

Olgu Sunumu: Uzun Süreli Yatışlarda Hemşirelik Bakımı

Hatice Çakmakcı¹, Selbi Yıldız¹, Güven Bektemür², Mesut Demir¹

ÖZET:

Olgu sunumu: Uzun süreli yatışlarda hemşirelik bakımı

5 aylıkken oksipital bölgede şişlik ve ara ara akıntı şikayeti üzerine kurumumuz beyin cerrahi polikliniğine başvurduktan sonra, yapılan tetkiklerin ardından "Dermal Sinüs Traktı" tesbit edilmesi üzerine opere edilmek üzere Beyin Cerrahi Kliniğine yatırılan hastaya 18.12.2008 tarihinde oksipital dermal sinüs onarılması ameliyatı yapılmıştır. Operasyon işleminin ardından herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta 22/12/2008 tarihinde taburcu edilmiştir. Poliklinik takipleri yapılan hasta huzursuzluk ve genel durum bozukluğu ile ailesi tarafından Beyin Cerrahi Polikliniğine getirilmiştir. Hastanın değerlendirilmesi sonucunda BT'sinde 4. ventrikül posteriorunda kistik lezyon tespit edilmesi üzerine 2. Yatışı sağlanmıştır. 06.04.2009 tarihinde apse boşaltımı girişimi yapılmış ve yoğun bakım ünitesine kabul edilmiştir. Yoğunbakım ünitesine geldiğinde genel durumu kötü, şuuru kapalı, spontan solunumu olmayan hastaya bireye özgü hemşirelik bakımı planlanarak uygulanmış ve başarı sağlanmıştır. Solunum aktivitesine, enfeksiyon riskine, beslenme ve sıvı volüm eksikliğine, güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesine, idrar tutamama/kaçırmaya, deri bütünlüğü bozulma riskine ve aktivite intoleransına yönelik bireysel hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Vücut ısısı 36-37°C civarında, boy ve kilo gelişimi normal çocukların gelişmesine uygun oranda seyretmiştir. Yoğunbakımda deneyimli hemşireler tarafından yapılan bireysel bakım planları sonucunda hasta normal yaşları ölçüsünde gelişmeye devam etmiş, bası yarası oluşmamış, enfeksiyon gelişmemiştir. Makalenin yazıldığı tarihte yoğun bakım ünitesinde bakılmaya devam edilmektedir. Literatürlerde bu kadar uzun süre hastanede yatan çocuk hastaya rastlanmamıştır.

Anahtar kelimeler: Bakım, hasta, hemşirelik, uzun süreli, yatış

ABSTRACT:

Case Presentation: nursery care in long term hospitalizations

Five-months old patient admitted to our institute's neurosurgery outpatient clinic for swelling and intermittent discharge at the occipital region; and diagnosed as "dermal sinus tract" following the tests. The patient was interned in the Neurosurgery Clinic and occipital dermal sinus repair was performed in 18/12/2008. The patient was discharged without any complications in 22/12/2008. The patient was under outpatient follow-up, while due to unrest and bad medical condition, he was brought back to the neurosurgery outpatient clinic. The CT evaluation of the patient revealed a cystic lesion at the posterior of the 4th ventricle, so the patient was admitted to the hospital again. Abscess drainage was performed at 06/04/2009 and the patient was admitted to the intensive care unit (ICU). The patient's medical condition was bad, he was unconscious, and had no spontaneous respiration when he was taken to the ICU; thus, individualized nursing care was planned, and implemented, and success was achieved. Individualized nursing care was applied in terms of respiratory activity, infection risk, nutrition and fluid volume deficiency, providing of a safe environment and maintaining it, urinary retention/incontinence, risk of disturbance of skin integrity and intolerance to activity. The body temperature was around 36-37°C, and the height and weight development remained within favorable range with the normal children. As a result of the individualized care plans performed by the experienced nurses in the ICU, the patient grew in the normal range as the children with the same ages, no pressure sore or infection developed. The patient was still being cared at the ICU when this article was written. This is the longest period of hospitalization of a child in the literature as we found out.

