

Roper, Logan ve Tierney’ in Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli Doğrultusunda “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu”nun Hemşirelik Bakımına Etkisi

Dilek Çeçen Çamlı^{1*}, Türkan Özbayır²

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Manisa, Türkiye

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D İzmir, Türkiye

* Corresponding author: dlk_cecen@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received: 18.11.2024
Kabul Tarihi / Accepted: 23.12.2024

Araştırma Makalesi/Research Article
DOI: 10.5281/zenodo.14569240

ABSTRACT

Araştırma yaşlı hastalarda “Roper, Logan ve Tierney’ in Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli Doğrultusunda hazırlanan “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu”nun Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi” amacıyla yarı deneysel bir müdahale çalışması olarak planlandı. Araştırma Türkiye de ki batı bölgesinde bulunan bir araştırma ve iki kamu hastanesinin tüm cerrahi kliniklerinde planlı ameliyat olmak üzere yatırılan 65 yaş ve üzeri ve araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma sınırlılıklarına uyan n=75 hastada uygulandı. Araştırma kapsamı iki bölümden oluştu. I. bölümde, Roper, Logan ve Tierney’ in Yaşam Aktiviteleri bakım modeli rehber alınarak hazırlanan yaşlı değerlendirme formu, belirlenen tarihlerde, tüm cerrahi kliniklerdeki 65 yaş üstü hastalara (n=75) uygulandı. Yaşlı hastaların, yaşlılığa bağlı fizyolojik değişiklikleri, sağlık sorunları ve ameliyat sonrası cerrahi açıdan risk oluşturabilecek durumları değerlendirildi. Yaşlı hastalar ile yüz yüze görüşülerek veriler toplandı ve ortalama görüşme süresi 20–60 dk. arasında değişiklik gösterdi.

Ameliyat öncesi dönemde görüşme sırasında forma verileri aktarılan cerrahi girişimin olumsuz etkilerini daha yoğun yaşama olasılığı olan cerrahi açıdan riskli yaşlı hastalar Grup I e, form değerlendirmesine göre daha az sorun/ komplikasyon riski bulunan hastalar Grup II ye dahil edildi. “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” ile yapılan değerlendirme sonucuna göre; 12 yaşam bileşeninin sadece 1’inden hemşirelik tanısı alan ya da hiç tanı almayan yani cerrahi girişimi nedeniyle ameliyat sonrası komplikasyon riski daha az olan yaşlı hastalar ise Grup II’ye dahil edildi (n= 33). Bu gruptaki hastalara ise kurumların/ kliniğin rutininde yer alan standart hemşirelik bakımı uygulandı.

Her iki gruptaki yaşlı hastalar; ameliyat öncesi dönemde, taburcu oluncaya kadar verilen hemşirelik bakımı sonrasında, taburcu olmadan hemen önce, taburcu olduktan 1 hafta sonra, taburcu olduktan 3 hafta sonra, değerlendirildi. Yaşlı hastaların, hastaneden taburcu olduktan sonraki 1. hafta ve 3. hafta sonraki izlemlerinde, 13 hasta telefonla, 62 hasta ise ev ziyareti ile değerlendirildi. GYA modeline göre yaşlı hastalar için uyarlanan bu değerlendirme formuna göre riskli bulunan gruptaki hastalar aşağıdaki NANDA hemşirelik tanılarını aldı ve buna göre yaşlı bireyin gereksinimine uygun hemşirelik bakımı uygulandı.

Ameliyat sonrası takip edilen ve “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” na göre daha riskli bulunan yaşlı hastalardan: Travma riski olan 18 (% 42,9), enfeksiyonu olan 5 (% 11,9), enfeksiyon riski olan 15 (% 35,7), yetersiz solunumu olan 10 (% 23,8), solunum fonksiyonunda değişiklik riski olan 22 (% 52,4), malnütrisyon riski olan 21 (%50), üriner enfeksiyon riski olan 29 (% 69), hafif düzeyde bası yarası olan 5 (% 11,9), bası yarası riski olan 25 (% 59,5), periferik doku

perfüzyonunda değişim riski olan 9 (% 21,4) hastaya, sorunların giderilmesi ve risklerin önlenmesine yönelik uygulanan hemşirelik bakımı ile ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların gelişmediği belirlendi. Hastaların taburcu olduktan sonraki izlemlerinde ilk değerlendirmede saptanan sorun ya da cerrahi açıdan risk içeren durumların oluşmasında yaşlı hastalara uygulanan hemşirelik bakımının etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: yaşlı hasta, cerrahi, hemşirelik bakımı

GİRİŞ

Yaşlı nüfusun artışı ile birlikte cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin bakım verdiği hasta grubunun daha çok yaşlı olma olasılığını da artırmıştır. Yaşlı bireylerin neredeyse yarısının vefat etmeden önce farklı nedenlerle cerrahi girişim geçirdiği düşünülmektedir (1).

