

## GERİATRİK CERRAHİDE HASTA BAKIMI

### PATIENT CARE IN GERIATRIC SURGERY

**Uzm. Hemş. Burcu TOTUR\***      **Doç.Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ\*\***

\*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

### ÖZET

Dünyada olduğu gibi, ülkemizde de yaşlı nüfus artmaktadır. Geriatrik gruptaki hastaların yarısının ölmeden önce herhangi bir nedenle cerrahi girişim geçirdiği tahmin edilmektedir. Buna karşın yaşlanmanın hücresel düzeyde ve organ sistemlerinde yol açtığı değişiklikler nedeniyle yaşlılar cerrahi tedaviyi daha az tolere etmektedirler. Artan yaş, hastalığa bağlı yaşam süresinin azalmasına ve cerrahi morbidite ile mortalitenin artmasına yol açmaktadır. Ayrıca yaşlanmanın neden olduğu fizyolojik ve psikososyal değişiklikler de söz konusudur. Bu nedenle ameliyat olacak geriatrik hastaların, genç ve orta yaşta hastalara verilen bakımdan daha farklı bir bakıma gereksinimleri vardır.

Bu makalede, geriatrik cerrahide risk faktörleri, geriatrik cerrahi hastasının hemşirelik bakımı ve geriatrik cerrahi hastasının rehabilitasyonu tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** yaşlı, yaşlı bakımı, perioperatif, cerrahi, perioperatif hemşirelik, geriatri hemşireliği.

### ABSTRACT

*Like the general trend in the world, the elderly population is increasing in our country. It is estimated that half of the patients in the elderly group had surgical intervention because of any reason before their death. Despite this; elderly can tolerate the surgical treatment less, because of the changes in cellular level and organ systems during ageing. Nonetheless, increasing age causes the life span due to the disease to decrease and the surgical morbidity and mortality to increase. In addition, there are some physiological and psychosocial changes caused by the getting old process. For this reason, the elderly patients who are going to have surgery have different care needs compared to the care given to the young and middle-aged patients.*

*In this article, risk factors of geriatric surgery, nursing care activities of geriatric surgery patients and rehabilitation of geriatric surgery patients are discussed.*

**Key Words:** elderly, elderly care, perioperative, surgery, perioperative nursing, geriatric nursing.

### GİRİŞ

Geriatri grubundaki hastaların yarısına, ölmeden önce herhangi bir nedenle cerrahi girişim yapıldığı tahmin edilmektedir. Geriatrik hastalarda gerçekleştirilen ameliyatlardan katarakt ekstraksiyonu, prostatın transüretral rezeksiyonu, herni

onarımı, kolesistektomi ve kalça fraktürünün revizyonu gibi girişimler ilk sıralarda yer almaktadır (Şenel 2005).

Geriatrik cerrahi hastasının bakım ve tedavisindeki perioperatif ya da perianestezik risklerin önemi gün geçtikçe artmaktadır (Saufl 2004). Geriatrik hasta için anestezi tekniği ne olursa olsun cerrahi riskin ortaya konulması için öncelikle iyi bir preoperatif değerlendirme yapılmalı, var olan hastalıkların kontrolü yapılmalı ve ameliyat için optimum koşullar sağlanmalı, uygun ilaçlarla perioperatif hemodinamik stabilizasyon sağlanmalı, mümkün olan en kısa sürede cerrahi işlem gerçekleştirilmeli, gerekli görülürse invaziv monitorizasyon yapılmalı, perioperatif hipoksemi, hiperkapni, hipotermi ve deliryum önlenmelidir (Çakar ve Denker 2006).

Geriatrik cerrahi için biyolojik yaş, kronolojik yaşa göre daha ayırıcı bir risktir. Diğer bir deyişle cerrahi risk açısından, geriatrik hastanın fonksiyonel durumu gerçek yaşından daha önemlidir. Çünkü yaşlanma sürecine bağlı olarak hücresel düzeyde ve organ sistemlerindeki değişiklikler yaşlılarda cerrahi tedavi gerektiren durumların daha az tolere edilmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda artan yaş, hastalığa bağlı yaşam süresinin azalmasına ve cerrahi morbidite ile mortalitenin artmasına yol açar (Saufl 2004). Cerrahi mortalite ve morbiditenin en önemli nedenleri kardiyovasküler, solunum ve üriner sistemlerdeki bozukluklardır. Kronik hastalıklar (osteoartrit, diabetes mellitus, anemi v.b.) da mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır (Bailes 2000)

