırlık verilmesi,
- Ameliyathane hemşireliğini mekanik, teknik bir iş olmanın ötesine taşıyacak bütüncül hasta bakımını öne çıkaracak eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Ameliyathanelerde hastanın ameliyathaneye kabulünden ilgili kliniğe nakline kadar her aşamada hasta izlemine yapabilecek yeterli sayıda hemşire bulundurulması gerektiği önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Büken NÖ, Büken E. Yaşlanma olgusu, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2003, 2:75-79.
2. Aygin D, Eti Aslan F, Cengiz H. Yaşlı cerrahi hastasında ameliyat sonrası erken dönem, *Akademik Geriatri Dergisi*, 2012, 4: 12-17
3. Kutsal Gökçe Y. Yaşlanan dünya, *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 2006, 52:A6-A11.
4. Clark GS, Siebens HC. Geriatric Rehabilitation. In: De Lisa J, Editor. *Physical Medicine and Rehabilitation*. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2005, 1531-60.
5. Akın B, Seviğ Ü, Karataş N. Türkiye’de gerontoloji hemşireliği eğitimi. Bir sertifika eğitim programı geliştirme çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2001, 5: 33-38.
6. Şelimen D. Yaşlı ve Yaşlı Hastada Cerrahi. Fındık ÜY, Erol Ö (editörler). *Geriatrik Hasta ve Hemşirelik Bakımı*. 1. Baskı. Ankara: Alter Yayıncılık, 2010: 1-7.
7. Akdemir N, Çınar Fİ, Görgülü Ü. Yaşlılığın algılanması ve yaşlı ayrımcılığı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2007, 10: 215-222.
8. Ucuzal M, Akyolcu N. Yaşlı hastalarda ameliyat sonrası bilişsel değişiklikler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2008, 11: 119-27.
9. Bailes BK. Perioperative care of the elderly surgical patient, *AORN (Association of Perioperative Registered Nurses) Journal*, 2000, 72:186-207.
10. Eti Aslan F. Postoperatif ağrı yaşlıların kaderi mi? *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 2: 58-59.

11. Beliveau MM, Multach M. 'Perioperative care for the elderly patient'. *The Medical Clinics of North America*, 2003, 87: 273-289.
12. Eliopoulos C. Gerontological Nursing. Edition 5. Copyright by Lippincott Williams & Wilkins, *Philadelphia*, 2001, 380- 394.
13. Leinonen T, Leino-Kilpi H. Research in perioperative nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 2000, 8:123-138.
14. Yılmaz M, Sezer H, Gürler H, Beker M. Predictors of perioperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical*. 2011_doi:10.1111/j.1365_2702.2011.03799.x.
15. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Stahlberg M.R, Lertola K. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 35:294-306.
16. Owayolu N, Bahar A. Hemşirelik ve kalite. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9:104-110.
17. Çelik S. Cerrahi bakımda bilgi güncelleme. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 2:61-65.
18. Aksoy G. Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliği, İçinde; Editörler; Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. *Cerrahi Hemşireliği I*, Nobel Tıp kitapçıları, İstanbul, 2012: 36-37.
19. Cimilli C. Cerrahide Anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, 2000: 4:182-186.
20. Öğün B. Ameliyathanede Hasta Güvenliğinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.
21. Fındık ÜY. Yaşlı Hastanın Ameliyata Hazırlanması. Fındık ÜY, Erol Ö (editörler). *Geriatrik Hasta ve Hemşirelik Bakımı*. 1. Baskı. Ankara: Alter Yayıncılık, 2010: 129-143.

