

YAŞLI HASTANIN PERİOPERATİF HEMŞİRELİK BAKIM•

PERIOPERATIVE NURSING CARE OF THE ELDERLY PATIENT

Özge UZUN

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. ERZURUM

Anahtar Sözcükler: Yaşlı hasta, cerrahi, ameliyat öncesi-sırası-sonrası bakım, hemşirelik

Key Words: Elderly patient, surgery, perioperative care. nursing

- Bu makale. 25-27 Ekim 2001'de İstanbul'da yapılan III. Ulusal I. Uluslararası Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Perioperatif Hemşirelikte sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Yaşla birlikte sistemlerde ortaya çıkan değişiklikler, kronik hastalıklar ve sağlık sorunları, yaşlı kişilerde ameliyat için risk oluştururlar. Yaşlı kişilerde, kardiyak depolar daha düşüktür, böbrek ve karaciğer fonksiyonları baskılanır, sindirim sistemi aktivitesi daha yavaş olur. Dehidratasyon, konstipasyon, ve beslenme bozukluğu olabilir. Yaşlı hastanın perioperatif (ameliyat öncesi-sırası-sonrası) dönemdeki hemşirelik bakımı, hastanın kronik sağlık sorunlarının, psiko-sosyal ve fonksiyonel durumunun bütün olarak değerlendirilmesini, uygun öykünün ve fiziksel verilerin elde edilmesini ve uygun hemşirelik girişimlerini kapsar.

SUMMARY

Elderly people also are more at risk for surgical intervention because of age-related system changes. chronic illness and health problems. Cardiac reserves are lower, renal and hepatic functions are depressed. and gastrointestinal activity is likely to be reduced. Dehydration, constipation, and malnutrition may be evident in elderly persons. Perioperative period nursing care of elderly patient include an overall assessment of the patient's chronic health problems. psychosocial and functional status. review of pertinent history and physical data. and nursing interventions.

GİRİŞ

Bailes (2000) ve Oskvig (1999), 1900'lü yılların başından beri, yaşam koşullarının yükselmesi ve teknolojinin ilerlemesi ile Amerika Birleşik Devletleri'nde beklenen yaşam süresinin hemen hemen iki katına yükseldiğini ve günümüzde, 65 yaş ve üzerindeki bireylerin 17.5 yıl daha yaşamasının beklendiğini belirtmektedirler. Yaşlılık, çeşitli kaynaklarda farklı tanımlanmaktadır. Yaşlılığın başlangıcı, sıklıkla 65 yaş olarak kabul edilmekle birlikte, literatürde (Öz 1992), bu sürecin 40 yaşından sonra da başlayabildiği belirtilmektedir. Yaşlılık, genellikle 'bireylerin fizyolojik ve ruhsal güçlerini yerine getirmeyecek şekilde yavaş yavaş kaybetme durumu' olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde, yaşlılık, hastalık değil, normal fizyolojik bir olgu olarak kabul edilmektedir (Oskvig 1999, Öz 1992). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaş gruplarını 45-59 yaşlarını "orta yaş", 60-74 yaşlarını "yaşlılık", 75-89 yaşlarını "ihtiyarlık", 90 yaş ve üzerini ise "ilerlemiş ihtiyarlık" dönemleri olarak sınıflandırmıştır (Biol ve ark. 1993). İstatistikler, dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfusun giderek arttığını göstermektedir. Türkiye'de 1990 yılında yapılan genel nüfus sayımında 65 yaş ve üzeri nüfus oranı % 4.19 olarak belirlenmiştir (Biol ve ark, 1993). 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırma sonuçlarına göre ise nüfusun % 5.9'unu 65 yaş ve üstü kişiler oluşturmaktadır (Bilgili 1999). Yaşlı nüfusun artışına paralel olarak, ameliyat olan yaşlı hasta sayısında da artış söz konusudur. Literatürde (Bailes 2000, Oskvig 1999), bütün cerrahi işlemlerin yaklaşık

