

Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı

Nursing Care of Critically Ill Patients

Banu Terzi¹, Nurten Kaya²

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Yaşamı tehdit altında olan hasta bireylere, olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç gereçlerin bulunduğu merkezler olarak tanımlanan yoğun bakım ünitelerinde, bireylerin istemi dışında çok fazla tedavi edici girişim uygulanmaktadır. Bu girişimler bireylerin fizyolojik ve psikolojik iyileşme süreçlerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavi alan bireylerin bu olumsuz durumlardan etkilenmemesini ya da mümkün olduğu kadar az etkilenmesini sağlamak ancak bireyselleştirilmiş kaliteli bir hemşirelik bakımı ile mümkün olabilir. Bu doğrultuda yoğun bakım ünitesi gibi özel bir birimde çalışan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu sorumluluklarının başında yoğun bakıma gereksinim duyan bireylere hemşirelik bakım süreci doğrultusunda bakım vermek gelmektedir. Bu noktadan hareketle makalenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere rehber olacağı düşünülmektedir. (Yoğun Bakım Derg 2011; 1: 21-5)

Anahtar sözcükler: Yoğun bakım ünitesi, hemşirelik bakımı, hemşirelik süreci, yoğun bakım hastası

Geliş Tarihi: 21.12.2010

Kabul Tarihi: 22.02.2011

Abstract

In intensive care units, which are defined as centers where many life saving instruments are used most frequently, many invasive treatment interventions are applied to patients without their consent. These interventions also affect the physiological and psychological recuperation progress adversely. It is only possible for patients in intensive care units to be unaffected or minimally affected by these poor conditions by individualized nursing care. In this direction, nurses working in the intensive care units should diagnose the problems of patients in their care, rapidly define care objectives, plan nursing interventions and put them to work and evaluate the outcomes of their applications well. It is believed that this article would be a guide for nurses working in the intensive care unit environment. (Yoğun Bakım Derg 2011; 1: 21-5)

Key words: Intensive care unit, nursing care, nursing process, critically ill patient

Received: 21.12.2010

Accepted: 22.02.2011

Giriş

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), yaşamı tehdit altında olan bireylere, olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç gereçlerin bulunduğu, disiplinler arası bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu bakım merkezleri olarak tanımlanmaktadır (1).

Girişimsel işlemlerin yoğun olarak uygulandığı, morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olduğu YBÜ'de, hemşirelik bakımı çok büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle makale, yoğun bakım hastalarına bakım veren hemşirelere rehberlik etmesi amacı ile yazılmıştır.

Aşağıda yoğun bakım hastasının bakımı, yaşam modelini temel alan hemşirelik modeli doğrultusunda bireye özgü ele alınarak hemşirelik sürecinin aşamalarına göre açıklanmıştır.

Tanımlama

Yoğun bakım ünitesindeki bireyi tanımlama, veri toplama, verileri yorumlama ve düzenleme, verileri organize etme ve değerlendirme aktivitelerini içermektedir (2).

Yoğun bakım ünitesindeki bireyden elde edilen subjektif (bireyin ifade ettiği) ve objektif (hemşire ve diğer sağlık ekibi tarafından fiziksel değerlendirme, tanı işlemleri vb. yollardan elde edilen) veriler yaşam aktiviteleri kapsamında değerlendirilmektedir (2, 3):

- Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesine yönelik; YBÜ'deki bireyin; görme, işitme vb. duyuşsal sorunlarının olup olmadığı, altta yatan tıbbi tanısı, uygulanan invaziv girişimler nedeniyle enfeksiyona maruz kalma gibi durumları sorgulanır.
- İletişim aktivitesine yönelik; YBÜ'de bireyin iletişimini etkileyen etmenler (entübasyon/trakeostomi tüpü varlığı vb.), iletişim biçimleri belirlenir.
- Solunum aktivitesinde; YBÜ'de bireyin solunum gücünü yaşama durumu, solunum aktivitesinde yardımcı araç-gerece mekanik ventilasyon (MV) destek tedavi gereksinimi, solunum/dakika sayısı, saturasyonu (distal uçtan kandaki oksijenlenme düzeyi), uygulanan MV cihazına uyum durumu, MV cihazında hangi solunum modunda takip edildiği, trakeal sekresyonların niteliği, MV'dan ayrılabilme durumu vb. belirlenir.
- Beslenme aktivitesinde; bireyin kilosu ve boyu, tıbbi tanısına uygun beslenme planı, beslenmede yardımcı araç-gerece (enteral beslenme tüpleri, parenteral yolu vb.) olan gereksinimi, günlük kalori gereksinimi vb. tanılanır.
- Boşaltım aktivitesinde; YBÜ'de bireye uygulanan yardımcı araç-gerece varlığı, dışkılama sıklığı, bağırsak sesleri vb. tanılanır.
- Kişisel temizlik ve giyinme aktivitesinde; YBÜ'de yatan bireyin derisi ve ekleri baştan ayağa tanılanarak gereksinimleri (ağız içi, saçlı deri, cildin tonüsü, nemi vb.) belirlenir.

