

AMELİYAT ÖNCESİ HASTA EĞİTİMİ

Özge UZUN*

ÖZET

Ameliyat öncesi eğitim, pozitif hasta sonuçlarına katkıda bulunan hasta bakımının vazgeçilmez bir parçası ve en önemli hemşirelik girişimlerinden biridir. Hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması kaliteli bakımın bir göstergesidir.

Bu makalede, ameliyat öncesi eğitim ile ilgili literatür bilgileri incelenmekte ve hasta eğitiminde hemşirelik süreci, eğitim materyalleri, eğitimin içeriği, eğitimde zamanlama, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası rutinler, anksiyete, ağrı kontrolü, ameliyat sonrası egzersizler ve duygusal hazırlık ile ilgili bilgiler tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ameliyat öncesi, hasta eğitimi, hemşirelik.

ABSTRACT

PREOPERATIVE PATIENT EDUCATION

Preoperative education is a necessary component of care and contributes positive outcomes and it's one of the most important nursing interventions. Meeting the patient educational needs of the patients is one indicator of quality care.

In this article, literature about preoperative patient education has been reviewed, and the nursing process in patient teaching, educational materials, content in teaching, timing in teaching, preoperative , intraoperative and postoperative routines, postoperative exercises, sensory preparation, anxiety and pain management has been discussed.

Key Words: Preoperative, patient education, nursing.

Ameliyat öncesi eğitimin önemi uzun süreden beri bilinmekte ve bireyin cerrahi hazırlığının önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir (Luckman and Sorensen 1987, Victoria 1995, Kent 1999). Ameliyattan önce yeterli bilgi alamayan hastalar hem ameliyattan önce hem de ameliyattan sonra çeşitli emosyonel sıkıntılar yaşarlar. Bunlar anksiyete, ağrı korkusu, gelecek hakkında bilinmezlik korkusu, depresyon, öfke, ameliyat sonrası kişisel fonksiyonlarını yerine getirememe gibi sorunlardır (Luckmann & Sorensen 1987, de L.Horne and Vatmanidis 1994, Kane 2000). Oysa, hemşireler hasta eğitimine önem verdikleri ve uyguladıkları zaman, hastalar sağlık bakım sorumluluklarını üstlenme konusunda daha hazırlıklı olurlar, anksiyetelerini paylaşabilirler, verilen bilgiyi daha iyi öğrenebilirler (Franklin and McManemy 1995, Davidhizar et al.1998). Literatürde, hemşirelerin hasta eğitimini etkili şekilde yapmalarının hasta sayısının fazla olmasından, zaman yetersizliğinden, hemşire sayısının az

olmasından ve kurum alt yapısının yetersizliğinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Dramalı ve ark.1992, de L.Horne and Vatmanidis 1994, Tosun ve Bayık 1998 , Kent 1999, Bruccoliere 2000). Hasta eğitiminde bazı engeller olsa bile, eğitim bir hasta hakkıdır ve hemşirenin önemli sorumluluklarından biridir. Cerrahi hastasının bakım kalitesinin önemli göstergelerinden biri olan ameliyat öncesi eğitim, hemşirelerin hasta eğitimi konusunda güncel bilgilere sahip olmaları, kurumlarda yeterli alt yapının olması, konunun öneminin bilinmesi ve planlı hasta eğitimi çalışmaları ile olasıdır. Cerrahi hemşiresi, hastanın cerrahi öncesi, sırası ve sonrası konularında bilgi almaya gereksinimi olduğunun bilincinde olmalı ve ameliyat öncesi eğitimini hasta bakımına dahil etmelidir (Kent 1999, Bruccoliere 2000, Patyk et.al.2000).

Ülkemizde, hastaların ameliyat öncesi beklentileri ve bilgi gereksinimleri konusunda yapılan çalışmalar, hemşirelerin ameliyat öncesi eğitimde etkin rol almadıkları, hasta ve ailesinin ameliyat öncesi

*Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (Yard.Doç.Dr.)

ve sonrasında bilgi gereksinimlerinin olduğu, ancak bunun yeterli şekilde karşılanamadığını

göstermektedirler (Buldukoğlu ve Atalay 1990,

ve sonrasında bilgi gereksinimlerinin olduğu, ancak bunun yeterli şekilde karşılanmadığını göstermektedirler (Buldukoğlu ve Atalay 1990, Bölükbaş 1991, Dramalı ve ark. 1992, Bayraktar ve Eroğlu 1995).

Buldukoğlu ve Atalay (1990) yaptıkları çalışmada, ameliyat olacak hastaların en yoğun yaşadıkları duygunun ölüm korkusu olduğunu, ayrıca hastaların ameliyattan sonra ne durumda olacaklarını, kendilerini nasıl hissedeceklerini bilmediklerini saptamışlardır. Bu sonucun, hastalara ameliyat öncesi dönemde bilgi verilmemesinden kaynaklanabileceği belirtilmektedir. Ayrıca, ameliyat öncesi dönemde hasta – hemşire ve hasta – hekim etkileşiminin çok yetersiz olduğu da vurgulanmaktadır. Yine, Bölükbaş (1991) çalışmasında, ameliyat olacak hastaların % 77'sine ameliyat öncesi ve sonrası uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilmediğini ve hastaların % 95'inin işlemler hakkında bilgi almak istedikleri, beklentilerini ve bilgi isteklerini hemşireden çok doktor tarafından karşılamak eğiliminde olduklarını belirlemiştir.