20'sini 65 yaş ve üzeri yaş grubundaki kişilerin geçirdiği ve perioperatif (ameliyat öncesi - sırası - sonrası) dönemde mortalite ve morbidite oranının yaşlılarda iki kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Yaşla birlikte sistemlerde ortaya çıkan değişiklikler, kronik hastalıklar ve sağlık sorunları yaşlı kişiler için ameliyat riskini yükseltmektedirler. Yaşlılıkta fizyolojik sorunların yanı sıra, psikososyal sorunlar da görülebilmektedir. Yaşlı hasta için cerrahi tehlikeler, varolan sağlık sorunlarının şiddeti ve ameliyat işleminin süresi, çeşidi ve sayısı ile orantılı olarak artış gösterebilir (Kane 2000). Bu risklerin varlığına karşın, yaşlanma konusundaki bilginin artması, daha uygun anestezi maddelerinin kullanılması, uygun ve yeterli cerrahi işlem ve izleme tekniklerinin kullanılması, planlı cerrahinin uygulanması ve acil vakaların en aza indirilmesi, erken girişimler, ameliyat sonrası dönemde erken hareketlilik ve normal aktiviteye dönme, yeterli yara bakımı ve profilaktik tedavi yaşlı hastalarda ameliyat sonrası dönemde mortalite oranını azaltmaktadır (Bailes 2000, Kane 2000, Oskvig 1999). Bununla birlikte, 65 yaş ve üzerindeki sağlıklı bireyler büyük cerrahi girişimleri önemli derecede mortalite ve morbidite olmaksızın tolere edebilmektedirler (Bailes 2000).

Yaşlı hastalar özel sorunlara sahip oldukları için. onların balu-
mında. erişkin genç hastalardan farklı olarak ek girişimler gerekebilir
(Rothschild et al. 2000). Bu nedenle. cerrahi birimlerde çalışan hemşire-
lerin yaşlı hastanın. perioperatif bakımı konusunda yeterli bilgi ve bece-
riye sahip olmaları gerekmektedir. Yaşlı hastanın perioperatif hemşirelik
bakımı, hastanın kronik sağlık sorunlarının, psikososyal ve fonksiyonel
durumlarının bütün olarak ele alınıp değerlendirilmesi ve tarlanması,
uygun öykünün ve fiziksel verilerin (cerrahi riski arttıran laboratuvar de-
ğerleri, farklı tatulayıcı testlerin sonuçları vb.) elde edilmesi ve değeren-
dirilmesiyle sağlanabilir (Kane 2000). Hemşireler hasta bakımını plan-
larken, hastanın bireysel özelliklerini, yaşlılığın vücutta oluşturduğu fiz-
yolojik ve mental değişiklikleri, ilaçların etkilerini, yara iyileşmesi, ağn
gibi durumları dikkate almalıdırlar.

YAŞLI HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Yaşlı hastanın genel durumunun değerlendirilmesi ve hemşi- relik girişimleri:

Hemşire. cerrahi kliğine kabul edilen yaşlı hastanın genel durumu
ile ilgili bilgileri, bireysel yetersizlikleri, kişisel bilgileri ve tıbbi öyküyü
almalı ve kaydetmelidir. Hastanın yaşam bulguları kontrol edilmeli, kay-
dedilmeli ve önemli anormal sonuçlar doktora bildirilmelidir. Yaşlı has-
talar, sorulan sorulara anlamasalar bile sıklıkla 'evet' diye yanıt verirler.
Yaşlı hasta, herhangi bir hastalığı varsa bile. bunu yaşla ilişkili normal
bir durum olarak kabul ettiği için söylemeyebilir. Bu nedenle, hemşire
bilgi alırken, bunları dikkate almalıdır (Bailes 2000, Kane 2000).

Yaşlılarda sıklıkla görülen yaygın arterioskleroz. beslenme bozuk-
luğu, idrar ve gaita inkontinansı, kas-sinir hastalıkları anemi ve dehid-
ratasyon ameliyat olacak hasta için önemli sorunlardır (Rothschild et al.
2000). Bu nedenle, ameliyat öncesi dönemde yaşlı hastaların beslenme
durumlarının ve sıvı elektrolit dengelerinin düzenlenmesi ve sistemler-
deki bozuklukların kontrol altına alınması önemlidir (Erdil ve Özhan
1996).

Hastada rahatsızlığa neden olduğu için ağnnın kontrol altına alın-
ması önemlidir. Ağrı ile ilgili sözel ve sözel olmayan ipuçları not edilmeli-
dir. Yaşlı hastanın ağrısının değerlendirilmesinde görsel ağrı değeren-
dirme ölçeklerinin kullanılması yararlı olabilir. Ağnyı giderme yöntem-
leri kontrol edilmeli ve uygun ağrı giderme yöntemi uygulanmalıdır
(Bailes 2000, Bcyea 2001. Eti-Aslan 1998).

