

Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde Geriatrik Değerlendirme

Ayşegül SAVCI, Özlem BİLİK

Özet

Yaşam süresinin artması ile dünyada ve ülkemizde yaşlı popülasyonu da giderek artmaktadır. Yaşlı nüfusa yönelik sağlık hizmetinin geliştirilmesi için, ulusal ve uluslararası çabalara paralel olarak, yaşlı bireye sunulan hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin de artması gerekmektedir. Yaşlıların, oluşturulacak interdisipliner ve multidisipliner ekipler tarafından kapsamlı olarak değerlendirilmesi, yaşlanmanın doğal fizyolojik sonuçları ile patolojik durumların ayırt edilmesi gerekmektedir. Hemşireler çok çeşitli alanlarda olduğu gibi Ortopedi ve Travmatoloji kliniklerinde de giderek artan sayıda yaşlı bireylere bakım vermek durumundadırlar. Bu derlemede Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde yaşlı hastaların geriatrik değerlendirme ve bakımlarına rehberlik edebilecek önemli başlıklar yer almaktadır.

Anahtar kelimeler: Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Yaşlı, Geriatrik Değerlendirme, Hemşire.

Assessment of Geriatric Patients in the Clinic of Orthopaedic and Traumatology

Abstract

With by the increase in life expectancy, the elderly population is increasing in the world and in our country. For the development of health services for the elderly population, in parallel with national and international efforts, the quality of nursing care provided to elderly also need to increase. The elderly patients is need to the a comprehensive assessment by an interdisciplinary and a multidisciplinary team will be created, and distinguish between the physiological outcomes of aging and pathological conditions. Nurses in the Clinic of Orthopaedics and Traumatology as weel as in several areas are required to give care to an increasing number of the elderly individuals. In this review include important topics will be able to provide guidance to geriatric assessment of older patients and their care in the Clinic of Orthopedics and Traumatology.

Key words: The Clinic of Orthopedics and Traumatology, Elderly, Geriatric Assessment, Nurse.

Geliş tarihi: 08.01.2014

Kabul tarihi:10.04.2014

Günümüzde insanların daha uzun süre yaşam sürmesi tüm dünyada ve ülkemizde demografik yapılanmada değişimlere sebep olmaktadır. Dünyadaki yaşlı sayısının 2050 yılında çocuk sayısının iki katı olacağı tahmin edilmektedir. Toplumların 65 yaş üzeri nüfusu %7-10 arasında ise yaşlı toplum, %10'un üzerinde ise çok yaşlı toplum olarak adlandırılmaktadır. Avrupa Birliği üyesi 25 ülkenin yaşlı nüfus oranı ortalaması 2000'de %15.7 iken, 2050'de %29.9 olacağı öngörülmektedir (Yılmaz, 2013). Ülkemizde 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 2012'de %7.5 iken, bu oranın 2023'te %10.1-10.2, 2053'te ise %16.2-20.8 arasında olacağı tahmin edilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2012). Beklenen yaşam süresinin artması, yaşlı bireylerde yaşam kalitesini artırma ve fonksiyonel bağımsızlığı sürdürmenin önemini ortaya çıkarmaktadır (Ebersole, Hess, Touhy, Jett ve Luggen, 2008; Elsayy, 2011; Erdil, Bayraktar, 2010). Bu bağlamda yaşlı nüfusa yönelik sağlık hizmetinin geliştirilmesi için, ulusal ve uluslararası çabalara paralel olarak, yaşlı bireye sunulan hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin de artması gerekmektedir. Yaşlıların, oluşturulacak interdisipliner ve multidisipliner ekipler tarafından kapsamlı olarak değerlendirilmesi, yaşlanmanın doğal fizyolojik sonuçları ile patolojik durumların ayırt edilmesi gerekmektedir (Ebersole ve ark., 2008; Elsayy, 2011; Erdil ve Bayraktar, 2010). Yaşlı hastaların hastaneye yatış nedenleri incelendiğinde, başta kırıklar olmak üzere ortopedik sorunların ön sıralarda yer aldığı görülmektedir (Ebersole, Hess, Touhy, Jett ve Luggen, 2008). Amerika'da 2009-2010 yılları arasında acil servise 65 yaşın üzerinde toplam 19.6 milyon başvurunun yapıldığı ve başvuruların %29'unun sebebinin düşmelerden kaynaklanan yaralanmalar olduğu bildirilmiştir (Albert, McCaig ve Ashman, 2013). Ülkemizde de travma sebebiyle acil servise başvuran hastalarda başlıca femur kırığı olmak üzere çeşitli kırıkların olduğu ve %66'sının hastaneye yatırıldığı bildirilmiştir (Kara ve ark. 2014). Kalça kırıklarının, özellikle yaşlı bireylerde hastaneye yatma sıralamasında en yaygın ortopedik sorunlardan olduğu bilinmektedir (Della ve ark. 2013). Yaşlı bireylerin düşmeler ve kırıklar dışında

ortopedi kliniklerine yatma sebeplerinden olan eklem hastalıklarının başında osteoartrit (OA) gelmektedir. Amerika'da yaklaşık 27 milyon kişinin OA olduğu belirtilmiştir (Barbay, 2009). Ülkemizde ise 15 yaş ve üzeri popülasyonda OA oranının %8.4 olduğu belirtilmiştir (TÜİK, 2010).

Kas-iskelet sistemine ilişkin sorunlar sebebiyle Ortopedi ve Travmatoloji kliniklerinde yatan yaşlı hastalara çoğunlukla kronik hastalıklar da eşlik etmektedir (Ebersole ve ark., 2008). Yaşlı bireylerin yaşadıkları sorunların büyük çoğunluğuna yönelik bakım, hemşirelik uygulamaları içinde yer almaktadır ve hemşireler çok çeşitli alanlarda olduğu gibi Ortopedi ve Travmatoloji Klinikleri'nde de giderek artan sayıda yaşlı bireylere bakım vermek durumundadırlar. Yaşlılara yönelik bakımda ortopedi hemşireleri bakım verici, eğitici, danışmanlık ve bakım koordinatörü rollerini yerine getirirler. Bu rollerin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için; yaşlanma, yaşlanmaya bağlı fizyolojik, bilişsel, psikososyal ve ekonomik değişiklikler, yaşlılarda görülen kronik hastalıklar ve yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal destek hizmetleri konularında da yeterli bilgi ve deneyimlerinin olması, bilgi ve deneyimlerini sürekli eğitimlerle geliştirmeleri gerekmektedir (Biol, 2011; Karadakovan, 2010; Mamaril, 2006). Yaşlı bireylerin bakımında temel amaç; bağımsızlığı en aza indirmek ve bağımsızlığı en üst düzeye çıkarmaktır. Bu amaca ulaşmada, bakımın bireye özel olması ve bireyin duygusal, sosyal ve fiziksel yönlerini içerecek şekilde çok yönlü planlanması önemlidir (Dewan, Zhang ve Xia, 2012). Bu derlemede Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde yaşlı hastaların geriatrik değerlendirmesine ve bakımlarına rehberlik edebilecek önemli başlıklar sunulmuştur.

Fiziksel Durumun Değerlendirilmesi

Yaşlı bireyin değerlendirmesi hasta ilk görüldüğü anda başlar (görünümü, postürü, konuşması, çevresine olan farkındalığı, hareket yeteneği) ve hastaneden ayrılana kadar sürer (kendi başına giyinme, çıkış yolunu bulmakta güçlük vb.) (Savaş ve Akççek, 2010). Öykü alınırken geleneksel anamnezin dışında, yaşlılık dönemine ait spesifik durumların (düşme, inkontinans, konstipasyon,

* Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde Geriatri Hastasının Değerlendirilmesi isimli makale 29 Ekim-3 Kasım tarihleri arasında Antalya'da gerçekleştirilen "Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi"nde panel konuşması olarak sunulmuştur.

demans, depresyon gibi) incelenmesini içerecek soruların sorulması ve duruma özgü ölçeklerin kullanılması gereklidir. Azalmış görme ve işitme, depresyon, kognitif fonksiyonlarda bozulma gibi birçok kronik sorunun sorgulanması; öykü alınmasında zorluğa neden olur. Özellikle deliryum ya da kognitif bozukluğu olan hastalarda hızlı değerlendirme ve fizik muayene yapıp, kapsamlı öykü daha sonra hasta ve yakınlarından alınmalıdır. Yaşlılarda sosyal ilişkiler ile fonksiyonel durum ve mortalite arasında güçlü bir ilişki vardır. Hastanın kiminle yaşadığı sorgulanmalıdır. Hastalara özellikle nörolojik, kardiyovasküler ve mental durum değerlendirmeleri başta olmak üzere detaylı sistem tanılama yapılmalıdır (Dewan ve ark., 2012; Savaş ve Akçiçek, 2010).