Ameliyat öncesi eğitimin amacına ulaşmasını sağlayan önemli etmenlerden biri, eğitimin planlı ve hasta gereksinimlerine uygun yapılmasıdır. Planlı yapılan eğitim, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde hasta, hemşire ve kurum açısından birçok yarar sağlamaktadır. Planlı ameliyat öncesi eğitim, derin solunum ve öksürük kapasitesini etkin şekilde artırır, günlük yaşam aktivitelerine yeniden dönmeyi ve ayağa kalkmayı hızlandırır, hastaların daha az anksiyete ve korku yaşamalarına yardım eder, hastaların psikolojik olarak kendilerini daha iyi ve bağımsız hissetmesine neden olur, hastanın daha kısa sürede iyileşmesine katkıda bulunur, hastanede kalma süresini kısaltır ve dolayısıyla sağlık bakım hizmetlerinin maliyetini azaltır, hastaların memnuniyet düzeyini yükseltir, ameliyat sonrası dönemde ağrının kontrol altına alınmasında, analjezi kullanımını azaltır ve hastanın kendini daha rahat hissetmesini sağlar (Aksoy1983, Özhan 1988, de L. Horne and

Vatmanidis 1994, Franklin and McManemey 1995, Victoria 1995, Gueder 1997, Karayurt 1998, Kent 1999, Akman ve ark.2000, Kane 2000).

Hemşirenin ameliyat öncesi eğitim sorumluluğunu yerine getirmesi, eğitim planını düzenlemesi ve bunu hastayla iyi bir etkileşim içinde uygulaması ile olasıdır (Victoria 1995, Brucolliere 2000, Kent 1999, Patyk et al.2000). Etkili hasta eğitim sisteminin temel unsurları; bilgiyi sürekli güncelleştirmek, öğrenmede olumlu hasta ve eğitmen ilişkisi, farklı hasta grupları için interaktif yöntemlerini ve uygun eğitim materyallerini kullanmak, bakımın sürekliliği için karşılıklı koordinasyonu sağlamak, gereksinimleri düzenli olarak sıralamak, bilgiyi uygun şekilde standardize etmektir (Thoma 1994, Smalley 1997, Patyk et al.2000).

Ameliyat öncesi eğitimin amacı, hastanın ameliyat öncesi,sırası ve sonrası için gereksinimi olan bilgi ve becerileri hastaya öğretmektir. Eğitim süresinde bazı öğrenme hedeflerine (Kent 1999) ulaşılması beklenir (Tablo 1).Bu hedeflere ulaşılması hastanın gerekli bilgi ve becerileri kazandığını gösterir (Franklin and McManemey 1995, Kent 1999, Kane 2000,).

Hemşirenin ameliyat öncesi hasta eğitiminde önemli rol ve sorumlulukları vardır. Hemşire, doktor tarafından hastaya verilen bilgiyi önce doktorla görüşerek öğrenmeli ve hastaya bu bilgiler doğrultusunda açıklamalar yapmalıdır (Thoma 1994, Franklin and McManemey 1995, Kent 1999). Ayrıca, özel çalışma alanları için eğitim materyalleri geliştirmek (örneğin; kolesistektomi, mastektomi, koroner arter bypass ameliyatlı hasta için eğitim modülleri geliştirme), yeni eğitim materyalleri konusunda personeli bilgilendirmek, uygun eğitim materyalleri önermek, eğitim aktivitelerini belgelendirmek ve değerlendirmek hemşirenin hasta eğitimindeki temel rol ve sorumlulukları içinde yer almaktadır (Thoma 1994,Fraklin and McManemey 1995).

Tablo 1. Öğrenmenin Hedefleri

➤	Hasta, konu ile ilgili ameliyat sonrası egzersizleri yaptığını göstermeli,
➤	Hasta, ameliyat öncesi ne zaman aç kalmaya başlayacağı konusunda bilgi sahibi olmalı,
➤	Hasta, ameliyat sonrası kullanılacak malzeme ve tahmin edilen izleme süresini tartışabilmeli,
➤	Hasta, yapılacak cerrahi işlemler konusunda bilgisi olduğunu ifade edebilmeli meli,
➤	Hasta, ağrıyı kontrol altına alma konusundaki beklentilerini tartışabilmeli,
➤	Hasta, cerrahi hakkındaki korkularını paylaşabilmeli .

Hasta Eğitiminde Hemşirelik Süreci

Hasta eğitimi rasgele yapılamaz, belli temel ilkeler doğrultusunda, her hastaya özel ve bireysel olmalıdır (Lookinland and Pool 1985).Eğitim, hemşirelik bakım planının bir parçası olduğu zaman, eğitim süreci başlar. Hemşirelik süreci ile eğitim süreci arasında bir ilişki vardır, ancak ikisi aynı değildir. Hemşirelik süreci, hastanın bütün sağlık bakım gereksinimlerine ilişkin durumun belirlenmesini yani sağlık bakımı ile ilgili bütün konularda veri toplamayı gerektirir (Franklin and McManemy 1995), eğitim süreci ise, hastanın öğrenme gereksinimlerine, istekli ve hazır oluşuna ve öğrenme kapasitesine odaklanır (Franklin and McManemy 1995, Victoria 1995, Copel 2000).

Bireysel eğitim ve öğrenme gereksinimlerini karşılamak için eğitim planı yapılırken Copel (2000) tarafından geliştirilen, hemşirelik sürecinin basamaklarını (veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme) içeren, hasta eğitim rehberinin (Tablo 2) kullanılması etkili hasta eğitiminde yararlı olacaktır.

Hasta eğitim sürecinde, veri toplama aşamasında, hastadan, ailesinden, öğrenme ortamından, tıbbi kayıtlardan, hemşirelik öyküsünden ve literatür bilgileri ışığında hastanın öğrenme gereksinimleri, motivasyonu, öğrenme kapasitesi ve eğitim kaynakları konusunda bilgi toplanır. Hemşirelik tanıları, öğrenmenin 3 temel alanı (bilgi, beceri ve tutum) ile ilgili olarak, hastanın öğrenme gereksinimleri doğrultusunda belirlenir. Ameliyat sonrası egzersizler konusunda deneyimsizlik ile ilgili bilgi eksikliği (beceri alanı), prognozun yanlış anlaşılması ile ilgili bilgi eksikliği (tutum) veya yeni uygulanacak bir tedavi ile ilgili bilgi eksikliği (bilişsel alan) gibi hemşirelik tanıları

belirlenir (Franklin and McManemy 1995). Planlamada, davranışla ifade edilen durumlar ve öğrenme hedefleri belirlenir.Öğrenme gereksinimi ile ilgili öncelikler saptanır (Franklin and McManemy 1995, Copel 2000).Kullanılacak eğitim yöntemi belirlenir ve eğitim planı ile ilgili olarak hastayla işbirliği yapılır.Uygulamada, planlanan eğitim yöntemleri uygulanır. Öğrenme aktivitelerine hastayı,gerekirse ve uygunsu aileyi de aktif şekilde katmak gerekir. Değerlendirmede, eğitim-öğretim sürecinin sonuçları belirlenir.Öğrenme hedeflerine ulaşmak için hastanın kapasitesi değerlendirilir, gerekirse yeniden eğitim yapılır (Franklin and McManemy 1995).