Cerrahinin yaşlı hastalar için riskli olduğu bilinse de günümüzde tıp ve teknolojik ilerleyiş daha fazla sayıda ve daha güvenli cerrahi uygulamalara izin vermektedir (2). Ancak yaşlı bireylerde genç bireylere göre cerrahi işlem sonrası komplikasyon oluşma ihtimali daha yüksek olduğu da bir gerçektir. Yaşlı bireylerde kronik hastalık oranlarının artması, düşük aktivite, cerrahi iyileşmede gecikmelerin olması bakıma uyumu zorlaştırabilir, bu nedenle de diğer yaş grubundaki insanlardan farklı bir bakım almaları gerekir(3,4). Cerrahi girişim sonrası yaşlılarda görülebilecek olumsuz durumları önleyebilmek için cerrahi girişim öncesi dönemde risklerin bilinmesi ve tüm cerrahi süreçte bakımı planlı uygulamak önemli bir unsurdur (5,6).

Yaşlı hastalarda cerrahi işlem sonrası, enfeksiyonlar, solunum sorunları, hipotansif seyir, konstipasyon, deliryum, uyku bozuklukları vb. olumsuz durumların ortaya çıkmasına ve akabinde hastane yatış süresinin uzamasına, yoğun bakım yatışlarına ihtiyaç duyulmasına, cerrahi iyileşmenin yavaşlamasına sebep olabilmektedir (7). Bu nedendir ki, ameliyat olacak yaşlı hastalara verilecek bakım, genç hastalara verilecek bakıma göre farklı olmalıdır (1). Özellikle de cerrahi birimde yatan yaşlı hastaya verilecek iyi nitelikteki bakımda, yaşlılıkla ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, bireyin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarıyla birlikte sosyal ihtiyaçları, mevcut kronik hastalıkları ile sürekli kullandığı ilaçlarının varlığı öncelenerek sağlanmalıdır (8). Uzun yatış süreleri, komplike hastalık varlığı yaşlı bireylerin bakım ihtiyaçlarını artırabilmektedir. Cerrahiyle birlikte fizyolojik ve psikolojik değişimlerle başa çıkılmasında cerrahi hemşirelere ihtiyaç duyulmaktadır. Cerrahi birimlerde çalışan hemşireler cerrahi işlem planlanmasıyla beraber sistematik bir bakım planı oluşturmaları gerekmektedir (9). Yaşlı hastaya özel nitelikli hemşirelik bakımı sayesinde, ameliyat sonrası solunum sistemi sıkıntılarının, duygusal yetersizliğin, anksiyetenin, düşme ve yaralanmaların azaltılması hatta önlenmesi sağlanarak yaşlı hastalarda bakım kalitesinin artmasına ve ameliyat sonrası komplikasyon oluşma ihtimalinin azalmasında önemli olduğu bilinmektedir (1).

Yaşlı hastaya bakım veren hemşire, bireyin bakımını planlarken fizyolojik, sosyokültürel, ekonomik ve psikolojik değerlendirmesini yaparak genel ve özel bakım gereksinimlerini saptamalıdır. Bu gereksinimleri saptarken ise yaşlı bireyin; sağlık ve tıbbi tedavi öyküsü, sistemlere ilişkin fonksiyonel durum ve kayıplar, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme düzeyi/yeterliliği, fiziksel ve hareket kapasitesi, bilişsel, mental, sosyal ve psikolojik durumunu mutlaka değerlendirmelidir (10).

Hemşireler, bakımı planlarken bir hemşirelik model veya kuramına dayandırılırsa bakımın kalitesi ve bakım hedeflerine ulaşılmasının daha uygun olduğu bildirilmektedir (11). Roper, Logan, Tierney'in Hemşirelik Modelinde günlük yaşam aktivitelerinin (GYA) hemşirelik uygulamalarının temel öğeleri olan koruma, rahatlatma ve bağımlı fonksiyonlarıyla ilgili olduğunu, hastayı

rahatlatma, fiziksel, mental yönden konforunu sağlamanın, hastalığıyla baş etmesine yardımcı olacağını belirtmektedir (12).

Roper “tıbbi tanıdan bağımsız olarak hastaların gereksinimlerini ve hemşireliğin özünü/ortak özelliklerini” incelemiştir. Principles of Nursing (1967) isimli kitapta modelin ilk hali yayınlamış ve hemşirelik bakımının “farklılıklardan daha çok benzerlikler üzerine şekillendiği görüşü” vurgulanmıştır (12). Kuramın gelişiminde Maslow (İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisi/İnsanın Temel Gereksinimleri Kuramı), Virginia Henderson (Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gereksinim Teorisi), Yura ve Walsh (Hemşirelik süreci: tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme) kuram ve görüşleri etkili olmuştur. Bu modelde bireyin günlük yaşam aktivitelerini etkileyen beş temel kavramı (fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, çevresel, politik- ekonomik) ve kendi içinde iki alt modeli (Hemşirelik Modeli, Yaşam Modeli) bulunan kuramsal bir yapıya sahiptir. Yer alan 4 temel kavram ise (yaşam süresi, yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler, yaşam aktiviteleri, bağımlılık-bağımsızlık döngüsü) her iki alt modelde de yer alır. Yaşamda bireysellik Yaşam Modeli’nin son kavramıken; bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ise Hemşirelik Modeli’nin son kavramıdır (13). Modelin esas aldığı yaşam aktiviteleri kavramında: her bir yaşam aktivitesi de yaşamın farklı bir boyutunu ifade ettiği bireyin sahip olduğu bilgi-tutum-davranış-deneyimlerin sağlık-hastalık durumunu günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirilmesini etkilediği belirtilmektedir(14). Güvenli çevrenin sürdürülmesi, iletişim, solunum, yeme ve içme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyinme, vücut sıcaklığının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlenme, cinselliği ifade etme, uyku ve ölüm Modelde belirtilen 12 yaşam aktivitesidir. Solunum, modelde özellikle vurgulanmış olup; solunum “yaşamın kendisi, aktivitelerin en önemlisi ve vazgeçilmezi” olarak tanımlanmıştır (15).