Yaşlı grupta risk faktörlerinin artmasına karşın, günümüzde yaşlanma konusunda daha fazla bilgi sahibi olunması, gelişmiş anestezi, cerrahi, izleme teknikleri ve bakım sayesinde perioperatif mortalite ve morbidite oldukça düşüktür. Yaşlanmanın neden olduğu fizyolojik ve psikososyal değişiklikler, ameliyat olacak yaşlı hastalara, genç ve orta yaştakilere verilecek bakımdan daha farklı özellikleri olan bir bakım verilmesini gerektirir (Erdil 2005). Hemşireler geriatrik hasta bakımını planlarken, hastanın bireysel özelliklerini, yaşlılığın vücutta oluşturduğu fizyolojik ve mental değişiklikleri, geriatrik hastadaki cerrahi risk faktörlerini, ilaçların etkilerini, yara iyileşmesi ve ağrı gibi durumları özellikle dikkate almalıdırlar (Uzun 2000).

## **GERIATRİK HASTANIN AMELİYAT ÖNCESİ HEMŞİRELİK BAKIMI**

Yaşlılarda sıklıkla görülen beslenme bozukluğu, idrar ve gaita inkontinansı, kas-sinir hastalıkları, anemi ve dehidratasyon ameliyat olacak hasta için önemli sorunlardır. Ameliyat öncesi dönemde geriatrik hastadan kapsamlı bir anamnez alınması ve fiziksel değerlendirme yapılması, ameliyat öncesi değerlendirmenin temelini oluşturmaktadır (Callahan-Faut ve Tuzik 1992). Ameliyat olacak geriatrik hastanın ameliyat öncesi değerlendirilmesi, genel görünüm, beslenme durumu, mobilite, kas-iskelet durumu, bilişsel ve psikososyal durum, kronik hastalıkları ve tedavi durumu, laboratuvar ve diğer test sonuçları, kullandığı ilaçlar ve cerrahi prosedürün planlanması gibi konuları içerir (Bailes 2000, Erdil 2005).

Cerrahi başarıyı etkileyeceği için yaşla birlikte sistemlerde görülen değişikliklerin bilinmesi gereklidir. Bu değişiklikler aşağıda belirtilmiştir.

**Solunum sistemi:** Geriatrik hastada göğüsün ön-arka çapının artması, toraksın esnekliğinin azalması, kamburluk, göğüs duvarı sertliğinin gelişmesi, derin nefes alma ve öksürme yeteneğinin azalmasına neden olmaktadır (Erdil 2008). Bu durumlar, özellikle sigara alışkanlığı olan, ameliyat sonrası yatak istirahatına alınan hasta için solunum sisteminde atelektazi ve pnömoni gibi sorunlara neden olabilir (Bailes 2000). Hemşire, ameliyat öncesi dönemde hastaya derin solunum, sakıncası yoksa öksürük egzersizlerini ve spirometre kullanımını öğretmelidir (Bailes 2000, Erdil ve Özhan 2001, Asher 2004).

**Kardiyovasküler sistem:** Yaşlanmayla birlikte tüm büyük damarlar elastikiyetini önemli oranda kaybeder, aterosklerotik değişiklikler ve sol ventrikül hipertrofisi gelişir. Kalp kapakçıkları da kalınlaşır ve sertleşir (Erdil 2008). Geriatrik hastalarda görülen fizyolojik değişiklikler ameliyat sonuçlarını etkileyen hipertansiyon, miyokard enfarktüsü, aritmi, iletim bozuklukları, kalp yetersizliği, kalp blokları ve inme gibi rahatsızlıklara neden olabilirler. Ameliyat öncesi birkaç gün kan basıncının kontrol altında tutulması kalp hastalıklarının görülme riskini azaltır. Kalp blokları görülen hastalara ameliyat öncesi dönemde transvenöz pacemaker uygulanmalıdır. Kalp yetersizliği olan hastalar dispne, raller, juguler ven distansiyonu ve ödem açısından değerlendirilmelidir. Daha önce miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda ameliyat öncesi dönemde en az 6 ay bekletilmelidir (Dunn 2004).