Fonksiyonel Durumun Değerlendirilmesi

Fonksiyonel durum "bir kişinin görevlerini yerine getirebilmesi ve günlük yaşam aktivitelerinin (GYA) gerektirdiği karmaşık sosyal rollerini karşılayabilmesi" olarak tanımlanmaktadır ve yaşam kalitesinin önemli bir unsurudur (Bettelli, 2011). Yaşlı hastalarda yaşa bağlı değişiklikler, sosyal faktörler, hastalıklar gibi pek çok potansiyel sebebe bağlı olarak fonksiyonel yetersizlikler sık görülür. Fonksiyonel durum değerlendirmesi üç düzeyde yapılır: Temel GYA, Enstrümental GYA ve İleri GYA. Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri; bağımsız yaşamı sağlamak için gerekli, ama tamamen yeterli olmayan fonksiyonları tanımlar. Temel fonksiyonlar; beslenme, kontinans, transfer, tuvalet kullanma, giyinme ve yıkanma olarak tanımlanmıştır. Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri, ev hayatını devam ettirebilmek için gerekli daha karmaşık aktiviteleri kapsar. Bunlar; faturaları ödemek, ilaçlarını almak, alışveriş yapmak, yemek hazırlamak, ev korunması, transport ve telefon kullanmak gibi aktivitelerdir. İleri Günlük Yaşam Aktiviteleri ise, boş zamanlarını değerlendirme, seyahat edebilme, gönüllü faaliyetler, yaratıcı aktiviteler ve toplumsal hizmetlere katılım gibi aktivitelerdir (Biçer, 2005; Savaş ve Akçiçek, 2010). Ülkemizde, 65 yaş üstü bireylerin %21.9'unun kendi kendine beslenmede, %36.8'inin giyinmede, %37.3'ünün tuvalet kullanımında, %45.7'sinin ise banyo yapmada zorluk yaşadığı belirlenmiştir. Herhangi bir yardım almadan yürüyemeyen 65-74 yaş arası bireylerin oranı kadınlarda %11.7, erkeklerde %27.6 iken; 75 yaş üzerinde bu oranlar %29.9 ve %49.8'e kadar artmaktadır (TUİK, 2012). Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri'nde ortaya çıkan düşüşler; depresyon, demans, düşme korkusu, inkontinansın kötüleşmesi, görme kaybı veya koroner arter hastalığı gibi başka bir hastalığın erken belirtisi olabilir (Savaş ve Akçiçek, 2010).

Hastaların GYA'ni değerlendirmek amacıyla kullanılan çeşitli ölçekler, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde hemşirelerin kolay kullanabilecekleri ölçeklerdir. Bunlardan bazıları; Katz GYA Ölçeği, Barthel Ölçeği, Lawton-Brody EGYA Ölçeği'dir (Biçer, 2005; Elsayy, 2011; Savaş ve Akçiçek, 2010).

Mobilite, Denge ve Düşme Riskinin Değerlendirilmesi

Yaşlı kişilerde sıklıkla görülen düşmeler; fonksiyonel kapasitede kayıplara, morbidite ve mortaliteye sebep olmaktadır. Düşme nedeniyle ölenlerin %60'tan fazlası 75 ve üzeri yaş grubundadır. Düşme riskindeki artış nedeniyle 65 yaşından itibaren tüm hastaların mobilite, denge ve düşme açısından değerlendirilmesi gerekir (Gomes ve ark., 2013; Ungar ve ark., 2013). Ortopedi kliniklerinde de en çok karşılaşılan problemlerden birisi olan kırıkların, yaşlı

bireylerdeki en sık nedeni düşmelerdir. Düşmelere bağlı yaralanmaların en sık görülenleri osteoporotik kalça, omurga ve ön kol kırıklarıdır. Bunlar arasında da en fazla sayıda ölümlle sonuçlanan kalça kırıklarıdır. Kalça kırığı olan yaşlı bireyler en az bir yıl bakım gereksinimi duymakta ve çoğunluğunun sağlık kuruluşlarında kalma zorunluluğu olmaktadır. Bu durum, yaşlıların uzun süre yatakta kalmaları sonucu dehidratasyon, pnömoni, idrar retansiyonu, basınç yarası ve enfeksiyon gelişimine sebep olmaktadır (Erdil ve Bayraktar, 2010; Savaş ve Akçiçek, 2010).

Düşmelerle ilgili birçok faktörün risk oluşturduğu belirlenmiştir. Yaşla ilişkili duyuşal fonksiyonlarda fizyolojik değişiklikler (görme, renkleri ayırma, uyum yeteneğinde azalma, vestibüler bozukluk, artmış kulak kiri) ve lokomotor sistemde değişiklikler (sarkopeni, azalmış kas gücü, azalmış eklem hareket açıklığı) düşmelerde önemli risk faktörleridir. Ayrıca çevresel faktörlerin de (engeller, kaygan zemin, uygunsuz ayakkabı, yetersiz aydınlatma, vb.) etkisi sözkonusudur (Erdil ve Bayraktar, 2010; Savaş ve Akçiçek, 2010). Bunların yanında hastalarda düşme için risk oluşturabilecek patolojik faktörler de bulunabilir. Bunlar; **nörolojik** (demans, inme, geçici iskemik atak, parkinson, deliryum, karotis sinüs aşırı duyarlılığı, vestibüler sistem patolojisi), **kardiyovasküler** (MI, ortostatik hipotansiyon, aritmiler, kapak hastalıkları), **endokrin ve dahili sorunlar** (tiroid hastalıkları, hipoglisemi, hipokalemi, hipohiponatremi, dehidratasyon, anemi), **gastrointestinal** (diyare, hemoraji), **psikiyatrik** (depresyon), **genitoüriner** (üriner inkontinans), **iatrojenik** (anksiyolitik, nöroleptik, diüretik, antihipertansif ve digoxin gibi ilaçların yan etkileri; hareket kısıtlılığı-immobilizasyon) ve **kas-iskelet sistemi** (dejeneratif eklem hastalıkları, kas hastalıkları, omurga deformiteleri, patolojik kırıklar) ile ilgili problemlerdir (Ungar ve ark., 2013).