Yaşlı hasta, anksiyete belirtileri yönünden değerlendirilmeli. anksiyete belirtileri varsa kaydedilmeli ve anksiyetenin nedeni araştırılmalıdır. Yaşlı kişiler genellikle hastane ortamından çekinirler ve korkarlar. Yaşlı hastanın korkularını ifade etmesine fırsat verilmelidir. Hemşire, hastanın endişesini ve korkusunu gidermek için, hastayı bakım planına katmalı, yapılacak bakım ve tedavi konusunda hastayı ve aile üyelerini bilgilendirmelidir (Beyea 2001).

Yaşlı hastada kardiyovasküler sistem değişiklikleri ve hemşirelik girişimleri:

Yine, yaşlı kişide kardiyak atımın % 30-40 oranında azalması nedeniyle beyne, karaciğere ve böbreklere olan kan akımı azalır. Kardiyak atımın azalması, yaşlı hastayı kan-oksijen düzeyi ve volüm değişikliklerine karşı duyarlı yapar. İntravenöz solüsyonların fazla ya da hızlı verilmesi pulmoner ödeme neden olabilir. Yaşlı hastada, kan basıncındaki ani ya da uzun süreli düşme serebral iskemiye, tromboza, emboliye ve anoksemiye yol açabilir. Gaz değişimindeki yetersizlikler serebral hipoksiye yol açabilir. Yaşlılıkta hipertansiyon da sıklıkla görülen bir sorundur (Oskvig 1999. Bailes 2000).

Hemşire, yaşlı bireydeki kardiyovasküler sistemdeki değişiklikleri dikkatle değerlendirmeli ve izlemelidir. Hemşire, perioperatif dönemde, yaşlı bireyin EKG ve ekokardiyogramını değerlendirmelidir. Kardiyak iskemi geçiren yaşlı hasta ağrısız dispneden şikayet edebilir. 65 yaş üzerindeki yaşlı kişilerde sistolik üfürümler ve aritmiler yaygın olduğu için, kalp atışlarının düzenli olup olmadığı kontrol edilmeli ve kaydedilmelidir. Kan basıncı değerlendirilmeli, hasta ilaç almışsa alındığı zaman mutlaka kaydedilmelidir (Bailes 2000).

Yaşlı hastada solunum sistemi değişiklikleri ve hemşirelik girişimleri:

Yaşın ilerlemesi ile birlikte kas ve bağ dokusunda ortaya çıkan değişiklikler ve toraksın esnekliğinin azalması bireyde, derin nefes alma ve öksürme yeteneğini sınırlamaktadır (Bailes 2000). Solunum sistemi fonksiyonlarında azalma nedeniyle parsiyel arteriyel oksijen basıncında (Pa O₂) ve vital kapasitede azalma olmaktadır (Erdil ve Özhan 1996). Bu durum, özellikle sigara alışkanlığı olan, ameliyat sonrası yatak istirahatına alınan hasta için solunum sisteminde atelektazi ve pnömoni gibi önemli sorunlara neden olabilir. Yine, yaşlı hastalarda kronik obstrüktif akciğer hastalığı olabileceği dikkate alınarak, hasta hipoksi yönünden izlenmelidir (Bailes 2000).

Hemşire, solunum sistemine yönelik olarak ameliyattan sonra solunum seslerini, sayısını ve ritmini değerlendirip kaydetmelidir. Ayrıca hastalara ameliyat öncesi dönemde, derin solunum ve sakıncası yoksa öksürük egzersizlerini öğretmelidir. Hasta sigara içiyorsa mutlaka bırakılmalıdır. Ameliyattan sonra hastaya yarı oturur pozisyon (sakıncası yoksa) verilmesi, erken hareket ettirme ve her saat 5-10 kez solunum ve öksürük egzersizlerinin yapılması solunum sistemi ile ilgili sorunların önlenmesinde etkili olabilmektedir (Erdil ve Özhan 1996, Eti-Aslan 1998).