**Duyusal Değişimler:** Geriatrik hastadan, doğru bir anamnez alınabilmesi ve sağlıklı bir fiziksel değerlendirme yapılabilmesi için hasta ile iyi iletişim kurulmalıdır. İletişim sağlanabilmesi için ise hastanın işitme ve görme gibi fiziksel engellerinin farkında olunmalıdır. İşitme engeli olan geriatrik hasta ile yavaş, açık ifadelerle ve yüz yüze konuşulmalı, gerekli ise söylenenler tekrar edilmeli, ses tonu hastanın duyabileceği şekilde ayarlanmalı, gerektiğinde işaret dili kullanılmalı ve anlatılanların anlaşıldığından emin olunmalıdır (Kee ve Miller 1999, Dunn 2004, Saufi 2004). Görme engeli olan geriatrik hasta için ise oda iyi aydınlatılmalı, hasta mümkün olduğunca yalnız bırakılmamalıdır. Ayrıca duyu yetersizlikler geriatrik hastada anksiyeteye ve ameliyat öncesi dönemde verilecek eğitimin yetersiz olmasına neden olmaktadır (Kee ve Miller 1999).

**Beslenme durumu:** Ameliyat öncesi geriatrik hastaların beslenme durumlarının, sıvı elektrolit dengelerinin düzenlenmesi ve sistemlerdeki bozuklukların kontrol altına alınması önemlidir (Erdil ve Özhan 2001). Geriatrik hastalarda beslenme bozuklukları, ağız hijyenin bozuk olması, ağız içindeki yapısal etmenler gibi nedenlerle dişlerin bir kısmının ya da tamamının kaybedilmesi, tat ve koku alma yeteneğinin azalması ameliyat öncesi dönemde sıklıkla karşılaşılan sorunlardır. Bu durumda hemşire hastanın beslenmesine yardımcı olmalı, yutma güçlüğü olan hastada az ve sık öğünlerle beslenme yolunu tercih etmeli ve gerektiğinde beslenme desteği sağlamalıdır (Uzun 2000). Beslenme durumunun değerlendirilebilmesi için hastanın boy-kilo ölçümü yapılmalı, beden kitle indeksi hesaplanmalı ve serum-albumin düzeyi kontrol edilmelidir (Asher 2004). Ciddi malnütrisyon durumlarında ameliyat ertelenebilir. Ameliyatın ertelenmesi uygun değilse, hastanın beslenme durumu enteral ya da parenteral beslenmeyle düzenlenmeye çalışılır (Erdil 2005).

Geriatrik hastanın ağız hijyeni, mevcut dişler ve protezleri de değerlendirilmeli ve bakımları sağlanmalıdır (Kanbur 1998). Özellikle eksik dişler ve diş protezleri anestezi için önemlidir çünkü entübasyon sırasında protezler yerinden çıkabilir, yer değiştirebilir ve hava yolunu tıkayabilirler (Uzun 2000). Dudak kuruma ve çatlamlarına karşı ise yumuşatıcı krem ve pomatlar uygulanmalıdır (Kanbur 1998).

**Ağrı:** Ameliyat sonrası dönemde etkin ağrı yönetiminde ameliyat öncesi dönemdeki ağrı değerlendirmesi önemli bir yer tutar. Yaşlılarda organ sistemlerinde ortaya çıkan pek çok değişikliğe rağmen ağrının algılanmasının değişmediği düşünülmektedir. Demans ve Alzheimer gibi bozukluklar ağrıyı tanımlamada hastanın uygun ifadeleri bulamamasına neden olabilir. İştme ve görme engelleri de iletişim sorunlarına yol açtığından ağrıyı değerlendirmek için mimikler kullanılabilir. Ağrısını ifade edemeyen hastalarda ise pozisyon, inleme, ağlama, ovalama, sallanma gibi ağrıyı belli eden davranışlar gözden kaçırılmamalıdır. Ayrıca ağrı ile ilgili sözel ve sözel olmayan ipuçları kayıt edilmelidir (Larsen 2000).

**Düşme ve yaralanmalar:** Geriatrik hastalar, genel güçsüzlük, mobilitenin azalması, inkontinans, uykusuzluk, konfüzyon, depresyon ve görmenin azalması gibi nedenlerle yaralanma ve düşmelere karşı daha fazla risk altındadır. Geriatrik hastada fiziksel yetersizliklerin neden olabileceği düşme riskini azaltmak için güvenli hastane ortamı sağlanmasına önem verilmeli ve bu konuda çeşitli önlemler alınmalıdır (Fulmer 1992).