Bu araştırmada, cerrahi girişim geçirecek olan yaşlı hastaların ameliyat sonrası günlük yaşam aktiviteleri modeline dayanılarak, yaşlı bireyin gereksinimleri ve modelin kuramsal kavramları esas alınarak hazırlanan form kullanılarak verilen hemşirelik bakımının etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

BULGULAR

Tablo 1. Yaşlı hastaların bazı sosyo demografik özelliklerinin dağılımı.

| | GRUP I (n=42) | | GRUP II (n=33) | | p |
|----------------------------------|------------------|------|-------------------|------|---------------|
| | n | % | n | % | |
| Cinsiyet | | | | | |
| Kadın | 19 | 45,2 | 19 | 57,6 | 0,289 |
| Erkek | 23 | 54,8 | 14 | 42,4 | |
| Yaş | | | | | |
| 65-74 | 18 | 42,8 | 22 | 66,7 | 0,005* |
| 75-79 | 10 | 23,8 | 6 | 18,1 | |
| 80 yaş ve üzeri | 14 | 42,4 | 5 | 15,2 | |
| Medeni durum | | | | | |
| Bekar | 22 | 52,4 | 14 | 42,4 | 0,392 |
| Evli | 20 | 47,6 | 19 | 57,6 | |
| Birlikte yaşadığı kişiler | | | | | |
| Yalnız | 8 | 19,1 | 3 | 9,1 | 0,242 |
| Eşi ile | 19 | 45,2 | 21 | 63,6 | |
| Çocuğu ile | 15 | 35,7 | 9 | 27,3 | |
| Sosyal desteği | | | | | |
| Olumlu | 31 | 73,8 | 24 | 87,9 | 0,131 |
| Olumsuz | 11 | 26,2 | 9 | 27,3 | |

Çalışmaya katılan yaşlı hastaların sosyodemografik bazı özellikleri incelendiğinde; Grup I'deki yaşlı hastaların % 54,8 'i erkek, % 45,2 'i kadın, (n=42), % 42,9'u 65-74 yaş, % 23,8'u 75-79 yaş aralığındadır. Yaşlı hastaların % 33,3 'ü okur yazar değil, % 33,3 'ü okur yazar, % 31'i ilköğretim mezunudur. % 52,4'ü bekar ve % 47,6'sı evlidir. % 45,2'si eşi ile, % 35,7'si çocuğu ile % 19,0'u yalnız yaşamaktadır. % 73,8'i olumlu, % 26,2'si ise olumsuz sosyal desteği olduğunu ifade etmiştir

Grup II'yi oluşturan yaşlı hastaların ise; % 42,4 'ü erkek, % 57,6'sı kadındır % 66,7'si 65-74 yaş aralığında, % 18,2'si 75-79 yaş grubundadır % 27,3 'ü okur yazar değil, % 30,3 'ü okur yazar, % 36,4'ü ilköğretim mezunu, % 42,4'ü bekar ve % 57,6'sı evlidir. Bu gruptaki yaşlı hastaların % 63,6'sı eşi ile, % 27,3'ü çocuğu ile % 9,1 'i yalnız yaşamaktadır. % 87,9'u olumlu, % 12,1'inin ise sosyal desteğinin olumsuz olduğu belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Yaşlı hastaların genel sağlık/ hastalık ve cerrahi girişim durumlarının dağılımı

| | GRUP I (n= 42) | | GRUP II (n=33) | | p |
|--|-------------------|------|-------------------|------|---------------|
| | n | % | n | % | |
| Daha önce ameliyat olma | | | | | |
| Hayır | 15 | 35,7 | 12 | 36,4 | 0,954 |
| Evet | 27 | 64,3 | 21 | 63,6 | |
| Ameliyat olma korkusu | | | | | |
| Yok | 25 | 59,5 | 23 | 69,7 | 0,362 |
| Var | 17 | 40,5 | 10 | 30,3 | |
| Anestezi türü | | | | | |
| Genel anestezi | 38 | 90,5 | 19 | 57,6 | 0,001* |
| Spinal / lokal anestezi | 4 | 9,5 | 17 | 42,4 | |
| Cerrahi türü | | | | | |
| Uzun süreli | 29 | 69,0 | 9 | 27,3 | 0,000* |
| Kısa süreli | 13 | 31,0 | 24 | 72,7 | |
| Malignite | | | | | |
| Yok | 30 | 71,4 | 31 | 93,9 | 0,013* |
| Var | 12 | 28,6 | 2 | 6,1 | |
| Ameliyat öncesi aç kalma süresi | | | | | |
| 6-10 saat | 17 | 40,5 | 26 | 78,8 | 0,001* |
| 11-18 saat | 25 | 59,5 | 7 | 21,2 | |
| Hastanede bulunma süresi | | | | | |
| 3 gün ve daha az | 28 | 66,7 | 30 | 90,9 | 0,013* |
| 4 gün ve daha fazla | 14 | 33,3 | 3 | 9,1 | |
| Ame öncesi bilgilendirme durumu | | | | | |
| Hayır | 11 | 26,2 | 3 | 9,1 | 0,059 |
| Evet | 31 | 73,8 | 30 | 90,9 | |
| Kronik/yandaş hastalığı olma durumu | | | | | |
| Hayır | 10 | 23,8 | 14 | 42,4 | 0,905 |
| Evet | 32 | 76,2 | 19 | 57,6 | |
| Geçmiş düşme yaşantısı | | | | | |
| Yok | 16 | 38,1 | 19 | 57,6 | 0,093 |
| Var | 26 | 61,9 | 14 | 42,4 | |