22. Litwack K. ‘ Nursing Management Perioperative Patient’. In Levis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR. (eds) *Medical Sugical Nursing* , Fifth ed., by Mosby. Icn., St.Louis. Missouri, 2000: 355-374.
23. Palmer RM. ‘Perioperative care of the elderly patient: An update’. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2009; 76: 16-21.
24. Göğüş FY. Geriatrik anestezi postoperatif komplikasyonlar makale özeti. *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi*, 2003, 1: 58-9.
25. Oruç MT, Uzun S, Saylam B, Karakahya M, Karadağ Ç, Düzgün AP. İleri yaşta acil ve elektif şartlarda cerrahi tedavi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2004, 7: 37-40.
26. Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F. Eskişehir’de yaşlıların sosyoekonomik özellikleri ve sağlık durumları, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, Eskişehir, 2005, 5: 113.
27. Altay A. Yaşlılarda Evde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2005.
28. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, II.Baskı, 2005.
29. Öztürk İ. Ortopedik Geriatri. İçinden: Kuzgun Ü. Ed. *XVIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı*. İstanbul, 2003: 372-373.
30. Ucuzal M. Yaşlı Hastalarda Ameliyat Sonrası Bilişsel Değişiklikler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004.

31. Tel Hatice, Tel Havva, Sabancıoğulları S. Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006, 9: 34-40.
32. Birol L, Akdemir N. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara, Sistem Ofset, 2005: 43-45.
33. Uzun Ö. Yaşlı hastaların hemşirelik bakımı, *III. Ulusal, I. Uluslararası Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı*, İstanbul, 2001.
34. Arıoğul S. *Geriatri ve Gerontoloji*. Ankara, Medikal&Nobel Kitabevi, 2006.
35. Gökçe Kutsal Y. *Temel Geriatri*, Ankara, Güneş Tıp Kitapevi, 2007: 279- 288.
36. Özgül A. Geriatrik Patolojinin Esasları. İçinde Beyazova M, Kutsal YG, Editörler. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Ankara: Güneş Kitabevi, 2000: 1341-1350.
37. Arpacı F. Farklı boyutlarıyla yaşlılık. *Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Kitapçığı*, Eğitim ve Kültür Yayınları, 2005, Ankara. http://www.tued.org.tr/tied_kitaplar/yaslilik.pdf 15.11.2013.
38. Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. 2007, www.ekutup.dpt.gov.tr 21/10/2013.
39. Coşgun A. Yaşlı bireyin hemşirelik süreci doğrultusunda tanılama form örneği. *Hemşirelik Bülteni*, 1998, 6: 25-30.
40. Smeltzer SC, Bare BG. *Textbook Of Medical Surgical Nursing*. 9th Ed. Philadelphia, *Uppincott Williams & Wilkins Comp*, 2008:148-158.
41. Özdemir G, Ersoy G. Yaşlanma Sürecinde Egzersiz ve Beslenmenin Kazandırdıkları. *Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Yayını*. İlksan Matbaacılık, Ankara, 2009. http://www.caginpolisi.com.tr/eski_sitemiz/140/31-32-33-34-35-36-37-38.htm

42. Uluğ, B. Psikiyatri. İçinden: Kutsal G, Çakmakçı M, Ünal S. (Editör). *Geriatry 2, Hekimler Yayın Birliği*, Ankara, 1997: 732-733.
43. WHO Information Fact Sheets. Population ageing, A public health challenge. <http://www.who.int/inf-fs/en/fact135.html> 09.10.2013.
44. Akın G. Yaşlılık. İçinde; *Her Yönüyle Yaşlılık*. Ankara, Palme Yayıncılık, 2006: 1-9.
45. Kutsal Gökçe Y. Yaşlıların Sağlık Sorunları, 2005, http://www.geriatry.org/pdfler/saglikli_yaslanama2005/S_Y_2005_06.pdf 12.11.2013.
46. Kaya B. Yaşlılık ve Depresyon-I Tanı ve Değerlendirme, *Geriatry*, 1999: 2:76-82.
47. Berker E. Yaşlı özürüllüğünün boyutları. *Türk Fizyolojisi Tıp Rehabilitasyon Dergisi*; 2006, 56: A3- A5.
48. Cora S, Lundy KS. Elder health, *Geriatric Gerontology Nursing* 2001: 35; 804-806.
49. Rothscild JM, Leape LL. The Nature and Extent of Medical Injury in Older Patients www.aarp.org/research/health/healthquality/aresearch-import-546-2000-17.html aarp: washington dc. 2000, 12.10.2013.
50. Liu LL, Leung JM. (2007). Perioperative Complications in Elderly Patients. Syllabus on Geriatric Anesthesiology http://www.asahq.org/clinical/geriatrics/perio_comp.htm. 18.10.2013.
51. World Health Organization (WHO). Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department Aging And Life Course, *Active Aging: A Policy Framework*, 2002, http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf 18.10.2013