- Beden sıcaklığının sağlanması ve sürdürülmesine yönelik; YBÜ'ndeki ortam ısısına bireyin uyum sağlama durumu, hipotermi/hipertermi varlığı, beden sıcaklığını etkileyen etkenler (pansuman değişimi, hemofitrazyon uygulaması vb.) sorgulanır.
- Hareket aktivitesine yönelik; YBÜ'nde bireyin hareketsizlik durumu, basınç bölgelerinin durumu, hangi pozisyonda rahat ettiği, en son verilen pozisyon, eklem açıklığı hareketleri vb. tanılanır.
- Çalışma ve eğlenceye yönelik; YBÜ'nde şuuru açık olan bireyin ilgi alanları belirlenir, gerçekleştirmek istediği aktivitelerini ifade etmesine fırsat verilir.
- Cinselliği ifade etmeye yönelik; YBÜ'nde yatan bireyin beden imajını etkileyebilecek organ kayıpları olup olmadığı değerlendirilir ve bireyin kendi görüntüsünü nasıl algıladığı vb. sorgulanır.
- Uyku ve dinlenme aktivitesine yönelik; YBÜ'nde bireyin uyku düzenini bozan etmenler, aşırı uyku/uykusuzluk durumu, ajitasyon belirtileri, sedasyon gereksinimi vb. tanılanır.
- Ölüme karşı YBÜ'nde bireyin duygu ve düşünceleri, yanında ölen başka bir hasta bireyi görme durumu ve olaya tepkileri belirlenir.
- Yoğun bakım ünitesinde bireyin durumunu belirlemede hemşirenin gözlemleri oldukça önem taşımaktadır. Hemşire, bireyin her davranışını çok iyi değerlendirmeli, fiziksel muayene yöntemlerini yerinde kullanabilmeli, tanı testlerini, laboratuvar bulguları sonuçlarını çok iyi analiz edebilmeli ve değişiklikleri düzenli bir şekilde kayıt etmelidir.

Hemşirelik Tanıları, Hemşirelik Bakımının Sonuçları ve Hemşirelik Girişimleri

Yoğun bakım ünitesinde bulunan bireye özgü veriler toplanarak bireyin yoğun bakım deneyimini olumsuz yönde etkileyebilecek sorunlar tespit edildikten sonra sorunun ismi/hemşirelik tanısı konmaktadır. Sorunu gidermek için bireyin bakım gereksinimlerine yanıt verebilecek hedefler belirlenmektedir. Belirlenen hedefler doğrultusunda bireye özgü hemşirelik girişimleri planlanmakta ve kayıt edilmektedir (2).

Aşağıda yoğun bakım deneyimi ile ilişkili olabilecek NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanıları, Roper ve ark.'nın hemşirelik modeli doğrultusunda; yaşam aktiviteleri ögesine göre ele alınarak, hemşirelik bakımının sonuçları ve girişimler açıklanmaktadır.

1. Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanıları; Konforda-Rahatta Değişim: Akut Ağrı / Korunmada Değişim: Enfeksiyon Riski/ Çevre Değiştirme /Taşınma (Relokasyon) Stresi / Konfüzyon
2. İletişim aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanıları; Anksiyete, YBÜ hakkında Bilgi Eksikliği / İletişimde Yetersizlik / Korku / Uyumda Bozulma
3. Solunum aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanıları; Etkisiz Solunum Örüntüsü / Mekanik Ventilatörden Ayrılmaya İşlevsel Olmayan Yanıt
4. Beslenme aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanıları; Beslenmede Değişim: Beden Gereksiniminden Az Beslenme / Sıvı Volüm Eksikliği
5. Boşaltım aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanıları; Üriner Boşaltımda Bozulma / Barsak İnkontinansı / Barsak Boşaltımında Değişim: Konstipasyon
6. Kişisel temizlik ve giyinme aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanıları; Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski / Oral Mukoz Membranda Değişim Riski

