

T.C
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN YAŞLI HASTALARDA
BAKIM BAĞIMLILIĞI DURUMLARININ
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Demet FİDAN

Enstitü Ana Bilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hande CENGİZ AÇIL

EYLÜL-2023

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN YAŞLI HASTALARDA
BAKIM BAĞIMLILIĞI DURUMLARININ
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Demet FİDAN

Enstitü Ana Bilim Dalı: Hemşirelik

Bu tez/...../2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği/ Oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Etik Kurulu'ndan tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

25.09.2023

Demet FİDAN

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanması süresince her aşamada bilgi, fikir ve tecrübeleriyle bana yol gösteren; uzmanlık eğitimim süresince yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen çok kıymetli biricik danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Hande CENGİZ AÇIL' a, bilgi ve deneyimleri ile yoluma ışık tutan hocam Prof. Dr. Dilek AYGİN' e, beni yetiştiren ve hayatıma ışık olan sevgili babam Mahmut FİDAN' a, her koşulda yanımda olan değerli ablam Serpil ÇELİK' e ve manevi desteğini esirgemeyen arkadaşlarıma

En içten dileklerimle teşekkür ederim.

Demet FİDAN

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
TABLOLAR	vii
ÖZET.....	viii
SUMMARY	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Cerrahi Nedir?.....	3
2.2. Cerrahinin Sınıflandırılması.....	4
2.2.1. Nedene Göre Cerrahi Girişim	4
2.2.1.1. Tedavi Amaçlı (Küratif) Cerrahi Girişim	4
2.2.1.2. Tanısal Amaçlı (Diyagnostik) Cerrahi Girişim.....	4
2.2.1.3. Kozmetik Amaçlı Cerrahi Girişim.....	4
2.2.1.4. Palyatif Amaçlı Cerrahi Girişim	4
2.2.1.5. İnceleme Amaçlı Cerrahi Girişim (Eksploratif).....	5
2.2.1.6. Engelleme Amaçlı Cerrahi Girişim.....	5
2.2.2. Aciliyet Durumuna Göre Cerrahi Girişim.....	5
2.2.2.1. Planlı (Efektif) Cerrahi.....	5
2.2.2.2. Acil (Urgent) Cerrahi	5
2.2.2.3. Çok Acil (Emergency) Cerrahi	6

2.2.3. Risk Derecesine Cerrahi Girişim	6
2.3.1 Obstrüksiyon (Tıkanıklık).....	6
2.3.2 Erozyon (Aşınma)	7
2.3.3 Perforasyon (Delinme)	7
2.3.4 Tümörler.....	7
2.4 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Dünya Verilerine Göre Cerrahi Girişim Geçiren Yaşlı Hasta Sayıları	7
2.5 Yaşlanma ve Yaşlılık Kavramları	9
2.6 Yaşlıların Vücut Sisteminde Meydana Gelen Değişimler	11
2.6.1 Yaşlanmada Görülen Fizyolojik Değişiklikler.....	11
2.6.2 Yaşlanmada Görülen Ruhsal Değişiklikler	15
2.6.3 Yaşlanmada Görülen Sosyal Değişiklikler	15
2.7 Yaşlı Cerrahi Hastalarında Görülen Risk Faktörleri	16
2.8 Yaşlı Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi-Sırası-Sonrası Hazırlık Aşamaları	17
2.8.1 Geriatrik Cerrahide Ameliyat Öncesi Hazırlık	17
2.8.2 Geriatrik Cerrahide Ameliyat Sırası Bakım.....	18
2.8.3 Geriatrik Cerrahide Ameliyat Sonrası Bakım	18
2.9 Hemşirelik ve Bakım Bağımlılığı Kavramı.....	19
2.10 Yaşlı Cerrahi Hastalarında Bakım Bağımlılığı	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	22
3.2 Araştırma Soruları	22
3.3 Araştırmanın Etik Yönü	23
3.4 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.5 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23

3.5.1	Örneklem Seçim Kriterleri.....	24
3.5.2	Örneklemden Dışlama Kriterleri.....	24
3.6	Veri Toplama Araçları.....	24
3.6.1	Kişisel Bilgi Formu	24
3.6.2	Bakım Bağımlılığı Ölçeği	25
3.6.3	Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.7	Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4.	BULGULAR.....	27
4.1.	Katılımcıların Demografik Özelliklerinin İncelenmesi	27
4.2.	Katılımcıların Sağlık Öyküsüne İlişkin Bulguları.....	29
4.3.	Katılımcıların Bakım Bağımlılığı Ölçeğine Dair Tanımlayıcı İstatistikler.....	30
4.4.	Katılımcıların Bakım Bağımlılığı Ölçek Puanı ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	31
4.5.	Katılımcıların Bakım Bağımlılığı Ölçek Puanı ile Sağlık Öyküsü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	33
4.6.	Katılımcıların Bakım Bağımlılığı Ölçek Puanı ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	34
4.7.	Bakım Bağımlılığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	34
5.	TARTIŞMA	36
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
	KAYNAKÇA	49
	ÖZGEÇMİŞ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

KISALTMALAR

BKİ:	Beden Kitle İndeksi
BBÖ:	Bakım Bağımlılığı Ölçeği
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
F:	One-way ANOVA testi
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
min:	Minimum
maks:	Maksimum
ort:	Ortalama
r:	Pearson Korelasyon Katsayısı
ss:	Standart Sapma
SVO:	Serebro Vasküler Olay
t:	Bağımsız Örneklem t testi
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu

TABLÖLAR

Tablo 1. Tanımlayıcı Özelliklerin İncelenmesi.....	29
Tablo 2. Sağlık Öyküsü Özelliklerinin İncelenmesi	30
Tablo 3. Bakım Bağımlılığı Ölçeğine Dair Tanımlayıcı İstatistikler.....	31
Tablo 4. Bakım Bağımlılığı Ölçek Puanı ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişkisinin İncelenmesi	32
Tablo 5. Bakım Bağımlılığı Ölçek Puanı ile Sağlık Öyküsü Özellikleri Arasındaki İlişkisinin İncelenmesi	34
Tablo 6. Bakım Bağımlılığı Ölçek Puanı ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişkisinin İncelenmesi	35
Tablo 7. Bakım Bağımlılığı'nı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.....	36

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Hastalık ve sakatlıkların giderek artmasına paralel olarak bakım gereksiniminin ve hastaneye yatışların arttığı bilinmekle birlikte yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfus oranının artması da yaşlı cerrahi girişim sayısının artmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda cerrahi girişim geçiren yaşlı hastalarda bakım bağımlılığı durumlarını belirlemek amacıyla bu çalışma planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma evrenini Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerinde 65 yaş ve üzeri cerrahi girişim geçirmiş hastalar oluşturdu. Araştırma örneklemini 75 kadın ve 75 erkek hasta olmak üzere 150 hasta oluşturdu. Hastalar ile ameliyat sonrası dönemde Kişisel Bilgi Formu ve Bakım Bağımlılığı ölçeği kullanılarak görüşüldü. Veriler IBM SPSS Statistics 26 programına aktararak tamamlandı. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler verildi. İki grup arasındaki fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (OneWay ANOVA) ile bakıldı. Sayısal ölçümler arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizinden yararlanıldı. Ölçek güvenilirliği için ise cronbach alfa değerinden yararlanıldı.

BULGULAR: Katılımcıların yaş aralıkları 65-74 yaş arası %70,7, 75-84 yaş arası %21,3, 85 ve üzeri %8 iken yaş ortalamaları ise $72,26 \pm 7,17$ olup beden kitle indeksi (BKİ) ortalamaları $27,35 \pm 5,86$ ’dır. Cerrahi girişim geçiren yaşlı hastaların %50’si kadın, %50’si erkek, %62’si ilköğretim mezunu, %65,3’ü evli, %53,3’ü çalışmakta, %36,7’si sigara kullanmakta ve %9,3’ü alkol kullanmaktaydı. Katılımcıların hastanede kalma süre ortalaması $13,71 \pm 18,16$ iken %37,8’i genel cerrahi, %26,4’ü ortopedi, %17,6’sı gastroonkoloji servisinde yatmaktaydı. Hastaların %86’sı herhangi bir kronik hastalığa sahipken kronik hastalıklar arasında en fazla hipertansiyon (%78,7) yer almaktaydı. Ayrıca %17,3’ünün daha önce cerrahi girişim öyküsü olup hepsininde refakatçisi sürekli olarak vardı. Hastaların bakım bağımlılığı ölçek puan ortalaması $56,02 \pm 16,98$ ’dir. Çalışmada alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, cerrahi girişim öyküsü, BKİ ve hastanede kalma süresinin bakım bağımlılığı üzerine bir etkisi

bulunmazken; yaşı, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalışıp-çalışmama ve sigara kullanım durumları ile bakım bağımlılığı arasında anlamlı bir fark bulundu.

SONUÇ: Cerrahi girişim geçirmiş geriatric hastaların yaşı düzeyi arttıkça bakım bağımlılığına olan gereksinimleri de aynı oranda artmaktadır. Ayrıca kadın cinsiyet olması, eğitim durumunun düşük olması, bekâr olmanın yanı sıra beyin cerrahi ve ortopedi servisinde yatan hastalarında bakım bağımlılığı durumlarının arttığı görülmektedir. Sonuç olarak ileri yaşla birlikte görülen biyo-psiko-sosyal değişiklikler hastaların ameliyat öncesi ve sonrasına yönelik bakım bağımlılıklarını etkilemekte ve bu hastalara bakım veren sağlık çalışanlarının özellikle de hemşirelerin bakım sürecinde geriatric hasta bakımına yönelik olarak hastayı bir bütün olarak ele alması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Bakım Bağımlılığı, Cerrahi Girişim, Yaşlı Hasta

SUMMARY

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Although it is known that the need for care and hospitalizations are increasing in parallel with the increasing number of diseases and disabilities, the prolongation of life expectancy and the increase in the elderly population also lead to an increase in the number of surgical interventions for the elderly. In this context, this study was planned to determine the care dependency status of elderly patients undergoing surgical intervention.

MATERIALS AND METHODS: The study population consisted of patients aged 65 and over who had undergone surgical intervention in the surgical clinics of Sakarya Training and Research Hospital. The research sample consisted of 150 patients, 75 female and 75 male patients. Patients were interviewed using in the Personal Information Form and the Care Dependency scale in the postoperative period. The data were transferred to the IBM SPSS Statistics 26 program and completed. While evaluating the study data, frequency distribution (number, percentage) for categorical variables and descriptive statistics for numerical variables were given. Independent sample t-test was used to determine whether there was a difference between the two groups, and one-way analysis of variance (One Way ANOVA) was used to determine whether there was a difference between more than two groups. Pearson correlation analysis was used to examine the relationship between numerical measurements. Cronbach's alpha value was used for scale reliability.

RESULTS: The age range of the participants is 70.7% between the ages of 65-74, 21.3% between the ages of 74-85, 8% between the ages of 85 and over, while the average age is 72.26 ± 7.17 and the average body mass index (BMI) is 27.35 ± 5.86 . Of the elderly patients who underwent surgical intervention, 50% were women, 50% were men, 62% were primary school graduates, 65.3% were married, 53.3% were working, 36.7% were smokers, and 9.3 of them were using alcohol. While the average

hospital stay was 13.71 ± 18.16 , 37.8% were in general surgery, 26.4% were in orthopedics, and 17.6% were in gastro-oncology. He was lying in the service. While 86% of the patients had any chronic disease, the most common chronic disease was hypertension (78.7%). In addition, 17.3% had a history of previous surgical intervention and all of them had a permanent companion. The average score of the patients' care dependency scale is 56.02 ± 16.98 . In the study, alcohol use, presence of chronic disease, history of surgical intervention, BMI and length of hospital stay did not have an effect on care dependency; A significant difference was found between age, gender, education level, marital status, working or not working, smoking status and care dependency.

CONCLUSION: As the age of geriatric patients who have undergone surgery increases, their need for care dependency increases at the same rate. In addition, being female, having a low level of education, being single, and being a patient in the neurosurgery and orthopedic wards also increase the level of care dependency. As a result, bio-psycho-social changes seen with advanced age affect the care dependency of patients before and after surgery, and healthcare professionals, especially nurses, who care for these patients need to consider the patient as a whole for geriatric patient care during the care process.

Keywords: Care Dependency, Surgical Intervention, Elderly Patient

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bakım, insanlığın tarihiyle başlayan, çeşitli biçimlerde tanımlanmış olmasına karşın, üzerinde uzlaşılan tek bir tanımı olmayan ancak ilişkisel, fenomenolojik, öznel ve etik yönleri olan çok boyutlu bir olgudur (Gül 2019). Bakım yalnızca hemşirelere özgü olmayan ancak hemşirelik mesleğinin temel unsuru olan ve hemşireler tarafından uygulanan bir kavramdır (Akalın, Toparlı, Argunşah, Demir, Gözaydın, Özyetgin, Zülfikar, Aksu, Durkun, Gültekin, Okkalı, Terzi, Mete, Kaya, Tekeli 2011).

Bakım terimi, Türk Dil Kurumu Sözlüğü 'ne göre; 'bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek' olarak tanımlanmaktadır. Türk Dil Kurumu Sözlüğünde yer alan başka bir tanımda ise bakım 'birinin beslenmesi, giyinmesi vb. gibi gereksinimleri üstlenmek ve bunları sağlamak' olarak belirtilmiştir (Akalın ve ark. 2011). Bu tanımdan yola çıkarak bakım, kendi gereksinimlerini karşılamayan bir kişi için bakma sorumluluğunun üstlenilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bakım bireylerin yaşamının herhangi bir evresinde ihtiyaç duyduğu evrensel bir gereksinim olmasının yanında ahlaki sorumluluk da yükleyen bir olgudur (Lavoie, De Koninck and Blondeau 2006).

Hemşirelik mesleğinin temel kuramında yer alan bakım kavramı, hemşire ile hasta arasında oluşan huzurlu ve güvenli bir iletişimin temel unsurudur. Hemşire bakım verdiği hastanın fizyolojik, psikolojik, patolojik gereksinimlerini bir ahlaki sorumluluk çerçevesinde bakım verici rolüyle gidermektedir. Bakım verici rol; hemşireliğin temel rolü olarak kabul edilmektedir. Hasta bütüncül olarak değerlendirilerek, hastaya özgü bakım planı oluşturulmakta, uygulanmakta ve değerlendirilmektedir (Aydemir Gedük 2018).

Etkili ve nitelikli hemşirelik bakımıyla hasta, hastalık öncesi gerçekleştirebildiği faaliyetleri yerine getirebilmekte, taburculuk süresi kısalmaktadır (Aydemir Gedük 2018). Böylelikle iş gücü kaybı azalmakta, ikincil hastalıklar ve komplikasyonlar

önlenmektedir. Hemşirelik bakımında hemşirelerin mesleki ve bireysel özellikleri, verilen bakımın niteliğini doğrudan etkilemektedir.

Bakımı profesyonel kılan unsurlar; mesleki bilgi, beceri ve tutumları kazanmış meslek üyelerinin lisans eğitimi almış olması, araştırmalar ile oluşturulan mesleki bilgi yükü, toplumun gereksinim duyduğu bir hizmetin sunulması (bakım), meslek üyelerinin uygulamalarında özerk olabilmesi, mesleğe bağlılık, bireysel sorumluluk alma, bakım verenlerin güdülenmesi, mesleki kararlarda hemşirelere rehberlik eden etik kodlarının olması ve mesleki bir örgütün varlığıdır (Salvage 1993, Korkmaz 2011).

Bakım bağımlılığı, hastanın profesyonel desteğe ihtiyaç duyması, öz bakım gereksinimlerini karşılayabilme düzeyinde azalma ve bağımlılık durumuna göre belli bir düzeyde bakım talep etmesi olarak tanımlamaktadır. Bakım bağımlılığı sürecinde hastaların bağımlılık durumlarına yönelik verilen hizmette bağımsızlığının yeniden kazandırılması ve aktif yaşamına dönmesi önem arz etmektedir. Öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamama riski taşıyan ve sağlık durumlarının etkilendiği hastalarda bakım bağımlılığı hemşireler için vazgeçilmez ahlaki bir sorumluluktur (Kissel, Dassen and Lohrmann 2011; Dijkstra, Kazimier and Halfens 2015).

Hastalık ve sakatlıkların giderek artmasına paralel olarak bakım gereksiniminin ve hastaneye yatışların arttığı düşünülmektedir. Kronik hastalıklar, yaşlılık, duyuşal kayıplar, fiziksel ve psikolojik durumda meydana gelen değişiklikler bireyin gereksinimlerini karşılamada bağımlılığın artmasına neden olabilmektedir. Hastaneye yatan hastalarda bakım ve tedaviye bağılı görülebilecek değişikliklerin ve gelişmelerin değerlendirilmesi, bağımsız olup olmadığının veya başkalarının yardımına gereksinimi olup olmadığının belirlenmesi gerekmektedir (Bennekomvan, Jelles, Lankhorst and Bouter 1996; Wallace, Duncan and Lai 2002; Kissel, Dassen, Kottner and Lohrmann 2010; Kissel, Dassen and Lohrmann 2011).

Bireylerin aktif yaşamına geri dönmesi ve bağımsızlığını yeniden kazanmasının sağlanması hayati bir önem taşımaktadır (Lohrmann, Dijkstra and Dassen 2003; Kissel, Dassen, Kottner and Lohrmann 2010). Yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfus oranının artması, yaşlı cerrahi girişim sayısının artmasına neden olabilmektedir. Bu bağlamda çalışma cerrahi girişim geçiren yaşlı hastalarda bakım bağımlılığı durumlarını belirlemek amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahi Nedir?