52. İmamecioğlu AR, Sezgin B, Obuz C, Altinyollar H, Kartal M, Yardım N, Coşkun Ö, Mollahaliloğlu S. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Halk Sağlığı Mektebi, *Turkey Health Report*, Ankara, 2004, 53-54,81,97.
53. Gökçe Kutsal Y, Bal S. Yaşlılık ve Kadın Sağlığı, 2003, http://www.istanbulhuzurevi.org/docs/gokce_kutsal_bal_yaslilik_ve_kadin_sagligi.pdf 25.10.2013.
54. Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM) 2007, Yaşlılıkta kaliteli yaşam, Hacettepe Üniversitesi Gebam Bayer Consumer Care, Ankara http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf 26.10.2013.
55. Totur B, Korkmaz Demir F. Geriatrik cerrahide hasta bakımı, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2011, 2: 61-68.
56. Lewis MC, Nevo I, Paniaqua MA, Ben Ari A, Pretto E. Et Al. Uncomplicated General Anaesthesia in The Elderly Results in Cognitive Decline: Does Cognitive Decline Predict Morbidity And Mortality? *Medical Hypothesis*, 2007, 68: 484-492.
57. Türkmen A, Turgut N. Geriatrik Anestezi. *Geriatri Dergisi*, 2007, 10: 49-56.
58. Erdil F. Yaşlıların Perioperatif Hemşirelik Bakımı, İçinde; *Geriatri*, Y.G. Kutsal, Editor. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi: Ankara. 2002: 138-149.
59. Barnett SR. Preanesthetic Evaluation for The Elderly Patient. Syllabus On Geriatric Anesthesiology 2007, http://www.asahq.org/clinical/geriatrics/prean_eval.htm .
60. Turrentine FE, Wang H, Simpson VB, Jones RS. Surgical Risk Factors, Morbidity, and Mortality in Elderly Patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 2006, 203: 865-87.

61. Dharmarajan TS, Unnikrishnan D, Dharmarajan L. Perioperative Medical Management. In: Dharmarajan TS, Norman RA (Eds). *Clinical Geriatrics*. Boca Raton (FL): Parthenon Publishing Group, 2003: 115-26.
62. Öztürk L, Erkılıç E, Dal H, Gümüş T, Kanbak O. Altmış beş yaş ve üzeri ameliyat olan hastalarda cerrahi bölüm ve anestezi yöntemlerinin incelenmesi, *Akademik Geriatri Dergisi*, 2010, 2: 40-44.
63. Meek R. Surgery And The Older Person. İn: Manley K, Bellman L Eds. *Surgical Nursing Advcmcing Practice*. Haurcourt Publishers Limited, 2000, 204-221.
64. Fındık ÜY. Yaşlı Hastanın Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı. Fındık ÜY, Erol Ö (editörler). *Geriatrik Hasta ve Hemşirelik Bakımı*. 1. Baskı. Ankara: Alter Yayıncılık, 2010: 145-161.
65. Cheng SP, Yang TL, Jeng KS, Lee1 JJ, Liu TP, Liu CL, Perioperative care of the elderly, *International Journal of Gerontology*, 2007, 1: 89-97.
66. Gündoğdu HR. Yaşlılıkta beslenme durumu ve nütrisyon desteği, *Journal of Surgical Medical Sciences*, 2006, 2: 10-19.
67. Sophia S. Anaesthesia for the Elderly Patient, *Journal of Pakistan Medical Association*, 2007, <http://jpma.org.pk/PdfDownload/1074.pdf> , 06.12.2013
68. Cengiz M, Kavak MÖ. Preoperative preparation and anesthesia in geriatric patients, *Türkiye Klinikleri Journal of Orthopaedics and Traumatology Special Topics*, 2008, 1: 61-68.
69. Şelimen D. Yaşlılık ve Cerrahi, 2011 <http://www.denselimen.com/yaşlılık-ve-cerrahi/> 06.12. 2013
70. Eti Aslan F. Ameliyat Sonrası Bakım. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F. (Editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 2. Baskı Adana, Nobel Kitapevi, 2011: 315-319.