Key words: Care, patient, nursery, long term, hospitalization

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2016;50(3):244-50



¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul - Türkiye
²Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, İstanbul - Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Hatice Çakmakcı,
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul - Türkiye

E-posta / E-mail:
haticecakmakcibuyur@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
9 Ekim 2015 / October 9, 2015

Kabul tarihi / Date of acceptance:
8 Kasım 2015 / November 8, 2015

GİRİŞ

Yoğun bakım ekibi bilgi, beceri, tecrübe ve uzmanlıkları ile tıbbi tedavi ve bakıma katkıda bulunabilecek farklı disiplinlerden bilinçli olarak seçilmiş meslek üyelerinden oluşmaktadır. Hedeflenen sonuçlara ulaşmada ekip üyelerinin, bilgi ve becerilerini paylaşımlarının önemi kadar, eğitilmiş personelinin devamlılığın sağlanması önemli bir yer tutmaktadır.

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), yaşamı tehdit altındaki 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).

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 iyileşme süreçleri hızlandırılabilir. Hasta E.M'ya yoğun bakım ünitesinde kaldığı sürede bireysel hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Yoğun bakım ünitesinde kaldığı 7 yıl boyunca bir kez dahi bası yarası oluşmaması, sadece 3 kez kısa süreli enfeksiyon gelişmesi nitelikli bir hemşirelik bakımı uygulandığının önemini ortaya koymaktadır.

OLGU

5 aylıkken oksipital bölgede şişlik ve ara ara akıntı şikayeti üzerine kurumumuz beyin cerrahi polikliniğine başvurduktan sonra, yapılan tetkiklerin ardından "Dermal Sinüs Traktı" tesbit edilmesi üzerine opere edilmek üzere Beyin Cerrahi Kliniğine yatırılan hastaya 18.12.2008 tarihinde oksipital dermal sinüs onarılması ameliyatı yapılmıştır. Operasyon işleminin ardından herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Postop servisine alınan hastada ek nörolojik defisiti gelişmedi. Hasta E.M. 22/12/2008 tarihinde taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde izlenen hasta 05/04/2009 tarihinde huzursuzluk ve genel durum bozukluğu durumu ile aile tarafından Beyin Cerrahi Polikliniğine getirildi. Yapılan ilk değerlendirmede Kranial BT'de 4. ventrikül posteriorunda kistik lezyon

tespit edilmesi üzerine, ileri tetkik ve tedavi amacıyla tekrar Beyin Cerrahisi Kliniğine yatırıldı. Hastaya 06.04.2009 tarihinde apse boşaltımı girişimi yapıldı. Hasta E.M. operasyona alınmadan önce bilinci açık opustotonus halinde, ateşi 38.8°C olarak saptandı.

Yoğun bakım ünitesine kabul edildiğinde genel durumu kötü olan hastanın şuuru kapalı, spontan solunumu yok, Orotrakeal entübasyon (OTE) olarak mekanik ventilasyonda Senkronize Aralıklı Zorunlu Ventilasyon (SIMV) modunda solutuldu. Hastaya 17.04.2009 tarihinde Kulak Burun Boğaz (KBB) kliniği tarafından trakeostomi açıldı. Yoğun bakım ünitesine alındıktan sonra ailesi tarafından ara sıra ziyaret edilen hastanın aile ziyaretleri zaman içinde azaldı.

Yoğun bakım ekibi tarafından 7 yıldır bakılan hastada 2009 yılında Kan Dolaşımı Enfeksiyonu görülmüş, doktor istemi doğrultusunda antibiyotik tedavisi uygulanmıştır. Ateşi 38.2°C olarak kaydedilen hastanın antibiyotik tedavisinin başlanmasından üç gün sonra vücut ısısı 36.7°C olarak ölçüldü. Hemşirelik uygulaması olarak katater pansumanı steril kapatıldı, pansumanları yapıldı, katater yeri enfeksiyon yönünden sık değerlendirildi, ateşine yönelik soğuk uygulama yapıldı.