| Düşme sayısı (n=26) | | | | | |
|--|----|------|----|------|---------------|
| 1 kez | 11 | 42,3 | 12 | 85,7 | 0,052 |
| 2 kez | 8 | 30,8 | 2 | 14,3 | |
| 3 kez ve daha fazla | 7 | 26,9 | - | - | |
| Hastanede iken düşmeye neden olan durum | | | | | |
| Yok | 23 | 54,8 | 30 | 90,9 | 0,000* |
| Var | 19 | 45,2 | 3 | 9,1 | |

* Ki kare ve Mann whitney u testi uygulanmıştır.

Grup I'i oluşturan yaşlı hastaların %64,3'ü daha önce ameliyat olmuş, % 59,5'i ameliyat olmaktan korkmadığını ifade etti. % 90,5'i genel anestezi ile cerrahi girişim geçirmiştir. % 28,6'sının malignitesi vardır. Ameliyat öncesi aç kalma süreleri ise: 6-10 saat arası süreyle aç kalan % 40,5, 11-18 saat süreyle aç kalan ise % 59,5 dir (Min: 6 max: 18 ort: 10,31±2,41) . Kronik yandaş başka bir hastalığının olma durumu değerlendirildiğinde; % 76,2 'si kronik başka bir hastalığı olduğu belirlenmiştir.(% 23,8 'inin hipertansiyon, % 21,4'ünün diyabet, % 11,9 'unun KOAH, % 11,9 'unun hipertansiyonla birlikte diyabet) Yaşlı hastaların % 61,9'u geçmişte düşme deneyimi yaşadığını, % 38,1'i düşmediğini, % 42,3'ü 1 kez, % 30,8'i 2 kez, % 19,2 si 3 kez, % 7,7 'si 4 kez düşme deneyimi yaşadığını ifade etmiştir

Grup II'yi oluşturan yaşlı hastalarda ise; %63,6'sı daha önce ameliyat olmuş, , % 69,7'i ameliyat olmaktan korkmadığını ifade etti. % 57,6'sı genel anestezi ile cerrahi girişim geçirmiştir. Yaşlı hastaların hastanede bulunma süreleri incelendiğinde; %90,9 'u 3 gün ve daha az süreyle hastanede kalmıştır. Ameliyat öncesi aç kalma süreleri ise: 6-10 saat arası süreyle aç kalan % 78,8, Yaşlıların kronik yandaş başka bir hastalığının olma durumu değerlendirildiğinde ;% 57,6 'si kronik başka bir hastalığı olduğu (% 18,2 'si hipertansiyon, % 12,1 'i hipertansiyon ve diyabet birlikte , % 9,1'inin diyabet) belirlenmiştir (Tablo2)

Hastaların, %42,4'ünün geçmiş düşme yaşantısının olduğu, % 57,6'sının olmadığı, düşen hastaların % 85,7 'sinin daha önce 1 kez düştüğü, % 14,3'ünün 2 kez düştüğü, .% 50'si yolda yürürken, % 21,4'ü banyoda, %28,6'sı odasında düştüğünü ifade etmiştir.

Tablo 3. Yaşlı hastaların gruplarına göre aldıkları NANDA hemşirelik tanıları

| | GÜVENLİ ÇEVRE | | | | | | | |
|-------------------------|----------------------|-------------|-----------|----------|------------|----------|-----------|----------|
| | I | | II | | III | | IV | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Grup I | | | | | | | | |
| Travma riski | 18 | 42,9 | 6 | 14,3 | - | - | - | - |
| Enfeksiyon | 5 | 11,9 | 1 | 2,4 | - | - | - | - |
| • enfeksiyon riski | 15 | 35,7 | 17 | 40,5 | 2 | 4,8 | - | - |
| Yara yeri enfeksiyonu | - | - | - | - | - | - | - | - |
| • riski | 6 | 14,6 | 2 | 4,8 | 1 | 2,4 | - | - |
| Kanama riski | 14 | 33,3 | 1 | 2,4 | - | - | - | - |
| Duyusal algısal değişim | 4 | 9,5 | - | - | - | - | - | - |
| • riski | 9 | 21,4 | 7 | 16,7 | 1 | 2,4 | - | - |
| İlaç toksikasyonu riski | 3 | 7,1 | 1 | 2,4 | 1 | 2,4 | - | - |
| Grup II | | | | | | | | |
| Travma riski | 2 | 4,8 | - | - | - | - | - | - |