Cerrahi, yara anlamına gelen 'Cerh' sözcüğünden türetilmiş olup yara ilgilenen bilim dalıdır. Cerh 'yara', cerrah ise 'yara ile uğraşan kimse' anlamına gelmektedir. Cerrahi varoluşundan bugüne kadar varlığını sürdüren ve ilk yaralanan insanla başladığı söylenebilir. Yaralanan insan, yarası için tedavi arayışına girerken kendisine bakım verecek kimselere de ihtiyaç duymuştur (Özer 2016).

Cerh, Arapçada yaralama, kabul etmeme, çürütme anlamlarına gelir. Chirurgia (şirurji), latince el ile yapılan iş anlamına gelirken Amel Ülyed ise ameliyat anlamına gelir. Cerrahi girişim, organ fonksiyonlarının en üst düzeye çıkarılması, ağrının giderilmesi, fiziksel görünümün düzeltilmesi ve yaşam süresinin uzatılması, sağlığın sürdürülmesi ya da yeniden kazanılması amacıyla uygulanan bir tıp dalıdır (Aksoy 2019).

Cerrahi bilim ve sanatın harmanlanmasıyla oluşan ve günümüze kadar varlığını devam ettiren bilim dalıdır. Cerrahi; insan vücudundaki fizyolojiyi korumayı, organların normal fonksiyonunda çalışmasını sağlamayı, hastaları iyileştirmek ve dayanılabilir ölçülere indirgemeyi, konjenital anomalilerin steril ortamda cerrahi aletler kullanılarak onarılmasını amaçlayan bir çalışma branşıdır (Özer 2016). Bu bağlamda cerrahi tedavi, organizmada meydana gelen deformitelerde, organizmanın fizyolojik ve anatomik yapısını koruyarak, beden fonksiyonlarının organ üzerinde ya da organlar arasındaki düzenlemelerle eski sağlıklı, anatomik ve fizyolojik yapısına getirilmesinde, yaşamın devam ettirilmesi için dayanılır sınırlarda el becerisinin uygulandığı bir tedavi yöntemidir (Aksoy 2019).

2.2. Cerrahinin Sınıflandırılması

Cerrahi girişim; nedene, aciliyet durumuna, risk derecesine, kapsamına, uygulandığı anatomik bölgeye ve hastanın yatış sebebine göre sınıflandırılabilir (Özer 2016).

2.2.1. Nedene Göre Cerrahi Girişim

2.2.1.1. Tedavi Amaçlı (Küratif) Cerrahi Girişim

Hastalığın nedenini ortadan kaldırmaya yönelik uygulanan girişimdir. Hastalıklı olan doku/organ çıkarılır ya da onarılır. Nefrektomi, apendektomi, koroner arter by-passgreft cerrahisi tedavi amaçlı uygulanan cerrahiye örnek verilebilir (Özer 2016). Bu girişim türünde nedeni ortadan kaldırma ya da onarma yoluyla sağlık sorununa çözüm getirmek üzere cerrahi girişim uygulanır (Aksoy 2019).

2.2.1.2. Tanısal Amaçlı (Diyagnostik) Cerrahi Girişim

Hastalığın ve belirtilerin nedenine yönelik tanı koymak amacıyla uygulanan girişimlerdir. Biyopsi, endoskopi ve artroskopik girişimler bu gruba dâhil edilebilir (Özer 2016). Tahmin edilen hastalık tanısının kesinleştirilmesi amacıyla uygulanan cerrahi girişimdir. Kaynak hücrenin tipini belirlemek ve mevcut sorunun ortadan giderilmesi amaçlanır (Aksoy 2019).

2.2.1.3. Kozmetik Amaçlı Cerrahi Girişim

Hastanın kişisel görünümünün düzeltilmesi veya iyileştirilmesi amacıyla isteğe bağlı uygulanan cerrahi girişimlerdir. Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu, liposakşın, yara skarı onarımı gibi girişimler örnek verilebilir (Özer 2016).

2.2.1.4. Palyatif Amaçlı Cerrahi Girişim

Hastanın hastalığına dair yaşadığı semptomları hafifletmek amacıyla uygulanan cerrahi girişimlerdir. Palyatif cerrahi, asıl sorunun tedavi edilemediği cerrahi türüdür (Özer 2016). Hastalığın tedavi edilemediği ancak hastalığa yönelik olarak semptomların hafifletilmesi amacıyla uygulanır. Ağrı veya basıncı hafifletmek için kısmi tümörün çıkarılması, tedavi edilemeyen ileus hastaları için kolostomi açılması

ve rizotomi (ağrının hafifletilmesi amacıyla sinir kökünün tahrip edilmesi işlemi) gibi vakalar örnek gösterilebilir (Cengiz 2018).

2.2.1.5. İnceleme Amaçlı Cerrahi Girişim (Eksploratif)

Hastalığın seyrini açıklamak için yapılan cerrahi girişimlerdir. Hastalığın hangi bölgelere yayıldığını belirlemek ve mevcut tanıyı kesinleştirmek amacıyla uygulanan cerrahi girişim yöntemidir. Eksploratif laparotomi ile batın ve batın içi organların incelenmesi amacıyla yapılan ameliyatlara örnek verilebilir (Özer 2016).

2.2.1.6. Engelleme Amaçlı Cerrahi Girişim

Konjenital olup yüksek kalıtsal risk taşıyan kanserleri önlemek amacıyla gerçekleştirilen girişimlerdir. Kolonun çıkarılması ya da malign duruma dönüşmeden kitlenin çıkarılması gibi girişimlerde hastalığın önlenmesi, engellenmesi amaçlanır (Özer 2016).

2.2.2. Aciliyet Durumuna Göre Cerrahi Girişim

2.2.2.1. Planlı (Efektif) Cerrahi

Ameliyat gününden önce randevu ayarlanarak hazırlık süresi olan girişimlerdir. Herni onarımı, kolostomi kapatılması gibi cerrahi girişimlerin planlandığı, acil olmayan, sorunun düzeltilmesine gereksinim duyulan ameliyat türüdür (Özer 2016). Hastanın iyi olması için planlanan fakat kesinlikle aciliyet durumu olmayan ameliyatlardır.

2.2.2.2. Acil (Urgent) Cerrahi

24-48 saatten daha fazla geciktirilmesinin yaşamı tehdit ettiği cerrahi girişimlerdir. Akut kolesistit, intestinal obstrüksiyon gibi ameliyatlara örnek olarak gösterilebilir. Hastanın yaşamını kurtarmak, kanamayı durdurmak, organların ya da ekstremitelerin fonksiyonunu düzeltmek ve sürdürmek amacıyla hemen uygulanması gereken ameliyatlardır (Özer 2016).

2.2.2.3. Çok Acil (Emergency) Cerrahi

Hemen müdahale edilmesi gereken çok acil ameliyatlardır. Aort anevrizması örnek olarak verilebilir (Özer 2016). Ateşli-silahlı yaralanmalar, delici- kesici alet yaralanmaları, çoklu açık kırık gibi yaşamı tehdit eden ve derhal cerrahi girişim gerektiren ameliyatlara olarak sınıflandırılabilir (Aksoy 2019).

2.2.3. Risk Derecesine Cerrahi Girişim

Yetersiz beslenme, sedanter yaşam tarzı, obezite, kronik hastalıkların varlığı, endokrin sistem bozukluğu, yaş, ameliyatı gerektiren durum, ameliyatın büyüklüğü, anestezinin türü ve süresi, ameliyathanenin alt yapı ve insan kaynağı olanaklarına göre minör ya da majör riskli cerrahiden söz edilebilir. Asepsi ve güvenli cerrahi uygulamalarının ihmal edildiği minör riskli vakalar, majör riskler barındırabilir (Aksoy 2019).

Minör riskli cerrahi; apse drenajı, lokal anestezi altında uygulanan girişimler

Majör riskli cerrahi; açık kalp ameliyatı gibi uzun ve kapsamlı ameliyatlara örnek olarak verilebilir (Özer 2016).

2.3 Cerrahi Gerektiren Durumlar

2.3.1 Obstrüksiyon (Tıkanıklık)

Kan, hava, serobrospinal sıvı, idrar ve safra gibi maddelerin geçişinin engellendiği tıkanıklık durumudur. Damarlar, tüpler, kanallar gibi içi boş yapıları etkileyip cerrahi işlem gerektiren bir durumdur. Örneğin; safra kesesi koledok kanalı tıkanırsa koledokostomi cerrahisi uygulanır. Herhangi bir tıkalıcı nedenin ortadan kaldırılmasına yönelik yapılan cerrahi girişimdir. Obstrüksiyon, tıkanıklığın olduğu yerdeki organların hayati fonksiyonlarını etkileyebilecek bir faktördür. Örneğin damarda bir tıkanıklık gelişirse damarın beslediği organ beslenemez ve nekroz gelişme riski vardır. Eğer solunum yollarında bir obstrüksiyon gelişirse hastada atelektazi ve akciğer kollapsı gelişebilir (Özer 2016).

2.3.2 Erozyon (Aşınma)

Fiziksel tahriş, enfeksiyon ve tıkanıklık sebebiyle doku yüzeyinin bütünlüğünün bozulması durumudur. Mukozanın tam kalınlığını kapsamayan muskularis mukozaya ulaşmayan lezyonlardır. Erozyon damar duvarını etkilerse kanamaya neden olabilir. Erozyonun perfore olma riski de vardır (Özer 2016). Bu nedenle perfore olmadan cerrahi müdahale yapılmalıdır. Aşınmalar; damar duvarlarında, gastrointestinal sistemde veya taşların bulunduğu organlarda görülebilir.

2.3.3 Perforasyon (Delinme)

Erozyon ve travma nedeniyle görülen delinmeler acil müdahale gerektirir. Serebral arter gibi bir damar ya da mesane gibi bir organ delinebilir. Arter delinmeleri gibi durumlarda acil müdahale edilmezse öldürücü olabilir (Özer 2016).

2.3.4 Tümörler

Tümörler, beden için herhangi bir fizyolojik fonksiyonu olmayan anormal doku büyümeleridir. Vücudun herhangi bir yerinde oluşabilirler. İyi ya da kötü huylu anormal doku büyümeleri cerrahi gerektiren bir durumdur. En yaygın tedavi şekli cerrahi yolla tümörlü kitlenin, dokunun ve ya organın çıkarılmasıdır (Özer 2016).

2.4 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Dünya Verilerine Göre Cerrahi Girişim Geçiren Yaşlı Hasta Sayıları

Yaşlı nüfusun, toplam nüfus oranı içindeki dağılımın %10'u geçmesi nüfusun yaşlandığını gösteren bir etmendir. Küresel yaşlanma sürecinde olan ülkemizde, sağlık alanında kaydedilen gelişmelerle birlikte insanların refah düzeyi yükselmekte, doğurganlık ve ölüm hızı azalmaktadır. Türkiye genç bir nüfus yapısına sahip olmasının yanında yaşlı nüfus oranı da fazladır (TÜİK 2023).

Yaşlı nüfus (65 yaş ve üzeri) yıllara göre oransal bir artış seyretmektedir. 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi iken son beş yılda %22,6 artarak 2022 yılında 8 milyon 451 bin 669 kişi oldu. Yaşlı nüfus oranının toplam ülke nüfusuna oranı ise %9,9 olarak kayıtlara geçmektedir. Nüfus dağılımlarına göre; yaşlı nüfus oranı, 2030 yılında

%12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6, 2080 yılında ise %25,6 olacağı öngörülmektedir (TÜİK 2023).

Yaşlı bağımlılık oranı, çalışma dönemindeki yüz kişiye düşen yaşlı sayısını ifade eden orana denir. Yaşlı bağımlılık oranı 2017 yılındaki verilerde %12,6 iken, 2022 yılında %14,5'e yükselmiştir. Nüfus projeksiyonlarına yansıtılan çalışmalarda 2030 yılında bu oran %19,6, 2040 yılında %25,3, 2060 yılında %37,5, 2080 yılında ise %43,6 olacağı tahmin edilmektedir (TÜİK 2023).

Yaşlı nüfus içinde okuma- yazma bilenlerin oranı yıllar geçtikçe artış göstermektedir. 2017 yılında okuma-yazma bilme oranı %80,4 iken 2022 yılında %85,6 'ya yükselmiştir. Yaşlı nüfusun eğitim durumu incelendiğinde cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Yaşlı nüfusun mezun olunan tüm eğitim-öğrenim düzeylerinde yaşlı erkek nüfus oranının yaşlı kadın nüfus oranından fazla olduğu saptanmıştır (TÜİK 2023).

Yaşlı hastalarda ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerine göre, 2021 yılında ölen yaşlıların %37,6'sı dolaşım sistemi hastalıkları sebebiyle hayatını kaybetmişlerdir. Bu sıralamayı %15'lik bir oranla solunum sistemi hastalıkları, %12'lik bir oranla iyi huylu ve kötü huylu tümörler takip etmektedir. Cinsiyete göre istatistik yapıldığında özellikle iyi huylu ve kötü huylu tümörler yaşlı erkek hastalarda yaşlı kadın hastalara oranla yaklaşık iki katı seyretmiştir. Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlı hastaların sayısı 2017 yılında 13 bin 642 iken, 2021 yılında 12 bin 239 olmuştur (TÜİK 2023). Dünyadaki sağlık alanındaki gelişmeler bireylerin refah seviyesini yükseltirken, doğum ve ölüm oranlarında azalmalar meydana getirir. Buna bağlı olarak zamanla dünyadaki nüfusun ortalama yaş oranı yükselmektedir (Aydın 2021).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine ilişkin yaşlı nüfus oranında artış seyretmektedir. 2000 yılındaki 60 yaş ve üstü yaşlı nüfus oranı 600 milyon iken, 2025'te 1,2 milyar, 2050 yılında ise 2 milyar olacağı raporlarda yer almaktadır (Gökbunar 2016). DSÖ raporlarında dünyadaki bütün ülkelerin yaşlanma ve yaşlılığın getirmiş olduğu zorluklara karşı demografik sürece hazır olmaları gerektiği belirtilmiştir. Yaşlanma ve Sağlık Programı'nda konuya ilişkin: "Yaşlı kişilerin sağlığı denildiğinde, belirleyici konu olarak yalnızca hastalık prevalansı ya da hastalığın yokluğu görülemez ve görülmemelidir. Yaşlı kişilerin büyük bölümü hastalıkları olsa

da, hastalıklarının günlük hayatlarını ciddi olarak etkileyen olumsuz sonuçları ortadan kaldırılabildiği takdirde, kendilerini bütünüyle sağlıklı olarak hissedebilir.” (World Health Organization 1998). Dünyadaki yaşlı nüfus oranı günden güne artış gösterirken dünyadaki en yaşlı nüfusa sahip olan kıtanın Avrupa olduğu kaynaklarda gösterilmiştir. 2022 yılında yapılan çalışmalarda 7,9 milyar olan dünya nüfusunun %10'ununu yaşlı nüfus oluşturmaktadır. En yüksek yaşlı nüfusa sahip olan ülkelere bakıldığında; %34,3 ile Monako, %28,8 ile Japonya, %22,8 ile İtalya yer almaktadır (Aydın 2021).

2.5 Yaşlanma ve Yaşlılık Kavramları

Yaşlılık, bireyin hayatındaki fizyolojik ve biyolojik değişikliklerden dolayı günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorlandığı ve bakıma ihtiyaç duyduğu dönemdir (Tereci, Turan, Kasa, Öncel ve Arslansoyu 2016). Yaşlanma, organizmanın dokularında, hücrelerinde ve sistemlerinde zamanla ortaya çıkan geri dönüşü olmayan yapısal ve işlevsel değişikliklerin tümünü içine alan bir süreçtir (Edelstein, Kalish and Drozdick 1999; Turaman 2001, Apfeldorf and Alexopoulos 2003, Blazer, Hybels and Hays 2004, Saddock and Saddock 2007).

Yaşlılıkla ilgili net bir tanımdan söz etmek oldukça zordur. Bu kavramla ilgili birçok tanıma yer verilmiştir. Yapılan bir tanıma göre; yaşlılık, morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olumsuz yönde ilerlediği, çeşitli hastalıkların birleştiği, fizik ve ruhsal yeteneklerin gerilediği bir yetmezlik olayı olarak değerlendirilmektedir (Aksüllü 2012).

Bir başka tanıma göre; yaşlılık, bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme, sağlığın, gençlik ve güzelliğin, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, saygınlığın, bağımsızlığın, arkadaşların, eş ve yakın ilişkisinin, sosyal yaşantının ve statünün, desteklerin azalması ve kaybı gibi döneme özgü pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemidir (Konak ve Çiğdem 2005). Diğer bir tanıma göre; 'Yaşlı, mekanik tanımlamayla, yaşı ortalama bir rakamla 60'ı aşmış fiziksel (organsal) yapılarında, zihinsel, ruhsal ve sosyal melekelerinde eskimeler ve gerilemeler olan kişidir.' (Tomanbay 2002).

Yaşlılıkla ilgili genel bir yaş sınırı yoktur. Yaşlılığın başlangıcı toplumdan topluma hatta bir toplum içindeki eğitim seviyesi, ekonomik koşullar, cinsiyet, fizyolojik ve psikolojik yaşa değişiklikler göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1998 yılında yayımladığı sağlık raporunda yaşlılığı; başkalarına daha çok bağımlı olma ve özürllüklerin artması olarak tanımlayıp, yaşlılık sınırını da 65 yaş olarak kabul etmiştir. Nüfus demografisi olarak baktığımızda yaşlılığı;

- Genç (Erken) Yaşlılık: 65 ve 74 yaş aralığındaki yaşlıları bu gruba dâhil edebilmektedir. Genellikle emeklilik sonrası dönemdir.
- Orta Yaşlılık: 75 ile 84 yaş aralığındaki yaşlılardan oluşmaktadır. Bu dönemde kişilerde fonksiyonel kayıplar görünmeye başlanır.
- İleri Yaşlılık: 85 yaş ve üzerindeki yaşlılar bu gruba dâhildir. Bu dönemde kişiler yetersizlik hissedip, bakıma gereksinim duyarlar (Aydın ve Arıoğlu 2006; Kutsal 2007).