Yapılan çalışmalar, etkin bir ameliyat öncesi hazırlığın, hasta bakım kalitesinin artırılmasında ve ameliyat sonrası komplikasyon gelişiminin önlenmesinde önemli olduğunu göstermişlerdir (Callahan-Faut ve Tuzik 1992).

## **GERİATRİK HASTANIN AMELİYAT SIRASINDAKİ HEMŞİRELİK BAKIMI**

Ameliyat dönemi hastanın fizyolojik dengesinin sürdürülmesi üzerine temellendirilmektedir. Yaşlılığın etkisi, kronik hastalıkların bulunması ve anestezi komplikasyonları bu dengeyi etkilemektedir (Callahan-Faut ve Tuzik 1992). Geriatrik hastalar için kullanılacak birkaç çeşit anestezi seçeneği vardır. Bu anestezi seçenekleri, genel anestezi, spinal, epidural ve diğer regional bloklar (örneğin femoral sinir bloğu, brakial ve aksiler bloklar) dır. Spinal anestezi, kalça kırığı ve diz replasmanı gibi ortopedik ameliyatlarda kullanılmaktadır (Asher 2004).

Geriatrik hastanın cerrahi deneyimle baş edebilmesi için mümkün olduğunca doğal bir çevre yaratılmalı, hastanın kendisini izole ve yalnız hissetmemesi için hastayla iletişim kurulmalıdır. Hasta uyanırken ya da anestezi verilmeden önce hastanın mahremiyetinin sağlanması ve özelinin korunması hemşirelik bakımının önemli bir kısmını oluşturur (Callahan-Faut ve Tuzik 1992).

Geriatrik hastada kemik dokusundaki zayıflama ve osteoartritler ameliyat sırasında pozisyon verirken daha dikkatli hareket etmeyi gerektirir (Bailes 2000, Uzun 2000, Erdil 2008). Kemik çıkıntıları korumak için pozisyon verme aletleri ve yumuşak yastıklar kullanılmalıdır. Kemik çıkıntılarının olduğu alanlar kızarıklık ve solukluk yönünden değerlendirilmelidir (Bailes 2000, Uzun 2000).

Ameliyat sırasında geriatrik hastanın nabızı, tansiyonu, vücut ısısı, cilt ve dokuların oksijenlenme durumu izlenmelidir. Anestezik ajanlar, nabız ve kan basıncında değişikliklere ve kardiyopulmoner sistem üzerinde baskılara neden olabilirler. Bu nedenle geriatrik hastalarda anestezik olarak regional bloklar önerilmektedir (Westhead 2007).

Hastanın sıvı-elektrolit düzeyi takip edilmelidir. Özellikle uzun süren ameliyatlarda dehidratasyon, geriatrik hastalar için ortak problemdir. Ameliyat öncesi dönemde yapılan bağırsak temizliği ve diüretik kullanımı dehidratasyon için risk faktörleridir. Ameliyat sırasında dehidratasyon bulgularının belirlenebilmesi için hastanın, yaşamsal bulgularının, aldığı-çıkarıldığı sıvıların, kan-elektrolit düzeylerinin ve cilt turgorunun takibi yapılmalıdır. Ayrıca hastanın mukoz membranları ve cilt yüzeyi de değerlendirilmelidir (Asher 2004).

Geriatrik hastalarda ameliyat sırasında karşılaşılabilecek diğer bir önemli problem ise yağ tabakalarının azalması nedeniyle ısı regulasyonunun sağlanmaması sonucu hipotermi gelişmesidir (Uzun 2000, Erdil 2008). Hastaların hipotermiden etkilenmemeleri için ısıtıcı battaniyeler kullanılabilir, başları sarılabilir ve ayaklara %100 pamuklu çorap giydirilebilir (Asher 2004).