71. Özbayır T. Ameliyat Dönemi Bakım. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F. (Editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 2. Baskı Adana, Nobel Kitapevi, 2011: 277-314.
72. Eskici V. Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Ameliyathane Hemşireliği ve Ameliyathane Ortamına Yönelik Düşüncelerinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.
73. Association of Perioperative Registered Nurses (AORN), Perioperative Standarts and Recommended Practices. In: Conner R. (Ed). *Guidelines for Perioperative Practice*, USA, 2009: 11-23. <http://www.aorn.org/Periop101/> 07.12.2013
74. Phillips N. *Berry and Kohn's Operating Room Technique*. 11th ed. Missouri, The Mosby, 2007: 178-191.
75. Yavuz M. Ameliyat Öncesi Bakım, İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F. (Editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 2. Baskı Adana, Nobel Kitapevi, 2011:261-275.
76. Terzi C. Cerrahi alan enfeksiyonu yönetimi, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2006, 6:18-26.
77. Erdil F. Cerrahi Hemşireliği (Perioperatif Bakım). Erdil F, Elbaş N. (editörler). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. Aydoğdu Ofset Matbaacılık Ambalaj San. Ltd. Şti, Ankara, 2008: 97-136.
78. Parker MJ, Gurusamy K, Stoker M. 'Surgery in elderly patients'. *Current Orthopaedics*, 2004; 18: 333-334.
79. The Merck Manual of Geriatrics. Section 3. Surgery and Rehabilitation, Chapter 26. Perioperative Care. Erişim <http://www.merck.com/mkgr/mmg/sec3/ch26/ch26c.jsp>. 16/02/ 2014.

80. Guidelines for Common Surgical Interventions in the Elderly. Postoperative Care. [www.whoindia.org/LinkFiles/Health care for the elderly Guidelines com surg intervention 7.pdf](http://www.whoindia.org/LinkFiles/Health_care_for_the_elderly_Guidelines_com_surg_intervention_7.pdf) 10 Mart 2014.
81. Tel H. Ağrı ve Ağrıya Yönelik Uygulamalar ve Hasta Bakımı. İçinde; Sabuncu N, Akça Ay F.(editörler). *Klinik Beceriler*, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi Ltd. Şti. 2010: 672.
82. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler için Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi*. Ankara: Koza Matbaası, 2010.
83. Ay F, Alpar ŞE. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı Dergisi*, 2010, 22: 21-9.
84. Akyolcu N. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı, İçinde Editörler; Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. *Cerrahi Hemşireliği I*, İstanbul, Nobel Tıp kitapevleri, 2012, 336-360.
85. Soyuer F. Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008, 15: 219- 224.
86. Hakverdioğlu G. Oksijen saturasyonunun değerlendirilmesinde pulse oksimetre kullanımı, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 11: 46-47.
87. Çakar L, Şahin G, Yermen N. Solunum. İçinde: *Tıbbi Fizyoloji*, Çavuşoğlu H, Yeğen BÇ, (Çeviri editörleri). Textbook of Medical Physiology, Guyton AC, Hall JE. 11. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2007: 517-521.
88. Akbayrak N. *Hemşirelik Bakım Planları*, Ankara, Alter Yayıncılık, 1. Basım, 2007, 1014-1015.