Hiç risk faktörü olmayanlarda son bir yıl içerisinde düşme oranı %8 iken, 4 ve daha fazla risk faktörü olanlarda bu oranın %78'e çıktığı görülmüştür (Naharcı ve Doruk, 2009). Bu sebeple hemşirenin hasta için olası riskleri belirlemesi ve gerekli önlemleri alması önem taşımaktadır. Düşmelerin önlenmesine yönelik amaçlar; yaşlı bireyin düşme riskini belirlemek, belirlenen düşme risk faktörlerini gidermek, denge, yürüyüş, hareket ve fonksiyonel bağımsızlığı interdisipliner bir yaklaşımla geliştirmektir. Düşme riskini saptayabilmek için hastaya ve çevresine ilişkin düşmeye yol açabilecek faktörlerin belirlendiği formlar geliştirilmiştir. Yaşlılarda düşme riskini belirlemede Hendrich II Düşme Riski Tanılama Ölçeği, Morse Düşme Riski Ölçeği, Yaşlılar için Düşme Davranışları Ölçeği gibi ölçekler sıkça kullanılmaktadır (Çeçen, Özbayır, 2011; Uymaz, Nahcivan 2013; Özden, Karagözoğlu ve Kurukız, 2012). Aslında rutin yapılan hareketlerin basit olarak değerlendirilmesi de düşme riskini belirlemede bilgi verebilir. Yaşlı birey, sandalyeden kalkma, yürürken dönme, ayağını yerden yukarı kaldırma ve oturma gibi hareketler sırasında izlenir. Bu aktivitelerin herhangi birinde yaşanan güçlük, düşme riskinin yüksek olduğuna işaret eder (Erdil ve Bayraktar, 2010; Ebersole ve ark., 2008). Düşme riski olan tüm yaşlı hastalar, öykü ve fizik muayene ile birlikte değerlendirilmelidir. Ayrıca yaşlılar genellikle düşme konusunda kendiliğinden bilgi vermedikleri için, hepsine yılda en az bir defa düşüp düşmediği sorulmalı, denge ve yürüme problemleri

açısından değerlendirilmelidirler (Gomes ve ark. 2013; Stevens, 2005).

Ağrı Değerlendirme

Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'ne gelen yaşlı hastada, ortopedik cerrahi girişimler sebebiyle akut ağrının yanında, osteoartrit ya da romatoid artrit ağrıları gibi kronik ağrılarla da başedilmesi gerekmektedir. Ayrıca kliniğe özel immobilizasyon, sıkı bandaj, alçı, traksiyon, dren gibi uygulamalar da hastaların var olan ağrılarını arttırmaktadır. Ağrı değerlendirmesi; gözlemlerle başlar ve fiziksel, psikolojik, sosyal faktörlerin de gözönünde bulundurulmasını gerektirir. Değerlendirmede kullanılan çeşitli ölçekler, ağrı şiddeti ve niteliğini belirleyerek, sağlık çalışanları arasında yorumları ortadan kaldırıp, objektif bir sonuca dönüştürür (Akyol, Karyurt ve Salmond, 2009; Andersen, Bak, Christensen, Harazuk, Pedersen ve Soballe, 2010; Çınar, Alanoğlu, Sezgin, Bal ve Çakçı, 2003; Pasero ve McCaffery, 2007). Yaşlı hastaların ağrı düzeyinin değerlendirilmesinde de; Sözel Kategori Ölçeği, Sayısal Ölçekler, Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), McGill Melzack Ağrı Soru Formu gibi tanılama araçları kullanılmaktadır (Eti Aslan 2002; Eti Aslan, 2003; Güngör Tavşanlı, Özçelik ve Karadakovan 2013).

Hemşireler yaşlıların ağrısını tanımlarken yaşlılığın getirdiği fonksiyonel sınırlılıklar nedeniyle çeşitli güçlüklerle karşılaşabilmektedir. Bilişsel fonksiyonlardaki azalma yaşlıya yöneltilen sorunun algılanmasında önemli bir engeldir. Yaşlılıkla birlikte görülen işitme kaybı ağrı değerlendirme sorularının duyulmasına ya da anlaşılmasına engel olarak verilen yanıtın objektifliğini bozmaktadır. Bu nedenle yaşlıların ağrısını değerlendirmede ölçeklerin yanı sıra davranışsal ağrı yanıtlarının da değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Literatürde yaşlı bireylerin davranışlarını değerlendirerek ağrı düzeyini belirleyen birçok tanılama aracı bulunmaktadır (Catananti, Gambassi; 2010; Eti Aslan, 2003). Ancak yaşlı hastalar kendini ifade edemediğinde ya da hemşireler davranışlara göre ağrıyı tanılayamadığında hasta yakınlarının yardımına başvurulmalıdır (Bray, 2006; Eti Aslan, 2003).

Hemşire; ağrıyı tanımlar, nonfarmakolojik girişimlere karar verebilir ve uygular, analjezik tedaviyi planlar, uygular, izler, değerlendirir, ağrı kontrol stratejilerini hastaya öğretir ve etkinliğini değerlendirir (Biol, 2011; Eti Aslan, 2010). Ortopedi hastalarında ağrı kontrolünün sağlanabilmesi, hastaların konforunu artırarak, fonksiyonel kapasitesini geliştirir ve rehabilitasyon süresini kısaltabilir. Ancak yaşlılarda ağrı kontrolündeki önemli engellerden biri hem yaşlı hastaların hem de sağlık çalışanlarının ağrıyı doğal karşılayarak yaşlıların dayanmak zorunda olduklarını düşünmeleridir (Eti Aslan, 2010). Oysaki; hastaların şiddetli ağrısının olması ve hareketle ağrı yaşama korkuları mobilizasyonu engelleyebilmektedir. Hastalara ağrıya dayanmak zorunda olmadıkları ve ağrının iyileşme süreçlerini olumsuz etkileyeceği söylenmelidir (Salmon, Hall, Peerbhoy, Shenkin ve Parker, 2001).

Sistemlerin Değerlendirilmesi

Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'ne gelen yaşlı hastada sistemlerin ayrıntılı değerlendirilmesi, ortaya çıkabilecek birçok problemin erken tanınmasını sağlayacaktır. Bu noktada dikkat edilmesi gereken durumlardan biri, yaşlı bireyin mevcut sağlık durumu ile herhangi bir girişim ya da ameliyat uygulandıktan sonraki durumunun

karşılaştırılmasıdır (Karadakovan, 2010). Örneğin hemşire postoperatif ağrıyı tanımlarken, yaşlı hastanın ameliyat ağrısını mı yoksa kas iskelet sistemindeki yaşadığı kronik ağrıyı mı algıladığının farkında olmalıdır. Mobilizasyonu değerlendirirken, hareket kapasitesindeki sınırlılığın ameliyat öncesi duruma göre nasıl olduğunu belirlemelidir. Nörovasküler değerlendirmede saptadığı herhangi bir sorunda yaşa bağlı değişimlerin etkisini mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır (Bilik, 2012; Eti Aslan 2010). Genel görünüm; hijyen, bakım, giyim tarzı, ağız-ter kokusu vb açıdan değerlendirilir. Başta; ağrı, kafa travması, saçlı derinin durumu, ağız ve boğazda; diş ve dişetlerinin durumu, dişeti kanaması, son diş muayenesi, boğaz ağrısı, ses kısıklığı, boyunda; boyundaki değişiklikler, lenfadenopati, guatr, boyun ağrısı, hijyen, memelerde; şişlik, ağrı, meme başından gelen akıntı, kendi kendine meme muayenesi değerlendirilmelidir (Savaş ve Akçiçek, 2010).

Yaşlı hastalarda duyuyla ilgili ortaya çıkan değişikliklerin belirlenmesi ve bunlara bağlı ortaya çıkan risklerin erken tanımlanması önemlidir. Yaşlanma ile birlikte görme keskinliğinde azalma, lensin esnekliğinde azalma, ışığa uyumunda gecikme, gözyaşı salgısında azalma, pupillerin ışığa uyumunda bozulma ve konjunktivada incelmeler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler ise gözlerde kuruma, enfeksiyon, gece görmeye bozulmalara yol açarak, hareket kısıtlılığı ve diğer hastalıkların eşlik ettiği yaşlı ortopedi hastalarında yeni travmalara, tekrarlayan yatışlara, ek morbidite ve mortalitelere neden olabilir (Karadakovan, 2010). Bu sebeple ortopedi hemşiresinin görme fonksiyonunu değerlendirmesi hastanede ve evde gerekli düzenlemelerin ve koruyucu önlemlerin alınmasını sağlayabilir. Yaşlı bireylerde iç kulaktaki hücrelerde sertleşme ve atrofi, koklea hücrelerinin sayısında azalma, dış kulak yolunda daralmalar geliştiğinden, dengede bozulma, işitme gücü ve buna bağlı iletişim kurmada güçlükler yaşanabilir (Karadakovan, 2010). İşitme kaybı 85 yaş üzerindeki bireylerde %50, 65 yaş üzerindeki bireylerde yaklaşık %33 oranında görülmektedir. İşitme azlığı; sosyal izolasyon, depresyon ve fonksiyonel durumda gerilemeye neden olmaktadır. Erken dönemde problemin saptanması ve işitme cihazları ile hastanın konforu artırılarak, yaşanabilecek sorunlar giderilebilir. Hemşire hastaya fısıltı testini kolayca uygulayabilir. Hastanın 20–40 cm arkasına geçilir, bir kulak kapatılır, üç kelime söylenir ve hastanın bu kelimeleri tekrar etmesi istenir (Savaş ve Akçiçek, 2010). Ayrıca yaşla birlikte koku duyusundaki değişimler, burun tıkanıklığı ve akıntısı, burun kanamasının olup olmadığı, allerjik rinit gibi durumlar değerlendirilmelidir (Karadakovan, 2010).