Yaşlılık kuramsal olarak değerlendirildiğinde 4 boyutta ele alınır:

1.Kronolojik Yaşlanma: Bir yıllık zaman dilimi ile ölçülen süreye göre yapılan yaşlılık tanımıdır. Kronolojik yaşlanmada yaş sınırı net değildir sadece doğum tarihiyle açıklanır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşlanmanın başlangıcı 60 yaş iken, uluslararası alanda ve geriatri ünitelerinde 65 yaş olarak kabul edilmektedir (Tereci, Turan, Kasa, Öncel ve Arslansoyu 2016).

2.Biyolojik Yaşlanma: Vücudun fiziksel değişime uğrayarak yaşlanması durumudur. Anne karnında başlayıp ölüme kadar geçen sürede vücudumuzun yapısal, morfolojik ve işlevsel olarak değişimini kapsar. Hücreler kendini yenileyemediği zaman biyolojik yaşlanmadan söz edilir (Tereci, Turan, Kasa, Öncel ve Arslansoyu 2016).

3.Psikolojik Yaşlanma: Zihinsel fonksiyonlarda, güdüleme ve dürtülerde, kişilikte görülen değişimler psikolojik yaşlanma olarak tanımlanır (Dölek 2011). Yaşlı bireylerde kendilerini yaşlılığın getirmiş olduğu değişimlere karşı hazırlamamaları sebebiyle oluşan yetersizlik duygusu, bakıma muhtaç olarak çevresine yük olma korkusu, istenmediğini düşünme, kaygı, genç yaşlarındaki gibi üretken olamama düşünceleri gibi değişimler görülebilmektedir (Tereci, Turan, Kasa, Öncel ve Arslansoyu 2016). Davranış, uyum ve mental değişikliklerin bireyleri etkilediği dönemdir (Aslan ve Hocaoglu 2017).

4. Sosyolojik Yaşlanma: Zaman içinde kazanılan alışkanlıkların, sosyal konumun ve bireylerin sosyal rollerinin değişmesini ifade etmektedir (Durgun ve Tümerdem 1997). Yaşlı bireylerde geçmiş yaşantısındaki alışkanlık ve rollerinin yaşlılık dönemlerinde değişikliğe uğraması yaşamlarında olumlu ya da olumsuz durumlara sebep olmaktadır (Tereci, Turan, Kasa, Öncel ve Arslansoyu 2016).

2.6 Yaşlıların Vücut Sisteminde Meydana Gelen Değişimler

Yaşlanma, intrauterin hayatta başlayıp ölüme kadar devam eden süreçtir. Bu süreçte hücre, doku ve sistemler üzerinde zamanla ortaya çıkan geri dönüşümü olmayan değişiklikler meydana gelir (Aslan ve Hocaoglu 2017).

Bu değişiklikler fizyolojik, ruhsal ve sosyolojik olarak ele alınabilir:

2.6.1 Yaşlanmada Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanma, tüm fizyolojik değişiklikleri etkileyen bir dönemdir. Yaşlılıkta canlı organizmanın büyüme ve gelişmesinde gerilemeler olup fonksiyon yeteneğinde kayıplar meydana gelir. Zamana bağlı ortaya çıkan değişikliklerde fonksiyon kaybı oluşmaz fakat homeostatik kontrolde azalmalar söz konusudur (Özkayar ve Arıoğlu 2007).

Yaşlanma ile birlikte gastrointestinal sistem, solunum sistemi, endokrin sistemi, bağışıklık sistemi, kas-iskelet sistemi, boşaltım sistemi, deri, işitme, görme, duyuşal işlevlerde azalmalar ve fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Bu dönemde doku ve organlarda fonksiyon kaybı, psikomotor hareketlerde gerileme ve buna bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinde hareket kısıtlılığı görülür. Yaşlılık döneminde kronik rahatsızlıklarda artış olduğundan çoklu ilaç kullanımı görülür. Bu durumda bireylerde günlük yaşam aktivitelerinde, çalışma hayatında bağımlılık durumuna etki etmektedir (Aydoğan, Onar ve Nerkiz 2011).

Yaşlılık döneminde kas kütlesi ve kas gücünde azalmalar meydana gelir. 20-30'lu yaşlarda kas gücü ve kütlesi maksimum seviyede iken orta yaşlardan sonra bu oran yaşla birlikte düşüş gösterir. 80 yaş dönemindeki bir yaşlıda kas kütlesi yarıya iner ve kas zayıflığı görülür. Bu dönemde sarkopeni hastalığının görülme oranı artar. İskelet kasında görülen zayıflıklar, merkezi sinir sistemi düşüşüne bağlı nöron kayıpları,

hormonal faktörler (östrojen ve testosteronun yaşla birlikte azalması), bağışıklık sisteminin baskılanması gibi etmenler bu hastalığın görülme sıklığını artırır (Nagaratnam, Nagaratnam and Cheuk 2016).

Yaşlılık döneminde gastrointestinal sistemde fizyolojik değişiklikler yaşanır. Bu dönemde görülen gastrointestinal sistem rahatsızlıkları bireylerde anksiyete, morbidite ve mortaliteye sebep olmaktadır. Sindirim sistemi ve metabolik aktivelerde yavaşlamalar yaşanan bu dönemde, besinlerin sindiriminde zorluk, yutma güçlüğü, dış çürüklerinin artması, ağızda hijyen eksikliğine bağlı ağız kuruluğu ve ağız yaraları, mide yanması gibi problemler görülmektedir (Yerli 2017).

Gastrointestinal sistemde bulunan pepsin, hidroklorikasit ve gastrik muköz salgılarda azalmalar görülür. B12 vitamini, kalsiyum ve demir gibi bazı besin öğelerinde azalmalar olduğu için emilim bozukluğu oluşur. Besinlerin ince bağırsaktan geçerken emilimi azalır. Buna bağlı olarak birçok yaşlı bireyde kronik konstipasyon sorunları görülür (Mercanlıgil 2019).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte sindirim organlarında görülen değişiklikler bireylerin besin alımını ve gereksinmesini de etkiler. Sindirim organlarında görülen değişiklikler: 65 yaş ve üzerindeki bireylerin%25'inde tat hücrelerinin fonksiyon ve sayısındaki azalmaya bağlı olarak 4 temel tattan (acı, ekşi, tatlı, tuzlu) bir veya daha fazlasını tanımlayama, ağız kuruluğu ve tükürük salgısında azalmaya bağlı olarak besin alımında azalma, özefagusun peristaltik hareketlerinde ve yutma reflekslerinde azalma, midenin boşalma hızının yavaşlaması, midedeki asit salgısında azalmaya bağlı olarak besin emilimin azalması ve atrofik gastrit görülme oranının artması, bağırsakların geçirgenliğinin artması sonucunda besin öğelerinin vücutta kullanımının azalması, safra kesesinde taş oluşumunun artması, pankreatik enzimlerde yetersizlik olması, kalın bağırsak ve kolondaki motilitenin azalmasına bağlı olarak konstipasyon görülme oranının artması, laktoz seviyesinin azalmasına bağlı olarak süt ve süt ürünlerine karşı oluşan intolerans, gastrointestinal sistemin etkin çalışmaması sonucu beslenme yetersizliği oluşması gibi durumlardır (Ağar 2020).

Yaşlılık döneminde fizyolojik değişikliğe uğrayan bir diğer sistemimiz endokrin sistemidir. Özellikle yaşlı kadınlarda 52 yaşından sonra ortaya çıkan ve genetik faktörlere bağlı olarak görülen menopoz yaşlılık dönemi görülen en belirgin fizyolojik

değişikliklerdir. Menopoz döneminde östrojen salgısında azalmalar, vazomotor değişiklikler, deride incelmeler, depresyona eğilim ve ileri dönemde kronik hastalıkların görülme oranında artış yaşanmaktadır. Erkeklerde ise hormonal değişiklikler 30'lu yaşlarda başlayıp yaşlandıkça testesteron salgısında düşmeler görülür. 60-70 yaşlarında testesteron hormonundaki azalmalar hipogonadizm düzeylerine düşer (Karan 2003). Yaşlılık döneminde immün sistem baskılandığı için enfeksiyon hastalıkların görülmesinin yanında otoimmün hastalıklar ve kanser görülme riskinde artış söz konusudur. Ayrıca tüberküloz ve zatürre gibi hastalıklar immün sistemin zayıflamasından dolayı hayatı tehdit edecek boyutta seyredebilir (Karan 2003, Kavlak 2018, (Valiathan, Ashman ve Asthana 2016).

Yaşlılıkla birlikte kardiyak out-put ve kalbin atım sayısı azalır. Kalp kapakçıkları esnekliğini kaybedip kalınlaşır ve kalbi saran yağ tabakası artar. Yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan kalpteki bu değişiklikler kronik hastalıkların oluşmasına zemin hazırlar. Yaşlılıkta görülen kalp ve damar hastalıkları sebebiyle oksijen yetersizliği, dolaşım yavaşlaması, yorgunluk, ödem, halsizlik ve farklı durumlara uyum zorlaşır (Biçer 2017).

Yaşlanma ile birlikte beyine giden damarlarda anatomik bozukluklar sonucu beyine giden kan akımında %20 oranında azalmalar meydana gelir. Bu fizyolojik değişiklikler sonucu hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan bireylerde inme görülme oranı artar. Bu dönemde öğrenme yetisinde azalmalar, iletişimde ve algılamada bozulmalar ve normal kognitif değişiklikler görülmesi söz konusudur. Nörolojik yaşlanmaya bağlı nörolojik hastalıklar dışında diyabet görülme oranı da artar. Diyabet kontrol altında tutulmazsa, duyu kaybı bacağın üst kısımlarında da devam eder ve amputasyon gerekebilir. Bunun sonucunda hastalarda;

- Uzun süre yatak istirahati, bası yaraları,
- Uzun kayı,
- Başka birine bağımlılık oluşması,
- Hareket etme kısıtlılığı gibi sorunlar görülebilir (Snijders ve ark 2007).

Genito-üriner sistemde yaşlılıkla birlikte böbrek nefron sayıları azalır işlevlerinde bozulmalar görülürken renal kan akımı ve mesane kapasitesi azalmaktadır. Kadınlarda perine kaslarında gevşeme olurken erkeklerde prostat hipertrofisi görülür. Genito-

üriner sistemdeki bu değişiklikler yaşlı bireylerde sık idrara çıkma ve inkontinans görülme oranını artırır (Biçer 2017, Kaptan ve Dedeli 2012). Yaşın ilerlemesiyle birlikte glomerulusun bazal zarında kalınlaşma ve glomerulusta sertleşme ve kalınlaşmalar görülür. Kılcal damarlardaki bu kalınlaşma sebebiyle glomeruloskleroz denilen bozukluk ortaya çıkar. Bu bozukluk, yaşlı bireylerin aldıkları besinlerin niteliği, immün sistemin zayıflaması, metabolizma sonucu oluşan toksin maddeler ve hemodinamik etkenlerden kaynaklandığı söylenebilir. Böbrek dokusunun metabolizma faaliyetlerinde meydana gelen azalmalar immün sistemin baskılanmasından dolayı olduğu düşünülmektedir (Akın 2006).

Yaşlılıkta bağışıklık sisteminin fonksiyonunda yavaşlamalar görülür. Buna bağlı olarak enfeksiyona yatkınlık artıp; septik artrit, diyare, menenjit, influenza, pnömoni, bakteriyemi, endokardit gibi hastalıkların görülme oranı artar (Yıldırım, Özkahraman ve Ersoy 2012).

Yaşlılık döneminde solunum sistemindeki değişiklikler, göğüs kafesi ve akciğer parankim dokusunda yapısal değişiklikleri içerir. Bu dönemde solunum kas gücünde azalma, egzersiz kapasitesinde azalma, soluk alışverişinde ve akciğer fonksiyonlarında anormal bulgular saptanır (Lee, Yim and Kim 2016). Yaşlılık döneminde akciğerlerdeki silier aktivitenin azalması ve vücudun bağışıklık sisteminin zayıflaması sonucu aspirasyon pnömonisi gelişme oranı artış göstermektedir. İleri yaşlılık dönemindeki bir birey, streptococcus pneumoniae ve influenza virüsü gibi antijene karşı zayıflamış immün sistem sebebiyle enfeksiyona karşı daha duyarlı olmaktadır (Yıldırım, Özkahraman ve Ersoy 2012).

Yaşlılık döneminde birden fazla olan kronik hastalık durumuna bağlı olarak çoklu ilaç kullanımı görülmektedir (Yılmaz ve Çağlayan 2016). Polifarmasi, uygunsuz ilaç kullanımı, uygunsuz ilaç reçeteleme, ilaç-ilaç ve ilaç-hasta etkileşimi; üriner inkontinansı, fonksiyonlarda azalmayı, malnütrisyonu ve düşme riskini arttırmaktadır (Bahat, Akpınar, Tufan, Akın, Tufan, Erten ve Karan, 2012; İlhan ve Öztürk 2015; Arslan, Keskin Arslan, Koç, Sözmen ve Kaplan 2020).

2.6.2 Yaşlanmada Görülen Ruhsal Değişiklikler

İlerleyen yaşla birlikte görülen kronik rahatsızlıkların varlığı, yaşlılığa ve yaşlılığın getirmiş olduğu sorunlara adapte olamama durumu bireylerde stres görülme oranını arttırır (Küçük ve Karadeniz 2021). Stres bağışıklık sistemi üzerinde baskılayıcı etkisinden dolayı bedensel ve ruhsal hastalıkların oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir. Yaşlılık döneminde gece uyku süresi ve uyku derinliğinin azalmasına bağlı olarak uyku kalitesi düşer ve kısa süreli uykular yaşanır. Kısa süreli uykular (gece 7 saatten az) bireylerde bağışıklığı zayıflatır, dikkate azalmaya, uyarıları algılayabilmede güçlük, düşme ve fiziksel hareketlerde azalma, hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler sistem hastalıklarının görülme oranını arttırır (Kersu ve Alparslan 2020, Küçük ve Karadeniz 2021).

Yaşlılık döneminde geçmişe özlem, anılarda yaşama, yeni gelişen durumlara adapte olamama zorluğu, başkalarına bağımlı olmaktan korku, kaygı ve üzüntü psikolojik sıkıntılara sebep olmaktadır (Biçer 2017, Küçük ve Karadeniz 2021). Yaşlı bireyler bilgiyi işlerken uzun zamana ihtiyaç duyarlar ve düşünce hızları yavaşlar. Buna bağlı olarak soyut düşünme, yargılama, dikkati yönlendirme gibi durumlarda zorluk yaşarlar. En sık dile getirilen sorunlardan bir tanesi de belleğin bozularak unutkanlık probleminin ortaya çıkmasıdır. Yaşlı bireyler daha önce öğrendikleri becerileri sürdürebilirken, yeni bilgi ve becerileri öğrenmede zorluk yaşarlar (Biçer 2017, Yerli 2017).

2.6.3 Yaşlanmada Görülen Sosyal Değişiklikler

Sosyalleşme kavramı yaşlılık dönemindeki bireyler için önem arz etmektedir. Yaşlı bireyler bu dönemde aile ilişkilerine ve büyükanne, büyükbaba rollerine bürünmeye önem verirler. Bu süreçte gerek sağlıklı dönemlerde gerekse hastalık dönemlerinde yanlarında aile bireylerinin olması ve yalnızlık hissinden uzakta olmaları yaşlı bireylere kendilerini güvende hissettiren etkindir (Küçük ve Karadeniz 2021).

Yaşlılık döneminde bireyleri en derinden etkileyen bir konu ise eşinin ölmesi durumudur. Yaşlı bireyler karşılaştıkları sıkıntılarla baş etmede eşinin desteğini görmek isterler fakat eşlerini kaybetme hissi onların kendilerini yalnız ve güçsüz hissetmelerine neden olmakla birlikte bu dönemde görülen ruhsal sıkıntıların da

artmasına neden olur. Yaşlılar bu dönemde görülen hastalıklar sebebiyle kısıtlanmalar yaşamakta, aile ve diğer sosyal çevreden uzaklaşmayla birlikte kayıplar yaşamaktadırlar (Küçük ve Karadeniz 2021).

2.7 Yaşlı Cerrahi Hastalarında Görülen Risk Faktörleri

Yaşlılık dönemi geçirilen cerrahi operasyonlar post-op dönemde komplikasyon görülme oranını arttıran ve belli başlı risk faktörlerini barındırma açısından yaşlı sağlığını etkileyen bir olgudur. Yaşlı hastalarda cerrahi girişime bağlı komplikasyonların gelişmesinin önlenmesi için risk faktörlerinin belirlenmesi gerekmektedir (Whoindia 2008).

Yaşlı bireyler, cerrahi girişim öncesi ameliyata ilişkin risk faktörlerini barındırdığı için post-op dönemde iyileşme süresinin uzaması ve yaşlı bireylerin bu döneme uyum sağlayamama gibi durumları cerrahiye ve cerrahi sonrası başarı oranını etkiler.