| | | | | | | | | |
|---|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|---|------|
| Enfeksiyon riski | - | - | 3 | 7,1 | | | | |
| İLETİŞİM | | | | | | | | |
| Grup I | | | | | | | | |
| Sosyal izolasyon riski | 3 | 7,1 | 1 | 2,4 | - | - | - | - |
| • riski | 1 | 2,4 | - | - | - | - | - | - |
| Bireysel baş etmede yetersizlik riski | 1 | 2,4 | - | - | - | - | - | - |
| Anksiyete | 3 | 7,1 | - | - | - | - | - | - |
| Ağrı | 3 | 7,1 | 35 | 83,3 | 23 | 54,8 | 6 | 14,3 |
| Grup II | | | | | | | | |
| Ağrı | - | - | 6 | 14,3 | - | - | - | - |
| SOLUNUM | | | | | | | | |
| Grup I | | | | | | | | |
| Yetersiz solunum | 10 | 23,8 | 2 | 4,8 | - | - | - | - |
| Solunum fonksiyonunda değişim riski | 22 | 52,4 | 13 | 31 | 5 | 11,9 | 2 | 4,8 |
| Grup II | | | | | | | | |
| Solunum fonksiyonunda değişim riski | 6 | 12,1 | 8 | 18,2 | - | - | - | - |
| BESLENME* | | | | | | | | |
| Grup I | | | | | | | | |
| Beden gereksiniminden az beslenme riski | 11 | 26,2 | - | - | - | - | - | - |
| • riski | - | - | 7 | 16,7 | 4 | 9,5 | 1 | 2,4 |
| İştahsızlık riski | 19 | 45,2 | 5 | 11,9 | 2 | 4,8 | - | - |
| • İştahsızlık riski | 6 | 14,3 | 2 | 4,8 | 3 | 7,1 | 2 | 4,8 |
| Bilgi eksikliği | 1 | 2,4 | - | - | - | - | - | - |
| Malnutrisyon riski | 4 | 9,5 | - | - | - | - | - | - |
| • Malnutrisyon riski | 21 | 50 | 12 | 28,6 | 4 | 9,5 | - | - |
| BOŞALTIM* | | | | | | | | |
| İdrar yapmada değişiklik riski | 2 | 4,8 | - | - | - | - | - | - |
| • riski | 2 | 4,8 | 1 | 2,4 | 1 | 2,4 | 1 | 2,4 |
| Konstipasyon riski | 13 | 31 | - | - | - | - | - | - |
| • riski | 1 | 2,4 | 8 | 19 | 4 | 9,5 | 2 | 4,8 |
| Üriner sistem enfeksiyonu | 29 | 69 | 12 | 28,6 | 2 | 4,8 | - | - |
| KİŞİSEL HİJYEN VE GİYİNME* | | | | | | | | |
| Bireysel bakımda eksiklik | 8 | 19 | - | - | - | - | - | - |
| Oral mukoz membranda değişiklik riski | 8 | 19 | - | - | - | - | - | - |
| • riski | 6 | 14,3 | 4 | 9,5 | 1 | 2,4 | 1 | 2,4 |
| Deri bütünlüğünde bozukluk riski | 2 | 4,8 | - | - | - | - | - | - |
| • riski | 7 | 16,7 | 2 | 4,8 | - | - | - | - |
| Bası yarası riski | 5 | 11,9 | 2 | 4,8 | - | - | - | - |
| • riski | 25 | 59,5 | 9 | 21,4 | 5 | 11,9 | 1 | 2,4 |
| BEDEN ISISINI KONTROL* | | | | | | | | |
| Hipotermi riski | 2 | 4,8 | - | - | - | - | - | - |
| • riski | 1 | 2,4 | - | - | - | - | - | - |
| Vücut ısısını düzenlemede yetersizlik riski | 3 | 7,1 | 1 | 2,4 | 1 | 2,4 | 1 | 2,4 |
| Periferik doku perfüzyonunda değişim riski | 3 | 7,1 | - | - | - | - | - | - |
| • riski | 9 | 21,4 | 5 | 11,9 | - | - | - | - |
| HAREKET* | | | | | | | | |
| Aktivite intoleransı | 17 | 40,5 | 1 | 2,4 | 1 | 2,4 | - | - |