Kas-İskelet Sisteminde; yaşlanma ile birlikte kemik ve kas kütlelerinde azalma, kemik yoğunluğunda azalma, mineral kaybı, boy uzunluğunda azalma, omurgada esneklik kaybı ve eğilme, eklemlerde dejenerasyon meydana gelmektedir. Bu değişimlerin sonucunda yaşlı bireylerde, kırıklar, kifoz, sırt ağrısı, eklemlerde gerginlik, esneklik kaybı ve ağrılar, denge bozukluğu, osteoporoz, dejeneratif artrit ve düşmeler görülebilmektedir (Karadakovan, 2010). Hemşire yaşlı hastayı postür, kas gücü ve koordinasyonu, yürüme, denge, eklem açıklık kapasitesi, ağrı, düşme öyküsü, fonksiyon kaybı, nörovasküler fonksiyonlar açısından değerlendirmelidir (Bilik, 2012; Dündar, 2013; Ungar ve ark.,2013). Ayrıca Ortopedi ve Travmatoloji kliniğine özgü olarak, yaşlı bireyin yürürken yardımcı araç kullanma

gereksinimi ile alçı, atel, traksiyon gibi uygulamalar göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin, ameliyat uygulanan bacakta cildin soğuk olması gibi arteriyel dolaşım bozukluğuna işaret eden değişimlerin etiolojisinde yaşla ilişkili sistemik değişimlerin veya hastanın arteriyel damar hastalıklarının olabileceği unutulmamalıdır. Durum değerlendirilirken diğer bulguların varlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Periferik arter hastalıklarında ciltteki soğukluğun yanı sıra ciltte solgunluk, hastaların bacak tüylerinde dökülme ve ağrı da görülmektedir. Ayrıca yaşlılar soğuğa karşı duyarlı olduğundan hastanın bulunduğu ortamın soğuk olması herhangi bir problem olmadan da cildin soğuk değerlendirilmesine neden olabilir (Bilik, 2012; Demir Korkmaz, 2010).

Kardiyo-vasküler sistemde yaşlanma ile birlikte, kalbin boyutlarında küçülme, sol ventrikül duvarı ve kalp kapakçıklarında kalınlaşma, kardiyak out-putta azalma, tüm organlara kan akımında azalma, arterlerin esnekliğinde azalma, periferik ve diyastolik basınçta artma, venlerde dilatasyon ve yüzeysel damarlarda belirginleşme olmaktadır. Bu değişiklikler; aktiviteyle artan yorgunluk, ortostatik hipotansiyon, ödem, varis, periferik damar hastalıkları, hipertansiyon ve kalp yetmezliğine yol açabilir. Hemşire kan basıncı, kalp üfürümleri, dispne, ortopne, göğüs ağrısı, çarpıntı, ödem, kalp sesleri, periferik nabızlar, kapiller dolum, damar hastalıklarının ayırt edici bulguları ve venöz tromboembolinin risk faktörlerini değerlendirmelidir (Dewan ve ark., 2012; Karadakovan, 2010). Ortopedi hastalarında venöz staz, ameliyat öncesi ve sonrası immobilite nedeniyle iskelet kas kontraksiyonlarının azalması sonucu gelişebilmektedir. Yatak istirahati bacakta kan akımını %50 azaltmaktadır. Ayrıca yapılan cerrahi girişim damar hasarına da sebep olmaktadır. Bunların yanısıra hastanın ileri yaşta olması, sedanter yaşam, önceden var olan venöz yetmezlik, konjestif kalp hastalığı, malignite, obezite, östrojen tedavisi, hiperlipidemi, ameliyatta turnike uygulanması, operasyon süresinin uzaması ve postoperatif dönemde uzun immobilizasyon tromboembolinin risk faktörleridir. Majör ortopedik cerrahi (total kalça ve diz artroplastisi ve kalça kırığı onarımı gibi) ameliyatları venöz tromboemboli (VTE) açısından yüksek riskli ameliyatlardır (American Academy of Orthopaedic Surgons [AAOS] 2008; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2007). Variköz venleri, hiperkoagülasyonu, neoplastik hastalığı, kardiyovasküler hastalığı olan, son zamanlarda büyük ameliyat geçirmiş olan, obez ve yaşlı hastalar riskli olduğundan dikkatli öykü alınmalıdır (Demir Korkmaz, 2010). Bu sebeple ortopedi hemşiresi tüm hastaları VTE riski açısından değerlendirmeli, belirtileri saptamalı ve koruyucu önlemler konusunda eğitim vermelidir (AAOS, 2008). Yaşlı hastalarda ani göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı ve çarpıntı öncelikle VTE' ye bağlı pulmoner emboliyi akla getirmelidir. Bilinç durumunun giderek kötüleşmesi de VTE' nin oluşturduğu serebral emboliyi düşündürmelidir. Venöz tromboemboli eğer kardiyak fonksiyonları etkilemişse ilk bulgular olarak aritmi ve hipotansiyon görülmektedir. Renal perfüzyonu bozmuşsa idrar çıkışındaki azalma ya da hiç idrar çıkışının olmaması dikkat çekici bulgudur (Demir Korkmaz, 2010).

Solunum Sisteminde, yaşlanma ile birlikte iskelet yapısında ve etkin solunum yapabilme yeteneğinde bozulma (osteoporoz, kifoz vb), rezidüel akciğer kapasitesinde artma; solunum kaslarının esnekliğinde, vital kapasitede, gaz alış-verişi ve diffüzyon kapasitesinde,

silyaların sayısı ve hareketlerinde, öksürme refleksinde, diyafragmanın genişleme kapasitesinde ve alveollerin sayısında azalma ile alveollerin membranında kalınlaşma gibi değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bu değişiklikler sonucu yaşlı hastalarda, aktiviteyle artan halsizlik, çabuk yorulma, solunum gücünün, etkin olmayan yüzeysel solunum, sekresyonların atımında güçlük, aspirasyon ve enfeksiyon riski ile karşılaşılabilir. Öksürük, balgam, hemoptizi, hırıltılı solunum, astma, bronşit, amfizem, pnömoni, tüberküloz, plörezi, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı, son göğüs filmi, akciğer sesleri, solunum hızı ve şekli değerlendirilmelidir. Yaşlılarda postoperatif dönemde atelektazi ve pnömoni gibi akciğer komplikasyonları daha kolay gelişebilmektedir. Cerrahi girişimin, anestezinin ve hareket kısıtlılığının etkileri düşünüldüğünde yaşlı ortopedi hastalarında hemşirenin yapacağı solunum egzersizleri ve woldayn kullanımının önemi artmaktadır (Dewan ve ark., 2012; Eti Aslan 2010; Karadakovan, 2010).