Yaşlı cerrahi hastalarında görülen risk faktörleri;

- kanama,
- cerrahi alan enfeksiyonları,
- majör girişimlerden sonra uzun süre hayatta kalma şansının düşük olması,
- kronik hastalıkların olması,
- post-op dönemde polifarmasi görülme sıklığı,
- bağışıklığın azalmasına bağlı olarak yara iyileşmesinin gecikmesi,
- post-op dönemde hastanın hipotermiye girmesi,
- alt ekstremitelerde oluşan güçsüzlük,
- fonksiyonel bozukluklar,
- görme sorunları,
- kognitif bozukluklar,
- stres şeklinde belirtilebilir (Mann, Pouzeratte, Boccara, Peccoux, Vergne, Brunat, Domergue, Millat and Colson 2000; Aygin, Aslan ve Cengiz 2012; Ucuzal ve Akyolcu 2008, Damuleviciene 2010).

2.8 Yaşlı Cerrahi Hastalarında Ameliyat Öncesi-Sırası-Sonrası Hazırlık Aşamaları

Geriatrik hastalar hayatını kaybetmeden önce çoğunlukla bir cerrahi girişime maruz kalmaktadır. Geriatrik hastalarda gerçekleştirilen herni onarımı, kalça fraktürü, kolesistektomi, prostatın transüretal rezeksiyonu ve katarakt ekstraksiyonu en sık yapılan cerrahi girişim olmak üzere ilk sıralarda yer alır (Şenel 2005).

Yaşlı hastalarda cerrahi için biyolojik yaş, kronolojik yaştan daha önemlidir. Çünkü yaşlılık döneminde hücresel düzeyde ve organ sistemlerindeki değişiklikler yaşlılarda cerrahi girişime yönelik durumların daha az tolere edilmesini sağlamaktadır. İleri yaş ve kronik hastalıkların varlığına bağlı olarak yaşam süresinin kısalmasına ve cerrahi mortalite, morbidite oranlarının artmasına neden olmaktadır (Saufl 2004).

Geriatrik cerrahide kullanılacak anestezi türüne bakılmaksızın iyi bir perioperatif değerlendirme yapılarak, mevcut kronik hastalıkların kontrolü sağlanmalı, cerrahi için optimum koşullar sağlanmalı, uygun ilaçlarla stabilizasyon sağlanmalı ve en kısa süre içerisinde ameliyatın gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır (Çakar ve Evren 2006).

2.8.1 Geriatrik Cerrahide Ameliyat Öncesi Hazırlık

Geriatrik hastalarda, diğer yaş gruplarında da olduğu gibi ameliyat öncesi değerlendirmede çok boyutlu bir yaklaşım benimsenmelidir. Bu açıdan 60 yaş ve ileri yaştaki hastalarda geçirilecek majör operasyonlar için muhakkak tam kan sayımı, koagülasyon kanı gibi laboratuvar bilgilerine erişmek gerekmektedir. Hemogram takibi yapılması oluşabilecek hemorajik komplikasyonların önüne geçerek ameliyat öncesi dönemde hastaya kan hazırlığının sağlanması amacıyla da oldukça önemli bir yere sahiptir. Buna ek olarak EKG, akciğer grafisi, kan üre düzeyi, serum kreatinin düzeyi ve kan glukozuna bakılması gerekmektedir (Aydın ve Arıoğlu 2006).

Ameliyat öncesi dönemde yaşlı hastadan kapsamlı bir anamnez alınarak fiziksel değerlendirme yapılmalıdır. Yaşlı bireylerde sıklıkla idrar ve gaita inkontinansı, kas-sinir hastalıkları, dehidratasyon, anemi, beslenme bozukluğu gibi sorunlar görülebilmektedir (Totur ve Demir Korkmaz 2011).

Ameliyat olacak yaşlı hasta ameliyat öncesi değerlendirilirken; genel görünüm, beslenme, kronik hastalıkların varlığı, yaş, şişmanlık, mobilite, kas-iskelet durumu, sigara-alkol kullanımı, bilişsel ve psikososyal durum, kullanılan ilaçlar gibi genel durumlara bakılmaktadır (Bailes 2000, Erdil 2005).

2.8.2 Geriatrik Cerrahide Ameliyat Sırası Bakım

Yaşlı hastalarda ameliyat sırasındaki bakımın temel basamağı hastanın fizyolojik dengesinin sürdürülmesine bağlıdır. Fizyolojik denge hastanın yaşına, kronik hastalıklarına ve anestezi türüne bağlı gelişebilecek komplikasyonlarına bağlıdır. Yaşlı hastalar ameliyata alınacağı zaman cerrahi için uygun koşullar sağlanmalı, hastanın kendisini izole ve yalnız hissetmemesi için hastayla konuşularak anksiyetesinin giderilmesinin sağlanması, hasta uyanırken mahremiyetinin sağlanması gerekir (Totur ve Demir Korkmaz 2011).

Yaşlı hastalarda osteoartrit ve kemik dokusundaki zayıflıklar nedeniyle pozisyon verilirken kemik çıkıntılarının olduğu yere yumuşak yastıklarla destek konulmalıdır (Bailes 2000, Uzun 2000). Hastaların ameliyat öncesi dönemde aldıkları lavman ve diüretik ilaçlar dehidratasyona sebebiyet verebileceği için ameliyat esnasında sıvı elektrolit dengesinin sağlanmasına yönelik IV sıvı takviyesi yapılmalıdır. Geriatrik hastalarda ameliyat sırasında nabızı, tansiyonu, solunum ve cilt ve dokuların oksijenlenme durumu izlenmelidir. Yaşlı hastaların cilt altı yağ dokusunda azalmalar olduğu için ısı regülasyonunun sağlanamamasından dolayı hipotermi gelişebilir. Bunun için hastalarda ısıtıcı battaniyeler kullanılabilir, ayaklarına %100 pamuklu çoraplar giydirilebilir (Uzun 2000, Erdil 2005).

2.8.3 Geriatrik Cerrahide Ameliyat Sonrası Bakım

Ameliyat sonrası dönem hastanın ayılma odasına alınmasıyla başlayıp taburcu olmasıyla sona eren bir dönemdir. Ameliyat sonrası dönemde yetişkin bir bireyle kıyaslandığında geriatrik hastaların bakımına daha çok önem gösterilmelidir. Bu konuda bilgili ve deneyimli hemşirelerin bakımı üstlenmesi ameliyat sonrası dönemde taburculuk süresini kısaltmaktadır. Yaşlı Hastalara ameliyat sonrası dönemde ağrı durumu değerlendirilmeli gerekirse analjezik ilaç uygulanmalıdır, kardiyovasküler ve solunum sistemi değerlendirmesi yapılarak anormal bulgulara yönelik girişimler

planlanmalıdır, sıvı elektrolit dengesi sağlanarak IV sıvı desteği takviyesi yapılmalıdır, yara iyileşmesini hızlandırmak amacıyla proteinden zengin bir diyet verilmelidir (Totur ve Demir Korkmaz 2011). Belirli saat aralıklarla (2-4 saat) yaşam bulguları alınıp gerekirse hasta monitörize edilmelidir (Bailes 2000, Uzun 2000).

2.9 Hemşirelik ve Bakım Bağımlılığı Kavramı

Bakım terimi, bakma işi; bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak adlandırılır (Türk Dil Kurumu 1983). Bakım kavramı bireysel bir var olma sorununun ötesinde insan için evrensel bir gereklilik ve ahlaki yükümlülüktür (Dinç 2010).

Joan Tronto bakımı şöyle tanımlar: 'bakım, en genel düzeyde, dünyamızı olabildiğince iyi yaşayabilmek için korumak, sürdürmek ve onarmak üzere yaptığımız herşeyi içeren özel bir etkinliktir. Bu dünya bizim bedenlerimizi, kendiliğimizi (benlik) ve çevremizi içerir' (Tronto 1992, Dinç 2010).

Bir başka tanıma göre; 'insanların temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, yeteneklerini geliştirme ve sürdürmelerine, hayatta kalabilmek ve en azından asgari düzeyde işlev görebilmek için mümkün olduğunca acıdan uzak yaşayabilmelerine yardım etmek üzere özenle ve saygılı bir şekilde doğrudan yaptığımız her şeydir' (Dinç 2010).

Bakım, tüm canlılar için temel bir ihtiyaç olup aynı zamanda insanlar için bir yükümlülüktür. Bu anlamda hemşirelik uğraş olanı insan olup bakıma temellenmiş bir meslek grubudur (Dinç 2010). Bakım kavramına açık bir şekilde yer vermemek koşulu ile Virginia Henderson'a göre hemşireliğin temel görevi: "Hemşirenin temel ve benzersiz görevi, sağlam veya hasta bireylere sağlıklarını korumaları veya tedavileri sırasında veya huzur içinde ölmeleri için yardım etmektir. Hemşire bu yardımı, birey yeterli kuvvet, istek ya da bilgiye sahip oluncaya ve bunları yardımsız yapabilecek duruma gelinceye kadar sürdürür" şeklinde açıklamıştır (Dinç 2010).

Hemşireler her yaştaki sağlıklı ve hasta bireylere bakım vermekle yükümlü sağlık profesyonelidir. Bakıma muhtaç olan bireyler genellikle hasta olan bireylerdir. Hastalığa yönelik olarak bireylerde kaygı, stres, özbakım yetersizliği, korku ve güçsüzlük durumları görülür. Konfüze, bilinci yerinde olmayan, psikolojik rahatsızlığı olan, fiziksel tespit uygulanan, çok bitkin ve güçsüz durumdaki yaşlılar, bebekler ve

çocuklar tamamen sağlık personeline bağımlı ve bakıma muhtaçtır. Sağlık personelleri içerisinde hastayla en uzun süre ve en yakın ilişki içerisinde bulunan meslek grubu hemşirelerdir. Bakım psikolojik ve fiziksel açıdan yakın ilişkiyi kurmayı gerektirdiği için hemşireler hastalarıyla yakın ilişkide bulunup, onların en güçsüz ve en mahrem yönlerine ilişkin yanlarında destekleyici bir profil oluşturmaktadır (Dinç 2010).

Bakım kavramı hemşireler için ahlaki sorumluluk almayı gerektiren bir olgudur. Bununla birlikte hemşireler sadece hasta bireylere değil topluma karşı da görev ve sorumluluğu olan mesleğinin getirdiği etik ilkelere ahlaki boyutta yaklaşmayı benimsemelidir. Bu sebeple hemşirelik bakımını ayrıcalıklı kılan özellik, bakımın ahlaki ve duyuşsal yönlerinin profesyonel bilgi ve beceriyle birleştirilerek hemşire hasta ilişkisinin kurulması temeline dayanır (Dinç 2010).

Bakım Bağımlılığı, hastanın profesyonel desteğe ihtiyaç duyması, öz bakım gereksinimlerini karşılayabilmede azalma ve bağımlılık durumuna göre belli bir düzeyde bakım talep etmesi olarak tanımlanmaktadır (Dijkstra, Tiesinga, Plantinga, Veltman and Dassen 2005). Dijkstra'ya göre ise bakım bağımlılığı, öz bakım yeteneği azalan, bakım gereksinimlerini karşılamada başkasına bağımlı olan bir hastanın profesyonel olarak desteklendiği bir süreç olarak tanımlanmıştır (Korhan, Yönt, Tokem, Karadağ, Sarioğlu ve Yıldız 2013).

Günümüzde hastalık ve sakatlıkların artmasına bağlı olarak hastaneye yatışlar ve bakım bağımlılığında artış olmaktadır. Hastaneye yatan hastaların yaş, kronik hastalıklar, duyuşsal kayıplar, fizyolojik ve psikolojik gereksinimler bireylerde bakım bağımlılığını gerekli kılmaktadır. Hemşireler hastanın bağımlılığa olan gereksinimi, bağımsız olduğu durumlar, bağımlılığa yönelik gelişmeler ve değişiklikleri izlemeli ve hasta profiline uygun bakım planı oluşturmalıdır (Bennekomvan, Jelles, Lankhorst and Bouter 1996; Wallace, Duncan and Lai 2002; Kissel, Dassen, Kottner and Lohrmann 2010; Kissel, Dassen and Lohrmann 2011).

Yeterli ve profesyonel bir hemşirelik bakımının temelinde hastanın gereksinimleri yatar. Hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenerek, hastaya verilecek olan hemşirelik bakımının kalitesini de etkilediği düşünülmektedir (Hogston1995).

2.10 Yaşlı Cerrahi Hastalarında Bakım Bağımlılığı

Yaşlılık dönemi bireylerde fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir süreçtir. Yaşlı hastalarda ilerleyen yaşla birlikte sakatlık ve komorbid kronik hastalıkların görülme oranı yüksektir. Bu durum yaşlı hastaların hastaneye yatışını ve yatarak tedavi görme oranını arttırmaktadır. Yapılan çalışmalar 65 yaş ve üzeri bireylerin hastaneye yatış oranının 16-64 yaş arasındaki bireylere göre üç kat daha fazla olduğunu kanıtlamıştır (Ağar 2020; Küçük ve Karadeniz 2021).

Yaşlı hastalarda mevcut olan kronik hastalıkları, ilaç kullanımı, şişmanlık, stres, bağışıklık sisteminin zayıf olması, hareket kısıtlılığı, kemik- kas dokusunun yaşa bağlı olarak zayıflaması, esnekliğin azalması, idrar-gaita inkontinansı, uyku kalitesinin düşmesi gibi sebeplerden dolayı bakım bağımlılığı durumlarında artış olabilmektedir (Bailes 2000).

Bireylerin bağımlılık- bağımsızlık durumlarının saptanması hemşirelerin oluşturacağı bakım planının niteliğini ve kalitesini belirlemede rol oynar. Bağımlı bireyler, bağımsız bireylere nazaran hemşirelik bakımına daha fazla ihtiyaç duyar. Bağımlı ve bağımsız bireylerin aldıkları hemşirelik bakımından beklentileri de farklı olmaktadır (Kılıç, Cevheroğlu ve Görgülü 2017).

Yaşlı cerrahi hastalarında bakım bağımlılığı, yapılan cerrahinin türüne, hastanın cinsiyetine, yaşına, aile-sosyal ilişkilerine, kullanılan ilaçların sayısına, daha önce geçirmiş olduğu cerrahi girişim sayısına, kişilik özellikleri gibi durumlara bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Bailes 2000).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi

Hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılan cerrahi girişimler, büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun insan bedeninde fizyolojik ve psikolojik birçok değişime yol açmaktadır. Cerrahi girişime bağlı olarak tüm sistemlerin etkilenmesi sonucu, bireylerin günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanmakta ve bireyler bu aktiviteleri yerine getirebilmek için yarı bağımlı duruma gelebilmektedir. Hastanın profesyonel hemşirelik bakımına ihtiyaç duyması, öz bakım gereksinimlerini karşılayabilme düzeyinde azalma ve bağımlılık durumuna göre belirli düzeyde bakım gereksinimi olması, bakım bağımlılığı olarak tanımlanmaktadır. Cerrahi girişim geçiren yaşlı hastalarda bakım bağımlılığı durumlarının belirlenmesine yönelik tanımlayıcı tipteki bu araştırma yaşlı cerrahi girişim geçiren hastaların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık öykülerinin ameliyat sonrası bakım bağımlılığı durumlarını ne kadar etkilediğinin belirlenmesi amacıyla planlandı.

3.2 Araştırma Soruları

- Yaşlı cerrahi hastalarının bakım bağımlılığını etkileyen faktörler nelerdir?
- Yaşlı cerrahi hastalarının bakım bağımlılığında bağımlılık durumu nedir?
- Yaşlı cerrahi hastalarında yaşın bakım bağımlılığı durumuna etkisi nedir?
- Yaşlı cerrahi hastalarında cinsiyetin bakım bağımlılığı durumuna etkisi nedir?
- Yaşlı cerrahi hastalarının eğitim düzeylerinin bakım bağımlılığı durumuna etkisi nedir?
- Yaşlı cerrahi hastalarının mevcut kronik rahatsızlıklarının bakım bağımlılığı durumlarına olan etkisi nedir?
- Yaşlı cerrahi hastalarının sağlık öykülerinin bakım bağımlılığı durumlarına olan etkisi nedir?

3.3 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı (Etik Kurul Onay Numarası: E-71522473-050.01.04-146243-185) (Ek:1) ve çalışmanın yürütüldüğü hastaneden kurum izinleri alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan sonra yazılı onayları Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek: 2) imzalatıldı.

Araştırma kapsamına alınan katılımcılar açısından bilimsel ve evrensel etik ilkelere uyularak hareket edildi. Etik açıdan özerklik/bireye saygı, mahremiyet/sır saklama, adalet/eşitlik, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde tutulmuş ve gönüllülük ilkelerine göre bilgilendirilmiş gönüllü olur formu oluşturuldu ve bu formda; araştırmanın türü, amacı, kendilerinden alınan bilgilerin sadece araştırmacılar tarafından değerlendirileceği, akademik/bilimsel amaçla kullanılacağı, istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları gibi haklara sahip oldukları açıklandı.

3.4 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma etik kurul onayı ve kurum izinleri alındıktan sonra Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerinde (Genel Cerrahi Kliniği, Gastro-onkoloji Cerrahi Kliniği, Ortopedi Hastalıkları Kliniği, Beyin Cerrahi Kliniği, Göğüs Cerrahi Kliniği) 01.07.2022 - 01.01.2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.5 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini; 01.07.2022 - 01.01.2023 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerinde yatan 65 yaş ve üzeri cerrahi girişim geçirmiş hastalar, örneklemi ise araştırmaya katılmayı onaylayan ve araştırma kriterlerine uyan 150 hasta (75 erkek, 75 kadın) oluşturdu. GPower 3.1.9.7 programı ile uygulanan güç analizi sonucunda bakım bağımlılığı ölçümü bakımından yaş grupları arasında tip 1 hata:0.05, n:150 kişi ve etki genişliği:0.3893571 göre güç düzeyi 0.9922181 olarak tespit edildi.