- 89.** Günal N. Bilgiç A. Diyastolik Fonksiyonlar: Diyastol Fizyolojisi, Fonksiyon Bozuklukları, Ekokardiyografi İle Değerlendirilmesi, *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma*, 1997, 25: 54-64.
- 90.** Dikmenoğlu N. Kalp Kası; Bir Pompa Olarak Kalp ve Kalp Kapaklarının Görevleri, İçinde: *Tıbbi Fizyoloji*, Çavuşoğlu H, Yeğen BÇ, (Çeviri editörleri). Textbook of Medical Physiology, Guyton AC, Hall JE. 11. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2007: 111.
- 91.** Bağırıcı F. Kardiyovasküler Sistem Fizyolojisi, İçinde; *Yoğun Bakım Soruları ve Tedavileri*, Editör; Şahinoğlu H. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 3. Baskı. 2011: 1006-1007.
- 92.** Işık Demir R. Yaşam Bulguları, İçinde; Akça Ay F.(editör) *Temel Hemşirelik*, İstanbul Medikal Yayıncılık, 1. Baskı, 2007: 296-297.
- 93.** Orak E. Sistemlerin ve Sağlığın Değerlendirilmesi. Sabuncu N, Akça Ay F.(editörler). *Klinik Beceriler*. Nobel Tıp Kitapevi Ltd. Şti. İstanbul, 2010: 13.
- 94.** Karabacak Ü, Yılmaz E. Yaşam Bulgularının Değerlendirilmesi. İçinde; *Sağlığın Değerlendirilmesi*, Editör; Eti Aslan F, Özyurt Matbaacılık, Acıbadem Üniversitesi Yayını, 2014: 38-39.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Zeynep KAYA PEHLİVAN Doğum tarihi: 04.02.1987 Doğum yeri: Ağrı Medeni hali: Evli Uyruğu: TC Adres: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı / Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tel: 05073404051 Faks: E-mail: z.y.n.p04@hotmail.com
Eğitim
Lise: Naci Gökçe Lisesi- Ağrı Lisans: Atatürk Üniversitesi Ağrı Sağlık Yüksekokulu Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce (Orta Derecede)
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Derneği
İlgi Alanları ve Hobiler
Kitap okumak, müzik dinlemek, seyahat etmek

EK-2. AMELİYATHANEDE HASTA BAKIM VE İZLEM PROTOKOLÜ

Amaç: Hastayı operasyona hazırlayarak oluşabilecek komplikasyonları ve cerrahi girişim sürecinde stresi önlemek

A – TEMEL İLKELER

1- Ameliyathanede hasta bakım ve izlemi; ameliyathaneye transfer sırasında, ameliyat salonunda, ayılma ünitesinde ve kliniğe nakil sırasında hastanın tanınması ile bakım sürecini kapsar.

2- Hastayla iletişim kurma ve sürdürme; iletişimin merkezinde hasta olmak üzere, çift yönlü iletişimle, konuşurken ve dinlerken empati yapılarak, hasta bireyin işittiğinden emin olunarak, açık ve anlaşılır bir dil kullanılarak uygulanır.

3- Hasta bireyin hakları korunur.

4- Ön yargısız bir yaklaşım izlenir.

5- Hasta bireye saygı gösterilen ve güvene dayanan bir ilişki geliştirilir.

6- İletişim süresince hasta bireyin bakıma katılımı sağlanır.

7- Hasta ameliyatı ve ameliyat sonrası sorunlar hakkında bilgilendirilir.

8- Hastaya psikososyal destek sağlanır.

9- Rutin tetkiklerin kontrolü ve anestezi hazırlığı sağlanır.

10- İlaçların kontrolü sağlanır.