Yaşlı hastada sindirim sistemi değişiklikleri ve hemşirelik girişimleri:

Yaşlı kişiler, ağız hijyeninin bozuk olması, ağız içindeki yapısal etmenler gibi nedenlerle dişlerinin bir kısmını ya da tamamını kaybetmiş olabilirler. Bu durum sindirim fonksiyonunu etkiler. Ayrıca, yaşlanma ile birlikte enzimlerin salgılanması, besinlerin, minerallerin ve ilaçların emilimi azalır, barsak hareketleri yavaşlar ve boşaltım sorunu (örneğin; konstipasyon) ortaya çıkabilir. Yaşlı kişide karaciğer kan akımı % 40 azaldığı için karaciğerdeki metabolik faaliyetler azalmıştır. Bu nedenle, yaşlı hastada diyet değişiklikleri gerekebilir (Birol ve ark 1993, Oskvig 1999). Yaşlanma ile tat ve koku alma yeteneği de azalır. Bu iki duyuda yaşlanma ile birlikte görülen azalma iştahın azalmasına neden olmaktadır. Ağız ve diş sağlığı bozuk, diş sayısı eksik olan, özellikle tat alma duyusu azalan, ellerini istediği gibi dengeli bir şekilde kullanamayan yaşlı kişi, besin maddelerini özenle yemekten kaçınabilir (Güzey 1992). Bu durumda, yaşlı kişide beslenme bozukluklarını önlemek için, hemşire hastanın beslenmesine yardımcı olmalıdır. Ağız hijyeni, mevcut dişler ve protezlerin bakımı yapılmalıdır. Yaşlı hasta, dehidratasyon ve konstipasyon yönünden değerlendirilmelidir. Konstipasyonu önlemek için, sakıncası yoksa lifli besinler ve sıvı alımı desteklenmeli ve fiziksel aktivite artırılmalıdır. Yutma güçlüğü olan hastalarda az ve sık öğünlerle beslenme yolu tercih edilmelidir (Taşocak 1989). Özellikle eksik dişler, tanı ya da yarım protezler anestezist için önemlidir, entübasyon sırasında protezler yerinden çıkabilir, yer değiştirebilir ve hava yolunu tıkayabilir. Hasta ameliyata gitmeden önce protezleri kontrol edilmeli ve varsa çıkarılmalıdır (Kane 2000).

Yaşlı hastada üriner sistem değişiklikleri ve hemşirelik girişimleri:

Yaşla birlikte nefronların %1 - %0.5 oranında bir kaybı olur. İleri yaşlarda nefronların %64'ü fonksiyonlarını kaybeder, metabolik atıkların atılması yavaşlar ve kandaki ilaç seviyesi yükselir. Yaşlanma ile bir-

likte böbreklerin azalan fonksiyonu. atık ürünlerin ve anesteziğin atılmasını azaltarak, anesteziğin maddelerinin daha uzun zamanda vücuttan atılmasına neden olur. Yaşlı kişi anesteziğin oluşması için daha az anesteziğin maddeye gereksinim duyduğu için, anesteziğin maddelerinin verilmesi ve dozunun ayarlanmasında dikkatli olmak gerekmektedir. Yine, ameliyat sırasında hastanın sıvı tedavisi, idrar çıkışı ve solunan O₂ yoğunluğu yakından izlenmelidir. Yaşlı kişide ilaç zehirlenmelerini önlemek için ilaç dozlarının ayarlanması gerekir (Kane 2000).

Yaşlı kişide üriner inkontinans ve gece idrara çıkma sıktır. (Eti-Aslan 1998, Oskvig 1999). İnkontinans için hastalara perine egzersizleri öğretilmelidir. İnkontinans uzun süreli olursa üriner kateter uygulanmalıdır. Oriner kateter uygulanan hasta enfeksiyon yönünden değerlendirilmelidir (Kane 2000).

Yaşlı hastaların sıvı elektrolit dengesinin normal sınırlarda sürdürülmesi için aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı kaydedilmelidir. Yeterli sıvı alımı izlenmeli, hastanın alması sakıncalı sıvılar varsa (örneğin: sodyum, şeker ya da kafein içeren sıvılar) bunların alımı sınırlanmalıdır (Eti-Aslan 1998).