## GERİATRİK HASTANIN AMELİYAT SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Ameliyat sonrası dönem, hastanın ayılma odasına ya da yoğun bakıma alınması ile başlar ve hastanın taburcu edilmesi ile sona erer. Ameliyat sonrası dönemde geriatrik hastaların bakımına daha fazla önem verilmesi ve hemşirelerin geriatrik hasta bakımı konusundaki bilgilerinin artması nedeniyle ameliyat sonrası taburculuk süreleri kısalmıştır. Ameliyat sonrası hasta bakımında, kardiyovasküler sistem ve solunum sistemi değerlendirmesi, ağrı kontrolü, sıvı-elektrolit dengesi, yara iyileşmesi temel konulardır (Callahan-Faut ve Tuzik 1992). Ameliyatı sona eren geriatrik hasta, yaşam bulguların takibi açısından öncelikle monitorize edilmeli ve hastaya oksijen verilmelidir (Bailes 2000, Uzun 2000).

**Solunum sistemi:** Yaşlanma ile böbreklerin azalan fonksiyonu, atık ürünlerin ve anestezik maddelerin daha uzun sürede vücuttan atılmasına neden olur. Bu nedenle solunum sistemi oksijen saturasyonu izlenerek değerlendirilmelidir. Özellikle akciğer hastalığı olan geriatrik hastalarda oksijen saturasyonunun %93-%95 olması normal karşılanabilir. Ayrıca hastanın solunum sesleri, sayısı ve ritmi değerlendirilmelidir.

**Kardiyovasküler sistem:** Hemşire geriatrik hastadaki kardiyovasküler sistemdeki değişiklikleri dikkatle değerlendirmeli ve izlemelidir (Bailes 2000, Uzun 2000). Kardiyovasküler değerlendirme açısından hastanın EKG ritmi izlenmeli, tansiyon, sıvı-elektrolit, hemoglobin ve hematokrit düzeyleri takibi yapılmalıdır (Bailes 2000, Asher 2004). Hastada ameliyat öncesinde anemi bulunmasının, kan kaybı nedeniyle ameliyat sonrasında daha ciddi bir sorun oluşturabileceği unutulmamalıdır (Erdil 2008). Spinal anestezisi uygulanan hastalarda ise hipotansiyon gelişimi açısından dikkatli olunmalıdır (Bailes 2000).

Geriatrik hasta, ameliyat sonrası dönemde erişkin hastalara oranla ısı düzenleme mekanizmalarındaki yetersizlik ve metabolik fonksiyonlardaki bozukluklar nedeniyle hipotermi açısından daha fazla risk altındadır (Bailes 2000, Dunn 2004). Bu nedenle hastanın beden ısı kontrol edilmeli ve ısıtıcı battaniyeler ya da hava ile ısıtma sistemleri kullanılmalıdır (Asher 2004).

**Ağrı:** Cerrahi girişim yapılan geriatrik hastalarda morbitide ve mortalitede ameliyat sonrası analjezi önemli bir yer tutmaktadır (Larsen 2000). Yaşlılarda demans ya da konuşma güçlüğü gibi bir durumun bulunması ağrıyı belirlemede güçlük yaratır (Erdil 2008). Geriatrik hastalar, daha düşük doza yanıt verdikleri, ağrıdan daha az şikayet edip daha az analjezik istedikleri için genellikle yaşlıların gençlere oranla daha az analjeziye ihtiyaçları olduğu kanısı yerleşmiştir. Bu nedenle yaşlılara gereğinden daha az analjezik verilmektedir (Larsen 2000). Ayrıca geriatrik hastalar hasta kontrollü analjezi gibi yeni tedavi yöntemlerini kullanmada kararsız kalabilir ya da ilaç bağımlılığı gelişmesinden korkabilirler (Erdil 2008).

Artan geriatrik hasta sayısı ve tedavi edilmemiş ameliyat sonrası ağrıya bağlı ciddi riskler düşünüldüğünde en uygun ağrı değerlendirme gereçlerinin belirlenmesi şarttır. Geriatrik hastalarda ağrının değerlendirilmesinde Visuel Analog Scala (VAS) kullanılırken hataların artabileceğinden bahsedilmektedir. Bu nedenle hastalar tarafından daha kolay yanıtlanan 6 kelimedenden oluşan Verbal Rating Scala (VRS) kullanılması önerilmektedir. Sözlü ağrı tanımlayıcı skalalar ve McGill Ağrı Skalası yaşlılar dahil tüm erişkinlerde güvenle uygulanabilir.