7. Beden sıcaklığının sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanıları; Beden Isısının Düzenlenmesinde Yetersizlik: Hipertermi / Beden Isısının Düzenlenmesinde Yetersizlik: Hipotermi
8. Hareket aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanısı; Fiziksel Harekette Bozulma
9. Çalışma ve eğlence aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanısı; Boş Zamanların Geçirme-Eğlence Aktivitesinde Yetersizlik
10. Cinselliği ifade etme aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanısı; Benlik Kavramında Bozulma: Beden İmgesinde Bozulma
11. Uyku ve dinlenme aktivitesi ile ilişkili hemşirelik tanısı; Uyku Örüntüsünde Bozulmadır.

Hedef/Hemşirelik Bakımının Sonuçları

Yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavi alan bireyin, yaşam aktiviteleri ile ilişkili olarak belirlenen hemşirelik sorunlarını gidermede amaçladığı hedef/hemşirelik bakımının sonuçları doğrultusunda planlama yapılmalıdır:

- Bireyin, YBÜ'nde kaldığı sürece yaşam aktiviteleri doğrultusunda tüm gereksinimlerini karşılamaya yönelik planlamalar yapılmalıdır.
- Bakım sırasında belirlenen riskli durumlar engellenmelidir.
- Bireyin, var olan sorunlarına yönelik gereksinim duyduğu, planlanan bireyselleştirilmiş bütüncül hemşirelik bakımı optimal düzeyde sağlanmalıdır.

Hemşirelik Girişimleri

Ağrıya yönelik olarak; ağrının yeri ve şiddeti, ağrıyı arttıran/azaltan faktörler değerlendirilir. Ağrıya karşı oluşan ajitasyon ve huzursuzluk durumları gözlemlenir. Uygulanacak tüm girişimler öncesinde bireye açıklama yapılır. Bireye bağlanan cihazların kablo ve bağlantı sistemlerinin yerleri kontrol edilerek bunların bireye zarar vermeleri engellenir. Bireye rahat edebileceği uygun pozisyon verilir. Ortamdaki uyaranlar azaltılır, gereksiz gürültü engellenir. Ağrılı invaziv girişimlerden önce hekim istemi ile bireye uygun analjezik ilaçlar uygulanır (2, 4, 5).

Bireyin YBÜ'nde kaldığı süre boyunca maruz kaldığı enfeksiyon risk faktörleri (invaziv kateterler, entübasyon/trakeostomi, mekanik ventilatör cihazları, aspiratör vb.) belirlenir. Tüm invaziv girişimlerde (arteryal/santral venöz kateter, üretral kateter takılması vb.) cerrahi aseptik tekniğe uyulmasına özen gösterilir. Çalışan tüm sağlık ekibinin, uygun el yıkama tekniği ile el yıkaması sağlanır. Üniteye nazokomiyal enfeksiyonu olan bireylerin izole edilmesi sağlanır, bu bireylerin tüm atık materyallerinin (pansuman atıkları, çarşaf takımları, alt bezleri, idrar ve feçes atıkları vb.) ayrı bir yerde toplanarak uygun yöntemlerle imha edilmesi sağlanır. Bireyin yaşam bulgularındaki değişiklikler anında tespit edilerek rapor edilir. Bireye takılı olan monitör bağlantıları, aspiratör ve ventilatör cihazları, hemodiyaliz cihazı vb. araçların temizliği ve dezenfeksiyonunun uygun şekilde yapılmasına dikkat edilir (2, 4, 6).

Çevre değiştirme/taşınma (relokasyon) stresine yönelik; birey, YBÜ ile ilgili kaygı ve korkusunu ifade etmesi için cesaretlendirilir. Bireyin öz-bakım gereksinimleri belirlenerek bunları gidermede bireyin katılımı sağlanır. Bireye ait kişisel eşyaları (diş protezi, gözlük, saati, işitme cihazı vb.) temin edilerek bunları kullanmasına izin verilir. Yoğun bakım ünitesinden taburcu/transfer edilecek birey, bağlı olduğu izleme araçlarından yavaş yavaş ayrılarak üniteden taşınması için hazırlık yapılır. Taburcu/transfer edilirken, bireyin kişisel eşyaları da birlikte gönderilir. Birey YBÜ'nden taburcu/transfer edilirken bireyin kullandığı ilaçlar, bakım-tedavi planı, bireyde takılı olan kateterlerin durumu, mevcut sorunları, en son kaydedilen yaşam bulgularını içeren hemşirelik epikriz formu doldurularak birey ile birlikte gönderilir (2, 4, 7).