Hemşire, eğitim sürecini uygularken hastanın bireysel özelliklerini, hasta ve ailenin inanç ve kültürel farklılıklarını dikkate almalıdır. Kültürel değerler, dini inançlar ve bireysel özellikler eğitime uyum sağlamayı önemli derecede etkileyebilmektedir. Dini inanç ve değerler, emosyonel engeller, öğrenme istek ve motivasyonu, fiziksel ya da bilişsel sınırlılıklar (yaşlılık, görme, işitme kayıpları gibi) okuma yazma bilmeme, dil, ağrı ve stres eğitimde engel oluşturan durumlardır.Cerrahi hemşiresi, eğitimde, hasta ve aile üyelerinin özelliklerine uygun olarak farklı iletişim yöntemlerini kullanması gerektiğini bilmelidir (de L.Horne and Vatmanidis 1994, Davidhizar et al.1998, Kirkham 1998, Kane 2000).Örneğin, bazı kültürlerde, kişiler korku ve endişelerini açıkça ifade etmekten çekinirler ya da konuşurken göz temasından sakınabilirler, hemşire bunun kültürel farklılıktan kaynaklandığını bilmeli, hastayı güven verici şekilde, anlayışlı ve acele etmeden dinlemelidir (Kane 2000). Yine, okuma yazma bilmeyen hastaya yazılı eğitim materyali yerine, çeşitli fotoğraflar ve video

teyp kasetleri vermek, sözlü olarak eğitim bulunur (French and Larrabee 1999). yapmak kişinin öğrenmesine daha çok katkıda

Tablo 2. Hasta Eğitim Rehberi (Copel 2000)

***Veri toplama (durumun belirlenmesi)**

1. Sağlık eğitimi için kişinin hazır ve istekli olma durumunu belirleyin.

- Kişinin sağlık inanışları ve davranışları nelerdir?
- Kişinin psikososyal uyumu nasıl?
- Kişi öğrenmeye hazır mı?
- Kişi bu davranışları öğrenebilir mi?
- Kişinin gereksinimi olan ek bilgi nedir?
- Kişinin beklentileri nelerdir?
- Kişi ne öğrenmek istiyor?

2. Toplanan bilgiler analiz edin, sentezleyin, özetleyin ve düzenleyin.

***Hemşirelik tanıları**

- Kişinin öğrenme gereksinimleri ile ilgili olan hemşirelik tanılarını açık bir şekilde ifade edin.
- Öğrenme gereksinimlerini, özelliklerini ve etyolojisini tanımlayın.
- Kesin ve kısa bir şekilde hemşirelik tanıları belirleyin.

***Planlama ve Hedefler**

- Bireysel öğrenme gereksinimleri ile ilgili hemşirelik tanıları için öncelikleri belirleyin.
- Eğitimci ve öğrenen kişi için yakın, orta ve uzak vadeli öğrenme hedeflerini açıkça belirtin.
- Hedeflere ulaşmak için uygun eğitim stratejilerini belirleyin.
- Beklenen sonuçları belirleyin.
- Yazılı eğitim planı geliştirin.
 - Tanıları, hedefleri, eğitim stratejilerini ve beklenen sonuçları yazılı eğitim planına dahil edin.
 - Öğretilecek bilgileri uygun şekilde sıraya koyun
 - Önemli noktaları yazarak belirtin.
 - Eğitime yardımcı olan uygun yöntem ve araçlar seçin.
 - Kişinin öğrenmesini daha iyi sağlamak için esnek ve uygun bir plan yapın.
- Eğitim alan kişiyi, ailesini ya da önemli olan diğer kişileri, hemşirelik ekibi üyelerini, ve diğer sağlık ekibi üyelerini planlamanın bütün aşamalarına katın.

***Uygulama**

- Eğitim planını uygulamaya başlayın.
- Kişinin anlayabileceği dili kullanın.
- Uygun olan eğitim tekniklerini ve yöntemlerini kullanın.
- Eğitim sırasında kişinin taburcu olduktan sonra kullanacağı materyalin aynısını kullanın.
- Aktif bir şekilde öğrenmeye katılması için kişiyi teşvik edin.
- Kişinin eğitime ilişkin davranışlarını kaydedin.
- Kişiyi geribildirim verin.

***Değerlendirme**

- Objektif veri toplayın.
 - Kişiyi gözleyin.
 - Kişinin verilen eğitimi anlayıp anlamadığını belirlemek için sorular sorun.
 - Uygun olduğu zaman değerlendirme ölçekleri, kısa yazılmış notları, yazılı testleri kullanın.
- Kişinin davranışlarıyla verdiği yanıtları beklenen sonuçlarla karşılaştırın.
- Kişiyi, ailesini ya da önemli diğer kişileri, hemşirelik ekibi üyelerini ve diğer sağlık ekibi üyelerini değerlendirmeye katın.
- Eğitim planında yapılması gereken değişiklikleri tanımlayın.
- Kişiyi, taburcu olduktan sonra öğrenmeyi destekleyici kaynaklardan ya da ajanslardan söz edin.
- Eğitim sürecinin bütün adımlarını sürekli yerine getirin; veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme.