2011 yılında Ventilatör İlişkili Pnömoni (VİP) gelişen hastanın ateşi 38.7°C olarak kaydedildi. Doktor istemine göre antibiyotik tedavisi uygulandı. Antibiyotik tedavisinin üçüncü günü vücut ısısı 36.2°C olarak ölçüldü. Hemşiresi tarafından aspirasyon uygulanırken steril uygulamaya dikkat edildi, sekresyonu renk ve görüntü yönünden gözlemlendi, değişiklikler kaydedilerek doktora haber verildi.

2011 yılında idrar yolu enfeksiyonu gelişen hastanın ateşi 38°C olarak ölçüldü. Doktor istemine göre antibiyotik tedavisi uygulanan hastanın vücut ısısı üç gün sonra 36.6°C olarak kaydedildi. Hemşiresi tarafından idrar çıkışları ve volüm yönünden değerlendirilerek kaydedildi ve sonuçları doktoru ile paylaşıldı.

Hasta E.M.'ya makalenin yazıldığı tarihte yoğun bakım ünitesinde bakılmaya devam edilmektedir. Literatürlerde bu kadar uzun süre hastanede yatan çocuk hastaya rastlanmamıştır.

Hastamıza bireye özgü hemşirelik bakımı uygulanmış ve başarı sağlanmıştır. Yattığı süre içinde sadece üç kez enfeksiyon gelişmiş, boy ve kilo gelişimi normal çocukların gelişmesine uygun oranda sey-

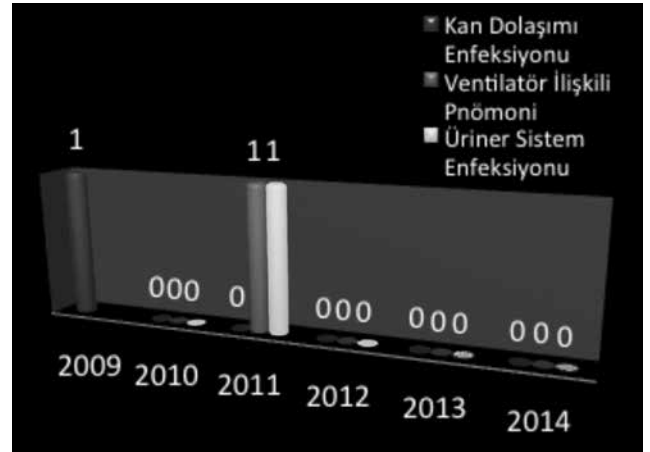
retmiştir. Vital bulguları 36.6-37°C, nabız 92-100, tansiyonu 80/50-90/60 mm/Hg civarında seyretti. Yoğun bakım hemşireleri tarafından özenle bakılan hasta ünitenin maskotu haline gelmiştir. Ekip tarafından çok sevilmesine rağmen, olması gereken yerin ailesinin yanı olduğunu düşünmekteyiz. Aileye bu konu defalarca anlatılmaya çalışılmış, ancak aile çocuğun bakımını üstlenmeyi kabul etmemiştir.

Hastamıza yapılan hemşirelik yaklaşımları;