11-Hastanın gastrointestinal sistem hazırlığı ve ameliyat için açlık süresinin uygunluğu teyit edilerek kontrolü sağlanır.

B- TANILAMA VE UYGULAMA

a-) Hastanın Ameliyathaneye Transferi Sırasında

-Hemşire kendini tanıtır. (*merhaba ben ameliyathane hemşiresi Zeynep ameliyat olma sürecinizin her aşamasında yanınızda bulunup, size yardımcı olmaya çalışacağım*).

-Duyma derecesine göre yavaş ve mesafeli konuşarak, kol bandında ki isim kontrol edilerek ve hastaya ismi ile hitap edilip, kimlik doğrulama yapılır.

-Servis hemşiresinden teslim alınma aşamasında, tüm kıyafetlerinin çıkartılıp cerrahi gömleğin giydirildiği kontrol edilir.

- Allerji durumu, bulaşıcı hastalığı, takma diş, gözlük ya da vücudunda herhangi bir şey (*kalp pili...*) olup olmadığı öğrenilir.

-Hastanın sürekli kullandığı ilaçları, raporları, kan grubu, tüm testleri ve bilgilendirilmiş onamları kontrol edilerek dosyası ile beraber teslim alınır.

- Tanıtıcı özellikler formu (Ek1) doldurulur.

- Ameliyathaneye transferi sırasında sedye kenarları kaldırılır.

- Hastanın üstü örtülerek ameliyathaneye götürülür.

b-) Ameliyat Salonunda

- Hasta ameliyat salonuna alındığında salonda bulunan tüm ekip tanıtılır (*şu an ameliyat salonundasınız anestezi doktoru..., anestezi teknisyeni..... , steril hemşire..., sirküle hemşire..., yardımcı personel... ve cerrah...*).

- Hasta sedyeden ameliyat masasına alınırken sedyenin tekerlekleri kilitlenir, güvenli bir şekilde personel yardımıyla ameliyat masasına taşınır.

- Spinal/epidural anestezi yapılırken yanında bulunarak şu anda anestezi işleminin yapıldığını belden aşağısının uyuşturularak ameliyatı hissetmeyeceği açıklanır.

- Hastanın oturur ya da yan yatış pozisyonunu almasına yardımcı olunur. Sakin olması ve hareket etmemesi gerektiği açıklanır.
- Hastaya pozisyon verilirken özellikle dirsek, sakrum, skapula ve topuk bölgeleri bası oluşturmaması için desteklenir ve ameliyat sırasında uygun olan bölgelerin pozisyon değişimi sağlanır.
- Hasta boyanırken (cilt temizliği yapılırken) mahrem bölgeleri açık olacağı için, baş kısmı anestezi tarafında kalacak şekilde örtü siper alınır. Hastanın çalışılan alanı görmesi engellenir.
- Sıklıkla gürültü ve farklı sesler (*kemik delici-kesici aletlerin sesi*) duyabileceği, ilaç ve temizleme solüsyonlarının (*batikon*) kokusunu hissedebileceği hastaya açıklanır.
- Ameliyat süresince salonda bulunarak hastaların ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olunur. Etkili solunuma yönelik destek verilir. (*soruları varsa cevaplanır, salona yabancı kişilerin giriş-çıkışı engellenerek mahremiyeti korunur, yanında olduğumuzu hatırlatarak iyi hissetmesi sağlanır ‘buradayım hanım/bey bir sıkıntınız var mı’*)
- Soğuk olan ameliyathane ortamında hastanın vücut ısısının düşmemesi için sedye altında ısıtıcı bulunmasına dikkat edilir.
- Ameliyat bitiminde hasta ameliyat masasından sedyeye alınırken de sedyenin tekerlekleri kilitlenerek güvenli bir şekilde taşınır ve hastanın sedye ile ayılma ünitesine transferi sağlanır.