| | | | | | | | | |
|--|----|------|---|------|---|-----|---|-----|
| • riski | - | - | 7 | 16,7 | 2 | 4,8 | - | - |
| Fiziksel mobilitede bozulma | 3 | 7,1 | - | - | - | - | - | - |
| • riski | 3 | 7,1 | 2 | 4,8 | 2 | 4,8 | - | - |
| Güçsüzlük | 9 | 21,4 | 2 | 4,8 | 1 | 2,4 | 1 | 2,4 |
| ÇALIŞMA VE BOŞ ZAMANLARINI DEĞERLENDİRME* | | | | | | | | |
| Boş vakitlerini değerlendirmede yetersizlik | 6 | 18,2 | - | - | - | - | - | - |
| CİNSELLİĞİNİ İFADE ETME* | | | | | | | | |
| Beden imajında bozulma | - | - | 1 | 2,4 | - | - | - | - |
| • riski | 7 | 16,7 | - | - | - | - | - | - |
| Cinsel yaşamda değişiklik | 2 | 4,8 | 2 | 4,8 | - | - | - | - |
| Cinsel fonksiyonda bozukluk | 1 | 2,4 | 2 | 4,8 | - | - | - | - |
| UYKU | | | | | | | | |
| Grup I | | | | | | | | |
| Uyku alışkanlığında bozukluk | 26 | 61,9 | 7 | 16,7 | - | - | - | - |
| • riski | 1 | 2,4 | - | - | 2 | 4,8 | 1 | 2,4 |
| Grup II | | | | | | | | |
| Uyku alışkanlığında bozukluk | 2 | 6,1 | 4 | 12,1 | - | - | - | - |
| ÖLÜM* | | | | | | | | |
| Ölüm anksiyetesi | 6 | 14,3 | 1 | 2,4 | - | - | - | - |

*GRUP II ye ait NANDA hemşirelik tanıları bulunmamaktadır.

TARTIŞMA

Bu araştırmada, cerrahi girişim geçirecek olan yaşlı hastaların ameliyat sonrası günlük yaşam aktiviteleri modeline dayanılarak, yaşlı bireyin gereksinimleri ve modelin kuramsal kavramları esas alınarak hazırlanan form kullanılarak verilen hemşirelik bakımının etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı. GYA modeline göre yaşlı hastalar için uyarlanan bu değerlendirme formuna göre riskli bulunan gruptaki hastalar NANDA hemşirelik tanımlarını aldı ve buna göre yaşlı bireyin gereksinimine uygun hemşirelik bakımı uygulandı.

Hemşirelik bakımında bir modelin etkin olarak kullanılması ve hemşirelik bakımının bir model doğrultusunda planlanıp uygulanması, her kurumda hemşirelik modellerinin kullanımının artması, hastanın gereksinimlerinin daha iyi belirlenmesi ve bakım kalitesinin iyileştirilmesi açısından önemlidir. Hemşirelik bakımında bir modelin kullanılması aynı zamanda hemşirelere hastanın hastalığına ait spesifik belirti, bulgu, tedavi ve bakımı için yeterince bilgi ve donanıma sahip olmayı mecbur kılarak, tedavi ve bakımın daha spesifik ve etkin olmasını sağlamaktadır (12). Bu araştırmada, cerrahi açıdan riskli bulunan grup olan yaşlı hastalarda model kullanılarak hemşire değerlendirme formu kullanıldı. Formdan elde edilen veriler doğrultusunda yaşlı bireyler çok riskli-daha az riskli olmak üzere iki gruba ayrıldı ve NANDA tanımları konularak, bireyselleştirilmiş, gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik bakımı uygulandı.

Yaşlı hastaların form kullanarak yapılan ameliyat öncesi değerlendirmeleri neticesinde GYA modeli alt alanlarına göre aldıkları hemşirelik tanımları değerlendirildi. Güvenli çevre alanından en çok travma riski (%42.9), enfeksiyon riski (%35.7) kanama riski (%33.3) tabırları aldıkları görüldü. Bu hastalarında ameliyat sonrası aldıkları spesifik hemşirelik bakımı süresince yapılan II, III. Ve IV. Değerlendirmelerinde ise bu tanımları alan hastaların oranları azaldı. Yaşlı bireylerde yaşlanmaya bağlı değişiklikler cerrahi girişim nedeniyle ortaya çıkan sorunların görülmesine neden olabilmektedir. Çalışmadaki yaşlı hastalarda da benzer bir sonuç görülmektedir.

İletişim alanında ise ilk değerlendirme tanı alan hasta sayısı oldukça az olmasına rağmen ameliyat sonrası dönemde II. Değerlendirmede ağrı (%83.3) III değerlendirilmede (%54.8) tanısı alan hasta belirlendi. Akyüz ve Büyükyılmaz, (2024) çalışmalarında, yaşlı hastaların ameliyat sonrası 4. gündeki ağrılarının “şiddetli düzeyde” ve düşme riski açısından “yüksek riskli” olduğu saptamışlardır (16). Özellikle yaşlı, hastalarda ağrı yaşayanların birçoğu yanlış anlaşılmalara, yetersiz bilgilendirme ve ağrının cerrahinin kaçınılmaz bir sonucu olduğuna inanmakta ve bu durum etkisiz ağrı yönetimine ne olmaktadır (17).

Solunum alanında ilk değerlendirmede en çok solunum fonksiyonunda değişiklik riski (%52.4) alan hasta belirlenirken verilen kapsamlı ve spesifik hemşirelik bakımı ile ameliyat sonrası diğer değerlendirmelerde tanı alan hasta oranlarının düştüğü belirlendi. Yaşlı hastada göğüsün ön-arka çapının artması, toraksın esnekliğinin azalması, göğüs duvarı sertliğinin ortaya çıkması, derin nefes alma ve öksürme yeteneğinin azalmasına neden olmakta ve bu durumlar, özellikle sigara alışkanlığı olan, ameliyat sonrası yatak istirahatına alınan yaşlı hasta için solunum sisteminde ateletazi ve pnömoni gibi sorunlara neden olabilmektedir (1).