Yaşlı hastada kas iskelet sistemi ve cilt ile ilgili değişiklikler ve hemşirelik girişimleri:

Yaşın ilerlemesi ile birlikte, kaslarda kuvvet azlığı, aktivite azalması ile atrofiler oluşur ve kaslar incilir. Kemiklerden kalsiyum çekilmesi nedeniyle kırıklar oluşabilir. Cilt ise arteriollerdeki körelmeler nedeniyle pembeliğini kaybeder, cilt altı yağ dokusu azalır, cilt kurur ve kınışıklıklar oluşur. Ayrıca tırnaklar sertleşir, saç ve vücut kılları incilir ve dökülebilir (Bailes 2000, Birol ve ark.1993). Kas iskelet ve ciltteki bu değişiklikler nedeniyle yaşlı hastalar bası yaraları, yaralanma ve düşme yönünden daha fazla risk altındadırlar. Isı düzenleme mekanizmalardaki yetersizlik ve metabolik azalma hipotermiye neden olur (Bailes 2000, Rothschild et al. 2000).

Yaşlı hastada kemik dokusundaki zayıflama, ameliyat sırasında pozisyon verirken daha dikkatli hareket etmeyi gerektirir. Ciltteki değişiklikler nedeniyle, yaşlı hastanın vücut yüzeyi sık aralıklarla gözlemlenmelidir. Ciltte görülen bütün ezikler, yaralar, kesikler, bası yaraları ve diğer lezyonlar kaydedilmelidir. Kemik çıkıntılarını korumak için pozisyon verme aletleri ve yumuşak yastık kullanılmalıdır. Kemik çıkıntılarının olduğu alanlar kızamıklık ve solukluk yönünden değerlendirilmeli ve herhangi bir bası yarası belirtisi varsa kaydedilmelidir. Lanolinli kremlerle cilde masaj yapılması cildin kurumasını önleyecektir (Bailes

2000. Jhonson 2000. Yaşlılar hipotermiye daha duyarlı oldukları için. hastayı sıcak tutmaya özen gösterilmeli ve hastanın üzerine hafif pamuklu battaniye örtülmelidir. Hastayı rahatlatmak, solunum ve dolaşımı uyarmak için sık sık pozisyon değiştirilmesi yararlı olur. Perioperatif dönemde taşınma sırasında olası fiziksel yaralanmanın belirti ve bulguları değerlendirilmeli, duyuşal yetersizlikler kaydedilmelidir (Johnson 2000. Kane 2000).

Yaşlılıkta cildin kanlanması azalma, makrofaj sisteminde atrofi, otoantikörlerde artış olması, yapısal glikoproteinlerde azalma, solunum sistemi fonksiyonlarında azalma nedeniyle parsiyel arteriyel oksijen basıncın ($Pa O_2$) ve vital kapasitede azalma gibi nedenler yara iyileşmesini etkilemektedir (Erdil-Özhan 1996). Yaşlı hastada yara iyileşmesi yavaştır ve özellikle arteriyoskleroza olan yaşlı hastalarda yara enfeksiyonu görülme sıklığı yüksektir. Yaşlı hastada, yara enfeksiyonuna yatkınlık olduğu için, aseptik koşullarda yara bakımı yapılmalıdır. Cerrahi yara enfeksiyonunu önlemek için, önerilen proflaktik antibiyotik tedavi uygulanmalı, yara alanı enfeksiyon belirtileri yönünden kontrol edilmeli, yeterli beslenme sağlanmalı ve çapraz enfeksiyon önlenmelidir (Bayea 2001, Erdil-Özhan 1996).

Yaşlı hastada duyuşal değişiklikler ve hemşirelik girişimleri:

Yaşlanma ile birlikte his kaybı, görme, işitme ve hareket gibi fiziksel yetersizliklerin ortaya çıkması kaza risklerini arttırmaktadır. Yaşla ilişkili olarak duyuşal bozukluklar, ameliyat sonrası dönemde emirlere uyumu da engelleyebilir. Yaşlı hastalar, gözlük ve işitme cihazı kullanabilirler. İşitme fonksiyonundaki azalma nedeniyle, çevredeki seslerin yanlış işitilmesi yaşlı kişinin şüpheli olmasına neden olur. İşitme engeli kişiler sıklıkla dudakları okudukları için onlarla konuşurken mümkünse, maske takılmamalıdır. İşitme engeli olan yaşlı kişiyle yavaş ve açık konuşulmalı, gerekli sıklıklarda tekrar ve yeniden açıklama yapılmalı, ses tonu hastanın duyabileceği şekilde ayarlanmalı, yavaş ve kişinin yüzüne bakarak konuşulmalıdır (Bailes 2000. Johnson 2000).