3.5.1 Örneklem Seçim Kriterleri

Örneklem kapsamına alınacak bireyler;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- 65 yaş ve üzeri olması,
- Cerrahi girişim geçirmiş olması,
- Postoperatif dönemde olması,
- Türkçe anlayabilmesi ve konuşabilmesi,
- Kişi- yer ve zaman oryantasyonu olması,
- İşitme ve konuşma sorunu olmaması gibi ölçütler dikkate alınarak seçildi.

3.5.2 Örneklemden Dışlama Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı reddetmesi,
- 65 yaşın altında olması,
- Cerrahi girişim öyküsünün olmaması,
- Postoperatif dönemde olmaması,
- Türkçe dilinde iletişim kurulamaması,
- Bilincinin nonkoopere olması,
- İşitme ve konuşma engelinin olması durumunda ise katılımcılar çalışma kapsamına alınmadı.

3.6 Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak eklerde yer alan Kişisel Bilgi Formu (Ek: 3) ve Bakım Bağımlılığı Ölçeği (Ek: 4) kullanıldı.

3.6.1 Kişisel Bilgi Formu

Çalışmaya katılmayı kabul eden, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu onaylayan kişilere araştırmacılar tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu kullanıldı. Bu form katılımcıların; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, boy-kilosu, medeni durumu, yattığı klinik, hastanede kalma süresi, herhangi bir kronik hastalık durumu, sigara-alkol alışkanlığı, önceden geçirilmiş cerrahi girişim öyküsü, refakatçi bulundurma durumu ve refakatçinin kalış sürelerini içeren sorulardan oluşmaktadır (Ek: 3).

3.6.2 Bakım Bağımlılığı Ölçeği

Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Dijkstra tarafından Hollanda'da 1998 yılında geliştirilen, Virginia Henderson'ın insan gereksinimlerine göre temellendirilmiş ve hastaların bakım bağımlılık durumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçek olup çeşitli fiziksel ve psikolojik yönleri içermekte ve kapsamlı bir şekilde hastanın bakım bağımlılığının değerlendirilmesini sağlamaktadır (Dijkstra, Buist and Dassen 1998).

Bakım Bağımlılığı Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Yönt ve arkadaşları tarafından (2010) yapılmıştır. Bakım Bağımlılığı Ölçeği, bireylerin bağımlılık düzeylerini belirleyen, 5' likert tipi puanlama ile derecelendirilen ve günlük yaşam aktivitelerini içeren toplam 17 maddeden oluşan bir ölçektir. Derecelendirme 1= tamamen bağımlı, 5= Hemen hemen/ tamamen bağımsız şeklindedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 17 ve en yüksek puan ise 85'tir. Yapılan çalışmada ölçeğin kullanım izni yazardan e-posta yoluyla alındı (Yönt, Akın Korhan, Khorshid, Eşer ve Dijkstra 2010).

3.6.3 Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma 150 hasta üzerinden gerçekleştirilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics 26 programına aktararak tamamlandı. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verildi. İki grup arasındaki fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (OneWay ANOVA) ile bakıldı. Sayısal ölçümler arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizinden yararlanıldı. Ölçek güvenirliği için ise cronbach alfa değerinden yararlanıldı. Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edildi.

3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sürecinde cerrahi kliniklerindeki gününbirlik cerrahi girişim geçiren hasta sayılarının fazla olması ve buna bağlı olarak yeterli sayıda hastaya ulaşmada yaşanan zorluk, hastanedeki stres faktörlerinin yoğun olmasından dolayı hasta ve yakınlarının

Çalışma için rahatsız edilmek istememeleri gibi etmenler bu çalışmanın sınırlılıkları arasındadır.



4. BULGULAR

Cerrahi girişim geçirmiş yaşlı hastalarda bakım bağımlılığı durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları 7 başlık altında ele alınmıştır.

1. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular
2. Katılımcıların sağlık öyküsüne ilişkin bulgular
3. Katılımcıların bakım bağımlılığı ölçeğine dair tanımlayıcı istatistik bulguları
4. Katılımcıların bakım bağımlılığı ölçek puanı ile demografik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik bulgular
5. Katılımcıların bakım bağımlılığı ölçek puanı ile sağlık öyküsü arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik bulgular
6. Katılımcıların bakım bağımlılığı ölçek puanı demografik özellikler ve sağlık öyküsü arasındaki ilişkisinin incelenmesine yönelik bulgular
7. Bakım bağımlılığını etkileyen faktörlerin incelenmesi

4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Bu bölümde katılımcıların; yaş, cinsiyet, BKİ ortalaması, eğitim durumu, medeni hali, çalışıp-çalışmadığı, sigara ve alkol kullanımının olup olmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Tanımlayıcı Özelliklerin İncelenmesi

		n	%
Yaşort±ss (min-maks)		72,26±7,17 (65-97)	
	65-74 yaş	106	70,7
	75-84 yaş	32	21,3
	85 ve üzeri	12	8,0
Cinsiyet	Kadın	75	50,0
	Erkek	75	50,0
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	29	19,3
	İlkokul	93	62,0
	Ortaokul	9	6,0
	Lise	10	6,7
	Üniversite	9	6,0
Boy	ort±ss (min-maks)	165,31±7,01 (150-182)	
Kilo	ort±ss (min-maks)	74,50±15,06 (42-120)	
BKİ	ort±ss (min-maks)	27,35±5,86 (16,41-46,88)	
Medeni durum	Evli	98	65,3
	Bekâr	52	34,7
Meslek	Çalışmıyor	70	46,7
	Çalışıyor	80	53,3
Sigara kullanımı	Evet	55	36,7
	Hayır	95	63,3
Alkol kullanımı	Evet	14	9,3
	Hayır	136	90,7

Katılımcıların yaş ortalaması 72,26±7,17 ve BKİ ortalaması 27,35±5,86 iken %50,0'si kadın, %62,0'si ilkokul mezun, %65,3'ü evli, %53,3'ü çalışmakta, %36,7'si sigara kullanmakta ve %9,3'ü alkol kullanmaktadır.

4.2. Katılımcıların Sağlık Öyküsüne İlişkin Bulguları

Bu bölümde katılımcıların; yattığı klinik, hastanede kalma süresi, kronik hastalık durumu, cerrahi girişim öyküsü, refakatçi bulundurma durumu ve refakatçinin hastanede bulunma sürelerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 2. Sağlık Öyküsü Özelliklerinin İncelenmesi

		n	%
Yattığı klinik	Genel cerrahi	56	37,8
	Ortopedi	39	26,4
	Gastro-onkoloji	26	17,6
	Göğüs cerrahisi	18	12,2
	Beyin cerrahisi	11	7,4
Hastanede kalma süresi (gün)ort±ss (min-maks)		13,71±18,16 (2-105)	
Kronik hastalık varlığı	Var	129	86,0
	Yok	21	14,0
Kronik hastalıklar	Hipertansiyon	100	78,7
	Diyabet	54	42,5
	Kalp hastalıkları	42	33,1
	KOAH	31	24,4
	Romatizmal hastalıkları	22	17,3
	Böbrek hastalıkları	15	11,8
	Diğer*	29	22,8
Cerrahi girişim öyküsü	Yok	26	17,3
	Var	124	82,7
Refakatçi bulundurma durumu	Evet	150	100,0
	Hayır	0	0,0
Refakatçinin hastanede kalış süresi	Sürekli	150	100,0
	Belirli aralıklarla	0	0,0

*:Astım, alzheimer, kemik erimesi, SVO

Katılımcıların hastanede kalma süre ortalaması $13,71 \pm 18,16$ iken %37,8'i genel cerrahi, %26,4'ü ortopedi, %17,6'sı gastro-onkoloji bölümündedir. %86,0'sında kronik hastalık bulunmakta iken kronik hastalık bulunanların %78,7'sinde hipertansiyon, %42,5'inde diyabet, %33,1'inde kalp hastalığı, %24,4'ünde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), %17,3'ünde romatizmal hastalıklar, %11,8'inde böbrek hastalıkları ve %17,3'ünde diğer hastalıklar (astım, Alzheimer, kemik erimesi, SVO) bulunmaktadır. Ayrıca %82,7'sinin daha önce cerrahi girişim öyküsü bulunmakta ve hepsinde refakatçi sürekli bulunmaktadır.

4.3. Katılımcıların Bakım Bağımlılığı Ölçeğine Dair Tanımlayıcı İstatistikler

Bu bölümde çalışmaya katılan katılımcıların bakım bağımlılığı ölçeğine dair tanımlayıcı istatistiki bulguları yer almaktadır.

Tablo 3. Bakım Bağımlılığı Ölçeğine Dair Tanımlayıcı İstatistikler

	Ort	ss	min	maks	Cronbach alfa
Bakım Bağımlılığı Ölçeği	56,02	16,98	17	85	0,948

Bakım bağımlılığı ölçek puan ortalaması $56,02 \pm 16,98$ 'dir. Ölçek güvenirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's alfa'dır. Ölçek için hesaplama yapıp Cronbach's alfa değeri hesaplandı. Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,700'den (Nunnally, 1978: 245-6) yüksektir.

4.4. Katılımcıların Bakım Bağımlılığı Ölçek Puanı ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde çalışmaya katılan katılımcıların bakım bağımlılığı ölçek puanı ile cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, sigara-alkol kullanımı gibi demografik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 4. Bakım bağımlılığı ölçek puanı ile demografik özellikler arasındaki ilişkisinin incelenmesi

		Bakım bağımlılığı ölçeği		Test	p
		ort	ss		
Yaş	65-74 yaş	60,08a	16,01	13,230 ^F	0,000*
	75-84 yaş	48,53b	15,50		
	85 yaş ve üzeri	40,17b	13,62		
Cinsiyet	Kadın	50,65	16,37	-4,068 ^t	0,000*
	Erkek	61,39	15,95		
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	49,34b	18,70	2,915 ^F	0,023*
	İlkokul	57,32	16,01		
	Ortaokul	52,11	14,64		
	Lise	54,80	16,19		
	Üniversite	69,33a	17,01		
Medeni durum	Evli	59,39	16,14	3,455 ^t	0,001*
	Bekar	49,67	16,85		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	50,04	16,58	-4,258 ^t	0,000*
	Çalışıyor	61,25	15,63		
Sigara kullanımı	Evet	63,16	14,87	4,126 ^t	0,000*
	Hayır	51,88	16,82		
Alkol kullanımı	Evet	59,43	17,79	0,788 ^t	0,432
	Hayır	55,67	16,92		

a,b,c: Gruplar arasında farklılıkları gösterir (a: en büyük ortalama).

*F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi *: $p < 0,05$*

Yaş ile bakım bağımlılığı ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Yaş kategorilerine göre bakıldığında 85 yaş ve üzeri hastaların bakım bağımlılığı 75-84 yaş arasındaki hastalardan yüksek, 75-84 yaş arasındaki hastaların bakım bağımlılığı da 65-74 yaş arasındaki hastalardan yüksektir. Buna göre yaş aralığı arttıkça hastaların bakım bağımlılığıda artmaktadır.

Alkol kullanma durumu bakımından bakım bağımlılığı ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamakta ($p>0,05$) iken cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu ve sigara kullanma durumu bakımından bakım bağımlılığı ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, erkeklerde bakım bağımlılığı ölçek puanı kadınlara göre daha yüksek iken üniversite mezunu olanlarda bakım bağımlılığı ölçek puanı okuryazar olmayanlara göre, evli olanlarda bakım bağımlılığı ölçek puanı bekar olanlara göre, çalışanlarda bakım bağımlılığı ölçek puanı çalışmayanlara göre ve sigara kullananlarda bakım bağımlılığı ölçek puanı sigara kullanmayanlara göre daha yüksektir. Yani çalışmada erkek hastaların bakım bağımlılığı kadın hastalara göre, üniversite mezunu hastaların bakım bağımlılığı okuryazar olmayan hastalara göre, evli olan hastaların bakım bağımlılığı bekar olan hastalara göre, çalışan hastalardaki bakım bağımlılığı çalışmayan hastalara göre daha düşük iken sigara kullanan hastaların bakım bağımlılığı kullanmayan hastalara göre daha yüksek görülmektedir.

4.5. Katılımcıların Bakım Bağımlılığı Ölçek Puanı ile Sağlık Öyküsü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde, katılımcıların bakım bağımlılığı ölçeğine verdikleri cevaplar ile yattığı klinik, kronik hastalık durumu, cerrahi girişim öyküsü gibi sağlık-hastalık durumlarının incelenmesine yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 5. Bakım Bağımlılığı Ölçek Puanı ile Sağlık Öyküsü Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Bakım bağımlılığı ölçeği		Test	P
		ort	ss		
Yattığı klinik	Beyin cerrahisi	49,73c	12,14	8,711 ^F	0,000*
	Gastroonkoloji	67,38a	13,80		
	Genel cerrahi	56,55b	18,56		
	Göğüs cerrahisi	62,83a	9,26		
	Ortopedi	46,31c	14,52		
Kronik hastalık varlığı	Var	55,48	16,65	-0,964 ^t	0,337
	Yok	59,33	18,99		
Cerrahi girişim öyküsü	Yok	56,35	16,75	0,107 ^t	0,915
	Var	55,95	17,10		

❖ a,b,c: Gruplar arasında farklılıkları gösterir (a: en büyük ortalama).

❖ F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Kronik hastalık durumu ve cerrahi girişim öyküsü bulunma durumu bakımından bakım bağımlılığı ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamakta ($p>0,05$) iken yatırılan klinikler bakımından bakım bağımlılığı ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, gastroonkoloji ve göğüs cerrahisi bölümlerinde olanlarda bakım bağımlılığı ölçek puanı diğer bölümlerde olanlara göre ve genel cerrahi bölümünde olanların bakım bağımlılığı ölçek puanı beyin cerrahisi ve ortopedi bölümünde olanlara göre daha yüksektir. Yani ortopedi ve beyin cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı diğer kliniklerde yatan hastalara göre daha yüksektir.

4.6. Katılımcıların Bakım Bağımlılığı Ölçek Puanı ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde çalışmaya katılan katılımcıların; hastanede kalış süreleri, ameliyat sonrası geçen süre, yaş, BKİ gibi demografik özellikleri ile bakım bağımlılığı ölçeğine verdikleri cevaplar arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 6. Bakım Bağımlılığı Ölçek Puanı ile Demografik Özellikler ve Sağlık Öyküsü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Bakım bağımlılığı ölçeği
Yaş	r -0,376
	p 0,000*
BKİ	r 0,040
	p 0,631
Hastanede kalma süresi (gün)	r -0,140
	p 0,088

♦ r:Pearson korelasyon katsayısı, *:p<0,05

Yaş ile bakım bağımlılığı ölçek puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Katılımcıların yaş oranının artmasıyla bakım bağımlılığı ölçek puanında düşme görülmüştür. Buna karşılık katılımcıların BKİ değerleri ile hastanede kalma süresinin bakım bağımlılığı ölçek puanı üzerinde anlamlı bir ilişki bulunmadığı ortaya konulmuştur. Sonuç olarak hastalarda yaş oranının artması bakım bağımlılığını arttırmaktadır.

4.7. Bakım Bağımlılığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Bu bölümde çalışmaya katılan katılımcıların; bakım bağımlılığını etkileyen faktörlerin incelenmesi incelenmesine yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 7. Bakım Bağımlılığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

	Standardize olmayan katsayı		Standardize katsayı	t	p	95,0% CI	
	B	Std. Hata	Beta			Alt sınır	Üst sınır
(Sabit)	41,467	4,136		10,026	0,000	33,291	49,644
75-84 yaş/65-74 yaş	-7,646	2,945	-0,185	-2,596	0,010	-13,468	-1,823
85 yaş ve üzeri/65-74 yaş	-17,948	4,435	-0,288	-4,047	0,000	-26,714	-9,182
Çalışma durumu (hayır/evet)	6,840	2,466	0,202	2,774	0,006	1,966	11,714
Beyin cerrahisi/Ortopedi	-0,921	4,907	-0,014	-0,188	0,851	-10,622	8,779
Gastro-onkoloji/Ortopedi	16,146	3,747	0,361	4,309	0,000	8,739	23,553
Genel cerrahi/Ortopedi	8,417	3,075	0,241	2,738	0,007	2,339	14,496
Göğüs cerrahisi/Ortopedi	10,480	4,245	0,201	2,469	0,015	2,089	18,871
(F:10,312, p:0,000, R ² :0,337)							

Bakım bağımlılığını etkileyen faktörler incelendiğinde; yaş, çalışma durumu ve yatılan kliniklerin istatistiksel olarak anlamlı derecede bir etkisi tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre, 75-84 yaş grubunda olanların bakım bağımlılığı ölçek puanı 65/74 yaş grubuna göre 7,646 birim ve 85 yaş ve üzerinde olanların bakım bağımlılığı ölçek puanı 65/74 yaş grubuna göre 17,948 birim daha düşük iken çalışanların bakım bağımlılığı ölçek puanı çalışmayanlara göre 6,840 birim ve Gastro-onkoloji’de bulunanların bakım bağımlılığı ölçek puanı ortopediye göre 16,146 birim, genel cerrahide bulunanların bakım bağımlılığı ölçek puanı ortopediye göre 8,417 birim, göğüs cerrahisinde bulunanların bakım bağımlılığı ölçek puanı ortopediye göre 10,480 birim daha yüksektir. Bakım bağımlılığı ölçek puanına göre; 85 yaş ve üzerindeki hastaların bakım bağımlılığı 75-84 yaş ve 65-74 yaş grubundaki hastalara göre, 75-84 yaş grubundaki hastaların bakım bağımlılığı ise 65-74 yaş grubundaki hastalara göre daha yüksek, çalışan hastalardaki bakım bağımlılığı çalışmayan hastalara göre daha düşük, ortopedi kliniğinde yatan hastaların bakım bağımlılığı diğer kliniklerde yatan hastalara göre daha yüksektir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde 'Cerrahi Girişim Geçiren Yaşlı Hastaların Bakım Bağımlılığı Durumlarının Belirlenmesi' ne yönelik elde edilen bulguların tartışması yer almaktadır. Çalışma normal dağılım sınırları içerisinde olup, kullanılan bakım bağımlılığı ölçeğinin güvenilirlik testi için içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's Alfa testine göre 0,948 bulundu (Normal kabul edilebilir değer 0,700'den yüksek olmasıdır) (Nunnaly 1978).