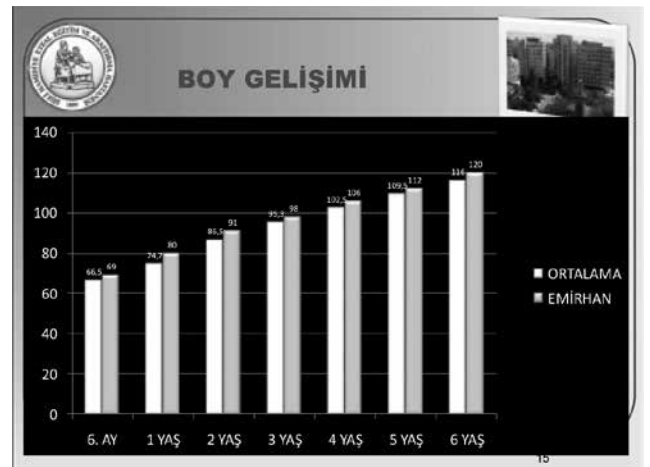
- 1- Solunum aktivitesinde; bireyin solunum güçlüğü yaşamaması için etkin havayolu temizliği sağlandı, bu amaçla entübasyon tüpünün sekresyonla tıkanmaması için gerekli görüldüğünde aspire edildi. Solunum devrelerinin ve nemlendirici filtrelerin sekresyonla tıkanmamasına dikkat edilerek sistemin temizliğine, aspirasyon işlemi esnasında aseptik tekniğe özen gösterildi. Trakeostomi tüpünün yeri, kaf basıncı ve uygulama tarihi kontrol edildi. Mekanik ventilasyonda kaldığı sürece solunum/dakika sayısı, satürasyonu, uygulanan MV cihazına uyum durumu, tidal volümü, MV cihazında hangi solunum modunda takip edildiği, trakeal aspirasyonların niteliği, kan gazı değerleri, yaşam bulguları hemşire gözlemine kaydedildi. 2 saatte bir pozisyon değiştirildi. Yapılan uygulamalar sonunda hastanın rahatladığı ve kendini güvende hissettiği gözlemlendi.
- 2- Enfeksiyon riskine yönelik; Hasta yoğun bakımda kaldığı sürece enfeksiyon risk faktörleri dikkatli ve özenli bir şekilde izlendi riskli bir durum hissedildiğinde, gerekli tedbirlerin anında alınması sağlandı. Bu amaçla; Tüm invaziv girişimlerin uygulanmasında (arteryel/santral venöz kateter, üriner kateter v.b.) aseptik tekniğe uyulmasına özen gösterildi. Zaman zaman kültürler alınarak değerlendirildi. Çalışan tüm sağlık ekibinin, uygun el yıkama tekniği ile el yıkaması sağlandı. Ünite de nazokomiyal enfeksiyonu olan bireyler izole edildi ve bu bireylerin tüm atık materyalleri ayrı bir yerde toplanarak uygun yöntemlerle birimden uzaklaştırıldı. Bireyde takılı olan monitör bağlantıları, aspiratör ve ventilatör cihazları v.b. araçların temizliği ve dezenfeksiyonu uygun şekilde yapıldı. Sık sık ateş takibi yapıldı. Isı artışında fiziksel durum değişikliği izlendi ve kaydedildi. Uygun oda ısısı sağlandı. Yattığı dönem içinde sadece 3 kez enfeksi-

yon gelişti (Tablo-1). Enfeksiyon geçirdiği dönemler dışında vücut ısısı 36-37°C civarında seyretti. Zamanında ve dikkatli yapılan hemşirelik müdahaleleri hastada enfeksiyon gelişmesini önledi.

- 3- Beslenme ve sıvı volüm eksikliğine yönelik; Hastamızın kilo ve boy takibi yapılarak günlük kalori gereksinimi hesaplanarak beslenmesi sağlandı. MV desteği devam ettiğinden hastamız enteral beslenme ürünleri beslenme pompaları yardımı ile beslenmiştir. Beslenme sırasında hasta yatak içinde oturur pozisyona getirildi ve dik oturması sağlandı. Beslenmeden önce enteral tüpün yeri kontrol edildi. Enteral tüpün tesbitinde deri bütünlüğünü bozmamasına dikkat edildi. Enteral yolla beslenemediği durumlarda parenteral yolla beslenmesi



Tablo-1: 2009-2014 Yıllara göre enfeksiyon dağılımını gösterir tablo



Tablo-2: Hastanın boy gelişimini gösteren tablo



Tablo-3: Hastanın kilo gelişimini gösteren tablo

sağlandı. Kalori hesaplaması yapılarak infüzyon pompası yardımıyla saatlik beslenmesi sağlandı. Parenteral beslenmesinin sağlandığı kataterin bakımı aseptik tekniğe uygun olarak yapıldı. Hastanın kan glukoz düzeyi belirli aralıklarla kontrol edilerek 80-120mg/dl düzeyinde tutuldu. Ek beslenme destek ürünleri (vitamin, aminoasitler v.b.) hekim istemi ile ilave edildi. Hastanın boy ve kilo gelişimi normaldi (Tablo-2, Tablo-3).