Yaşlılıkta genellikle, görme fonksiyonu bozulur. Yaşlı hastada hem görme hem de fiziksel yetersizliklerin neden olabileceği düşme riskini azaltmak için güvenli hastane ortamının sağlanması ve sürdürülmesi gerekmektedir. Ayağa uyan, alçak ve geniş topuklu ayakkabı giyme ile sendeleme ve denge kaybı önlenmelidir. Odalar aydınlık olmalı ve hasta ayağa kalkmadan önce bir süre yatağın kenarında oturtulmalıdır. Oda düzenlemesi düşmeyi önleyecek şekilde olmalı, eşyalar ortada olmamalı. Hasta, gözlük kullanıyorsa hemen ulaşabileceği bir yere koyulmalıdır. Hastanın tedavisinde barbitürat varsa, dikkatli kullanılmalıdır. Hasta,

mümkün olduğu kadar yalnız bırakılmamalıdır. Ayrıca, karyolar alçak olmalıdır ve hastarun banyoda ve lavaboda tutunabileceği bir yer ve ulaşabileceği zil olmalıdır (Atabek 1994, Bilgili 1999, Birol ve ark. 1993, Mandracioğlu 1993). Ameliyat sırasında hastanın gözleri korunmalıdır.

Yaşlı hastada mental değişiklikler ve hemşirelik

Yaşlı kişide algılanma azalmıştır, yanıt verme zamanı uzamıştır. Hemşire, hastanın mental durumunu belirlemek için kısa ve anlaşılır sorular sormalıdır. Hastaya, bugün günlerden nedir? haftanın hangi günüdür? telefon numaranız nedir? kaç yaşındasınız? nerede Boğdunuz? Türkiye'nin cumhurbaşkanı kimdir? gibi kısa ve anlaşılır sorular sorulabilir. Mental durumu belirlemek için, diğer bir seçenek de, hastaya hatırlaması için 3 şey vermektir (elma, saat, kalem gibi), bu maddeleri hastalara tekrarlattıktan birkaç dakika sonra, hastadan bu maddeleri yeniden tekrarlaması istenebilir. Mental, cognitive (bilişsel) yetersizliği olan hastanın bunları tekrarlama yetisi yoktur. Perioperatif dönemde, yaşlı hastanın iyileşmesini olumsuz etkileyen depresyon, akut delirium ya da diğer psikososyal sorunların belirtileri değerlendirilmelidir (Bailes 2000). Hastanın bilinci bulanıksa (konfüze) fiziksel aktiviteleri yine de sürdürülmelidir, çünkü, hareketsizlik (fiziksel bozukluk) deliryumun ilerlemesine neden olabilir ve diğer komplikasyonlar için risk oluşturabilir. Delirium perioperatif bakımda can sıkıcı bir sorundur ve hastaneye yatırılan yaşlılarda en yaygın mental sendrom olarak ele alınmaktadır. Deliriumun görülme oranı, yaşın ilerlemesiyle birlikte siktir ve her yaşta görülme sıklığı % 50'den fazla olabilir. Delirium, bilinç bozuklukları, algılama ve anlama bozukluğundaki belirtilerle anlaşılır. Delirium, özellikle nonkardiyak torasik ve aortik anevrizma cerrahisinden sonra yaygındır. Deliriumdan sıklıkla farmakolojik toksisite sorumlu tutulmaktadır. Bununla birlikte, delirium sosyal izolasyon, sırramlalar, anestezi, analjezikler, giderilmeyen ağrı ve duyuşsal kayıplarla şiddetlenebilmektedir. Hasta odalarını kontrollü aydınlatma, hastada kesintisiz uykuyu sağlamak, ses ve gürültüyü önlemek ve hastanın sıkıblanını gidermek deliriumu önleyebilir ya da giderilmesine yardımcı olabilir. Hastanın çevreye yeniden uyumunu sağlamak ve daha az miktarda sedatif, analjezik ve anestezi kullanmak da deliriumu önlemede etkili olabilmektedir (Oskvig 1999).