Hasta Eğitim Yöntemleri Ve Materyalleri

Eğitim yöntemleri ve materyalleri, bireylerin gereksinimlerine uygun olduğu zaman öğrenmeyi kolaylaştırır. Ameliyat öncesi hasta eğitiminde birçok teknik ve yöntem kullanılabilir (konferans, toplantı -grup eğitimi, bireysel eğitim- demonstrasyon vb) ve bunlar; spesifik yazılı, görsel ve işitsel eğitim materyalleri ile desteklenebilir (Engelke and Trimborn 1999, Copel 2000, Patyk et al.2000).

Kitaplar, broşürler, resimler, filmler, slaytlar, audio ve video teypler, mankenler, gerçek malzemeler, programlanmış eğitimi bilgisayar yardımıyla öğrenme modülleri gibi gereçler öğrenmeyi arttırmak için eğitime yardımcı kaynaklardır. Ancak, bu materyallerin öğrenim gereksinimlerini karşılamaları ve her klinikteki hastaların durumuna uygun olarak seçilmeleri gerekir (Copel 2000, Engelke and Trimborn 1999).

Hasta eğitiminin çoğu alanlarında yeni teknolojiler geliştirilmesine karşın, yazılı eğitim materyalleri hala eğitimde önemli bir yer tutmaktadır (de L. Horne and Vatmanidis 1994, Smalley 1997, Patyk et al.2000). Bununla birlikte, hastanın okuma yazma bilmesi ile yazılı eğitim materyallerinden yararlanması arasında pozitif bir ilişki vardır. French and Larrabee (1999) çalışmalarında, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların eğitim düzeyi düşük olanlardan daha çok yazılı eğitim materyallerinden yararlandıklarını belirlemişlerdir. Çalışma sonucunda, etkili hasta eğitimi için, hastaların okunabilir, uygun ve geçerli sağlık eğitim materyallerine gereksinimleri olduğu vurgulanmaktadır.

Hasta eğitimi multidisipliner bir çalışma gerektirdiği için hemşireler, eğitim materyallerini hazırlarken doktor ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yapmalı (de L.Horne and Vatmanidis 1994, Patyk et al.2000).

Öğrenme, zaman aldığı için öğrenmeyi sürekli desteklemek ve izlemek gerekir. Öğrenilecek konuyu pekiştirmek ve öğrenme için yeterli zaman ayırmak eğitim stratejilerini başarılı yapar. Bu nedenle eğitim amaçlı yapılan toplantılar gerekli sıklıkta ve yeterli sayıda yapılmalıdır (Copel 2000).

Ameliyat Öncesi Planlı Eğitim Programı

Ameliyat öncesi planlı eğitim programı belli temel konuları kapsamalıdır; hasta ve ailesinin eğitimi, duygusal hazırlık, zamanlama, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası rutinler, ağrıyı kontrol etme, ameliyat sonrası egzersizler ve anksiyeteyi giderme (Luckmann & Sorensen 1987, Victoria 1995, Zalewski 1997, Kane 2000).

1. Hasta ve Ailesinin Eğitimi

Hastanın ailesi ya da hasta için önemli kişiler ameliyat öncesi eğitime dahil edilmelidir. Cerrahi girişimden sonra yapılması gereken egzersizler için aile üyelerinden birinin yardımı gerekebilir. Endişeli aile üyeleri rutin ameliyat sonrası olayları bilmeyince anksiyete yaşarlar. Bu anksiyete hastanın da anksiyete ya da korkusunu arttırabilir. Aslan ve Olgun (1997) çalışmalarında, ameliyat olan hastaların aile üyelerinin, daha sıklıkla eşlerinin yoğun anksiyete yaşadıklarını belirlemişlerdir. Aile üyelerinin ameliyat öncesi bilgilendirilmeleri, onların ve hastanın anksiyetesini ve yanlış bilgi sahibi olmalarını en aza indirir (Victoria 1995, Kent 1999, Kane 2000). Ancak, hasta aile üyelerinin eğitime katılmasını istemiyorsa bu kişisel görüşe de saygı duyulmalıdır (Kent 1999).

Hastaneler, ameliyat öncesi dönemde hasta ve ailesinin eğitimi için belli politikalar geliştirmeliler. Hastaneler, hastaya kişisel hijyen, giyim, banyo yapma, diş fırçalama, saç ve tırnak bakımı ve tuvalet kullanımı için standartlar geliştirerek hastaya yardımcı olabilirler. Hasta ve ailesinin eğitimi hasta bakım planına uygun olarak ortak ve interdisiplinerdir. Hemşire, hekim, fizyoterapist, anestesizt ve diyetisyen bu eğitimde rol almalıdır. (Davidhizard et al.1998, Engelke and Trimborn 1999).

2. Duygusal hazırlık

Hemşire, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde yaşanan duygular hakkında hastaya bilgi vermelidir. Duygusal hazırlık, hastanın işlemlere katılmasını ve başa çıkma mekanizmalarını başarıyla kullanmasını kolaylaştırır (Victoria 1995, Davidhizard et al.1998). Örneğin; ameliyathanenin çok aydınlık ve hareketli bir ortam olduğu, kan basıncını sürekli izlemek için tansiyon

manşetinin koluna takılacağı ve bunun kol çevresini sıkıştıracağı hastaya anlatılmalıdır. Hemşirenin anlatacağı diğer ameliyat sonrası duygular; pansumanların gerginliği, üşüme, insizyon bölgesinde ağrı, endotrakeal tüpten dolayı boğazda hassasiyet ya da ağızda kuruluk olması, göz ilaçlarından dolayı bulanık görme gibi duyguları kapsar (Victoria 1995).

3. Zamanlama

Ameliyatın yapılacağı gün hasta ve hemşirelerin zamanları sınırlı olduğu için yapılan ameliyat öncesi eğitim amacına ulaşmaz. Bu sürede, cerrahi süreç için öykü alma, hastayı tedaviye hazırlama, doktor vizitleri öncelik alır, bu durumda cerrahi işlemler için fiziksel ve psikolojik hazırlık sınırlı bir zaman süresinde yapılır. Gerektiği şekilde, uygun eğitim daha sonraya, yani hastanın eğitim almaya hazır olduğu bir zamana bırakılır. Acele ile yapılan eğitim hastalarda zihin karışıklığına neden olur, hasta merkezli ameliyat öncesi bakımın niteliği tehlikeye düşer ve hasta memnuniyeti azalır (Lookinland and Pool 1989).