- 4- Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesine aktivitesine yönelik; Yoğun bakımda yattığı sürece büyüyen ve anlamaya başlayan hastamızın görme duyusu gelişmemişti. İletişimi geliştirmek için dokunma ve beden dili geliştirildi. Duygusal anlamda yalnız olmadığını hissettirebilmek için sohbet edilerek kaygıları giderilmeye çalışıldı. Yapılan her işlemden önce bilgilendirildi ve desteği sağlandı. Kulaklık yardımı ile müzik dinletildi. Sıcak-soğuk algılama problemi olduğu durumlarda hasta güvenliği için çok sıcak ve soğuktan korundu. Hasta güvenliği ile ilgili önlemler alındı. Bu süreç içinde ünitelerde çalışan hemşireleri sesinden tanıır hale gelmişti. Sevdiği kişilerin sesini duyduğunda hissettiği mutluluk mimiklerine yansiyordu.
- 5- Deri bütünlüğü bozulma riskine yönelik; Deri bütünlüğünün bozulup bozulmadığı, bası yarası riskini ölçme formuna kaydedilerek takip edildi. Deri bütünlüğü sürekli gözlemlendi, düzenli aralıklarla pozisyon verildi, her pozisyon verilisinde deri bütünlüğü değerlendirildi, günde iki kez vücut temizliği yapıldı, haftada bir kez tüm vücut banyosu yaptırıldı, koruyucu pomadlarla cildin nemli tutulması sağlandı. Kemik çıkıntılarına ve basınç altında kalan bölgelere masaj yapıldı. Yatak çarşafı günlük değiştirildi, ütülü ve kuru olmasına dikkat edildi. Yatak içinde desteklene-

rek oturması sağlandı. Beslenmesine de ayrıca dikkat edildi. 7 yıl boyunca deneyimli yoğunbakım hemşireleri tarafından özenle takip edilen hastanın vücudunun herhangi bir bölgesinde yatak yarası oluşmadı.

- 6- Ağrıya yönelik olarak; Ağrı düzeyi ağrı tanılama ve takip formuna kaydedilerek takip edildi. Hastanın ağrısını artıran faktörler gözlemlendi ve değerlendirildi. Ağrıyı artıran ve azaltan faktörler gözlemlendi ve değerlendirildi. Ağrıya karşı oluşan ajitasyon ve huzursuzluk durumları gözlemlendi. Hastaya bağlanan cihazların kabloları ve bağlantı sistemlerinin yerleri kontrol edilerek hastaya zarar vermesi engellendi. Rahat edebileceği uygun pozisyon verildi. Ortamdaki gereksiz gürültüye maruz kalmaması için sevdiği müzikler dinletildi. Zaman zaman kitap okundu ve hoşlanacağı düşünülen konularda sohbet edildi. Aktivite intoleransına yönelik; Yatak içinde aktif-pasif hareketler yaptırıldı. 2 saatte bir pozisyon değiştirildi. Aktivite öncesi ve sonrası vital bulguları gözlemlendi ve kaydedildi.
- 7- Sıvı volüm eksikliğine yönelik; aldığı çıkardığı takibi, kilo takibi yapıldı. Cilt rengi ve turgoru gözlemlendi. Solunum sesleri dinlendi, şok yönünden gözlemlendi. Sıvı verilmesi sağlandı ve yaşam bulguları kaydedildi. Günlük ortalama 1200cc sıvı alan hastanın 700cc civarında idrar çıkışı vardı.
- 8- İdrar tutamama/kaçırmaya yönelik; günlük idrar miktarı takip edildi. İnkontinans tipi belirlendi. Doktor ile iletişime geçildi ve uygunsuz sınırlanması yapıldı. Alt bakımı verildi ve cilt bütünlüğü yönünden değerlendirildi. Enfeksiyon yönünden bulguları takip edildi. Mesane sondası uygulaması sonlandırılması açısından sürekli değerlendirildi. Hastanın spontan idrarını yapamadığı durumlarda mesane masajı yaptırılarak idrar yapması sağlandı. Enfeksiyon gelişmesini önlemeye yönelik mecbur kalınmadıkça idrar sondası takılmamaya çalışıldı.