Yaşlı hastada kronik hastalık durumu:

Romatoit artrit: Romatoit artritli hasta steroid alworsa, cerrahi sırasında ve sonrasında addison krizinin oluşumunu önlemek için steroidlere gereksinim duyacaktır. Romatoit artritli hastalarda immün

yanıtta yetersizlik ve enfeksiyon riski vardır, kan glikoz düzeyleri genellikle yüksektir. Artrit rahatlığı ve hareketi etkilediği için, artritli yaşlı hastada koruyucu önlemler alınmalıdır. Bu amaçla, hassas bölgelere koruyucu yastıklar koyulmalı. hastalar yavaş hareket ettirilmeli, kemik çıkıntıları uzun süreli basıdan korunmalı, yeterli dolaşımı sağlamak için hafif masa) yapılmalıdır (Kane 2000).

Serebovasküler olaylar: Serebovasküler olaylar, hastada konuşma ve iletişim bozukluğuna neden olabilir, bunun için, ameliyat pozisyonunu verirken ve hareket ettirirken dikkatli olmak gerekir (Bailes 2000).

Diyabetes mellitus: Kan/glikoz düzeyi için hasta kardan kontrol edilmelidir. Hastanın ilacı ve alındığı zaman kontrol edilip kaydedilmelidir. Cerrahi süresince hastaya ne kadar insülin verileceği gözden geçirilmelidir. Nöropati ve deri durumu yönünden hasta gözlemlenmelidir (Bailes 2000).

Parkinson hastalığı ve diğer hareketlerle ilgili hastalıklar: Hastada rijidite, hareketlilik ve titremeler değerlendirilmelidir. Derinin durumu ve varsa bası ülserleri değerlendirilmelidir, ayrıca hastaya uygulanan ilaçlar kaydedilmelidir (Bailes 2000).

Yaşlı hastada laboratuvar ve tanılayıcı testler:

Önemli anormal bulgular kaydedilmeli ve doktora bildirilmelidir. Laboratuvar değerlerinde yaşla ilişkili değişiklikler de dikkate alınmalıdır (Bailes 2000).

Yaşlı hasta ve kullandığı ilaçlar: Hastaya, hasta ailesine ya da diğer önemli kişilere ilaçlar, ilaçlara uyum, vitaminler, beslenme desteği, alkol, sinir ya da uyku ilaçları, bitkisel ilaçlar kullanma konusunda soru sorarak bilgi alınmalıdır. Anesteziyi, pıhtılaşmayı bozan herhangi bir şey varsa kaydedilmeli ve doktora bildirilmelidir. Yaşlı hastaların %25'inde, ameliyat sonrası dönemde ilaç etkilerine bağlı olarak bir haftaya kadar hafıza bozuklukları görülebilir. Bu etkiler nedeniyle, yaşlı hasta, bilinç düzeyindeki değişiklikler yönünden kontrol edilmelidir (Bailes 2000, Kane 2000).

Yaşlı hastada fonksiyonel durum:

Yaşlı hastada fonksiyonel sınırlılıkları belirlemek için, hasta ve ailesine fiziksel sınırlılıklar ile ilgili sorular sorulmalıdır. Olası ise, dönme ve hareket yeterliliğini göstermesi için hasta hareket ettirilmelidir. Özellikle fiziksel sınırlılıkları olan yaşlı hastalar için, ameliyat yatağı uygun destekleyici araçlarla hazırlanmalıdır. Yaşlı hastanın ameliyat

sonrası dönemde karşılaşılabileceği pnömoni, atelektazi, barsak fonksiyonunda değişiklik, derin ven trombozu, zayıflık, fonksiyonel zayıflama (kayıp) gibi sorunları önlemek için hastanın erken dönemde ayağa kalkmasına ve arttırarak hareket etmesine yardım edilmelidir. Solunum ve bacak egzersizleri yaptırmak komplikasyon riskini azaltmaya yardım eder; bununla birlikte, ileri yaştaki kişilerin bu egzersizleri yapma yeteneği, aktivite intoleransı sonucu azalabilir. Alt ekstremitelerde venöz staza neden olduğu için oturma pozisyonundan sakınması gerektiği hastaya söylenmelidir (Bailes 2000, Johonson 2000, Kane 2000). Yaşlı kişilerin yapabildiği oranda kendi işlerini kendilerinin yapmalarına izin verilmesi hem hareketlenmeyi sağlar hem de kendine güvenini geliştirir. Hasta bakımında aile ile işbirliği yapmak, onlara sorumluluklar vermek yararlı olur (Biol ve ark. 1993, Kane 2000).