Beslenme alt alanına yönelik yaşlı hastalara yapılan ilk değerlendirmede en çok iştahsızlık (%45.2), Malnutrisyon riski (%50) ve beden gereksiniminden az beslenme (%26.2) olduğu belirlendi. ameliyat sonrası II. Değerlendirmede bu tanıları alan hasta oranları azaldı ancak malnutrisyon riski (%28.6) devam etmekteydi. Bilindiği gibi, yaşlı hastalarda beslenme bozuklukları, ağız hijyeninin bozuk olması, ağız içindeki yaralar, çürük diş, uygun olmayan protez varlığı ve iştahsızlık tat alma yeteneğinin azalması gibi sorunlar ameliyat öncesi dönemde sıklıkla karşılaşılan durumlardır. (1).

Boşaltın aktivitesine yönelik ilk değerlendirmede yaşlı hastaların büyük çoğunluğu üriner sistem enfeksiyonu (%69) ve konstipasyon (%31) tanısı aldılar. Ameliyat sonrası yaşlı bireye özel hemşirelik bakımı sonrası tanı alan hasta oranları ciddi ölçüde azalmasına rağmen II değerlendirilmede %28.6 oranındaydı. Ancak III. Ve IV değerlendirilmede sorunun azaldığı belirlendi. Yaşlılarda kronik konstipasyonun dünyada görülme sıklığı %40’a kadar yükselirken, ülkemizde bu oran %20 ile %40 arasında değişmektedir (18). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yarısından biraz fazlasının (%51,9) konstipasyon sorunu yaşadığı belirtilmiştir (19).

Kişisel hijyen ve giyinme alt alanında ilk değerlendirme en fazla oranda bası yarısı riski (%59.5) saptandı. Verilen kapsamlı hemşirelik bakımı sonrasında oranların giderek azaldığı belirlendi. Taburcu olduktan 1 ay sonra yapılan değerlendirmede sadece bir (1) hastada bası yarısı riski devam ediyordu.

Beden ısısını kontrol alt alanına alt yapılan ilk değerlendirilmede yaşlı hastaların %21.4’ü periferik doku perfüzyonunda değişiklik riski tanısı aldı. Ameliyat sonrası II. Değerlendirmede bu oran %11.9 ‘a düştüğü belirlendi.III. ve IV izlemde tanı alan hasta tespit edilmedi. Yaşlı hastalar, santral sinir sistemlerinin vücut ısısı üzerindeki etki kapasitesinin azalması vedomer altı yağ dokusunun incilmesi nedeniyle ameliyat sonrası hipotermi gelişimi açısından yüksek risk altındadırlar. Ameliyat olan yaşlı hastaların bakımında normoterminin sürdürülmesi için ameliyat sonrası risk faktörlerinin belirlenmesi hasta güvenliği açısından önemli olduğu bilinmektedir (20).

Hareket alt alanına yönelik yaşlı hastaların büyük çoğunluğu (%40.5)aktivite intoleransı , % 21.4’ü ise güçsüzlük tanısı aldı. Ameliyat sonrası II. diğer değerlendirilmede aktivite intoleransı riski % 16.7 olarak saptandı. Bir çalışmada Yaşlı hastaların, hareket ve mobilizasyonunda yetersizlik yaşamaları durumunda cerrahi hemşirelerinin çoğunun yaşlı bireyin aktivite yapmasını destekleyerek/cesaretlendirerek (%71,6) ve aile bireylerinden yardım isteyerek (%61,2) başa çıktıkları tespit edilmiştir (21).

Boş zamanlarını değerlendirme alt alanında yaşlı hastaların %18.2’si boş vakitlerini değerlendirme yetersizlik tanısı aldı. Cinselliği ifade etme alanında % 16.7’si beden imajında bozulma riski tanısı

aldı. Uyku alt alanında en çok alınan tanı % 61.9 ile uyku alışkanlığında bozuluk idi. Ameliyat sonra bu tanıyı alan hasta oranı azaldı. Kaya ve Yılmaz (2021) araştırmalarında hastaların %60.7'sinin uyku sorunu yaşadığını, uyku sorunu yaşadığını ifade eden hastaların %56'sı uykuya dalmakta zorlandığını belirlemişlerdir. Aynı çalışmada uyku bozukluklarının 65 yaş üstü bireylerde diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu ve yaşlı bireylerin %40-50'sinin uyku sorunları yaşadıkları ifade edilmektedir (22).

GYA modelinin son alt boyutu olan Ölüm bileşenine yönelik ise yaşlı hastaların % 14.3'ü ölüm korkusu tanısı aldı. Ameliyat sonrası II. Değerlendirmede sadece bir (1)hastada sorun devam ettiği belirlendi.