Ağrı şiddeti cerrahi bölgesine göre değişkenlik gösterir. Yüzeysel işlemlerde ağrı hafifken gövdedeki operasyonlarda daha şiddetlidir. Torakotomi, sternotomiden daha ağrılıdır. Subkostal insizyonlar, alt abdominal insizyona göre daha ağrılıdır. Büyük eklemlerdeki ortopedik girişimler de oldukça rahatsız edicidir. Ameliyat sonrası ağrının derecesi önceden kestirilebilirse buna göre gerekli girişimler önceden planlanabilir. Çoğu geriatrik hastada ameliyat sonrası dönemde özellikle ilk birkaç gün dokunmaya bağlı olarak akut nöropatik ağrı ortaya çıkar. Bunun sebebi cerrahiye bağlı sinirde travma ya da ameliyat sırasında pozisyon verme hatalarına bağlı periferik sinir basısı olabilir.

Yaşlılarda kas dokusu ve cilt altı bağ dokusundaki değişiklikler nedeniyle analjezi için cilt altı ve kas içi enjeksiyonlardan kaçınılmalıdır. İntravenöz yol tercih edilmelidir (Dunn 2004, Şenel 2005).

**Duyusal Gereksinimler:** Hastanın anesteziyenin uyanması sırasında, işitsel ve görsel yetersizlikleri var ise bunlar dikkate alınarak hastanın ameliyatının sonlandığı, derlenme odası ya da yoğun bakım ünitesinin fiziksel koşulları ve buradan ne zaman çıkacağı gibi konularda bilgilendirme yapılmalıdır (Westhead 2007).

**Beslenme durumu:** Ameliyat sonrası dönemde geriatrik hastada negatif nitrojen dengesi görülebilir. Bu durumda yoğun beslenme desteği ile negatif nitrojen dengesi azaltılabilir. Bu arada hastalık süresince besin ihtiyacının arttığı ve hasta olan organ; sistem, hücre grubu ve bunların yaşlılıktaki fonksiyonları dikkate alınmalıdır (Yüzbir 1998). Ameliyat sonrasında bulantı-kusmayı önlemek için hastaya verilecek besinlerin

miktarı yavaş yavaş artırılmalı ve aspirasyonu önleyici önlemler alınmalıdır (Erdil 2008). Tüp beslenmesi ya da parenteral beslenme oral yoldan enerji ihtiyacının giderilemediği durumlarda gerekli olabilir (Yüzbir 1998).

**Yara iyileşmesi:** Yaşlılıkta cildin kanlanması azalma, makrofaj sisteminde atrofi, oto antikorlarda artış olması, yapısal glikoproteinlerde azalma, solunum sistemi fonksiyonlarında azalma nedeniyle parsiyel arteriyel oksijen basıncında ve vital kapasitede azalma gibi nedenler ameliyat sonrası yara iyileşmesini etkilemektedir. Geriatrik hastada yara iyileşmesi yavaştır ve özellikle arteriosklerozu olan geriatrik hastalarda yara enfeksiyonu görülme sıklığı yüksektir. Geriatrik hastada, yara enfeksiyonuna yatkınlık olduğu için, yara bakımının aseptik koşullarda yapılması önemlidir (Uzun 2000, Erdil ve Özhan 2001).

**Eliminasyon:** İnkontinans sorunu olan geriatrik hastada idrar ve dışkılama ihtiyacı karşılandıktan sonra perine bölgesi zaman geçirmeden temizlenmeli ve perine bölgesinin temizliği sık aralıklarla yapılmalıdır (Erdil ve Çelik 2007). Ayrıca idrar inkontinansı için hastalara perine egzersizleri öğretilmelidir. Üriner kateter uygulanan hasta enfeksiyon yönünden değerlendirilmelidir. Sıvı-elektrolit takibi yapılmalıdır (Uzun 2000).

**Cilt yüzeyi:** Ciltteki değişiklikler nedeniyle geriatrik hastanın vücut yüzeyi sık aralıklarla gözlenmelidir. Cilt temizliği yapılırken sabun, alkol ve sıcak su kullanmaktan kaçınılmalıdır. Sabun ve alkol deriyi kurutarak, bası yaralarının açılmasını kolaylaştırır. Ilık su ile temizlenip kurulandıktan sonra lanolinli kremlerle masaj yapılması ile cildin kurumayı önlenir (Erdil ve Çelik 2007).