Lookinland and Pool (1989) planlanmamış kabul sonrası eğitim ile planlanmış kabul öncesi eğitimin karşılaştırdıkları çalışmalarında, planlı kabul öncesi eğitimin hasta memnuniyetini arttırdığını, hastanede kalma süresini kısalttığını ve dolayısı ile hastane maliyetini düşürdüğünü, cerrahi sonrası iyileşmeyi de hızlandırdığını belirlemişlerdir.

Literatürde, eğitim için en uygun zamanın ameliyat günü değil, ameliyattan önceki gün olduğu vurgulanmaktadır (Victoria 1995, Brumfield and Johnson 1996, Kent 1999, Kane 2000). Hasta, anksiyete düzeyi düşük iken, hemşirenin verdiği eğitimi daha iyi öğrenebilir. Anksiyete ve korku öğrenme için engel oluştururlar ve her iki duygu da ameliyat zamanı yaklaştıkça artar (Victoria 1995, Kent 1999). Eğitim çok erken dönemde verilirse hasta unutabilir, diğer taraftan cerrahiden hemen önce ya da birkaç saat önce verilen eğitimi hasta dinlemeyecek kadar endişeli olabilir. Bazı durumlarda eğitim zamanı farklılık gösterebilir, örneğin; küçük cerrahi girişim geçiren ve ameliyat sonrası dönemde kısa süre hastanede kalması planlanan hastaya

ameliyat öncesi eğitim cerrahiden birkaç saat önce verilmelidir. Ancak acil cerrahi durumlarda uygun ameliyat öncesi eğitim için yeterli zaman olmaz. Yine de, hemşire önemli konular hakkında hastayı bilgilendirmelidir (Luckmann & Sorensen 1987, de L.Horne and Vatminidis 1994).

Günümüzde cerrahi öncesi hastaneye yatırılan hastaların yanı sıra ayaktan cerrahi uygulamaları da yaygın bir şekilde uygulanmaktadır. Hasta cerrahi günü hastaneye gelmekte ve eğitim hazırlığı için zaman sınırlılığı söz konusu olmaktadır. Hastalar cerrahiden önceki gün gerekli olan bilgileri almışlarsa, ameliyat öncesi dönemde hemşire, cerrahi günü temel bilgiyi vermek için kendini baskı altında hissetmeyecektir (Brumfield and Johnson 1996).

Ayaktan cerrahi hastalarının ameliyat öncesi eğitiminde en önemli fark eğitim ortamıdır. Ameliyat günü hastaneye gelen hastaların ameliyat öncesi eğitimi, doktorun ofisinde başlar ve eğitim evde devam edebilir. Bu amaçla, hastaya önceden eğitim materyalleri ve anlamadığı konularda soru sorması için ulaşabileceği bir telefon numarası verilir (Victoria 1995, Karadağ 1999, Kane 2000). Hemşire, hastaya ameliyat günü ne zaman hastaneye geleceği, yanında ne getireceği (sağlık karnesi, ilaçlar vb), ne getirmeyeceği (mücevher, saat, kontakt lens gibi), ne giyeceği (uygun, sıkı olmayan rahat giysiler, düz ayakkabı gibi) konularında bilgi verir. Ameliyat öncesi akşam yine hemşire hastayla telefon görüşmesi yaparak, sorularını yanıtlar, yiyecek ve içecek kısıtlamaları hakkında hastayı bilgilendirir (Kane 2000).

4. Ameliyat Öncesi Rutinler

Ameliyat öncesi yapılacak olan rutin işlemler konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilir (örneğin, göğüs filminin çekilmesinin planlanmış olması gibi). Planlanan testlerin ya da işlemlerin ne olduğunu bilmek hasta ve ailesini rahatlatır. Anestezistin hastayı ziyaret edip değerlendirme yapacağı, insizyon bölgesinin deri hazırlığının antimikrobiyal bir madde ile yapılacağı söylenir, böylece hastanın banyo yapması sağlanır. Anestezistin önerileri doğrultusunda cerrahiden belli bir süre önce hastanın ağızdan sıvı ve katı yiyecek almaması

gerektiği açıklanır. Hastanın, verilen bilgiler doğrultusunda, yapması gereken davranışların nedenleri de mutlaka açıklanmalıdır. Örneğin, anestezik meddeler kusma refleksini baskılar, bu nedenle mideden akciğere sıvı ya da besinlerin geçmesi ile aspirasyon riski oluşur. Ayrıca, doktor istemleri hastaya açıklanması gereken rutinlerin ne olduğu konusunda (İV kateter, ameliyat öncesi ilaçlar, üriner kateter uygulaması gibi) yol gösterici olacaktır (Luckmann & Sorensen 1987, Victoria 1995, Kane 2000).

5. İntraoperatif Rutinler

Ameliyatın ne zaman başlayacağı ve ne kadar süreceği kesin olarak bilinmeyebilir, ancak tahmin edilebilir. Hastanın ameliyata gidiş zamanı bazen aksayabilir, beklenmeyen gecikmeler olabilir, ayrıca ameliyat süresi uzayabilir. Hasta ameliyata gitmeden önce bunları bilmeli. Hasta ailesine ameliyattaki gecikmeler ve ameliyat bitişi ile ilgili bilgi verilmelidir (Victoria 1995).

6. Ameliyat Sonrası Rutinler

Hasta ve ailesi ameliyat sonrası olabilecek olaylar hakkında bilgi sahibi olmak ister. Ameliyat sonrası rutin olarak yaşam bulgularının izleneceği, İV yolun açık olacağı, pansuman ve drenaj tüplerinin olacağı hemşire tarafından açıklanmalıdır (Luckmann & Sorensen 1987, Victoria 1995, Kane 2000).