TARTIŞMA

YBÜ'nde verilen hemşirelik bakımının kalitesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bireye yönelik hemşirelik planlarının yapılması, uygulanması ve değerlendirilmesi, ünitelerde hemşire hasta oranına göre yoğun bakım hemşireliği eğitimi ve iyi bir ileti-

şim eğitimi almış hemşire bulundurulması, hemşire devirlerinin önlenmesi hastanın iyileşme sürecini ve yoğun bakım ünitesinde kalış sürecini kısaltıcı yönde etkili eden en önemli faktörlerin başında gelmektedir.

Ünitede kalışların uzun tutulması hastalar açısından birçok olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Doku bütünlüğünün bozulması, nazokomiyal enfeksiyonların artması, hastanın beslenmeden yoksun kalması, psikolojik bozukluklar ve beraberinde hemşire hasta iletişimi meydana gelen bozulmalar, gittikçe hastanın tedaviyi reddetmesi ve iyileşme sürecinin uzamasına bağlı yatak işgalinin uzaması en çok karşılaşılan olumsuzluklardandır.

Ünitede bulunan ventilatörler, infüzyon pompaları, uzay merkezi görünümlü ortam hasta ve aile bireylerinde korku yaratmaktadır. Bu durumda yoğun bakım hemşiresi devreye girerek aile bireylerini dikkatli ve doğru bilgilendirmeli, onları rahatlatmalıdır. Yoğun bakım süreci maddi manevi meşakkatli ve sonu bilinmeyen bir yolculuktur (2). Ünitede ışıkların sürekli açık olması, sürekli aktif bir hayat olması, yanındaki hastanın durumunun her an kötüleşmesi, bazen de ölmesi, hastanın kanlar içinde olması ve bunların yarattığı kaos hastada ciddi bir tahribat yaratmaktadır.

YBÜ'nde hastaların iyileşmesi, hastanın kendini güvende hissetmesi, bakımını üstelenen hemşire ile iletişimde olması yapılacak olan işlemleri kolaylaştıracaktır (3). Bu sebeple hemşirenin hastası ile iyi bir iletişim içinde olması gereklidir. Hatta aile bireylerinin de bu iletişime dahil edilmesi bir çok anlamda olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Bizim olgumuzda hastayla kurulan iyi iletişim, hasta-çalışan arasındaki güveni geliştirmiş, uzun süre yoğun bakımda huzurlu kalmasına katkı sağlamıştır.

Hasta ile olan iletişimin diğer kliniklerde olduğu gibi hastanın yoğun bakım ünitesine kabulü ile başlatılması ve hastanın uygun şekilde bilgilendirilmesi yaşayacağı anksiyete ve stresi hafifletmektedir. Hasta ile kurulan etkili ve doğru iletişim, hemşirelik bakımının ve tedavinin başarısı için temel adımdır. Ayrıca etkili iletişim, hemşirenin hastası ile ilişkilerinde kabullenme ve güven duygusunun geliştirilmesi, hastanın psikososyal bütünlüğünün ve başarılı bir hemşirelik girişiminin sağlanması için gereklidir. Etkili bir iletişim, hastanın ihtiyaçlarının karşılanması, tedavi

ve bakım kalitesinin artması, hastanın hastanede kalma süresinin ve iyileşme sürecinin kısaltılması ve komplikasyonların önlenmesi gibi olumlu sonuçlar doğuracaktır(4). Olgumuzda kurulan iyi iletişim hastada komplikasyonların gelişmesini önlemede etkili olmuştur.