**Mental durum:** Geriatrik hastada algılama azalmış, yanıt verme zamanı uzamıştır. Bu nedenle hemşire hastanın mental durumunu belirlemek için kısa ve anlaşılır sorular sormalıdır. Hasta konfüze durumda ise fiziksel aktivitelerini gerçekleştirmesine yardımcı olunmalıdır. Fiziksel hareketsizlik deliryumun ilerlemesine neden olur (Bailes 2000). Deliryumun gelişmesi morbiditeyi, hemşire bakım yoğunluğunu, hastanede yatış süresini, taburculuk sonrası bakımevlerinde yatma oranını ve en önemlisi mortaliteyi arttırmaktadır (Topeli 2000) Hastanın çevreye uyumunu sağlamak ve daha az miktarda sedatif ve analjezik kullanmak deliryumu önlemede etkili olabilmektedir.

**Taburculuk planı:** Geriatrik hasta için yapılacak taburculuk planı interdisipliner olmalıdır. Aynı zamanda aile üyelerini de koordine etmek amacıyla kapsamlı bir şekilde yapılmalıdır (Uzun 2000). Taburculuk öncesinde hasta ve yakınlarının hazırlığı çok önemlidir. Yapılacak taburculuk planı içerisinde evde bakım, yapılmaması gereken aktiviteler, uygulanacak diyet ve ilaçlar, gelişebilecek komplikasyonlar, ameliyat sonrası kontrol için kliniğe ne zaman ve nasıl başvuracağı gibi konular da yer almalıdır (Erdil ve Özhan 2001).

## **KAYNAKLAR**

- Asher ME (2004). Surgical considerations in elderly. *J Perianesth Nurs*, 19:6, 406-414.
- Bailes BK (2000). Perioperative care of elderly surgical patient. *AORN J*, 72:2, 186-207.
- Callahan-Faut M, Tuzik W (1992). Care of the perioperative geriatric patient. (içinde) Fulmer TT, Walker MK (ed). *Critical care nursing of the elderly*. New York: Springer Publishing Company, 219-236.
- Çakar KS, Denker ÇE (2006). Geriatrik anestezi. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Anestezi ve Reanimasyon*, 2:6, 126-136.
- Dunn D (2004). Preventing perioperative complications in an older adult. *Nursing*, 34:11, 36-41.
- Erdil F (2005). Yaşlıların perioperatif hemşirelik bakımı. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kitabı, Bornova: Ege Üniversitesi Basımevi, 155-175.
- Erdil F (2008). Yaşlılarda ameliyat sonrası bakım. *Gebam Bülteni*. Erişim tarihi: 25/08/10. <http://gebam.hacettepe.edu.tr/bultenler/gebambulten2008.pdf>
- Erdil F, Çelik SŞ (2007). Yaşlı hastada bası yaraları nasıl önlenir? *Gebam Bülteni*. Erişim tarihi: 25/08/10. <http://gebam.hacettepe.edu.tr/bultenler/gebambulten2007.pdf>
- Erdil F, Elbaş NÖ (2008). Cerrahi hemşireliği (Perioperatif hemşirelik). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. 5. baskı, Ankara: Kaya Matbaacılık, 97-136.
- Fulmer TT (1992). Common geriatric problems and their management. (içinde) Fulmer TT, Walker MK (ed). *Critical care nursing of the elderly*. New York: Springer Publishing Company, 61-82.
- Kanbur F (1998). Yaşlı hastalarda hemşirelik bakımı. *Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu*, İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 143-146.
- Kee CC, Miller V (1999). Perioperative care of the older adult with auditory and visual changes. *AORN J*, 70:6, 1012-1019.
- Larsen P (2000). Effective pain management in older patients. *AORN J*, 71:1, 205-208.
- Saufl NM (2004). Preparing the older adult for surgery and anesthesia. *J Perianesth Nurs*, 19:6, 372-378.
- Şenel AC (2005). Geriatrik hastalarda postoperatif analjezi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 22:1, 33-37.
- Topeli A (2000). Yoğun bakım ünitesinde geriatrik hasta. *Geriatri*, 3:4, 151-154.
- Uzun Ö (2000). Yaşlı hastanın perioperatif hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 16:1, 107-117.
- Westhead C (2007). Perioperative nursing management of the elderly patient. *Can Oper Room Nurs J*, 25:3, 34-41.
- Yüzbir N (1998). Yaşlıda beslenme. *Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu*, İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 109-122.