Bazı hastaneler ameliyat sonrası olayların sırası ile düzenlenip yapılmasını sağlamak için ayrıntılı bakım planları ya da critical path kullanmaktadır. Bunlar spesifik cerrahiye takiben, o gün yapılacak işlemlerin ne olduğunu gösterdikleri için eğitime yararlı yardımcı kaynaklardır (Smalley 1997, Karadağ 1998, Patky et al. 2000).

7. Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolü

Cerrahi hastasının en büyük korkularından birisi ağrıdır. Hastanın rahatı aileyi de ilgilendirir. Ağrı kontrol altına alınmadıkça, hastanın ameliyat sonrası tedaviye katılması güç olacaktır. Ağrıyı kontrol altına almak için uygulanan yöntemler konusunda hasta bilgilendirilir.

Ameliyat sonrası dönemde, ağrıyı gidermede ve rahatlığı sağlamada, gaz değişiminin yeterliliğini azaltmaya yol açmayacak şekilde ilaçlar uygulanır. Hasta,

ameliyat sonrası erken dönemde ağrıyı gidermek için istem edilen ilaçları önerilen sıklıkta ve dozda alması konusunda eğitilir. Hastaya ağrısı olur olmaz ilaç almasının önemi belirtilmelidir. Hastanın ağrısını kontrol altına almada çeşitli yöntemler (hasta kontrollü analjezi, epidural kateter infüzyon ya da hasta kontrollü epidural analjezi) vardır. Yatan hastalar için önceden belirlenen analjezik ajanların çeşitli uygulama yöntemleri cerrahiden önce hasta ile tartışılır ve hastanın bu tedavi yöntemlerinin kullanımına katılmak isteyip istemediği değerlendirilir. Hasta kontrollü analjezi uygulamasında hastaya pompanın nasıl kullanılacağı öğretilir. Hasta, ağrı şiddetlenmeden önce ilacı kullanması gerektiğini bilmelidir. İlaçların bağımlılık yapmasından korkup, ilaç almayı aksatan hastalara bu dozlardaki ve bu aralıklarda kullanılan ilaçların bağımlılık yapması için yeterli olmadığı açıklanmalıdır (Victoria 1995, Kane 2000).

Epidural, intramüsküler ya da oral analjezikler kullanılacaksa, hasta bu ilaçların kullanım planı hakkında bilgilendirilmeli ve rahatsızlığı başladığında hemşireye haber vermesi için teşvik edilmelidir. Hemşire, hasta ve ailesine ağrıyı gidermenin diğer yöntemleri (pozisyon değiştirme, gevşeme egzersizleri vb) hakkında da bilgi vermelidir (Victoria 1995, Kane 2000).

8. Ameliyat Sonrası Egzersizler

Hastanın ameliyat sonrası yapılacak egzersizler konusunda eğitime gereksinimi vardır. Ameliyat sonrası yapılacak egzersizler için en iyi zaman, ameliyata yakın (ameliyattan önceki gün öğleden sonra ya da akşamı) zamandır. Hasta, kabul öncesi eğitim almış ise konu ile ilgili soruları ya da anlamadığı bölümleri hemşireye sorabilmesi için teşvik edilir (Luckmann & Sorensen 1987, Kane 2000).

Ameliyat öncesi egzersiz eğitimi yapılan hastalarda ameliyat sonrası komplikasyonların azaldığı ve vital kapasitenin arttığı çeşitli çalışma sonuçlarıyla gösterilmiştir (Özhan 1988, de L.Horne and Vatmanidis 1994, Akman ve ark.2000), ancak egzersiz eğitiminin hastanelerde hemşireler tarafından etkili ve yeterli şekilde yapılmadığını gösteren

çalışmalar da vardır. Bayraktar ve Eroğlu (1997) yaptıkları çalışmada, hastaların % 62'sinin derin solunum, öksürük, % 48'inin yatak içi egzersizler konusunda hiç bilgi sahibi olmadıklarını ve egzersizleri tekniğine uygun yapmadıklarını, yine hastaların % 94'ünün bu konuda bilgi almak istediklerini belirlemişlerdir.

Her ameliyat öncesi eğitim programı, ameliyat sonrası komplikasyonları önlemek için dört ameliyat sonrası egzersizin demonstrasyonunu ve açıklamasını içerir. Bu egzersizler derin solunum, öksürük, bacak ve dönme hareketleridir (Victoria 1995).

Diyafragmatik solunum fazla enerji harcamaksızın oksijen dağılımını ve akciğerlerin yeterince genişlemesini sağlar ve havayollarından anestezi gazlarının temizlenmesine yardım eder. Derin solunumu kolaylaştırmak için doktor sıklıkla spirometre kullanımını ister. İntensive spirometre, inspirasyonun güçlü olmasını sağlayan ve ameliyat sonrası atelettaziyi önlemede etkili olan bir uygulamadır. Hemşire, spirometrenin nasıl kullanılacağını hastaya öğretmelidir. Derin solunum egzersizi yapacak hasta akciğerlerin genişlemesini arttırmak için uzanmış ya da oturur pozisyonda olmalıdır. Hasta önce burundan derin bir nefes alır, birkaç saniye nefesini tuttuktan sonra ağızdan yavaş yavaş nefes verir. Hasta diyafragmayı kullanmayı da öğrenir. Öksürme havayollarında birikmiş olan müküsü uzaklaştırmaya yardım ederek hava yollarının açıklığını sağlar. Öksürme egzersizi için hasta uzanmış ya da oturur pozisyonda olabilir. Hastaya öksürmeden önce insizyon yerini tespit etmesi (parmaklarını birbirine geçirip insizyon üzerinde tutarak ya da küçük bir yastık veya katlanmış bir havluyu insizyon üzerine koyarak) öğretilir. Böylece öksürürken ağrı ve insizyon bölgesindeki basınç önlenir. Öksürük refleksini uyarmak için, öksürmeden önce derin solunum egzersizlerini yapması için hasta teşvik edilir (Luckmann & Sorensen 1987, Kane 2000). Hemşire uyanırken, en az bir ya da iki saatte bir, 5-10 kez derin solunum ve öksürük egzersizlerini yapması için hastaları teşvik etmelidir (Victoria 1995).