Bireye her gün tarih, yer, saat ve YBÜ'ne hangi nedenlerle yatırıldığı konularında bilgi verilir. Bireyin anlayabilmesi için göz teması kurularak yavaş ve duyabileceği alçak bir ses tonu ile konuşulur. Birey yakından izlenerek yataktan düşmesi, eğer takılı ise entübasyon/trakeostomi tüpünü çekmesi, kateterlerini çıkarması engellenir. Sedatize edilen bireyin, her gün sedasyonları azaltılarak bilinç ve oryantasyon durumu kontrol edilir. Bireyin yakınları ile işbirliği kurularak onlardan yardım alınır. Yoğun bakım ünitesinden taburcu/transer olmadan önce birey ve ailesine bakım için gerekli bilgi ve eğitim verilir (2, 4, 8).

Anksiyeteyi arttıran ve azaltan etmenler araştırılır. Ailenin/yakınlarının daha sık ziyaret etmesi sağlanır (2, 4, 9).

Yoğun bakım ünitesindeki hasta bireyin, YBÜ hakkında bilgi eksikliği ve iletişim yetersizliğine yönelik; YBÜ'ndeki gereksiz gürültüler azaltılır. Verilen bilgi hakkında bireyden geri bildirim alınır. İletişimi geliştirmek için dokunma ve beden dili kullanılır. Entübe ya da trakeostomili bireylerin kullanması için kalem, kağıt, yazı tabelası gibi malzemeler temin edilir. Birey, dudaklarını ve el hareketlerini kullanabilmesi konusunda desteklenir (2, 4, 10).

Korkuya yönelik; eğer YBÜ'nde ölen biri varsa bireyin bu durumu görmemesi ve durumdan haberdar olmaması için önlemler alınır (2, 4, 11).

Hasta bireyin YBÜ'ne uyumunu sağlamak için; baş etme yöntemleri araştırılır, aile bireyleri ile işbirliği yapılır. Bireyin YBÜ'ne uyum sürecinde destek sistemlerine başvurulur, psikiyatri konsültasyonu istenerek uygun bakım ve tedavi planlanır (2, 4, 12).

Solumun sayısı, derinliği, hızı ve bireyin genel görüntüsü sürekli gözlemlenerek değişiklikler kayıt edilir. Eğer birey MV'da herhangi bir solumun modunda takip ediliyorsa bu moda uyum durumu, solumun frekansı, tidal volümleri, kan gazı bulguları, yaşam bulguları (beden ısısı, kan basıncı ve kalp tepe atımı), periferik oksijen saturasyonu (SpO₂) değerlendirilir. Entübasyon/trakeostomi tüpünün yeri, kaf basıncı, uygulama tarihi kontrol edilir. Entübe/trakeostomize olan bireyin trakeal sekresyonları gereksinim oldukça düzenli olarak temizlenir. Bireye mümkünse düzenli olarak (30 dk-2 saatte bir) pozisyon verilir. Akciğer filminde kapalı olarak görülen akciğer loblarına solumun fizyoterapisti ile birlikte postural drenaj uygulanır. Solumun devrelerinin ve nemlendirici filtrelerin sekresyonla tıkanmamasına dikkat edilerek, bu sistemlerin temizliğine özen gösterilir. Aspirasyon işlemi sırasında aseptik tekniğe dikkat edilir. Aspiratör hortumlarının ve kovalarının temizliğine özen gösterilir. Eğer mümkünse kapalı aspirasyon devreleri kullanılabilir. Ventilator alarmları, MV'nun olumsuz etkileri izlenir. Ventilator devrelerinin kıvrılmamasına, cihazdan ayrılmasına dikkat edilir. Bireyin gereksinim duyduğu solumun modunda ventile olması sağlanır. Solumun sistemini baskılayıcı herhangi bir ilaç uygulanmasında MV modu kontrollü solumunda olacak şekilde ayarlanır. Bireyin entübasyon veya trakeostomi tüp tespiti kirlendikçe değiştirilir. Tüp tespitlerinin cilt üzerinde deri bütünlüğünü bozabilecek şekilde basınç oluşturması önlenir. Hekim istemi ile uygulanan bronkodilatatör inhaler ilaçların doğru yöntemlerle verilmesine dikkat edilir (13, 14).