Yaşlı cerrahi hastalarda bakım bağımlılığı ölçeğinin bağımlılık ve bağımsızlık durumlarına yönelik olarak; bakım bağımlılığı ölçek puan ortalamasının yüksek olması hastaların daha az bağımlı olduğunu gösterirken, bakım bağımlılığı ölçek puan ortalamasının düşük olması hastaların daha fazla bağımlı olduğunu göstermektedir (Kissel, Dassen, Kottner and Lohrmann 2010). Yapılan çalışmada; bakım bağımlılığı ölçek (BBÖ) puan ortalaması 56,02 bulundu. Konuya ilişkin literatür tarandığında; Türk ve Üstün'ün (2018) yaptığı çalışmada bakım bağımlılığı ölçek puan ortalaması 48,80 çıkmıştır (Türk ve Üstün 2018). Güler ve ark.'nın (2022) yaptıkları çalışmada bakım bağımlılığı ölçek puan ortalaması 70,71 çıkmıştır (Güler, Terzi ve Gündoğan 2022). Baksi ve Genç'in (2020) yaptığı bir araştırma çalışmasında bakım bağımlılığı ölçek puan ortalaması 73,79 çıkmıştır. Yine başka bir çalışmada hastaların bakım bağımlılığı ölçek puan ortalamasının 60,35 çıktığı bulunmuştur (Düzgün, Yılmaz, Kara ve Durmaz 2019). KOAH hastalarının bakım bağımlılığının incelendiği bir çalışmada hastaların bakım bağımlılığı toplam puan ortalamasının 63,28 olduğu saptanmıştır (Kara 2019). Bu çalışmada bakım bağımlılığı ölçek puan ortalamasının 56,02 çıkmasını; çalışmanın cerrahi girişim geçirmiş 65 yaş ve üzeri hastalar üzerinde gerçekleştirilmiş olup her bir çalışma örnekleminin kendine özgü sınıflamalar içerdiği ile bağdaştırabiliriz.

Yapılan bu çalışmada; yaş aralığı arttıkça hastaların bakım bağımlılığında fazla olduğu saptandı. Bu çalışmaya paralel başka bir çalışmada da yaşın artmasıyla birlikte

farklı kliniklerde yatan tüm hastalarda bağımlılık düzeyinin arttığı belirlenmiştir (Lohrman, Dijkstra ve Dassen 2003). Yine benzer bir çalışmada KOAH olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesine yönelik; hastaların yaş gruplarına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, 65 yaş ve üzeri hastaların bakım bağımlılığını karşılamada daha bağımlı olduğu ortaya konulmuştur (Türk ve Üstün 2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Bakım Bağımlılığının incelendiği çalışmada da hastaların yaşının yükselmesiyle bakım bağımlılığının arttığı görülmüştür (Kara 2019). Pekince ve Aslan'ın (2021) palyatif bakım merkezinde yatan hastaların bakım bağımlılık düzeylerini inceledikleri bir çalışmada yaş ile bakım bağımlılığı ölçeği arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (Pekince ve Aslan 2021). Özkan Tuncay ve Kars Fertelli'nin (2020), Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Bireylerde Bakım Bağımlılığı ve İlişkili Faktörlerin incelendiği çalışmada yaşın bakım bağımlılığını etkileyen bir faktör olduğu belirlenmiştir. Cerrahi girişim geçiren hastaların bakım bağımlılığı durumlarının bakım algısı, sosyo-demografik ve klinik özellikleri açısından incelenmesine yönelik yapılan bir çalışmada hastaların yaş oranının arttıkça bakım bağımlılığına olan gereksiniminin arttığı gözlemlenmiştir (Baksi ve Genç 2020). Bu çalışmaya benzer şekilde bir üniversite hastanesinin göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastaların bakım bağımlılığının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, yaş oranı artan yaşlı bireylerde bakım bağımlılığı oranının da arttığı belirtilmiştir (Düzgün, Yılmaz, Kara ve Durmaz 2019). Çivi ve Tanrıku'nun (2000) yaptığı çalışmada, yaşlı hastaların yaş düzeyleri arttıkça bağımlılık oranında artış yaşadıkları ortaya konulmuştur. Güler ve ark. (2022) Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk, bakım bağımlılığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik yaptıkları çalışmada 65 yaş üstü hastaların bakım bağımlılığı ölçek puan ortalamalarını anlamlı derecede yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Güler, Terzi ve Gündoğan 2022). Buna karşın dâhiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bağımlılık düzeyleri ve bağımlılık düzeylerini etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada bakım bağımlılığı ölçeği ile yaş arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır (Kılıç, Cevheroğlu ve Görgülü 2017). Tüm bu sonuçlar doğrultusunda literatürle uyumlu olarak bu çalışmada da hastalarda yaşın artmasıyla birlikte yaşlılığın getirmiş olduğu fizyolojik, psikolojik ve biyolojik değişiklikler bakım bağımlılığının da artmasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Hastaların yaş aralıklarına göre bakıldığında 85 yaş ve üzeri hastaların bakım bağımlılığı 75-84 yaş arasındaki hastalardan yüksek, 75-84 yaş arasındaki hastaların bakım bağımlılığı da 65-74 yaş arasındaki hastalardan yüksek olduğu ve yaş aralıklarının da bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir farka yol açtığı saptandı. Yaş aralıkları ilerledikçe hastaların bakım bağımlılığına gereksinimi artmaktadır. Konuyla ilgili literatür tarandığında; yapılan bir çalışmada hastaların yaş oranının arttıkça bakım bağımlılığı gereksiniminin de paralel olarak arttığı gözlemlenmiştir (Baksi ve Genç 2020). Atashpeikar ve arkadaşlarının (2012) hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları bir çalışmada yaş arttıkça hastaların özbakım gücünün azaldığı belirlenmiştir (Atashpeikar, Jalilazar and Heidarzadeh 2012). Hastaların yaş grupları ve bakım bağımlılığı ölçek puan ortalamalarının incelendiği başka bir çalışmada ise hastaların yaşı arttıkça bağımlılık durumunun da arttığı gözlemlenmiştir (Korhan, Yönt, Tokem, Karadağ, Sarıoğlu, Yıldız 2013). Li ve ark.'nın (2017) yaptıkları bir çalışmada laparoskopik batın cerrahisi geçiren hastaların yaş oranının artmasıyla bakım bağımlılığı düzeyinin arttığı saptanmıştır (Li, Wang, Liu and Tong 2017). Çivi ve Tanrıku'nun (2000) yaptığı epidemiyolojik çalışmada bağımlılık oranlarının yaşla birlikte arttığı tespit edilmiştir. Kavuran ve Türkoğlu'nun (2018) nöroloji hastalarının bakıma bağımlılık düzeyi ile hemşirelik bakımının memnuniyeti arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada hastalardaki yaş oranının artması ile bakım bağımlılığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda bu çalışmada da yaşlılarda yaş düzeyi arttıkça fizyolojik, biyolojik ve psikolojik yaşlanmaya bağlı yaşam kalitesinin düşüp, bireylerin kendi öz bakımında yetersizlik hissetmesi ve buna bağlı olarak da bakım bağımlılığının yaşla birlikte orantılı olarak arttığı söylenebilir.

Çalışmada cerrahi girişim sonrası kadın hastaların erkek hastalara oranla daha fazla bakım bağımlılığı gereksiniminin olduğu saptandı. Bununla ilgili literatür incelendiğinde; Caljouw ve ark. (2014) yaptığı çalışmada kadınların erkeklere oranla bakım bağımlılığı ölçek puanların daha düşük olduğu bulunmuştur (Caljouw, Cools and Gussekloo (2014). Pekince ve Aslan'ın (2021) yapmış oldukları çalışmada cinsiyet ile bakım bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ortaya konulmuştur (Pekince ve Aslan 2021). Buna karşın Özbudak ve Şahin Oksay'ın (2021), hastanede yatan yaşlı bireylerin bakım bağımlılıkları, hemşirelik bakımı ile ilgili değerlendirmeleri ve bu durumlar arasındaki ilişkiye yönelik yaptığı çalışmada

bakım bağımlılığı ölçeği puanlarının ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığını belirtmiştir (Özbudak ve Şahin Oksay 2021). Yine Korhan ve ark. (2013)'nın yaptığı çalışmada benzer şekilde cinsiyetin bakım bağımlılığı ile anlamlı bir ilişki bulunmadığı ortaya konulmuştur. (Korhan, Yönt, Tokem, Karadağ, Sarıoğlu ve Yıldız 2013). Kılıç ve ark. (2017)'nin, yaptığı çalışmada cinsiyet değişkeni ile bakım bağımlılığı ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Kılıç, Cevheroğlu ve Görgülü 2017). Bu çalışmada ise bakım bağımlılığı ile kadın cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmasının kadın hastaların yaşlarının ilerlemiş olmasıyla birlikte ameliyat sonrası dönemde cerrahinin getirmiş olduğu zorluklara daha duygusal olarak bakmasıyla bağdaştırılabilir.

Bu araştırmada; öğrenim durumu ile bakım bağımlılığı ölçek puanın karşılaştırılmasında üniversite mezunu hastaların okur-yazar olmayan hastalara göre daha az bağımlı olduğu bulundu. Konuyla ilgili bu çalışmaya benzer kronik obstrüktif akciğer hastalarının bakım bağımlılığı'nın incelendiği bir başka çalışmada eğitim seviyesinin düştükçe bakım bağımlılığının arttığı saptanmıştır (Kara 2019). Bu çalışmaya paralel Kılıç ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada eğitim düzeyi düşük olan hastaların bağımlılık düzeyinin yüksek bulunduğu saptanmıştır. (Kılıç, Cevheroğlu ve Görgülü 2017). Bir diğer çalışmada öğrenim durumunun bakım bağımlılığına olan etkisine bakıldığında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. (Pekince ve Aslan 2021). Düzgün ve ark. (2019), bir üniversite hastanesinin göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastaların bakım bağımlılığının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, okuma-yazma bilmeyen hastaların bağımlılık oranının arttığı saptanmıştır (Düzgün, Yılmaz, Kara ve Durmaz 2019). Özkan Tuncay ve Kars Fertelli'nin (2020), yaptıkları çalışmada eğitim durumunun bakım bağımlılığını etkileyen bir faktör olduğu belirlenmiştir. Kavuran ve Türkoğlu'nun (2018), nöroloji hastalarının bakıma bağımlılık düzeyi ile hemşirelik bakımının memnuniyeti arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada hastaların eğitim düzeyinin azaldıkça bakım bağımlılığı ölçek puan ortalamalarının da azaldığı belirlenmiştir (Kavuran ve Türkoğlu 2018). Eğitim düzeyi ve bireyin bağımlılık düzeyinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada da eğitim düzeyinin bakım bağımlılığı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu ortaya konulmuştur (Fors, Gyllensten, Swedberg and Ekman 2016). Cingil ve Bodur'un (2008) yaptığı yaşlıların bağımlılık düzeyinin incelendiği çalışmada eğitim durumu

olgularının bağımlılık düzeyini etkilediği, eğitim düzeyi düştükçe bağımlılık oranının arttığı saptanmıştır (Cingil ve Bodur 2008). Yapılan bu çalışmada da eğitim düzeyinin artmasıyla hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin daha az olmasını literatürle uyumlu olarak hastaların daha bilgili olması ve cerrahi girişim sonrası duruma daha fazla uyum sağlaması dolayısıyla da kendi bakımını üstlenerek daha bağımsız oldukları sonucuna bağlayabiliriz.

Bu çalışmada; bekâr ya da eşini kaybetmiş olan hastaların evli olan hastalara göre daha bağımlı olduğu saptandı. Konu ile ilişkili olarak; Pekince ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları bir çalışmada medeni durum ile bakım bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Pekince ve Aslan 2021). Envikst A. ve ark. (2012) farklı ölçeklerin kullanıldığı yaşlılarda fonksiyonel yeterlilik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen 3 yıllık bir çalışmada ise medeni durumun yaşam kalitesini anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır (Enkvist, Ekström and Elmstahl 2012). Buna karşın hastanede yatan yaşlı bireylerin bakım bağımlılıkları, hemşirelik bakımı ile ilgili değerlendirmeleri ve bu durumlar arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik olarak yapılan bir çalışmada; bakım bağımlılığı ölçeği ile medeni durum arasında anlamlı düzeyde fark bulunmadığı belirtilmiştir (Özbudak ve Şahin Oksay 2021). Yapılan çalışmada bekâr hastaların evli hastalara göre daha bağımlı olmasının sebebini evli olan hastaların yaşlılık dönemindeki fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle baş etmede hastaneye yatış, cerrahi girişim gibi farklı durumlarda eşinin manevi desteğini alarak ameliyat sonrası dönemde daha az bağımlı olmaları ile açıklayabiliriz.

Herhangi bir yerden maddi geliri olup çalışan hastaların çalışmayan hastalara oranla daha az bağımlı olduğu bulundu. Bu bulgunun aksine Güler ve ark.'nın (2022), Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluk, Bakım Bağımlılığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi'ne yönelik yaptıkları çalışmada herhangi bir işte çalışmayan hastaların bakım bağımlılığı ölçek puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. (Güler, Terzi ve Gündoğan 2022). Koyuncu'nun (2019) yaptığı kemoterapi uygulanan hastalarda bakım bağımlılığı ile öz bakım davranışları arasındaki ilişkiye yönelik çalışmada; aylık bir maddi geliri olmayıp çalışmayan hastaların kendi öz bakımında daha bağımsız olduğunu bakıma gereksinim duymadıkları saptanmıştır. Türk ve Üstün' ün (2018) yaptığı çalışmada, maddi geliri olmayan bireylerin, çalışan memur bireylere kıyasla bakım bağımlılığında daha

bağımsız olduğu ortaya konulmuştur. Bu araştırmada; herhangi bir yerden maddi geliri olup çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre daha az bağımlı çıkmasının sebebi, çalışmayan hastaların zamanının çoğunu evde dinlenerek veya kendilerini çalışma bakımından pasif hissettikleri için kendi öz bakım sorumluluğunu yerine getirmekte zorluk çekip, bakıma daha fazla gereksinim duydukları söylenebilir.

Bu araştırmada; sigara içen hastaların içmeyenlere göre bakım bağımlılığının daha yüksek olduğu ortaya konuldu. Bu çalışmanın aksine Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının bakım bağımlılığı adlı çalışmada sigara içme durumları arasında bakım bağımlılığı ölçek toplam puan ortalamaları açısından fark olduğu görülmüş, sigara içenlerin bakım bağımlılığı ölçek toplam puan ortalamasının, hiç sigara içmeyenlerden yüksek olduğu saptanmıştır (Kara 2019). Bu çalışmada, sigara içen hastaların içmeyenlere göre daha bağımlı olmasının sebebi sigaranın insan sağlığını etkilemesi ve kronik hastalıkların görülme oranını arttırması ve bu sebeplede hastaların daha bağımlı hissetmesine neden olması gibi etmenlerle açıklayabiliriz.

Çalışmada alkol kullanım durumunun bakım bağımlılığı ölçek puanı ile arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Çalışmaya paralel bir başka çalışmada bireylerin alkol kullanımının öz bakım davranışları üzerine bir etkisi bulunmadığı ortaya konulmuştur (Bagheri-Saweh, Lotfi and Ghasemi 2018). Ermiş ve ark. (2019) yaptığı kronik kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım gücü ve yorgunluk adlı çalışmada bireylerin alkol kullanımının öz bakım davranışlarında belirleyici bir fark olmadığı görülmüştür (Ermiş, Kasar, Karaman ve Yıldırım 2019). Bu çalışmada alkolün bakım bağımlılığı durumuna etkisi olmamasının nedeni, hastalarımızın alkol kullanımında sık aralıklarla kullanmaması, iki-üç ayda bir defa alkol kullanılması gibi etkenlerden ötürü bakım bağımlılığını etkilememiş olabileceği düşünülebilir.

Çalışmada; beden kitle indeksinin bakım bağımlılığı ölçeğinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptandı. Bu çalışmaya paralel olarak Kara'nın (2019) yaptığı çalışmada beden kitle indeksinin bakım bağımlılığına anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır (Kara 2019). Buna karşılık Kurban'un (2017) yaptığı hemodiyaliz hastalarında özbakım gücü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi adlı çalışmasında beden kitle indeksinin hastaların özbakım gücünün belirlenmesinde etkin bir rolü olduğu saptanmış, beden kitle indeksi 18.50 'nin altında olan hastaların daha yüksek özbakım

gücüne sahip olduğu belirlenmiştir. (Kurbun 2017). Bu çalışmada BKİ'nin bakım bağımlılığında belirleyici bir etken olmaması, hastaların BKİ değerlerinin çok sınırda olmasından kaynaklı olduğuyla bağdaştırılabilir.