Sonuç olarak, “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” na göre yapılan değerlendirme ile cerrahi süreçte riskli olan yaşlı hastaların belirlemede seçici olduğunu göstermektedir. Ameliyat sonrası takip edilen ve “Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu” na göre daha riskli bulunan yaşlı hastalardan: Travma riski olan 18 (% 42,9), enfeksiyonu olan 5 (% 11,9), enfeksiyon riski olan 15 (% 35,7), yetersiz solunumu olan 10 (% 23,8), solunum fonksiyonunda değişiklik riski olan 22 (% 52,4), malnütrisyon riski olan 21 (%50), üriner enfeksiyon riski olan 29 (% 69) , hafif düzeyde bası yarası olan 5 (% 11,9), bası yarası riski olan 25 (% 59,5), periferik doku perfüzyonunda değişim riski olan 9 (% 21,4) hastaya, sorunların giderilmesi ve risklerin önlenmesine yönelik uygulanan hemşirelik bakımı ile ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların gelişmediği belirlendi. Hastaların taburcu olduktan sonraki izlemlerinde ilk değerlendirmede saptanan sorun ya da cerrahi açıdan risk içeren durumların oluşmasında yaşlı hastalara uygulanan hemşirelik bakımının etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Totur, B., & Demir Korkmaz, F. (2011). Geriatrik Cerrahide Hasta Bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 27(2), 61-68.
2. Ayan FS, Dağtekin T. (2020) Geriatrik Cerrahide Güncel Yaklaşımlar. IGUSABDER. ;:460–474.
3. Cengiz, M., & Kavak, G. Ö. (2008). Preoperative Preparation and Anesthesia in Geriatric Patients. Türkiye Klinikleri Orthopaedics and Traumatology-Special Topics, 1(2), 61-68.
4. Bulut, H. (2014). Ameliyat Öncesi, Esnası ve Sonrası Hemşirelik Bakımı. T. A. Aşti, A.Karadağ, Hemşirelik Esasları (ss.703-726), İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
5. Usta, E., & Aygin, D. (2015). Yaşlı hastanın ameliyat sonrası bakımındaki farklılıklar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5 (3), 59-65.
6. Aksoy, G. (2017). Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliği. In G. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (4rd ed.), Cerrahi Hemşireliği I. (ss.1-38). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
7. Dinçer, A., & Kurşun, Ş. (2019). Yaşlı bireylerin cerrahi girişim sonrası evde yaşadıkları sorunların belirlenmesi.
8. Aydın Akbuğa, G., & Bahçeli, A. (2017). Kalp cerrahisi girişimi uygulanan yaşlı bireylere yönelik bakım. Bozok Tıp Dergisi, 7(2), 71-76..
9. Özcan, G., & Kurşun, Ş. (2021). Cerrahi girişim geçiren yaşlı hastaların hemşirelik bakım kalitesini algılaması. Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 1(3), 107-116.
10. Pehlivan, S., & Karadakovan, A. (2013). Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler Ve Hemşirelik Tanılaması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 385-395.

11. Aydemir Ö, Görücü R, Aydoğdu T. (2022). COVID-19 tanılı ortopedik cerrahi hastasının günlük yaşam aktiviteleri modeline göre bakım uygulamaları: Olgu sunumu. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 141-153.
12. Adıgüzel L. (2021). Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli, B. Demirbağ (Ed.), *Hemşirelik kuramları: Kavram haritalarıyla, içinde* (s.135- 150), Ankara: Akademisyen Kitabevi.
13. Bulut, H., & Güler Demir, S. (2017). “Nancy Roper, Winifred W.Logan, Allison J. Tierney: Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli”, A. Karabağ, N. Çalışkan, & Z. Göçmen Baykara (Ed.), *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri, içinde* (531-575), Ankara: Akademi Basın ve Yayıncılık.
14. Akçay, E., & Ören, B. (2024). Roper, Logan ve Tierney’in Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline Göre Ülseratif Kolit Olgu Değerlendirmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7(2), 250-259. <https://doi.org/10.54189/hbd.1497754>
15. Özkan, S., Kılınçat, B., & Yılmaz, M. (2023). Roper-Logan-Tierney Hemşirelik Modeline Temelli Pediatri Hemşireliği: Olgu Sunumu. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 4(1), 61-78.
16. Akyüz, E., & Büyükyılmaz, F. (2024). Yaşlı Hastalarda Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakım Gereksinimi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 9(1), 87-93. <https://doi.org/10.61399/ikcusbfd.1191417>
17. Kiyat, İ. (2021). Günübirlik Cerrahi Sonrası Ağrı Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımı. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 412-421. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.738738>
18. Adıgüzel, L., & Demirbağ, B. C. (2020). 65 Yaş ve Üstü Kişilerde Kronik Konstipasyonun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 71-79. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.577351>
19. Okuyan, C. B., & Bilgili, N. 2019 Yaşlılarda Konstipasyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi: Bir Huzurevi Çalışması. *FNJN*, 157.
20. Okgün Alcan, A., Aygün, H., & Avcı, H. (2022). Yaşlı Hastalarda Ameliyat Sonrası Hipotermi: Sıklık ve Risk Faktörlerinin İncelendiği Prospektif Bir Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation*, 20(1).
21. Özşaker, E., Kamaş, F., & Aslan, A. (2021). Cerrahi Hemşirelerinin Yaşlı Hasta Bakımına İlişkin Duyguları, Davranışları ve Karşılaştıkları Güçlükler: Tanımlayıcı Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(4).
22. Kaya, G., & Yılmaz, M. (2021). Total diz protezi olan yaşlı bireylerde uyku ve depresyonun belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 1-13. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.733376>