Ventilatörden ayrılmaya işlevsel olmayan yanıtla yönelik; bireyi ventilatörden ayırmadan önce bunu engelleyebilecek etkenler (enerji, oksijen gereksinimi, aktivite durumu, olumsuz ortam koşulları vb.) değerlendirilir. Bireyi ventilatörden ayırmadan önce yaşam bulguları, kan gazı değerleri, MV'da hangi solumun moduna bağlı olduğu, akciğer sesleri, oksijen saturasyonu değerlendirilir. Birey MV'dan adım adım ayrılır. Önce weaning (ventilatörden ayırma) yöntemleri uygulanır, sonra ekstübe edilir (2, 4, 14).

Beslenmede değişim ve sıvı volüm eksikliğine yönelik; bireyin kilo takibi yapılarak günlük kalori gereksinimi hastalık durumuna göre hesaplanır. Ağızdan beslenmesinde bir sakınca olmayan bireylerde tüm

öğünlerini eksiksiz yemesine dikkat edilir. Eğer birey ağızdan beslenmeye yeni başladıysa önce sıvı ve yumuşak gıdalar daha sonra katı gıdalar almasına dikkat edilir. Entübe olan ve MV desteği alan bireyin orogastrik/nazogastrik/gastrostomi tüpleri ile beslenmesinde şunlara dikkat edilir: Bireyin barsak sesleri düzenli olarak dinlenir. Bireyin yaşına ve hastalık durumuna uygun enteral beslenme ürünleri beslenme pompaları yardımı ile günlük gereksinimi doğrultusunda verilir. Besleme sırasında ve beslemeden sonra en az 30 dakika bireyin başı yatak içinde dik konuma (en az 30-45 derece) getirilir ya da birey oturtulur. Beslenmeden önce enteral tüpün yeri kontrol edilir. Enteral beslenme tüplerinin tespiti deri bütünlüğünü bozmayacak şekilde olmasına dikkat edilir. Enteral yoldan beslenemeyen YBÜ'deki bireylerde parenteral beslenme yöntemi (santral/periferik kateter ile) uygulanır. Bu yöntemde saatlik verilmesi gereken parenteral beslenme ürünü bireyin günlük kalori gereksinimi hesaplanarak infüzyon pompası yardımı ile verilir. Parenteral beslenmenin gerçekleştirildiği santral/periferik kateterin bakımı aseptik tekniğe uygun şekilde yapılır. Aynı zamanda bireyin kan glukoz düzeyi belirli aralıklarla kontrol edilir. Bireyin günlük kalori gereksiniminin ne kadarını alabildiği yeniden gözden geçirilir. Ek beslenme destek ürünleri (vitaminler, aminoasitler vb.) hekim istemi ile ilave edilir (2-4, 15).

Üriner boşaltımda bozulmaya yönelik; bilinci açık olan bireyde, üriner boşaltımını gerçekleştirebilmesi için YBÜ'de uygun ortam sağlanır. Diğer bireylerin görmeyeceği şekilde paravan, stor perde gibi araçlar kullanılarak bireyin mahremiyetine özen gösterilir. Bireyin sürgü, ördek gibi malzemeleri kullanabilmesine yardımcı olunur. Eğer mümkünse birey komoda oturtulur ya da sandalyede mobilize edilerek tuvalete götürülmesi sağlanır. Bireyin üriner boşaltım gereksinimini ifade edebilmesine fırsat verilir (16).

Bağırsak inkontinansına yönelik; bireyin dışkılama sayısı, dışkılamanın niteliği araştırılır. Bilinci açık olan bireyin mahremiyetine özen gösterilir, YBÜ'de bağırsak boşaltımına yardımcı olacak uygun ortam düzenlenir. Bireyin inkontinans nedeni ile utanç duymaması sağlanır, bu konudaki duygularını açıklamasına fırsat verilir. Rektal bölgesinde cerrahi müdahale ya da yarası olan, hareket ettirilmesi sakıncalı olan bireyde; eğer mümkünse kapalı bağırsak boşaltım kateteri uygulanabilir (17-19).