YBÜ bulunan her kurum, üniteye hasta kabulü ve taburcu edilmesi ile ilgili kendi kriterlerini belirlemektedir. Ancak yoğun bakım hekimleri hastaların kabul ya da taburcu kararını vermekte zaman zaman zorlanmaktadır. Hastalığın prognozu ve şiddeti, tedavi gereksinimlerinin yanında kaynaklar, personel sayısı, yatak kapasitesi, ailenin baskısı ve alternatif bakım olanaklarının varlığı bu kararı etkilemektedir (5).

Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların taburculuk gereksinimi karmaşık, değişik ve dinamik bir süreçtir (6). Hastaların durumu stabil olduğunda, kabul sırasında var olan tüm sorunlar çözümlendiğinde ve daha uzun süre yoğun bakım ünitesinde izlenmeye, mekanik ventilasyona gereksinim olmadığında, yoğun bakım ünitesinden iyi durumda taburcu edilecek hastalar hastane koşulları uygunsa, önce orta düzey yoğun bakım ünitesine taburcu edilmelidir. Yatağın boşalmasıyla yataktan faydalanacak iyileşmesi muhtemel hastalar unutulmamalıdır. YBÜ'de asıl amaç; sistemik ve nörolojik komplikasyonların önlenmesi olmasına rağmen, bu hastalardan bazıları bakım hastası olabilmektedir (7). Olgumuzda bir çok komplikasyonun önlenmesine rağmen bakım hastası olması engellenememiştir. Ailesinin de almak istememesi sonucunda uzun süre yoğun bakımda kalışı devam etmiştir.

Yoğun bakım yataklarının kısıtlı olduğu düşünüldüğünde bu durumun ne kadar önemli olduğu açıktır. Günümüzde bir hastanede bulunması gereken yoğun bakım yatağı sayısı %5 olarak belirlenmiştir.

YBÜ'nde hastaların kalış sürelerini ve iyileşme sürelerini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır.

Kritik bir hastalık nedeni ile yoğun bakım ünitesine uzun süre yatış, hem bireyi, hem de ailesini olumsuz etkilemektedir. Bizim olgumuzda olduğu gibi hasta ailesi tarafından terk edilmiş halde 7 yıldır YBÜ de yatmaktadır. Zamanının büyük çoğunluğunu yoğun bakım ünitesinde, hasta ile birebir geçiren bir yoğun bakım hemşiresi, hastanın durumunu, baş etme ve adaptasyon süreçlerini, yoğun bakım ünitesinin çevre

ve fiziksel koşullarını değerlendirmede önemli bir rol oynar (8). Ünite de bulunan eğitimli ve kıdemli hemşireler hastamıza güven duygusunu hissettirmiş, zor durumlara baş etme yollarını öğretmişlerdir.

Hastaların yaşam sürelerini ve yaşam kalitelerini artırmada hemşirelik bakımı kadar doğru iletişimde önemi büyüktür. Özellikle entübe hastalar kendisine bakım veren hemşireler ile iletişim kurma ihtiyacı duyarlar. Hemşire ve hasta arasında etkili bir iletişimin, bakımın kalitesini belirleyen kritik bir faktör olduğu belirtilmektedir (9). Olgumuzda hemşire ve hasta ile iletişim maksimum düzeyde tutulmuştur.

Yoğun bakım ünitelerinde fiziksel bakım kadar manevi bakımda önemlidir. Hemşirelerin manevi bakım vermesinde etkili olan pek çok faktör vardır. Bu faktörlerden özellikle hemşirenin bireysel düşünce sistemi, manevi gereksinimler ve bakımı algılaması, kendi yaşam umudu, gönüllülüğü ve konuya duyarlılığı hemşirelik bakımında etkili olmaktadır (10). Sevildiğini ve güvenle bakıldığı algısını özümseyen hastamız hemşire ve doktor direktiflerine uyum sağlayarak iyileşme sürecine katkı sağlamıştır.