Yaşlanma ile birlikte deride, subkütan doku ve elastin liflerde, pigment hücrelerinin üretiminde, kapiller kan akımında, ısı ve basınç duyusunda, ter ve yağ bezlerinin büyüklüğü, sayısı ve salgılarında azalmalar meydana gelmektedir. Bunların sonucunda deride kuruluk, incelmeye, kırışmalar, tırnaklarda kalınlaşma ve boyuna çizgiler, ısı düzenlemesi ve terleme mekanizmalarında bozulma, basınç ülserleri riski ile karşılaşılabilir. Bu sebeple hemşire ciltte eritem, ülserasyon ve basınç noktalarını, damar hastalıklarının belirtilerini, cildin ısı, renk ve nemliliğini, kapiller dolum için tırnakları değerlendirilmelidir (Dewan ve ark.,2012; Karadakovan, 2010; Ungar ve ark. 2013). Ortopedi kliniğinin en önemli uygulamalarından birisi olan nörovasküler izlem içerisinde de hemşireler nabız volümü, cildin rengi ve ılık olması ile kapiller geri dolum zamanını birlikte değerlendirerek sistemik perfüzyon hakkında bilgi edinirler. Periferik dolaşım değerlendirilirken, NVT bulgularındaki değişimlerin yaşa bağlı sistemik değişikliklerden, ameliyatın etkilerinden ya da ameliyat komplikasyonları ile ilgili olabileceği düşünülmelidir (Bilik, 2012).

Ortopedi Kliniğinde yaşlı hastalarda özellikle basınç yaraları, hemşirenin titizlikle değerlendirmesi gereken bir alandır. Hastaların çoğunluğunda var olan cilt kuruluğu, cilt altı yağ dokusunun kaybı, duyu reseptörlerinin sayısı ve işlevlerinde azalma, basınç, ağrı, ısı duyularının algılanmasında bozulmalar, azalmış mobiliteye malnutrisyon ve komorbid hastalıkların da eklenmesi basınç yaralarını kaçınılmaz hale getirebilir. Yaranın gelişimini, derecesini, lokalizasyonu gösteren, cildin tam bir değerlendirmesi gereklidir. Risk değerlendirme amaçlı "Norton skalası" veya "Braden skalası" yararlı olabilir. Hemşireler yaşlılarda özellikle ciltteki kızarıklara, cildin kuruluğuna, idrar inkontinansının neden olduğu cilt nemliliğine, ciltteki ağrı ve basınç noktalarının algılanmamasına, beslenme yetersizlikleri ve immobilizasyonun olumsuz etkilerine karşı duyarlı olmalıdır (Karadakovan, 2010; Şendir, Büyükyılmaz, Aktaş, 2012).

Genito-Üriner Sistemde, yaşlanma ile birlikte görülen değişiklikler; nefronların sayısı ve işlevlerinde, glomerül filtrasyon hızında (GFH), mesane kapasitesinde azalmalar, mesane ve perianal kaslarda gevşeme, vaginal mukozada atrofi, öströjen azalma, erkeklerde prostat hipertrofisidir. İdrar retansiyonu, sık sık idrar yapma, gece sık idrara çıkma, inkontinans ve enfeksiyonlar sık karşılaşılan

sorunlardır. Hemşire yaşlı hastaları idrara çıkma sıklığı, sıvı alımı, benign prostat hipertrofisi, laboratuvar değerleri açısından değerlendirmelidir. Prostat hipertrofisi varsa, idrar akışını engelleyerek üriner enfeksiyonlara neden olabilir. BUN (Blood Urea Nitrogen) ve NPN (Total Non Protein Nitrogen) testleri yüksek olan hastalarda yapılacak cerrahi girişim sonrası böbrek yetmezliği gelişme riski yüksektir (Karadakovan, 2010). İdrar çıkışının izlenmesi ve yeterli sıvı dengesinin sağlanması gelişebilecek komplikasyonları önleyebilme açısından önemlidir. Hastalarda kullanılan narkotik ve sedatifler GFR'de azalmaya yol açar ve bu duruma, hareketsizliğin de eklenmesiyle üriner staz gelişebilir (De Hertve ark., 2011; Eti Aslan 2010; Karadakovan, 2010). Üriner inkontinans; yaşlı bireylerde sık olmasına rağmen üzerinde durulmayan ve kadınlarda, yaşlı erkeklerden hemen hemen iki kat daha sık görülen bir problemdir. Tarama için basit bir şekilde idrar kaçağı problemi olup olmadığı ve bu problemin en az beş farklı defa gerçekleşip gerçekleşmediğinin sorulması önerilmektedir (Ungar ve ark. 2013).

Gastrointestinal Sistemde yaşlanma sonucu dış kayıpları, tükürük salgısında ve enzimlerde, tad ve koku duyusunda, öğürme refleksinde, özefagus, mide, barsak hareketlerinde, karaciğer hacminde, kanlanmasında ve enzimlerinde, albumin ve koagülasyon faktörlerinin sentezinde azalmalar, safra boşaltımında yavaşlama ortaya çıkmaktadır (Karadakovan, 2010; Dewan ve ark., 2012; Leunk ve Dzankic, 2001). Hastalarda tüm bu değişiklikler nedeniyle ağız kuruluğu, yemek yeme alışkanlığında bozulma, iştahsızlık, sindirim güçlüğü, besinlerin mideye geçişinde gecikme, aspirasyon ve boğulma riskinde artma, konstipasyon, gaz ve karında rahatsızlık duygusu, beslenmede yetersizlik, dehidratasyon, diş ve diş eti hastalıkları, gastro-özofajiyal reflü, atrofik gastrit görülebilmektedir. Bu sebeple hemşire yaşlı hastayı diyeti, yutma güçlüğü, iştah, ishal, bulantı, kusma, hematemez, karın ağrısı, rektal kanama, barsak sesleri, gaita rengi, gaz şikayeti, konstipasyon (kullanılan ilaçlar, hipotiroidi, kolorektal kanserler, yetersiz lif alımı vb. gibi sebeplerle), fekal inkontinans açısından değerlendirmelidir (Cheng ve ark., 2007; Karadakovan, 2010).

Ortopedi kliniğinde yaşlı hasta, beslenme ve sıvı durumu açısından değerlendirildiğinde, kilo kaybı veya kötü beslenme durumu; fonksiyonel bozukluk, demans veya tıbbi hastalıkların belirtisi olabilir. Beslenme yetersizliği sonucu protein-enerji malnutrisyonu geriatrik popülasyonda çok yaygın görülen bir sorun olup, hastanede ayaktan başvuran 65 yaş üzeri hastaların %15'inde, yatan hastalarda ise %12 ile %50 oranlarında görülebilmektedir (Rosenthal, 2004). Bu sebeple, yaşlı hastanın nutrisyonel değerlendirmesi, hastanın 24 saat içinde aldığı besinlerin belirlenmesi, BKİ, immobilizasyon durumu, beslenme yetersizliği ya da fazlalığı ile ilgili fiziksel inceleme, laboratuvar testleri (Albumin, B12, demir vb.) önemlidir. Beslenme yetersizliği, pnömoni, uzamış yara iyileşmesi ve enfeksiyonu, sepsis ve mortalite gibi perioperatif komplikasyon riskini artıran bir tablodur (Katlic, 2010; Rosenthal, 2004). Beslenme değerlendirilmesi açısından hastanın iştah durumu, kilosu belirlenmeli, son altı ay içerisinde istemsiz olarak vücut ağırlığının %10'undan fazlasının kaybedilmesi durumunda "Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi" yapılmalıdır (Rosenthal, 2004). Yaşlı hastalarda sıvı kaybı (dehidratasyon), hipovolemi ve elektrolit dengesizlikleri önemli problemlerle sonuçlanabilir. Dehidratasyon

bulguları, labratuvar değerleri izlenmelidir. Dehidratasyon etkili tedavi edilemezse, yaşlı bireyde akut böbrek yetmezliğinin gelişimi kaçınılmazdır (Eti Aslan, 2010). Bunlara ek olarak, 65 yaş üzerinde; toplumda %2, hastanede yatan kişilerde %14, bakımevlerinde kalanlarda % 54oranında görülen fekal inkontinans sorgulanmalıdır (Karadakovan, 2010; Savaş ve Akçiçek, 2010). Bir diğer önemli nokta da yaşlı hastaya uygulanan intravenöz solüsyonların hızlı ya da gereksinimden fazla gönderilmesi durumunda oluşabilecek sıvı yüklenmesi ve akciğer ödemidir. Ortopedi hemşireleri özellikle kalp yetersizliği olan yaşlılarda daha sık karşılaşılabilen bu sorunları öksürük, hırıltılı solunum, akciğer seslerinde raller duyulması, boyun venlerinde dolgunluk, kan basıncının yükselmesi, çarpıntı, idrarın dilüe olması gibi belirti ve bulgulardan ayırt etmelidirler (Uzun, 2012).