c-)Ayılma Ünitesinde

- Hastaya ismi ile seslenilerek bulunduğu ünite tanıtılır. (....hanım/bey ameliyatınız bitti şuan ayılma odasındasınız biraz daha kendinize gelince odanıza çıkaracağız)

- Yaşam bulgularının değerlendirilmesi için monitörize edilir. (*şu an tansiyonunuzu, kalp atımınızı, solunumunuzu ve ateşinizi ölçmek için bunları vücudunuza bağlıyorum*).
- Hastaya rahat nefes alıp verebileceği bir pozisyon (*baş 30' yukarı*) verilir. Yapabiliyorsa derin derin nefes alıp vermesi sağlanır. (*lütfen derin derin nefes alıp verin*)
- Ameliyathane ortamında üşümüş olabilecek hastanın vücut ısısının korunması için IV sıvıların ısıtılarak verilmesine, ısıtıcı battaniye ile ısıtılması ve özellikle baş bölgesinden ısı kaybı olan yaşlı hastaların başlarının kapatılması sağlanarak ısı kaybının önlenmesi sağlanır.
- Ameliyat sonrası görülen en erken semptom olan ağrının kontrolü için hasta ifade ettiği anda uygun tıbbi destek sağlanır.
- Ameliyat sonrası erken dönem değerlendirme formu (Ek2) uygulanır.
- Yaşam bulguları stabil olup, kliniğe nakli sağlanıncaya kadar hastanın yanında bulunulur.

d-)Kliniğe Transferi Sırasında

- Hastaya ismi ile hitap edilerek şu anda kliniğine gideceği açıklanır. (*....hanım/bey personel... bey şu an sizi odanıza götürecektir*)
- Hastanın üstü örtülerek mahremiyeti korunur.
- Taşıma sırasında sedye kenarları kaldırılarak ve hastanın güvenli tespiti yapılarak nakli sağlanır.

EK-3. TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

Bu anket formu ameliyathane hemşiresi izleminin yaşlı hastalarda ameliyat sonrası erken dönem parametrelerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılacak bilimsel araştırmada kullanılacaktır. Bu araştırmada size çalışma için farklı herhangi bir ilaç, tedavi ve işlem uygulanmayacak olup sadece rutinde yapılan işlemler uygulandıktan sonra; tansiyon, kalp atım hızı, oksijen saturasyonu, vücut ısısı, oryantasyon, bulantı-kusma ve ağrı durumunuz takip edilerek kaydedilecektir. Bu form amacı dışında başka hiçbir yerde kullanılmayacak olup, çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayalıdır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ADB
Yüksek lisans öğrencisi

Zeynep KAYA PEHLİVAN

1- Yaş

2- Cinsiyet

a. Kadın () b. Erkek ()

3- Eğitim durumu

- a. Okuryazar değil ()
- b. İlköğretim- Orta öğretim ()
- c. Lise- Yükseköğretim()

4- Ameliyat olmaktan korkuyor mu?

a. Evet() b. Hayır()

5- Kronik hastalık durumu

- a. Kalp damar hastalıkları ()
- b. Diyabetes mellitus ()
- c. Hiper tansiyon ()
- d. KOAH ()
- e. Diğer (yok).....

EK-4. AMELİYAT SONRASI ERKEN DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU

	Ayılma ünitesine geldiğinde	Ayılma ünitesinden naklinde	Kliniğe naklin hemen sonrasında
1- Yaşam Bulguları			
*Kan basıncı			
*Nabız			
*Solunum			
*Vücut sıcaklığı			
O ₂ Saturasyonu			
Bedenin herhangi bir yerinden drenaj miktarı			
*50cc			
*100cc			
*150cc			
*250cc			
*400cc			
Ağrı (sözel kategori ölçeği)			
Hafif Rahatsız Edici Şiddetli Çok Şiddetli Dayanılmaz 			
2- Oryantasyonunun olması			
*Yer (şuan nerdeyiz ‘ameliyathane’)			
*Zaman (bugün günlerden neydi ‘....’)			
*Kişi (ben kimdim ‘zeynep hemşire’)			
Bulantı- kusma			
*Var			
*Yok			
3- ASBÜ’ de	Var	Yok	
Ağrı ifade etme			
Korku ifade etme			
Güven ifade etme			
Duygularını rahat ifade etme			