Yapılan çalışmada; hastaların yattığı kliniklerin bakım bağımlılığı durumlarının belirlenmesinde anlamlı bir fark olduğu ortaya konuldu. Beyin cerrahi ve ortopedi kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı diğer kliniklerde yatan hastalara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya paralel olarak; dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı durumlarının belirlenmesine yönelik yaptığı bir çalışmada hastaların yattığı kliniğin bakım bağımlılığı ölçek puanında bağımlılık düzeylerinde farklılık olduğu ortaya konulmuştur (Kılıç, Cevheroğlu ve Görgülü 2017). Yine benzer bir çalışma Kissel ve ark. (2010) rehabilitasyon hastalarıyla yaptığı bir çalışmada nöroloji hastalarının ortopedi hastalarına göre hemşirelik bakımına daha bağımlı olduğu ortaya konulmuştur (Kissel, Dassen, Kottner and Lohrmann 2010). Bu araştırmaya benzer nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılıklarının belirlenmesi amacıyla yapılan başka bir çalışmada nefroloji ve onkoloji klinikleri arasında bakım bağımlılığı ölçek puanı karşılaştırmasında anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır (Bilgin, Özdemir, Saçkan ve Güney 2020). Tüm bu çalışmalardan yola çıkılarak yapılan çalışmada klinikler arasındaki bakım bağımlılığı arasında anlamlı fark olmasını, beyin cerrahi ve ortopedi ameliyatlarından sonra hastalardaki immobilizasyon durumu ile ilişkilendirebiliriz.

Yapılan araştırmada; hastaların hastanede geçirdikleri süre ile cerrahi girişim sonrası bakım bağımlılığı arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Baksi ve Genç'in (2020) cerrahi girişim geçiren hastaların bakım bağımlılığı durumlarının bakım algısı, sosyo-demografik ve klinik özellikleri açısından incelenmesine yönelik yaptığı çalışmada hastaların hastanede toplam yatış süreleri arttıkça daha bağımlı hale geldikleri saptanmıştır (Baksi ve Genç 2020). Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörleri incelemeye yönelik yapılan bir çalışmada hastanede yatış süresinin artmasına bağlı olarak hastalarda umutsuzluğun arttığı ve buna bağlı olarak sosyal destek puanının azaldığı saptanmıştır (Arslantaş, Adana, Kaya ve Turan 2010). İnmeli hastaların bakım vericilerinin bakım vermeye hazır oluşluğu ve algıladıkları stresi incelemeye yönelik olarak yapılan bir çalışmada hastanede yatış süresinin artması inmeli hastalarda bakım bağımlılığının artmasına

sebepe olmuştur (Aydın 2021). Kronik obstrüktif akciğer hastalarının bakım bağımlılığının araştırıldığı çalışmada hastaların hastanedeki yatış sayılarının artmasıyla bakım bağımlılığının arttığı görülmüştür (Kara 2019). Bu çalışmada hastaların hastanede geçirdikleri sürenin bakım bağımlılığına etki etmemesi onların cerrahi girişim sonrası hastalığa ve ameliyat sonrası dönem komplikasyonlarına odaklı bir bakım algısı geliştirdikleri ve bu sebeple de hastalık sürecine yoğunlaştıkları ve hastanede geçirilen sürenin hastaların cerrahi girişim sonrası karşılaştıkları zorluklarda herhangi bir değişiklik yaratmadığı ve hastaların hepsinin yanında refakatçisinin olması ile bağdaştırabiliriz.

Bu çalışmada; hastaların kronik hastalıklarının olması ile bakım bağımlılığı arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Konuya ilişkin literatür tarandığında, Tel ve Şahbaz'ın (2006) yaptığı bir çalışmada kronik hastalıkların varlığının günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığın artmasına neden olurken fiziksel yetersizliği de beraberinde getirdiği olgusu belirtilmiştir (Tel ve Şahbaz 2006). Kara'nın (2019) yaptığı çalışmada; kronik hastalıkların olması hastaların bakım bağımlılık düzeyini arttıran bir etmen olduğu saptanmıştır (Kara 2019). Boggatz ve ark.'nın (2007) yaptıkları bir çalışmada ek kronik hastalıkları bulunmayan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin kronik hastalık bulunanlara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir (Boggatz, Dijkstra, Lohrmann and Dassen 2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılığının incelendiği çalışmada dahiliye kliniğinde yatan hastaların %60.3'ünde kronik hastalık olduğunu ve bu sebeple dahiliye kliniklerinde yatan hastaların daha bağımlı olduğu belirlenmiştir (Korhan, Yönt, Tokem, Karadağ, Sarıoğlu ve Yıldız 2013). Özkan Tuncay ve Kars Fertelli'nin (2020), Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Bireylerde Bakım Bağımlılığı ve İlişkili Faktörlerin incelendiği çalışmada kronik hastalık varlığının bakım bağımlılığını etkileyen bir faktör olduğu belirlenmiştir. Bir üniversite hastanesinin göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastaların bakım bağımlılığının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, kronik hastalıkları olan bireylerin bakım bağımlılığı düzeyinin yüksek olduğu kanıtlanmıştır (Düzgün, Yılmaz, Kara ve Durmaz 2019). Türk ve Üstün'ün (2018) yaptığı çalışmada KOAH'a ek bir kronik hastalığı olan hastaların, olmayanlara göre daha bağımlı olduğu saptanmıştır (Türk ve Üstün 2018). Cook ve Jassal'ın (2008) yaptıkları bir çalışmada hastaların birden fazla kronik hastalıklarının

olması bakım gereksinimlerini karşılamada bağımsızlıklarının azalmasına sebep olduğu belirlenmiştir (Cook and Jassal 2008). Buna karşın bu çalışmada kronik hastalığı olan yaşlı hastaların uzun müddet boyunca mevcut hastalıklarının getirmiş olduğu zorluklara karşı bağımsızlık kazanarak gerek tedavide gerekse bakım bağımlılığında uyum kazanmış olup buna bağlı olarak bağımlılık düzeylerini etkilemediği düşünülebilir.

Cerrahi girişim öyküsü olan hastaların bakım bağımlılığın değerlendirilmesinde anlamlı bir fark bulunmadığı ortaya konuldu. Konuya ilişkin ilgili literatür incelendiğinde, ameliyat olan ve olmayan kronik periferik vasküler hastalığı olan olgularda anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelendiği bir çalışmada ameliyat öyküsü olan hastaların ameliyat öyküsü olmayan hastalara göre bakım bağımlılığına ve psikolojik desteğe daha fazla gereksinimi oldukları saptanmıştır (Kuğu, Berkan, Akyüz ve Doğan 2001). Bu çalışmada; cerrahi girişim öyküsü olan hastaların bakım bağımlılığını etkilememesi, hastaların geçirdikleri cerrahi girişim türünün ve ameliyat sonrası dönem sorunlarının farklı olmasıyla buna bağlı olarak bakım bağımlılığının her bir cerrahi girişime özgü bir etmen olduğuyla ilişkilendirebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; cerrahi girişim geçirmiş 65 yaş ve üzeri hastalarda bakım bağımlılığın belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalışıp-çalışmadığı ve sigara kullanımının hastaların bakım bağımlılığının belirlenmesinde anlamlı bir fark olduğu ortaya konulmuştur. Ancak alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, cerrahi girişim öyküsü, BKİ ve hastanede kalma süresinin bakım bağımlılığı üzerinde bir etkisi olmadığı saptandı.

- Cerrahi girişim geçirmiş geriatric hastaların yaş düzeyi arttıkça bakım bağımlılığına olan gereksinimleri de aynı oranda artmaktadır. İleri yaşla birlikte fizyolojik, biyolojik ve ruhsal değişiklikler hastaların ameliyat öncesi ve sonrasına yönelik bakım algılarını da etkilemektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte kemik kas kütlelerinde azalmalar olup ekstremitelerde hareket kısıtlılığı oluşmaktadır. Bu durum hastalarda ameliyat sonrası dönemde immobilizasyon oluşturmada, yatağa bağımlı ve beslenme durumlarını etkilemektedir. İleri yaş hastalarda psikolojik sıkıntılar, yalnızlık ve yetersizlik hissi, eşini kaybetmiş olma, düşkün olma gibi olumsuz durumlar hastaları bakıma daha bağımlı hale getirmektedir. Özellikle 80 yaşından sonra daha da belirginleşen bakım bağımlılığı; hareket kısıtlılığı, kendi kendine beslenememe, boşaltım ihtiyaçlarını karşılayamama, uyku problemleri, demans gibi durumlardan ötürü daha çok artmaktadır.
- 75 kadın ve 75 erkek hasta üzerinde yapılan çalışmada; kadın hastaların erkek hastalara göre bakım bağımlılığı ölçek puanının daha düşük olduğu saptandı. Bu durum kadın hastaların erkek hastalara oranla daha fazla bakıma gereksinimi olduğunu gösterir. Erkeklerin vücudundaki kas kütlesi kadınların vücudundaki kas kütlelerinden daha fazla olduğu için; erkek hastaların dayanıklılıkları kadın hastalara göre daha fazladır. Erkek hastalarda hareket kabiliyeti kadın hastalara oranla daha yüksek olduğu için erkek hastaların

ameliyat sonrası dönemde daha erken mobilize olmalarına sebep oldu. Dolayısıyla da erkek hastalar bakım bağımlılığında daha bağımsız role bürünürler. Kadın hastalar psikolojik olarak daha duygusal varlıklar oldukları için ameliyat sonrası dönemde daha fazla bakıma gereksinim duyarlar.

- Eğitim durumu bireyler arasında yaşam kalitesini etkileyen bir olgudur. Bizim çalışmamızda eğitim seviyesi yükseldikçe hastaların bakım gereksinimi düşmektedir. Üniversite mezunu bir hasta, kendi bakımının sorumluluğunu üstlenirken okur-yazar olmayan hastalar cerrahi girişime, ameliyat sonrası dönem komplikasyonlarına ve hastalığının durumuna adapte olmakta zorlanır. Bu durum da öğrenim seviyesi düşük hastaların daha fazla bakım bağımlılığına gereksinimi olduklarını gösterir.
- Medeni durum cerrahi girişim geçirmiş yaşlı hastaların ameliyattan sonraki süreçte bakım bağımlılığına olan algı durumunu etkilemektedir. Evli olan hastaların bekar ya da eşini kaybetmiş hastalara göre daha bağımsız oldukları saptandı. Literatür taramalarında da eşini kaybetmiş ya da bekar hastalar yaşlılık durumunun getirmiş olduğu değişikliklere ve cerrahi girişim sonrası yaşamış oldukları zorluklarla mücadelede kendilerini daha yetersiz hissetmektedirler. Fakat evli olan hastalar eşinden aldıkları manevi destekle bakıma olan gereksinimi azalıp daha bağımsız hale gelmektedirler.
- Ekonomik gelir, cerrahi girişim sonrası bakım bağımlılığı durumunun belirlenmesinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmada; çalışan, herhangi bir yerden maddi geliri olan hastalar çalışmayan hastalara göre bakım bağımlılığında daha bağımsız oldukları saptandı. Ekonomik durumun insan psikolojisi üzerinde etkileri olduğu bilinmekle birlikte fiziksel olarak çalışıp maddi gelir kazancı olan insanlar kendi bakım sorumluluğunda daha girişken bir role büründüğü söylenebilir. Buna karşın çalışmayan, maddi bir geliri olmayan insanlar hayatın ve yaşlılığın getirmiş olduğu zorluklara karşı kendilerini daha yetersiz hissedebilmeleri olağandır. Bu sebeptendir ki çalışmayan yaşlı hastalarda bakım bağımlılığı çalışan hastalarla kıyaslandığında daha fazladır.
- Sigara kullanımıyla ilgili yapılan birçok çalışmalarda sigaranın insan hayatı üzerine olumsuz etkileri ile birlikte yaşam kalitesini etkileyen bir faktör

olduğu söylenebilir. Yapılan çalışmada sigara bağımlılığı olan hastalar sigara içmeyenlere göre cerrahi girişim sonrası bakım bağımlılığı ölçeğinde daha bağımlı olduğu saptandı. Sigara; fiziksel hareketler, beslenme, yara iyileşmesi, uyku düzeni, cinsellik, post-op dönem komplikasyonları gibi konularda hastalarda yetersizlik, yalnızlık, baş etmede güçlük vs. sorunları yaşamasına neden olur.

Cerrahi girişim geçiren yaşlı hastalarda bakım bağımlılığı durumlarının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada hastalara daha iyi bir hemşirelik bakımı sunabilmek için öneriler;

- Cerrahi girişim geçirmiş yaşlı hastalar genç hastalara göre daha fazla bakıma ihtiyaç duyarlar. Cerrahi girişim öncesi hasta ve yakınlarının bilgilendirilerek hastanın bilinmeyene olan anksiyetesi giderilmelidir. Hastalara bu süreçte hep yardımcı ve destek olunacağı hemşireler tarafından söylenmelidir. Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar, ameliyattan sonra beslenme, mobilizasyon, iyileşme ve taburculuk dönemleri hastaya anlatılarak onun da tedaviye katılımı sağlanmalıdır.
- Sağlık çalışanları ileri yaş hastalarda yaşlılığın getirmiş olduğu fizyolojik ve psikolojik etmenleri bilmeli ve geriatrik hasta bakımıyla ilgili sertifikalı eğitimler almalıdır.
- Sağlık çalışanları öğrenim düzeyi düşük hastalara görsel ve sözel metodlarla eğitim vererek hastaların bilgi eksikliğini gidermelidir.
- Hastalar post-op dönemde proteinden zengin beslenmenin yara iyileşmesini hızlandırdığı, mobilizasyonun erken taburculuğu sağladığı ve refakatçinin de bakıma ve tedaviye olan katkısının hasta sağlığı ve iyileşmesini hızlandırdığı bilgisi hemşireler tarafından hasta ve yakınlarına verilmelidir.
- Kronik hastalıkları olan bireylerin ilaçlarını düzenli kullanmaları konusunda takibi yapılmalıdır. Kronik hastalıklar dışındaki mevcut cerrahi girişime yönelik antibiyotik, analjezik tedavisi uygun dozlarda yapılmalıdır.
- Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde hastalarla iletişim kurularak hastanın kendisini hastaneye ve çalışanlara karşı yalnız ve yabancı hissetmesinin önüne geçilmelidir. Sağlık çalışanları, hastanın iyileşmeye

yönelik gösterdiği çabayı takdir etmeli ve onu motive edecek sözler söyleyerek iyileşmesini hızlandırabiliriz.



KAYNAKÇA

- Ağar, A. (2020). Yaşlılarda Ortaya Çıkan Fizyolojik Değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3 (3), 347-354.
- Akalın ŞH, Toparlı R, Argunşah M, Demir N, Gözaydın N, Özyetgin AM, Zülfikar H, Aksu BT, Durkun A, Gültekin B, Okkalı B, Terzi Â, Mete Ş, Kaya Ö, Tekeli S. (2011). Türkçe Sözlük, 11.bs. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
- Akın G. (2006). Her Yönüyle Yaşlılık. Ankara: PalmeYayıncılık. s:155-210.
- Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. (2019). İçinde: Cerrahi Hemşireliği I. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Aksüllü N. (2012). Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Faktörleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. Cumhuriyet Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas
- Apfeldorf WJ, Alexopoulos GS. (2003). Late-Life Mood Disorders. In: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, editors. Principles of Geriatric Medicine&Gerontology. 5th ed. USA: McGrawHill;. p. 1451-2.
- Arslan M, Keskin Arslan, E, Koç EM, Sözman MK, Kaplan YC. (2020). 65 yaş ve üzeri kişilerde kırılabilirlik ile ilaç kullanımı ve polifarmasi arasındaki ilişki. *Haseki Tıp Bülteni*, 58(1), 33-41.
- Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. (2010). Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 18(2): 87-97.
- Aslan M, Hocaoglu Ç. (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* , 53-62
- Atashpeikar S, Jalilazar T, Heidarzadeh M. (2012). Self-care ability in hemodialysis patients. *Journal of Caring Sciences* 1: 31-35
- Aydemir Gedük, E. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri . *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5 (2), 253-258. DOI: 10.17681/hsp.358458
- Aydın K, Arıoğlu S. (2006). Geriatrik Populasyonda Perioperatif Değerlendirme. In: Sarıoğlu S. Geriatri ve Gerontoloji. Ankara: MN Medikal ve Nobel Ltd. Şti

- Aydın, A. (2021). İnmeli Hastaların Bakım Vericilerinin Bakım Vermeye Hazır Oluşluğu ve Algıladıkları Stres. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Bilgi Gülseven Karabacak)
- Aydoğan Ü, Onar T, Nerkiz P. (2011). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler. *Gerofam*; 2(3), 1-12.
- Aygin D, Aslan F, Cengiz H. (2012). Yaşlı cerrahi hastasında ameliyat sonrası erken dönem. *Akademik Geriatri Dergisi*; 4: 12-17
- Bagheri-Saweh MI, Lotfi A, Ghasemi SS. (2018). Self-care behaviors and related factors in chronic hearth failure patients. *Int Journal of BioMed&Public Health*;1:42
- Bahat G, Akpınar T.Ç, Tufan F, Akın S, Tufan A, Erten N, Karan M.A. (2012). Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı. *Journal Gerontol Geriatrik Arş*, 1(1), 2-8.
- Bailes BK (2000). Perioperative care of elderly surgical patient. *AORN Journal*, 72:2, 186-207
- Baksi A, Genç H. (2020). Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Bakım Bağımlılığı Durumlarının Bakım Algısı, Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Açısından İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 12(4), 465 - 472. 10.5336/nurses.2020-75291
- Bennekomvan C, Jelles F, Lankhorst G and Bouter L. (1996). Responsiveness of the Rehabilitation Activities Profile and the Barthel Index. *J Clin Epidemiol*;49(1):39–44.
- Biçer, S. (2017). Yaşlı bireylerde görülen sağlık sorunları ve hemşirelik yaklaşımları. Ovayolu N, Ovayolu Ö, (ed), Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. 2. Baskı. Çukurova: Nobel Tıp Kitabevi. s.355-365.
- Bilgin Ö, Özdemir D, Saçkan F, Güney İ, (2020). Nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yatan hastaların bakımı. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14-23.
- Blazer DG, Hybels CF, Hays JC. (2004). Demography and Epidemiology of Psychiatric Disorders in Late Life. In: Blazer DG, Steffens DC, Busse EW, editors. Textbook of Geriatric Psychiatry. 3th ed. Washington DC: The American Psychiatric Publishing;p. 27-9.
- Boggatz T, Dijkstra A, Lohrmann C, Dassen T. (2007), The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: aconcept analysis. *J Adv Nurs*; 60(5): 561-9.
- Caljouw MAA, Cools JMH, Gussekloo J. (2014). Natural course of care dependency in residents of long-term facilities: Prospective follow-upstudy. *BMC Geriatrics*; 14 (67).