Sinir Sisteminde yaşlanma ile birlikte, beyin ağırlığında ve nöronların sayısında azalma, senil plak ve nörofibrillerde artma, beyin kan akımı, oksijenlenmesinde ve derin tendon reflekslerinde azalma olmaktadır. Bu değişimlerle birlikte, öğrenme ve anımsama güçlüğü, kaza, yanık ve yanma riskinde artma, uyku bozuklukları, refleks yanıtta azalma, bayılma, düşme, oryantasyon güçlüğü, demans/alzheimer, deliryum, depresyon, parkinson görülebilmektedir (Karadakovan, 2010). Hemşire yaşlı hastalarda, baş ağrısı ve dönmesi, kulak çınlaması, senkop, inme, uyuşukluk, karıncalanma, tremor, yürüme, kas gücü, GKS, ağrı, konuşma, oryantasyon, kooperasyon, refleks yanıt, pupil reaksiyonu, kranial sinir muayenesini değerlendirmelidir. Demans prevalansı yaşa bağımlı olup, 60 yaş üzeri her beş yılda ortalama iki kat artmaktadır. 85 yaş üzeri yaşlılarda ise %25-45 oranında görülmektedir. Demans hastalarında neden %60-70 oranında Alzheimer Hastalığıdır (AH). Ülkemizde 400.000 civarında AH hastası olduğu tahmin edilmektedir (Savaş ve Akçiçek, 2010; Yaman ve Ceviz, 2013). Yaşlı kişilerde demans ve bilişsel bozukluk mümkün olduğunca erken tanımlanmalıdır. Hasta öyküsünü anlatırken yakın ve uzak belleği, unutkanlığın progresif seyri, dil problemleri, kazanılmış becerilerin kaybı, muhakeme ve soyut düşünme güçlüğü, kişilik değişiklikleri veya psikiyatrik semptomlar değerlendirilmelidir. Hastadan alınan öykü eksik ve yanlış olabileceği için yakınları veya bakıcısından da öykü alınmalıdır. Ayrıca TGYA ve EGYA, hastanın sosyal durumu gözden geçirilmelidir (Chow, Rosenthal, Merkow, Ko, Esnaola, 2012; Savaş ve Akçiçek, 2010). Bireyin bilişsel fonksiyonları ve bunların fonksiyonel durumlarına etkileri değerlendirilir. Mental durum değerlendirmesi kısa sorgulama formu (Sort Portable Mental Status Questionnaire [SPMSQ]), Mini mental durum değerlendirme ölçeği, Kısa Blessed ölçeği (Short Blessed Test [SBT]), Beck Depresyon Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği kısa formu klinikte bilişsel durumu ve depresyonu değerlendirmede kullanılabilecek ölçeklerdir (Karadakovan, 2010). Mini mental durum değerlendirme testi bilişsel durum değerlendirmesi için en sık kullanılan testtir. Oryantasyon, hafıza, dikkat, hesaplama, hatırlama, lisan, motor fonksiyon ve algılamayı test eder. Depresyon ise yaşlıları en sık etkileyen psikiyatrik sorunlardandır. Hastanede yatan yaşlılarda depresyon prevalansı yaklaşık olarak %25 bulunmuştur. Hastalara "Hiç kendinizi üzgün veya kederli hisseder misiniz?" gibi basit bir soru taraması önerilmektedir. Olumlu olarak cevap verildiğinde Geriatrik depresyon skalası (GDS) uygulanmalıdır (Chow ve ark., 2012; Savaş, Akçiçek, 2010; Yaman, Ceviz, 2013).

Ortopedi hemşiresi yaşlı hastalarında ortaya çıkan deliryum ya da postperfüzyon sendromu gibi tabloları değerlendirirken, öncelikle hastanın psikolojik durumunu göz önünde bulundurmalıdır. Bu konuda hem fizik muayene yapmalı hem de hasta yakınlarından bilgi almalıdır. Hemşire hastanın psikolojik durumu hakkında karar verirken; yaşının psikiyatrik tanısının olması, anksiyete düzeyi, stresle başetme durumu ve uyku düzeni gibi temel faktörleri sorgulamalıdır. Bu sorunların gelişmesinde psikolojik durum ekarte edildikten sonra organik nedenler araştırılmalıdır (Yavuz, 2010).

Deliryum hastanede yatan yaşlılarda sık görülen bilinç ve dikkatte akut dalgalanmalar gösteren bilinç değişiklikleridir (Erdil ve Bayraktar, 2010). Hastada deliryum gelişmesi engellenemese de hastanın kapsamlı öyküsünü alarak riskli hastalar belirlenebilir. Böylece, bu risk faktörleri ortadan kaldırılarak deliryum önenebilir ya da durumun daha kötüye gitmesi engellenebilir (Güner ve Geenen, 2007). Ortopedi kliniğinde de hastalar deliryumun risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir. Bu risk faktörleri; bilişsel bozukluk, demans, depresyon, alkol kullanımı, uyku bozuklukları, ek hastalıklar, anemi, hipoksi, renal bozukluklar, yetersiz beslenme, dehidratasyon, elektrolit dengesizlikleri, immobilizasyon, görme-duyma bozuklukları, fonksiyonel durumun kötü olması, polifarmasi ve psikotropik ilaç (benzodiazepinler, antikolinergikler, antihistaminikler) kullanımınıdır. Ayrıca hastanın sadece 70 yaş üstü olması da deliryum için bir risk faktörü olarak görülmektedir (Chow ve ark., 2012; Sieber, 2009). Hastaneye yatan yaşlı bireylerde deliryumun değerlendirildiği bir çalışmada hemşirelerin hastalarda gelişen deliryumun %75'ini zamanında belirleyemedikleri belirtilmiştir (Rice ve ark., 2011). Belirtileri değişken olabildiği için sıklıkla gözden kaçırılabilir, deliryum tanısını çeşitli yöntemler kolaylaştırabilir. Kognitif durumun değerlendirilmesi için Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMSE) uygulanır. Predispozan ve presipitan faktörlerin tespit edilmesi için klinik bulgular ve laboratuvar testlerinden faydalanılır. Deliryum tanısı için Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV) ve Confusion Assessment Method (CAM) gibi tanı kriterlerinden faydalanılır. Akut başlangıçlı dalgalanma gösteren mental durum değişikliği, bozulmuş dikkat, organize olmayan düşünme, bilinç durumunda değişiklik kriterlerinden ilk iki kritere ek olarak üçüncü kriterden birinin bulunması gereklidir (Erdil ve Bayraktar, 2010; Savaş ve Akçiçek, 2010; Yavuz, 2010).

Yaşlı bireyde immün yanıtta da zayıflama söz konusudur. Kronik hastalıklar, yetersiz beslenme ve özbakım eksikliği de eklenince yaşlı hastalar enfeksiyonlara yatkın hale gelmektedir. Yaşlılarda sık görülen enfeksiyonlar; flebit/tromboflebit, grip, akciğer enfeksiyonları (pnömoni, bronşit, tüberküloz), nedeni bilinmeyen ateş, gastrointestinal enfeksiyonlar, zona, rinosinüzit, septik artritdir. Hastane enfeksiyonları açısından da tüm riskleri barındıran grup yaşlı hastalardır (65 yaş üzeri, invaziv girişim uygulanan, immün sistemi baskılanmış, beslenmesi yetersiz olan, başka bir vücut bölgesinde enfeksiyonu olan, preoperatif hastanede uzun süre yatış süresi olan) (Er ve Altındış, 2013). Özellikle ortopedik girişimlerde protez, implant, çivi vb. gibi yabancı bir maddenin de vücuda yerleştirilmesi özellikle cerrahi alan enfeksiyonlarını arttırmaktadır. Bu sebeple ortopedi hemşiresi de yaşlı bireyi enfeksiyon riskleri yönünden dikkatle

değerlendirmeli, ameliyat öncesi dönemde var olan enfeksiyonunun önceden tedavi edilmesi sağlanmalıdır (NICE, 2008).

Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde yaşlı bireyin endokrin sistem fonksiyonları açısından da değerlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle nüfusun %14'ünün diyabet ve olası komplikasyonlarıyla karşı karşıya olduğu belirtildiğinden, diyabetin yönetimi önemlidir (Ahsen, 2013). Amerika'da 65 yaş ve üzeri bireylerin %26.9'unun diyabet olduğu belirtilmiştir (Centers of Disease Control and Prevention [CDC], 2011). Yaşlı bireylerde bilişsel durumları, çoklu ilaç kullanımı (kortizon, diüretik vs.), insülin salgısında azalma ve fiziksel aktivitenin azalması gibi sebeplerle diyabete olan eğilim artmıştır. Ayrıca, yaşlılar; diyabetin komplikasyonları ile daha erken karşılaşmaktadır. Hipoglisemi ve nonketotikhiperosmolar koma gibi akut komplikasyonlara karşı da daha duyarlıdır ve ölümcül seyredebilir. Bu sebeple Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'ndeki yaşlı bireylerin tüm bu problemler açısından ayrıntılı değerlendirilmeleri önemlidir. Ameliyat öncesinde kontrol edilemeyen diyabet; dehidratasyon, yara enfeksiyonları, elektrolit ve asit baz dengesizlikleri gibi yaşamı tehdit eden tablolara sonuçlanabilir (Kohl, Schwartz, 2009). Bu çerçevede hastaların, kan şekeri, HbA1c düzeyi, oral antidiyabetik/ İnsülin kullanımı, beslenme uyumu (diyet, ara öğün), komplikasyonlar (ayak yaraları retinopati, nefropati, genitouriner ve dirençli cilt enfeksiyonları vb), dehidratasyon bulguları, ayak bakımı, uyuşma, karıncalanma, egzersiz, yaşam şekli, bakım desteği değerlendirilmelidir (Ahsen, 2013). Yaşlı bireylerde görülen endokrinolojik problemlerden olan hipotiroidi ve hipertiroidin değerlendirilmesi önemlidir (Kohl, Schwartz, 2009). Ortopedi hemşiresi yaşlı bireyin bilinç durumunu, nabzını, iştah ve dışkılama alışkanlığını, ödemi, sıcak ve soğuğa reaksiyonunu, kas gücünü, derisini, tiroit hormonlarını, ilaç kullanımı ile nodül/kanserleşme riskini değerlendirmelidir (Ahsen, 2013).

Polifarmasi

Polifarmasi, aynı anda sıklıkla birden fazla endikasyon için çoklu ilaç kullanımı olarak tanımlanıp, yaşla artan bir problemdir. Yaşlılar çoklu hastalıkları sebebiyle reçeteli ve reçetesiz ilaçların gönüllü kullanıcılarıdır. Ancak ilaç reaksiyonları öldürücü olmakla birlikte sık görülmektedir. Dikkatli değerlendirme polifarmasiyi, ilaçların oluşturduğu yan etki sıklığını ve uygunsuz ilaç yazımını azaltabilir (Cheng ve ark. 2007; Elsayy, 2011).