Bacak egzersizleri ve dönme, ekstremelerde kan akışını sağlayarak venöz

stazı ve solunum sorunlarını önler. Alt bacak kaslarının kasılması pıhtı oluşumunu engelleyerek venöz geri dönüşü artırır. Bu egzersizler aynı zamanda ameliyat sonrası gaz ağrılarını da azaltır (Kane 2000).

Hemşire ameliyattan sonra sık pozisyon değiştirmenin önemini ve nedenini hastaya açıklamalıdır. Hastaya bir taraftan diğer tarafa nasıl döneceği, intravenöz setlerin, drenaj tüplerinin ya da başka aletler varsa onların yerinden çıkmasını önleyecek şekilde nasıl döneceği anlatılır. Hasta dönme hareketini kolay yapabilmek için yatağın kenarlıklarını kullanabilir ve bir yandan diğer yana dönebilir. Hasta, ameliyat sonrası dönem süresince, bir ya da iki saatte bir kez dönmesi için teşvik edilir. Hasta, bacak, kalça, diz, ayak bileği eklemlerini, kol ve omuzun her bir eklemine fleksiyon ve ekstansiyon hareketlerini yapmalıdır. Uygun olduğu zaman, cerrahiden sonra hasta erken ambulasyona teşvik edilmelidir (Luckmann & Sorensen 1987, Victoria 1995). Başlangıçta, hastanın bu egzersizleri yapmasına yardım edilir, ancak daha sonra bağımsız şekilde yapması için hasta teşvik edilir.

Hastanın geçirdiği cerrahinin tipi normal fiziksel aktivitelerinin hızını etkiler ve düzenli yeme alışkanlıklarının eski halini alması zaman alabilir. Hemşire, aktivite ve yeme alışkanlıklarında yavaş yavaş ilerleme sağlanmasının normal olduğunu hastaya açıklamalıdır. Hasta, aktivite ve diyeti iyi tolere ederse, aktivite düzeyi daha hızlı ilerleyecektir (Victoria 1995).

9. Anksiyete

Ameliyat öncesi bakımın önemli hedeflerinden biri hastanın anksiyetesini gidermektir. Ameliyat öncesi anksiyetenin en yaygın nedenleri ağrı, rahatsızlık korkusu, beden imajında değişiklik, başka kişilere bağımlı kalma, iş kaybı ve vücut bütünlüğünün tehdit altında olmasıdır (de L.Horne and Vatmanidis 1994, Victoria 1995, Kane 2000). Ameliyat öncesi eğitim, hastanın anksiyete düzeyini önemli ölçüde azaltmaktadır ve hastaların tedaviye uyumları daha kolay olmaktadır (Aksoy 1983, de L.Horne and Vatmanidis 1994, Karayurt 1998, Dönmez 1999, Koca ve Kanan 2000). Bununla birlikte,

ameliyat öncesi dönemde hastaya çok fazla bilgi verilmesi anksiyeteyi arttırabilir, bunu önlemek için hastaya açık bir dille, doğru ve yeterli bilgi verilmelidir (de L. Horne and Vatminidis 1994, Victoria 1995, Zalewski 1997).

Aşırı anksiyete hastanın iyi olmasını engelleyen bir durum olmasına karşın, belli derecedeki anksiyete hastanın başa çıkma mekanizmalarına uyum sağlamasına yardımcı olabilir. Bysee (1988) yaptığı çalışmada, çok fazla anksiyetesi olan hastaların ameliyat öncesi verilen bilginin % 60'ını unuttuklarını belirlemiştir. Bu nedenle hemşirelerin, hastaların aşırı anksiyeteli iken tedaviyi anlamalarının zor olacağını bilmeleri gerekir (Kent 1999).

Hemşire, hastanın sözel olan ve olmayan anksiyete belirtilerini dikkatle değerlendirmelidir. Bazı hastalar sözlü olarak endişelerini ifade ederler, ancak bazı hastalar davranışlarıyla endişe belirtileri (konuşurken başka yönlere bakma, hemşireyi sık sık yanına çağırma, yerinde duramama gibi) gösterebilirler (de L. Horne and Vadmanidis 1994, Victoria 1995). Hemşire, hastayla iletişim kurarken iyi bir dinleyici olmalı, empatik davranmalı,

anksiyete ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmeli ve anksiyete nedenlerine yönelik hastayı bilgilendirmelidir (Victoria 1995, Kane 2000). Hemşire, hastayı yanlış bilgilendirmemek için dikkatli olmalıdır. Çünkü yanlış bilgilendirme hastada anksiyeteye neden olabilir, örneğin; yapılmayacak bir tedavi konusunda hastaya bilgi vermekten sakınmalıdır (Victoria 1995).

Ameliyat öncesi dönemde gerginliği gidermede, anksiyete ile başa çıkmada ve gevşemeyi sağlamada **bilışsel başa çıkma stratejileri** yararlı olabilir. Bu stratejilerin bazı örnekleri şunlardır: **Betimleme ya da hayal etme**; hasta dinlendirici olay/manzara ya da yaşanan güzel bir olay üzerine yoğunlaşması için teşvik edilir. **Dikkati başka yöne çekme**; hasta çok sevilen bir şiiri okuma ya da hoş bir hikayeyi düşünmesi için teşvik edilir. **Kendini iyimser bir şekilde ifade etme**; hasta iyimser düşünceleri ifade etmesi için teşvik edilir (Hasta, "Her şeyin iyi olacağını biliyorum", ya da "Her şeyin yolunda gideceğini düşünüyorum" gibi iyimser ifadelerle düşüncelerini anlatabilir) (Kane 2000).

KAYNAKLAR

Akman H, Eriş M, Aktürk Ö (2000). Bayındır hastanesi Ankara Cerrahi Servisi'nde preoperatif dönemde uygulanan triflow eğitiminin postoperatif döneme etkisi. I. Uluslararası, VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Program ve Özet Kitabı (29 Ekim-2 Kasım 2000), Antalya, 122.