- Cengiz H. (2018). Cerrahi Girişim Geçiren Hastalarda Ameliyat Sonrası İyileşme İndeksi'nin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması Ve İyileşme Durumlarının Değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Sakarya, (Danışman: Prof. Dr. Dilek Aygin).
- Cingil D, Bodur S. (2008). Karaman il merkezinde yaşayan yaşlıların bağımlılık düzeyleri, demografik ve medikal özelliklerinin incelenmesi. *Anadolu Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*;11(3):33-39.
- Cook WL, Jassal SV. (2008). Functional dependencies among the elderly on hemodialysis. *Kidney International*. 73(11): 1289-1295.
- Çakar K.S, Evren Denker Ç. (2006). Geriatric Anesthesia, *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*, 2(6): 126-36
- Çivi S, Tanırkulu MZ. (2000). Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. *Turkish Journal of Geriatrics*; 3(3):85-90.
- Damuleviciene G, Lesauskaite V, Macijauskiene J. (2010). Postoperative cognitive dysfunction of older surgical patients. *Europe PMC, Medicina (Kaunas)*;
- Dijkstra A, Tiesinga LJ, Plantinga L, Veltman G, Dassen TW. (2005). Diagnostic accuracy of the care dependency scale. *Journal Adv Nurs*;50(4): 410-16.
- Dijkstra A, Buist G, Dassen T. (1998). A criterion-related validity study of the Nursing-Care Dependency (NCD) scale. *Int J Nurs Stud*. Jun;35(3):163-70.
- Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*; 74-82.
- Dölek, B. Ö. (2011). Türkiye'de Üniversite Hastanelerindeki Geriatri Bilim Dallarına Bağlı Geriatri Ünitelerinde Verilen Hizmetin Sosyal Hizmet Temelinde Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi/İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Doktora Tezi, Ankara
- Durgun B, Tümerdem Y. (1997) Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2(3):115-120.
- Düzgün F, Yılmaz D, Kara H, Durmaz H. (2019). Bir Üniversite Hastanesinin Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 11 (4): 367-373.
- Edelstein B, Kalish KD, Drozdick LW. (1999). Assessment of Depression and Bereavement in Older Adults. In: Lichtenberg PA, editor. Handbook of Assessment in Clinical Gerontology. New York: Wiley; p.11.
- Erdil F (2005). Yaşlıların perioperatif hemşirelik bakımı. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kitabı, Bornova: Ege Üniversitesi Basımevi; 155-1

- Ermış N, Kasar K.S, Karaman E, Yıldırım Y. (2019). Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım gücü ve yorgunluk. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*; 105-112.
- Enkvist A, Ekström H, Elmstahl S. (2012). What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54:140-145
- Fors A, Gyllensten H, Swedberg K, Ekman I.(2016). Effectiveness of person-centre care after acute coronary syndrome in relation to educational level: Subgroup analysis of a two-armed randomised controlled trial. *The International Journal of Cardiology*; 221: 957–962.
- Gül Ş. (2019). Bakım Kavramı Işığında Hemşirelik Bakımı ve Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2:129-134.
- Güler S, Terzi Z, Gündoğan R. (2022). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk, bakım bağımlılığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* , 17(3): 83-93.
- Gökbunar AR, Uğur A, Duramaz S. (2016). Yaşlı Nüfusa Ait Sağlık Harcamalarının Azaltılmasında Kamusal Politikaların Önemi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12: 12 (1): 111
- Hogston R. (1995). Quality nursing care: A qualitative enquiry. *Journal Adv. Nurs*; 21(1):116-24
- Işıkhani V. (2018). Kurumda çalışan yaşlı bakım elemanlarının bakım yükünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*; Volume 29, Issue 1-26
- İlhan B, Öztürk G.B. (2015). Yaşlı ve akılcı ilaç kullanımı, *Türkiye Klinikleri Journal of Geriatrics -Special Topics*; 1(1), 1-7
- Kaptan G, Dedeli Ö. (2012). Teoriden Uygulamaya Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar, 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; s.121-135.
- Kara, N. (2019). Kronik obstrüktif akciğer hastalarının bakım bağımlılığı. Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi. (Danışman Doç. Dr. Sıdıka Oğuz)
- Karan M.A. (2003). Geriatri Yaş Grubunda Endokrin ve İmmün Sistemlerdeki Fizyolojik Değişiklikler. 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya <https://www.tihud.org.tr/Uploads/Content/Kongre/5/5.32.Pdf>
- Kavlak Y. (2018). Yaşlanma Sürecinde Fizyoloji ve Yaşam Stili Değişiklikleri. İ. Yılmaz. (Ed.). Fiziksel Rehabilitasyon İçinde. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi yayınları; s. 2-53.

- Kavuran E, Turkoglu N. (2018). The relationship between care dependency level and satisfaction with nursing care of neurological patients in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*; 11(2): 725-73
- Kersu Ö, Alparslan GB. (2020). Geriatrik bireylerin fiziksel aktiviteleri ve uyku kaliteleri arasındaki ilişki. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(1), 24-30
- Kılıç HF, Cevheroğlu S, Görgülü S. (2017). Dâhiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılık düzeylerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*;10(1):22-28
- Kissel EJ, Dassen T, Kottner J, Lohrmann C. (2010). Psychometric testing of the modified care dependency scale for rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*;24(4): 363-372.
- Kissel EJ, Dassen T, Lohrmann C. (2011). Comparison of there sponsiveness of the care dependency scale for rehabilitation and the barthel index. *Clinical Rehabilitation*; 25(8): 760-67.
- Konak A, Çiğdem Y. (2005). Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29(1): 23-63
- Korhan EA, Yönt GH, Tokem Y, Karadağ Ö, Sarıoğlu E, Yıldız K. (2013). Dahiliye ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,16(4): 2-3, 199-204.
- Korkmaz F. (2011). Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*; 59-67.
- Kurbun H. (2017). Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. T.C. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. (Danışman Yrd. Doç. Dr. İlknur Metin Akten).
- Kutsal YG. (2007). Temel Geriatri. İstanbul: Güneş Tıp Kitapevleri
- Küçük U, Karadeniz H. (2021). Yaşlanmaya bağlı bireylerde görülen fizyolojik, ruhsal, sosyal değişiklikler ve korunmaya yönelik önlemler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD)*; 2-6.
- Kuğu N, Berkan Ö, Akyüz G, Doğan O. (2001). Ameliyat olan ve olmayan kronik periferik vasküler hastalığı olan olgularda anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(4):213-221.
- Lavoie M, De Koninck T, Blondeau D. (2006). The nature of care in light of Emmanuel Levinas. *Nursing Philosophy*;7:225-34. [CrossRef]
- Lee S.H, Yim S.J, Kim H.C. (2016). Aging of there spiratory system. *Kosin Medical Journal*; 31(1), 11- 18

- Li G, Wang X, Liu L, Tong W. (2017). The care dependency of patients after laparoscopic abdominal surgery and associated factors in China. *Applied Nursing Research*. 38: 95-98
- Lohrmann C, Dijkstra A, Dassen T. (2003). The care dependency scale/an assessment instrument for elderly patients in German Hospitals. *Geriatric Nursing*, 1 (24), 40-43.
- Mercanlıgil M. (2019). Yaşlı diyabetli bireylerde beslenme tedavisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*; 47, 60- 66.
- Mann C, Pouzeratte Y, Boccaro G, Peccoux C, Vergne C, Brunat G, Domergue J, Millat B, Colson P. (2000). Comparison of Intravenous or Epidural Patient-controlled Analgesia in the Elderly after Major Abdominal Surgery. *Anesthesiology* 2000; 92:433-441.
- Nagaratnam N, Nagaratnam K, Cheuk G. (2016) Gastrointestinal System. In: Diseases in The Elderly. Springer.p. 53-79.
- Nunnally J. C. (1978). *Psychometric Theory* (2nd Ed.) New York: McGrawHill.
- Özbudak E, Şahin Oksay A. (2021). Hastanede yatan yaşlı bireylerin bakım bağımlılıkları, hemşirelik bakımı ile ilgili değerlendirmeleri ve bu durumlar arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*; 307-322.
- Özer N. (2016). Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi Cerrahinin Sınıflandırılması Cerrahi Gerektiren Durumlar ve Hasta Üzerindeki etkileri Eti Aslan F.(Ed.). Cerrahi Bakım: Vaka Analizleri ile Birlikte. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 3-39
- Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. (2020). Kronik böbrek yetmezliği olan bireylerde bakım bağımlılığı ve ilişkili faktörler. *Kocaeli Med Journal Dergisi*, 9;1 : 32-40
- Özkayar N, Arıoğlu S. (2007). Yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler. *İç Hastalıkları Dergisi*, 14(1), 18-26.
- Pekince H, Aslan H. (2021). The care dependency levels of the inpatients in the palliative care center and influencing factors. *Abant Med J*. 10(2):185-196.
- Saddock BJ, Saddock VA. (2007). Klinik Psikiyatri. Aydın H, Bozkurt A, çeviri editörleri. Klinik Psikiyatri. 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; s. 3595-602.
- Salvage J. (1993). Etkinliğe doğru eylem (Editör: Saadet Ülker), 2. Baskı, Ankara. Aydoğdu Ofset; 1993.
- Saufl NM. (2004). Preparing the older adult for surgery and anesthesia. *Journal Perianesth Nurs*, 19:6, 372-378.

- Snijders AH, Van De Warrenburg BP, Giladi N, Bloem B. R. (2007). Neurological gait disorders in elderly people: clinical approach and classification. *The Lancet Neurology*, 6(1), 63-74.
- Şenel AC. (2005). Geriatrik hastalarda postoperatif analjezi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*; 22:1, 33-37.
- Totur B, Demir Korkmaz F (2011). Geriatrik Cerrahide Hasta Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27 (2): 61-68.
- Tel H, Şahbaz M. (2006). Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*; 9(2): 85-93.
- Tereci D, Turan G, Kasa N, Öncel T, Arslansoyu N. (2016). Yaşlılık Kavramına Bir Bakış. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 16(1):84-116.
- Tomanbay İ. (2002). Sosyal Rehabilitasyon-Sosyal Geriatri. Yeşim Gökçe Kutsal (Ed.), Geriatri içinde. Ankara: Turgut; 248-259.
- Tronto JC. (1992). Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care. New York and London: Routledge; p.226
- Turaman C. (2001). Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. *Türk Geriatri Dergisi*; 4(1): 22-7.
- TÜİK. (2023, Mart 17). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2022*. Türkiye İstatistik Kurumu. adresinden alınmıştır
- Türk Dil Kurumu, (1983). Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Tarih Kurumu basımevi; 505/1. Bakım; s.109.
- Türk G, Üstün R. (2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*;11(1):19-25.
- Ucuzal M, Akyolcu N. (2008). Yaşlı hastalarda ameliyat sonrası bilişsel değişiklikler. *Turkish Journal Geriatrics*; 11: 119-127.
- Uzun Ö. (2000). Yaşlı hastanın perioperatif hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 16:1, 107-117.
- Valiathan R, Ashman M, Asthana D. (2016). Effects of ageing on the immune system: infants to elderly. *Scandinavian Journal of Immunology*, 83(4), 255- 266.
- Wallace D, Duncan P, Lai S. (2002). Comparison of the responsiveness of the barthel index and the motor component of the function all independence measure in stroke—the impact of using different methods for measuring responsiveness. *Journal Clinical Epidemiol*;55(9):922-28.

- Whoindia.org [Internet]. (2008). Guidelines for common surgical interventions in the elderly. principles of geriatric surgery. [Cited: 2013 May 02]. Available from: <http://www.whoindia.org/>
- World Healty Organization. (1998). Ageing and Health Programme, Growing Older. Staying Well (WHO/ HPR/ AHE /98.2) Geneve.
- Yerli G. (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Journal of International Social Research*, 10(52), 1278- 1287
- Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. (2012). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; 2(2), 19-23
- Yılmaz F, Çağlayan Ç. (2016). Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*; 20(4), 129-140.
- Yönt GH, Akın Korhan E, Khorshid L, Eşer İ, Dijkstra A. (2010). Bakım Bağımlılığı Ölçeğinin (Care Dependency Scale) yaşlı bireylerde geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics Özel Sayı*; (13): 71.

EK.2: GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapıyorum.(Demet FİDAN). Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hande Cengiz Açıl ile birlikte akademik bir çalışma planladık. Araştırma, bir eğitim araştırma hastanesinin cerrahi kliniklerinde yatan cerrahi girişim geçirmiş yaşlı cerrahi hastaları ile yürütülecektir. Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma örneklemini oluşturacak hastalar; araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi, 65 yaş ve üstünde olması, ameliyat sonrası dönemde olması, Türkçe anlayabilmesi ve konuşabilmesi, kişi-yer-zaman oryantasyonu olması ve işitme- konuşma sorunu olmamasıdır. Araştırmada veri toplama aracı olarak; “Kişisel Bilgi Formu” ve “Bakım Bağımlılığı Ölçeği” kullanılacaktır.

Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme durumu söz konusu değildir. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyebilir veya istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmadan doğacak herhangi bir risk bulunmamakta olup olası riskler araştırmacının sorumluluğundadır. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Sayın Demet FİDAN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı/zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü Katılımcının Adı Soyadı:.....

İmzası:

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl)

Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):

Olur alma işlemine tanık olan kişinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):



EK.3: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Öğrenim Durumu: ☐ İlkokul ☐ Ortaöğretim ☐ Lise ☐ Üniversite
☐ Okuryazar değil
4. Boy:..... Kilo:..... BKİ:.....
5. Medeni Durum: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış
6. Mesleği: ☐ Çalışmıyor ☐ Ev Hanımı ☐ İşçi ☐ Memur ☐ Emekli ☐ Serbest
Meslek ☐ Diğer
7. Yattığı Klinik:.....
8. Klinik Tanısı:.....
9. Hastanede Kalma Süresi:.....
10. Herhangi Bir Kronik Hastalık Varlığı:
☐ Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐ KOAH
☐ Kalp Hast. ☐ Böbrek Has. ☐ Romatizmal Hast.
11. Sigara Kullanımı: ☐ Evet ☐ Hayır
Evet ise sigara kullanma sıklığı:.....süredir gündekullanıyorum.
12. Alkol Kullanımı: ☐ Evet ☐ Hayır
Evet ise alkol kullanma sıklığı:..... süredir gündekullanıyorum.
13. Önceden Geçirilmiş Cerrahi Girişim Öyküsü:.....
14. Refakatçi Bulundurma Durumu: ☐ Evet ☐ Hayır
15. Refakatçinin Hastanede Kalış Süresi: ☐ Sürekli ☐ Belirli Saat
Aralıklarla:.....

EK.4: BAKIM BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

	Tamamen bağımlıyım	Oldukça bağımlıyım	Kısmen bağımlıyım	Çok az bağımlıyım	Bağımlı değilim
Beslenme Yemek yeme gereksinimini karşılayabilmede					
Kontinans İdrar ve dışkı boşaltımını kontrol edebilmede					
Beden Duruşu Bir işi yapabilmek için uygun hareketi sağlayabilmede					
Hareketlilik Hareket edebilmede					
Gündüz/ Gece döngüsü Uykuya gitme ve sürdürebilmede					
Giyinme ve Soyunma Giyinebilme ve soyunabilmede					
Vücut Sıcaklığı Ortam koşullarına göre vücut ısını koruyabilmede					
Vücut Temizliği Vücut temizliğini yapabilmede					
Tehlikelerden kaçınma Başkalarından ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı kendini koruyabilmede					
İletişim Sözel iletişim kurabilmede ve sürdürebilmede					
Başkaları ile ilişki kurma Sosyal çevreyle ilişkiyi sürdürebilmede					
İbadet yapma İbadet gereksinimlerini karşılayabilmede					
Kurallara uyma Bulunduğu ortamın var olan düzenine uyabilmede					
Günlük aktiviteler Günlük aktivitelerini sıralayabilmede					
Eğlence aktiviteleri Sosyal aktivitelere katılabilmede					
Bellek/ Hafıza Daha önce öğrendiği bilgi/becerileri kullanmada/hatırlamada					
Öğrenme yeteneği Yeni bilgi/becerileri öğrenmede ve daha önce öğrendiği bilgi/becerileri hatırlamada					