Yaşlı kişinin, hem profesyonel hem de bakım veren aile üyelerini koordine etmek için kapsamlı taburculuk planı yapılmalıdır; hemşire, sosyal çalışma uzmanı ya da hemşire yaka yöneticisi sürekli bakım için plan yapabilir (Kane 2000). Hasta ve yakınlarının taburculuk hazırlığı, yapılan ameliyata ve hastanın bireysel özelliğine göre farklılık göstermekle birlikte, genel olarak şu konular kapsamaktadır: Kendi kendine bakım; yapılmaması gereken aktiviteler; uygulanacak diyet ve ilaçlar; oluşabilecek komplikasyonlar ve kontrol için doktora ne zaman ve nasıl başvurabileceği (Erdil-Özhan 1996).

Çok yönlü bakım gereksinimimi olan yaşlı hastaya yardım disiplinler arası ve bütüncül bir yaklaşım gerektirir. Yaşlı hastaya bakım veren sağlık ekibi üyelerinin genel olarak hedefleri şunlar olmalıdır; Potansiyel yaşam süresini uzatmak ve sürdürmek; yaşamın bütünlüğünü sağlamak ve sürdürmek; hastanın öz-bakım gücünü arttırmak; bağımsız fonksiyonları en üst düzeye çıkarmak; vücuda oluşabilecek yetersizlikleri önlemek; ağnya özel dikkat göstererek bireyin acı çekmesini önlemek (Bean 1998, Coşkun 1993, Kızılkaya 1993).

KAYNAKLAR

1. Atabek K. (1994). Yaşlılarda kazaların Önlenmesi. Hemşirelik Bülteni. 8:31. 62-67.
2. Beyea SC. (2001). The ideal state for perioperative nursing. AORN Journal. 73:5. 897-901.
3. Bailes BK. (2000). Perioperative care of the elderly surgical patient. AORN Journal. 72:2. 186-207.
4. Bean S. (1998). Care of the elderly surgical patient. AORN Journal. 67:4. 881.
5. Bilgili N. (1999). Yaşlı istisman ve ihmali. Hacettepe üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 6:(I-2) 67-77.

6. Birol L. Akdenir N. Bedük T. (1993). İç Hastalıkları Hemşireliği. IV. Baskı, Ankara, Vehbi Koç Vakfı Yayınları. No: 6. 18-24.
7. Coşkun A. (1993). Yaşlı bireyin hemşirelik süreci doğrultusunda tanılama form örneği. Hemşirelik Bülteni 6:27. 25-33.
8. Erdil F. Özhan-Elbaş N. (1996). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara, Kaya Matbaacılık. 67-136.
9. Eti-Aslan F. (1998). Yaşlılıkta postoperatif iyileşme: Fizyolojik **değişikliklerin iyileşme** sürecine etkisi. Sendrom 10:5. 29-34.
10. Güzey A. (1992). Yaşlılık ve beslenme. Türk Hemşireler Dergisi, 42:2, 11-12.
11. Johnson JY. (2000). Handbook for Brunner & Suddarth's Textbook of Medical -Surgical Nursing. Ed: Smeltzer SC, Bare B. 9th edition. Lippincott. Philadelphia. 632-40.
12. Kane L. (2000). Preoperative Nursing Management. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical - Surgical Nursing. Ed: Smeltzer SC, Bare B. 9th edition. Lippincott. Philadelphia. 315-47.
13. Kızılkaya N. (1993). "Ören'in öz-bakım modeli" doğrultusunda yaşlı bir bireyin bakım planı örneği. Hemşirelik Bülteni. 6:27. 35-42.
14. Mandıracıoğlu A. (1993). Yaşlılıkta kazalar. Türk Hemşireler Dergisi. 43:4. 18-21.
15. Oskvig RM. (1999). Special problems in the elderly. Chest. 115:5. 158S-164S.
16. Öz F. (1992). Yaşlılıkta ruh sağlığı. Türk Hemşireler Dergisi. 42:2. 5-8.
17. Rothschild JM. Bates DW. Leape LL. (2000). Preventable medical Injuries in older patients. Archives of internal Medicine. 160:18, 2717-2728.
18. Taşocak G. (1989). Gastrointestinal sistemde yaşlılığa bağlı değişimler ve hemşirelik yaklaşımı. Hemşirelik Bülteni 3:13. 75-77.
19. Vural F, (1998). Yaşlı hastalarda postoperatif hipotermi'nin incelenmesi. Uluslararası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Ankara. Damla Matbaacılık. 349-354.