Aksoy G (1983). Ameliyat öncesi ve sonrası hasta bakımında psiko-sosyal faktörlerin rolü ve hemşirelik hizmetlerinin yeri. Hemşirelik Bülteni, 1(3):31-5.

Aslan FE, Olgun N, Candan S (1997). Efektif cerrahi işlem geçirmekte olan hastaların aile bireylerinin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. Hemşire (Hemşire ve Ebeler İçin), 47(5):18-21.

Bayraktar N, Eroğlu K (1995). Ameliyat olan hastaların ameliyat sonrası yapılması gereken egzersizlere yönelik bilgileri. H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2):32-41.

Bölükbaş N (1991). Ameliyat olacak hastaların hemşirelerden beklentileri, Hemşirelik Bülteni, 5(20):81-86.

Bruccoliere T (2000). How to make patient teaching stick. Rn:Montvale, 2000, 63(2):34-8.

Brumfield V, Kee C, Johnson J (1996). Preoperative patient teaching in ambulatory surgery settings. AORN J, 64(6):941-52.

Buldukoğlu K, Atalay M (1990). Ameliyat öncesi hastaların ameliyata ilişkin duyguları, düşünceleri ve bilgi istekleri. Uluslararası Cerrahi Kongresi'88, Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu, Konuşmaları ve Bildirileri (9-11 Haziran 1988), Hilal Matbaacılık, İstanbul, 92-7.

Copel LC (2000). Health Education and Promotion, Brunner & Suddarth's Textbook of Medical - Surgical Nursing Ed: Smeltzer SC, Bare B., 9th edition. Lippincott, Philadelphia, 40-50.

Davidhizar R, Dowd SB, Bowen M (1998). The educational role of surgical nurse with the

multicultural and family. Today's Surgical Nurse, 20(4):20-8.

De L.Horne DJ, Vatmanidis P (1994). Preparing patients for invasive medical and surgical procedures I: Adding behavioral and cognitive interventions. Behavioral Medicine, 20(1):1-5.

Dönmez Z (1999) Ameliyat üzere yatan hastaların hastaneye yatıştaki anksiyeteleri ve anksiyeteyi gidermede hemşirelik yaklaşımının etkisinin incelenmesi. VII.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, (22-24 Haziran 1999), Erzurum, 181-5.

Dramalı A ve ark. (1992) Kolostomili hastalarda bakım ve hastanın taburculuğundan evvelki bakım hakkında hemşirenin hastaya verdiği bilginin değerlendirilmesi. Uluslararası Cerrahi Kongresi'90, Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu, Konuşmaları ve Bildirileri (30 Mayıs-1 Haziran 1990), Hilal Matbaacılık, İstanbul, 180-8.

Engelke ZK, Trimbom SS (1999). Meeting the JCAHO standards for patient and family education. Orthopedic Nursing, 18(1): 58-64.

Franklin C, McManemy J (1995). Teaching and Learning. Basic Nursing Theory and Practice, Ed: Potter AP, Perry AG. 3th edition, St. Louis Baltimore, 228-49.

French KS, Larrabee JS (1999). Relationships among educational material readability, client literacy, perceived beneficence, and perceived quality. Journal of Nursing Care Quality, 13(6):68-82.

Gueder D (1997). Patient clothing in OR's; preoperative patient education programs. RNs administrating IV conscious sedation, AORN J, 66(5):921-2.

Karadağ M (1999). Ayaktan cerrahi uygulamalarında hasta eğitimi. C.Ü.Hemşirelik YO. Dergisi, 3(2):27-34.

Kane L (2000). Preoperative Nursing Management. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical - Surgical Nursing. Ed: Smeltzer SC, Bare B. 9th edition. Lippincott, Philadelphia, chapter 16, 315-28.

Karayurt Ö (1998). Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete

ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1): 20-26.

Kent E (1999). Improving outcomes through preoperative teaching. Nursing Times, 95(1):54-5.

Kirkham SR (1998). Nurses' descriptions of caring for culturally diverse clients. Clinical Nursing Research, 7(2):125-146.

Koca A, Kanan N (2000). Açık kalp ameliyatı öncesi hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisi. I.Uluslararası, VIII.Ulusal Hemşirelik Kongresi Program ve Özet Kitabı (29 Ekim-2 Kasım 2000), Antalya, 125-6.

Lookinland S, Pool M (1998). Study on effect of methods of preoperative education in women. AORN J, 67(1):203-13

Luckmann J, Sorensen KR (1989). Medical - Surgical Nursing : A Psychophysiological Approach. 3th edition WB Saunders Company Philadelphia. 273-4.

Özhan N (1988). Batın ameliyatı öncesi eğitim yapılan ve yapılmayan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası vital kapasitelerinin değerlendirilmesi. Uluslararası Akdeniz Cerrahi Kongresi'87, Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Konuşmaları ve Bildirileri, (17-18 Haziran 1987), İstanbul, 165-72.

Patyk M, Gaynor S, Verdin JA (2000). Patient education resource assessment: Project management. Journal of Nursing Care Quality, 4(2):14-20.

Smalley R (1997). Patient education: We have a better system now. RN; Oradell, 60(6):19-24.

Thoma GB (1994). Evolution of a patient education program in a rural hospital. Nursing Management. 25(1):46-52.

Tosun F, Bayık A (1998). Hemşirelerin sağlık eğitimi etkinliklerini etkileyen etmenlerin incelenmesi. Uluslararası Katılımlı VI.Ulusal Hemşirelik Kongresi, Kongre Kitabı, (14-16 Mayıs 1998), Damla Matbaacılık, Ankara, 340-5.

Victoria Mc GS (1995). Surgical Patient. Basic Nursing Theory and Practice Ed: Potter AP, Perry AG. 3th edition. St. Louis Baltimore, 1078-89.

Zalewski DE (1997). Fine -tuning preadmission surgical services. Nursing Management. 28(9):49-51.