Sonuç olarak; toplumların yaş ortalamasının artması yaşlı hastaların sayılarını da artırarak geriatrik hastaların bakım gereksinimlerine olan farkındalığı arttırmıştır. Geriatrik ortopedi hastalarında multidisipliner ekip yaklaşımı ve etkin hemşirelik bakımı ile gelişebilecek sorunların önemli ölçüde önenebileceği düşünülmektedir. Ortopedi hemşirelerinin geriatrik hastaya bütüncül yaklaşımları ile yapacakları değerlendirmelerin, önemli komplikasyonların önlenmesini sağlayarak, hastanede kalış sürelerini kısaltabileceği ve hastaların yaşam kalitesini arttıracakı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Ahsen, A. (2013). Yaşlılarda Endokrinolojik ve Metabolik Sorunlar. Altındış M. (Ed.), *Yaşlılarda Güncel Sorunları ve Bakımı* (1. Baskı syf: 29-38). İstanbul. İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Ahmadi, S.M., Mohammadi, M.R., Mostafavi, S.A., Keshavarzi, S., Kooshesh, S.M., Joulaei, H., Sarikhani, Y., Peimani, P., Hevdari, S.T., Lankarani, K.B. (2013). Dependence of geriatric depression on nutritional status and anthropometric incidences in elderly population. *Iranian Journal of Psychiatry*. Jun; 8(2): 92-6.
- Akyol, Ö., Karyurt, Ö., Salmond, S. (2009). Experiences of pain and satisfaction with pain management in patients undergoing total knee replacement. *Orthopaedic Nursing*. Mar/Apr. 28(2):79-85.
- Albert M, McCaig LF, Ashman JJ.(2013). Emergency department visits by persons aged 65 and over: United States, 2009-2010. *NCHS Data Brief*. Oct; (130): 1-8.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). (2008). Treatment of osteoarthritis of the knee (Non-Artroplasty). Full Guideline. December. Erişim: 13.01.2014. <http://www.guideline.gov/browse/by-organization.aspx?orgid=42>
- Andersen, K.V., Bak, M., Christensen, B.V., Harazuk, J., Pedersen, N.A., and Soballe, K. (2010). A randomized, controlled trial comparing local infiltration analgesia with epidural infusion for total knee arthroplasty. *Acta Orthopaedica*. 81(5): 606-610.
- Barbay, K. (2009). Research evidence for the use of preoperative exercise in patients preparing for total hip or total knee arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*. May/June 28(3): 127-133.
- Bettelli, G. (2011). Preoperative evaluation in geriatric surgery: comorbidity, Functional status and pharmacological history. *Miverva Anestesiol*. 77: 637-46.
- Biçer, A. (2005). Geriatriye kullanılan yaşam kalitesi ve fonksiyonel değerlendirme ölçekleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*.1(27): 10-16.
- Bilik Ö. (2012). Hemşirelik Bakımında Bütünün Bir Parçası: Nörovasküler Tanılama. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yükseköğretim Dergisi*. 5 (4), 175-179
- Biol, L. (2011). *Hemşirelik Süreci. Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım*.(10. Baskı syf: 21-31). İzmir. Etki Yayınları.
- Bray, A. (2006). Preoperative nursing assessment of the surgical patient. *Nursing Clining of North America*. 41(2):135-50.
- Catananti, C., Gambassi, G., (2010). Pain assessment in the elderly. *Surgical Oncology*. 19(3):140-8.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). National Diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services. Erişim: 29.01.2014 http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs_2011.pdf
- Cheng, S.P., Yang, T.L., Jeng, K.S., Lee, J.J., Liu, T.P., Liu, C.L. (2007). Perioperative care of the elderly. *International Journal of Gerontology*. 1: 89-97.
- Çeçen, D., Özbayır, T. (2011). Cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastalarda düşme riskinin belirlenmesi ve düşmeyi önlemeye yönelik yapılan girişimlerin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 27 (1) : 11-23.
- Çınar, C., Alanoğlu, E., Sezgin, M., Bal, A., Çakçı, A. (2003). Total knee arthroplasty in patients with osteoarthritis of knee pain, function and health-related quality of life relationship. *Physical Medicine*. 6: 1-7.
- Chow, W.B., Rosenthal, A., Merkow, R.P., Ko, C.Y., Esnaola, N. (2012). Optimal Preoperative Assessment of the Geriatric Surgical Patient: A Best Practices Guideline from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program and the American Geriatrics Society. *Journal of American College of Surgeons*. Vol. 215(4): 453-466.
- De Hert, S., Imbeger, G., Carlise, J., Diemunsch, P., Fritsch, G., Moppettl et all. (2011). Preoperative evaluation of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: Guedlines from the European Society of Anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology*. 28: 684-722.
- Della Rocca, G.J., Moylan, K.C., Crist, B.D., Volgas, D.A. Stannard, J.P., Mehr, D.R. (2013). Comanagement of geriatric patients with hip fractures: A Retrospective, Controlled, Cohort Study. *Geriatric Orthopaedic Surgery&Rehabilitation*. 4(1): 10-15.
- Demir Korkmaz, F. (2010). Vasküler Hastalıklar ve Periferik Dolaşım Bozuklukları. Karadakovan A, Eti Aslan F. (Ed.) Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. (1.Basım Syf: 577-608). Nobel Kitabevi, Adana.
- Dewan, S.K., Zheng, S.B., Xia, S.J.(2012). Preoperative geriatric assesment: Compherensive, multidisciplinary and proactive. *European Journal of Internal Medicine*. 23: 487-494.
- Doruk, H., Naharcı, M.İ. (2009). Yaşlılarda düşmeler. Ed: Işık AT, Eker E. Geriatrik Geropsikiyatrik Aciller. (1. Baskı syf: 71-84). İstanbul. Som Kitap Yayınevi.
- Dündar, Ü. (2013). Yaşlılarda Osteoporoz ve Egzersiz. Altındış M., Yaşlılarda Güncel Sorunları ve Bakımı (Ed.). (1. Baskı syf: 151-158). İstanbul. İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Erdil, F., Bayraktar, N. (2010). Yaşlı Bireylerde Kas-İskelet Sorunlarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 18(2): 106-113.
- Elsawy, B.(2011). The Geriatric Assessment. *American Family Physician*. 2011; 83 (1): 48-56.
- Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T.A., Jett, K., Luggen, A.S. (2008). Toward Healthy Aging. Missouri, Mosby.
- Er, H., Altındış, M. (2013). Yaşlılarda sık görülen enfeksiyonlar ve bağışıklama. Ed.: Altındış M. Yaşlılarda Güncel Sorunları ve Bakımı (1. Baskı syf: 77-85). İstanbul. İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Eti Aslan, F. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 6(1): 9-16.
- Eti Aslan, F. (2003). Postoperatif Ağrı Yaşlıların Kaderi Mi? *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 6(2): 57-66.
- Eti Aslan, F. (2010). Ağrı. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. (Ed.) (1.Basım Syf: 137-160). Nobel Kitabevi, Adana.
- Gomes, G.O., Cintra, F.A., Batista, F.S., Neri, AL., Guariento, M.E., Sousa, M.R., D'elboux, M.J. (2013). Elderly outpatient profile and predictors of falls. *Sao Paulo Medicine Journal*. 131 (1): 13-8.
- Güner, P., Geenen, O. (2007). Atlanması Kolay Bir Bozukluk: Deliryum. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.11(1): 37-46.
- Güngör Tavşanlı, N., Özçelik, H., Karadakovan, A. (2013). Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ağrı*. 25(3):93-100.
- Kara, H., Bayır, A., Ak A., Akıncı M., Tüfekci N., Degirmenci S., Azap M. (2014). Trauma in elderly patients evaluated in a hospital emergency department in Konya, Turkey: a retrospective study. *Clinical Interventions in Aging*. 9: 17-21.
- Karadakovan, A. (2010). Yaşlılık ve Bakım.Karadakovan A, Eti Aslan F. (Ed.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. (1.Basım Syf: 113-136). Nobel Kitabevi, Adana.
- Katlic, M. R. (2010). Consider surgery for elderly patients. *Canadian Medical Association Journal*. 182: 1403-4.
- Kohl, B. A., Schwartz, S. (2009). Surgery in the patient with endocrine dysfunction. *Medical Clinics of North America*. 93: 1031-47.
- Leung, J. M., Dzankic, S. (2001). Relative importance of preoperative health status versus intraoperative factors in predicting postoperative adverse outcomes in geriatric surgical patients. *Journal of American Geriatrics Society*. 49: 1080-5.
- Mamaril, M. E. (2006). Nursing considerations in the geriatric surgical patient. The perioperative continuum of care. *Nursing Clinics of North America*. 41: 313-28.

- Naharcı, M. İ., Doruk, H. (2009). Yaşlı Popülasyonda Düşmeye Yaklaşım. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 8 (5): 437-444.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Clinical Guideline 74. Surgical site infection. October 2008. Erişim: 29.01.2014. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG74FullGuideline.pdf>
- Özden, D., Karagözoğlu, Ş., Kurukız, S. (2012). Hastaların iki ölçüğe göre düşme riskinin belirlenmesi ve bu ölçüklerin düşmeyi belirlemedeki duyarlılığı: Pilot Çalışma. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.15(1): 80-88.
- Pasero, C., McCaffery, M. (2007). Orthopaedic postoperative pain management. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Jun, 22(3): 160-72. Erişim: 29.01.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17543801>
- Rice, K. L., Bennett, M., Gomez, M., Theall, K. P., Knight, M., Foreman, M. D. (2011). Nurses Recognition of Delirium in the Hospitalized Older Adult. *Clinical Nurse Specialist*. Nov-Dec; 25 (6): 299-311.
- Rosenthal, R. A. (2004). Nutritional concerns in older the older surgical patient. *Journal of American College Surgery*.199: 785-91.
- Salmon, P., Hall, G. M., Peerbhoy, D., Shenkin, A., Parker, C. (2001). Recovery from hip and knee arthroplasty: patients' perspective on pain, function, quality of life, and well-being upto 6 months postoperatively. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Mar 82(3):360-6. Erişim: 29.01.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11245759>
- Savaş, S., Akçiçek, F. (2010). Kapsamlı geriatik değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi*. 49(3) Ek / Supplement: 19-30.
- Sieber, F.E. (2009). Postoperative delirium in the elderly surgical patient. *Anesthesiology Clinics*. 27: 451-464.
- Stevens, J.A. (2005). Falls among older adults risk factors and prevention strategies. *Journal of Safety Research*. 36: 409-411.
- Şendir, M., Büyükyılmaz, F. (2012). Doku Bütünlüğünün Sağlanması ve Yara Bakımı. Atabek Aştı, T., Karadağ, A.(Ed.). Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı. (1.Baskı, Syf: 487-507). İstanbul, Akademi Yayıncılık.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). (2010, 2012). Erişim: 14.01.2014 <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>
- Ungar, A., Rafanelli, M., Iacomelli, I., Brunetti, M.A., Ceccofoglio, A., Tesi, F., Marchionni, N. (2013). Fall prevention in the elderly. *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*. 10 (2): 91-95.
- Uymaz, P, Nahcivan N. (2013)Yaşlılar için düşme davranışları ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 21(1): 22-32.
- Uzun, Ş. (2012). İntravenöz Sıvı Tedavisi. Atabek Aştı, T., Karadağ, A. (Ed.). Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı. (1.Baskı Syf: 811-846). İstanbul, Akademi Yayıncılık.
- Yaman, M., Ceviz I. (2013). Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Nörolojik Hastalıklar. Altındiş, M. (Ed.). Yaşlılarda Güncel Sorunları ve Bakımı. (1. Baskı syf: 97-113). İstanbul. İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Yavuz, B. (2010). Deliryum Geriatri Uzmanı Gözüyle. Akademik Geriatri. Erişim: 27.01.2014. http://www.akademikgeriatri.org/geriatri_konusmaci_metinleri/24.pdf
- Yılmaz, M. (2013). Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılarda Demografik Değişiklikler. Ed. Altındiş M., Yaşlılarda Güncel Sorunları ve Bakımı (1. Baskı syf: 1-9). İstanbul. İstanbul Medikal Yayıncılık.