EK-5. ETİK KURUL ONAY FORMU

	ETİK KURUL SONUÇ FORMU	
---	-------------------------------	---

Araştırmanın Adı: “Yaşlı Hastalarda Ameliyathane Hemşiresi Tarafından Yürütülen Takibin Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Bazı Parametrelere Etkisi”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (x)

Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()

Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu’nun 10.06.2013 tarihinde yapılan toplantısında “Yaşlı Hastalarda Ameliyathane Hemşiresi Tarafından Yürütülen Takibin Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Bazı Parametrelere Etkisi” konulu Zeynep Kaya ve Doç Dr. Nadiye Özer’ in çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof..Dr. Mehtap TAN

Başkan

Doç.Dr.Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.

Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye

Doç.Dr.Nadiye ÖZER
Üye

Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

Katılmadı

EK-6. İZİN YAZILARI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 88179374-1458
Konu : Tez Çalışması

04.07.2013 *013921

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz öğrencilerinden Ayşegül YAYLA, Elisha KHANGHANİ, Zeynep KAYA ve Necmettin İŞÇİ'nin tez çalışmaları ile ilgili Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünden alınan yazılar ekte gönderilmiştir.

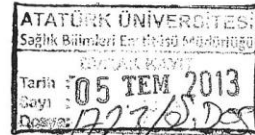
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Ömer İrfan KÜFREYOĞLU
Rektör Yardımcısı

Eki: 4

Öğr. İşl.
08.07.2013

Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi 25240 ERZURUM
Telefon: (0442) 2311601-2311343 (Büro) Faks: (0442) 2361916
e-posta: odaire@atauni.edu.tr





T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü



Sayı : 45361945-03/6842

Erzurum : 28.06.2013

Konu : Tez Çalışması

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İ L G İ : 27.06.2013 tarih ve 1361-13399 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınızla Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Zeynep KAYA'nın "Yaşlı Hastalarda Ameliyathane Hemşiresi Tarafından Yürütülen Takibin Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Bazı Parametrelere Etkisi" konulu tez çalışmasına esas teşkil edecek anket çalışmasını hastanemizde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Hasan KAYNAR

BAŞHEKİM V.

EK 7. TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI (Tez başlığı değişikliği önerisi olanlar için) (FORM: 08)

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : Zeynep KAYA PEHLIVAN Danışmanı : Doç.Dr. Nadiye ÖZER
Programı (Fakülte/Y.Okul) : Sağlık Bilimleri Fakültesi Ortak Danışman :
Anabilim Dalı : Cerrahi Hastalıklar AD.

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 26/02/2015 ve "2015-7.7.16" sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, Yalıtılmış Hastalarda Ameliyathane Hemen Sonrası Peritonel Dışık Ameliyat Sonrası Etkin Dönemde Bazı Parametrelerin Etkisi başlıklı yüksek lisans tezini incelemiş ve aday 16/03/2015 tarihinde, saat 14. : 00'da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

- ☒ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda başarıyla savunulan tezin **KABUL EDİLMESİNE**,
- ☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda, ay ek süre verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE**,
- ☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDDEDİLMESİNE**,
- ☒ ancak konu ve içeriği değişmeksizin tez başlığının Ameliyathane Hemen Sonrası Peritonel Dışık Ameliyat Sonrası Etkin Dönemde Bazı Parametrelerin Etkisi olarak düzenlenmesine,
- ☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	: Doç.Dr. Ayşe GÜRSOY	
Üye	: Doç.Dr. Nadiye ÖZER	
Üye	: Yrd.Doç.Dr. Zeynep KARADİĞER	
Üye	:	
Üye	:	