Deri bütünlüğünde bozulma riski olan bireyin, deri bütünlüğü gözlenerek değişikliklerin nedeni araştırılır. Entübasyon/trakeostomi tüplerini tespit malzemelerinin deri bütünlüğünü bozmasına dikkat edilir. Her tespit değişiminde basınç altında kalan cildin görünümü değerlendirilir. Bireye belirli aralıklarla rutin olarak pozisyon verilir. Kemik çıkıntılarına masaj yapılır. Basınç altında kalan bölgelerde koruyucu önlemler (destek malzemeleri, koruyucu pomadlar vb.) alınır. Bireyin cilt temizliğine ve cildin nemlendirilmesine özen gösterilir. Yatak çarşaflarının düzgün ve temiz olması sağlanır. Atel, alçı gibi ortopedik tedavi araçlarının deri bütünlüğünü bozmasını engelleyici önlemler alınır. Pansuman malzemeleri bireyin cilt durumuna uygun şekilde seçilir. Pansumanların temiz ve kuru tutulması, kirlendiğinde derhal değiştirilmesi sağlanır (2, 7, 20).

Oral mukoz membranda değişim riski olan entübe bireylerde ağız bakımı 4-8 saatte bir, solumun yolu infeksiyonlarını azaltan solüsyonlar (%0.12'lik klorheksidin glukonat, povidon iyot gibi) ya da serum fizyolojik solüsyonu ile yapılır. Ağız boşluğunun tamamı (yanak mukozası, dişlerin üzeri ve altı, dil üzeri ve altı, damak) iyice temizlenir. Ağız bakımı sırasında bireyin ekstübe olmamasına dikkat edilir. Bilinci açık ve ekstübe olan bireylerin dişlerini fırçalamalarına yardım edilir. Gargara solüsyonlarla ağız içini çalkalamaları sağlanır (7, 12, 20).

Hipertermi durumunda; bireyin üzerindeki fazla giysiler ve yatak örtüleri çıkartılır. Bireye ılık su ile vücut banyosu verilir. Soğutucu battaniyeler örtülür. Soğuk/buzlu su torbaları vücut yüzeylerine (baş, boyun, aksilla, femoral bölge gibi) yerleştirilir. Soğuk solüsyonlarla mesane ya

da gastrik irrigasyon yapılır. Her uygulama sonrası beden sıcaklığı ölçülerek kayıt edilir. Hekim istemi ile antipiretik ilaçlar verilir (2, 7, 20).

Cerrahi girişimden sonra YBÜ'ne gelen hipotermide olan birey, derhal sıcak hava üfleyen ısıtıcı battaniye ile ısıtılır. Bireyin üzerine beden sıcaklığını arttırmaya yönelik yün battaniyeler de örtülebilir. Eğer mümkünse YBÜ'nin ortam sıcaklığı artırılır. Bireye soğuk su ile vücut banyosu vermekten kaçınılır. Bireyin tüm vücut organlarının, el ve ayaklarının iyice örtülmesine dikkat edilir. Sakıncası yoksa ayaklara çorap giydirilebilir. Bireye verilecek kan ve ürünlerinin ısıtılması sağlanır. Bilinci açık ve üşüyen bireylere monitörizasyonlarını engellemeyecek türden giysiler (önden düğmeli kolay açılabilen üst pijamalar, gecelikler, ayaklar için çoraplar gibi) giydirilerek beden ısılarını korumayı sağlayıcı girişimler uygulanır. Eğer bireye hemofiltrasyon uygulanıyorsa ısı kaybını önlemek amacıyla ile hemofiltrasyon filtresi alüminyum folyoya sarılabilir (7, 20-22).

Fiziksel harekette bozulmaya yönelik; bilinci kapalı olan bireylerin, eğer herhangi bir sakınca yoksa düzenli olarak (30 dk-2 saatte bir) pozisyonu değiştirilir. Pozisyon değişimi sırasında basınç altında kalan derinin rengi, sıcaklığı değerlendirilir. Kemik çıkıntıları yumuşak köpük yastıklarla desteklenir. Ayak düşmesini engellemek için ayaklar yastık ya da tabanlıklarla desteklenir. Sakıncası yoksa bireyin başı 30 derece olacak şekilde ve üst ekstremiteleri de yükseltilir. Yatak içinde pasif egzersizler yaptırılır. Bilinci açık olan birey, eğer sakıncası yoksa hareket etmesi için cesaretlendirilir. Yatak içinde düzenli olarak hareket etmenin ve pozisyonun önemi açıklanır. Sakıncası yoksa, YBÜ'de sandalyede mobilize edilir, ayağa kaldırılır ve desteksiz yürüyebilmesi için egzersizler yaptırılır. Bireye tedavi amacı ile uygulanan traksiyon/alçı/atel gibi araçların temas ettiği cilt yüzeyi gözlemlenir, bu araçların bireyin hareket yeteneğini bozma durumu değerlendirilir. Oluşabilecek sorunlar belirlenir ve bu sorunların oluşmaması için önlemler alınır. Bireyde tamamen/kısmi hareket kısıtlaması varsa ya da bireyin bilinci kapalı ise, bireye antiembolik çorap giydirilir ya da pnömotik kaf sistemi takılır. Ancak bu kafın altında kalan deri düzenli olarak gözlemlenir. Belli aralıklarla bu araçların çıkartılarak alt ekstremitelerin dinlendirilmesi sağlanır, cildin durumu düzenli olarak kontrol edilir. Hareketsizliğe bağlı gelişebilecek kas güçsüzlüğü, atrofi gibi komplikasyonları önlemeye yönelik girişimler planlanır. Bireye eklem açıklığı hareketleri yaptırılır (2-4).

Bireyin eğlence aktiviteleri hakkındaki düşünceleri ve alışkanlıkları sorgulanır. Ziyaret saatlerinde bireyin yakınları ile daha fazla zaman geçirmesine izin verilir. Eğer mümkünse bireyin, sandalyede mobilize edilerek hemşire/hekim kontrolünde YBÜ'den dışarı çıkartılması sağlanır. Bu arada yakınlarına da haber verilerek YBÜ'nin dışında görüşmelerine izin verilir. Bireyin sevdiği eğlence aktivitelerini (kitap/gazete okumak, müzik dinlemek vb.) gerçekleştirmesine fırsat verilir. Bireyin yatak başına/odasına sevdiği yakınlarının fotoğrafı yerleştirilir. Bu konuda aile bireylerinden destek alınır (7).

Beden imgesinde bozulmaya yönelik; bireyin kendini nasıl algıladığını ve düşüncelerini açıklaması için fırsat verilir. Bireyin var olan hastalık durumu, bakım-tedavi yöntemleri, iyileşme süreci hakkındaki endişelerini ifade etmesine yardım edilir. Birey için aşırı koruyucu olmaktan ve öğüt vermekten kaçınılır. Cerrahi bir girişim sonrası (amputasyon, mastektomi, açık batin operasyonu gibi) beden parçalarının ya da beden işlevlerinin kayıplarında bireye, bakım gereksinimlerinin karşılanmasında destek olunur ve bireyin bakıma katılımı sağlanır (2).

Uyku durumunda bozulmaya yönelik; uyku düzenini etkileyen bireysel, çevresel ve tedaviye ilişkin nedenler belirlenir. Bireyin normal uyku düzeni ve alışkanlıkları incelenir. Birey, geçmişte yaşadığı uyku düzensizlikleri, uykuyu etkileyen kronik hastalık durumları olup olmadığı, sedatif/hipnotik ilaç alma durumu, vb. açısından durumlar değerlendirilir. Bireyin gece uyandırılmasını gerektirecek işlemler belirlenir ve hemşirelik bakımı

uykuyu kesintiye uğratmayacak şekilde planlanır. Fizyolojik parametrelerin gece mümkün olduğu kadar, bireyi uyandırmayacak şekilde ölçülmesine özen gösterilir. Ünitadaki sağlık ekibi üyelerinin alçak sesle konuşmaları ve gürültüsüz çalışmaları, kullanılan araç-gereçlerin çıkardığı seslerin mümkün olduğu kadar en düşük düzeyde tutulmasına dikkat edilerek çevredeki gereksiz gürültünün azaltılması sağlanır. Yatak başındaki aydınlatma araçları gece belli bir saatten sonra söndürülür. Ortamın sıcaklığı kontrol altına alınır, bireyin beden sıcaklığının korunması sağlanır. Bunun için bireyin üzeri ek battaniye ya da ısıtıcılarla örtülür. Eğer mümkünse pijama ya da gecelik giydirilir. Bireyin rahatlaması ve kendini iyi hissetmesini sağlayarak uyumasını kolaylaştırıcı uygun pozisyon verilir. Ağrı ya da stresli durumlar varsa giderilir (23).

Uygulama

Bu aşama, bakım planında belirlenen hedeflere ulaşmak için planlanan hemşirelik girişimlerinin uygulamaya konmasıdır. Bu aşamada bireyin YBÜ'ne uyumunu ve etkileşimini arttırmak amacıyla planlanan hemşirelik girişimleri uygulanır. Hemşirelik girişimlerinin temel hedefi, bireyin YBÜ'nde kaldığı sürece yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesine yardımcı olmaktır (1-3).

Değerlendirme

Hemşirelik sürecinin son aşamasıdır. Değerlendirme hem bir son hem de bir başlangıçtır. Değerlendirme, yapılan uygulamaların sonuçlarının karşılaştırılarak belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı konusunda bir karara varılması olarak tanımlanmaktadır (1, 2). Bireyin YBÜ'nde yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede, planlanan hemşirelik girişimleri ile hedefe ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir. Değerlendirmede planlanan hedeflere ulaşıldıysa sorun giderilmiş demektir. Eğer sorun giderilemezse hemşirelik bakım süreci yeniden gözden geçirilerek yeni bir bakım planı hazırlanır ya da bakım planında düzenlemeler yapılır (2, 3).

Sonuç

Yoğun bakım ünitelerindeki hastaların iyileşme sürecinde hemşirelik bakımının çok önemli bir yeri bulunmaktadır. Bu nedenle YBÜ'ne bakım ve tedavi amacı ile kabul edilen hastanın taburculuğuna dek geçen sürede bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının uygulanması ve uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi ile olumsuz yoğun bakım deneyimlerinin ve iyileşme süreçlerinin azaltılabileceği söylenebilir. Bu doğrultuda; makalenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere yol göstereceği düşünülmektedir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Eisendrath SJ, Chamberlain JR. Current. Yoğun Bakım ve Tedavi: Psikiyatrik Problemler 2. baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 2004: 466-477.
2. Birol L. Hemşirelik Süreci 8. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık, 2007.
3. Roper N, Logan W, Tierney A. A Model For Nursing Based on a Model Living 4th ed. Newyork: Churchill Living Stone Publish, 1996.
4. Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı 7. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2005.
5. Şahinoğlu AH. Yoğun Bakım Etiği: İçinde: Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. Şahinoğlu AH (Ed.), Ankara, Türkiye Klinikleri Yayınevi 2003; 243-6.
6. Akyol AD. Yoğun Bakımda Stafilokok Enfeksiyonları ve Kontrol Önlemleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2006; 10: 26-35.
7. Kaya N. Yoğun Bakım Ünitesinden Hastanın Taburcu Edilmesinin Planlanma ve Uygulanması. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2003; 7: 109-115.
8. Köksal GM. Deliryum. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2007; 5: 27-30.

9. Griffiths RD, Jones C. ABC of Intensive Care: Recovery from intensive care. *BMJ* 1999; 319: 427-9.
10. Yava A, Koyuncu A. Entübe Hastalar İle İletişim Deneyimlerimiz: Olgu sunumları. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48: 175-9.
11. İnci F, Öz F. Ölüm Eğitiminin Hemşirelerin Ölüm Kaygısı, Ölüm İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10: 253-60.
12. Carpenito LJ. *Handbook of Nursing Diagnosis* 8th ed. Philadelphia: Lippincott Company, 1999.
13. Çelik S. Mekanik Ventilasyonda Hasta Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2006; 10: 19-25.
14. Potter P, Perry AG. *Fundamentals of Nursing USA*: Elsevier Company, 2005.
15. Çoker A. İmmünonutrisyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2006; 4: 40-4.
16. Ulusoy N, Polat C. Sıvı-Elektrolit Dengesi Bozuklukları ve Tedavisi. İçinde *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Şahinoğlu AH (Ed.), Ankara, Türkiye Klinikleri Yayınevi 2003; 214-47.
17. Korfalı G. Yoğun Bakımda Diyare - Konstipasyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2008; 6: 51-5.
18. Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives' Experience of Critical Care. *Nursing in Critical Care* 2005; 10: 23-30.
19. Keshava A, Benwich A, Stewart P, Pilley A. A Nonsurgical Means of Fecal Diversion: The Zassi Bowel Management System. *The American Society of Colon and Rectal Surgeons* 2007; 50: 1017-22.
20. Kahveci F. Yoğun Bakım Hastalarında Ateş-Hipotermi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2008; 6: 7-12.
21. Kaya H. Yoğun Bakım ünitesinde Yatan Spinal Kord Yaralanmalı Hastaların Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2004; 8: 32-7.
22. Akpolat T. Diyaliz. İçinde *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Şahinoğlu AH (Ed.), Ankara, Türkiye Klinikleri Yayınevi 2003; 117-26.
23. Erol Ö, Enç N. Yoğun Bakım Alan Hastaların Uyku Sorunları ve Hemşirelik Girişimleri. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 2009; 1: 24-31.