Hastalar YBÜ'sinde kaldıkları müddetçe değişik sorunlarla karşı karşıya kalırlar. Özellikle uzun yatışlarda uzun süreli damar içi katater uygulamalarına bağlı olarak enfeksiyon riski artmaktadır. Enfeksiyon risklerinden korunmak ve önleyici tedbirleri almak ancak iyi bir hemşirelik bakımı ile mümkün olabilmektedir. Hasta E.M. yattığı süre içinde yalnız üç kez enfeksiyon görülmüştür (Grafik 1). Katater içi uygulamalarda steril şartlarda işlem yapılmasına dikkat edilmiş, enfeksiyonu önlemeye yönelik tedbirler alınmış, dikkatli ve özenli yapılan hemşirelik uygulamaları neticesinde hastada enfeksiyon gelişimi önlenmiştir.

Yoğun bakım ünitesinde yeterli sayıda personel bulundurulmasının hastaların yatış süresi ve mekanik ventilasyon süresini azalttığı söylenmektedir (10). Hastamızın bulunduğu ünite de hasta-hemşire oranı sağlanmaya çalışılarak hastalarda gelişebilecek komplikasyonlar önlenmeye çalışılmıştır.

Hastaların yaşadığı anksiyete ile baş etmesine destek olmak üzere; aile ile işbirliği yapılması, göz teması kurulması, dokunma ve beden dilinin tercih edilmesi, sürekli iletişim halinde olunması, her uygulama öncesi acıklama yapılması gibi hemşirelik girişimleri ile bireyin YB ünitesine uyumu, anksiyete ile

etkin baş etme teknikleri geliştirebilmesi ve iletişimin sürekliliğinin sağlanması açısından önemlidir (11). Bizim hastamızda aile ile iletişim kurulamamıştır. Bizim hastamızla hemşireler arasında güvene dayalı bir iletişim kurulmuştur. Her işlem öncesi yapılacaklar anlatılmış, hastanın işbirliği yapması sağlanarak güven duyması sağlanmıştır. Görme duygusu olmayan hastamızla iletişim dokunma ve konuşma ile sağlanmıştır. Sevdiği düşünülen müzikler dinletilerek yoğun bakım ünitesinin gürültüsünden uzak tutulmaya çalışılmıştır.

Hemşire, bireyin her davranışını çok iyi değerlendirmeli, fiziksel muayene yöntemlerini kullanmalı, laboratuvar bulgularını analiz etmeli ve değişiklikleri düzenli bir şekilde kayıt etmelidir. Ayrıca, bireyselleşmiş hemşirelik bakımının planlanmasında hemşirenin gözlemleri de önem taşımaktadır. YB ünitelerinde, tedavi ve bakım alan hastaların ünite de yatış süresince bireyselleştirilmiş kaliteli bakım almaları doğrultusunda, hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (11). Literatürler bizim çalışmamızda vurguladığımız bireysel hemşireliğin etkinliğini destekler niteliktedir. Hastamızın ünite de uzun süre kalışı hemşirelerin onu iyi tanımaya neden olmuştur. Hastanın her hareketi dikkatle izlenmiş ve değişiklikler kaydedilmiştir. Böylece hastanın ihtiyaçlarına göre bakım uygulanmış ve başarı sağlanmıştır. Kaliteli hemşirelik bakımı sayesinde bir kez bile bası yarası oluşmamıştır.

Yoğun bakım hastalarının bağışıklık sisteminin zayıf olması, bir veya birden fazla organ yetmezliğinin olması, intravenöz kateter, endotrakeal tüp, üriner kateter ve cerrahi drenlerin uygulanması gibi girişimler enfeksiyonlara karşı konakçı direncini azaltmaktadır. Bu yüzden YBÜ'lerinde diğer hastane birimlerinden daha fazla bulaş ve enfeksiyonla karşılaşmaktadır (12). Hastamıza uygulanan bireysel hemşirelik uygulamaları neticesinde yattığı 7 yıl boyunca 2011 yılından sonra hiçbir enfeksiyon gelişmemiştir. Bu kadar süre yatmasına rağmen enfeksiyon gelişmemesinde uygulanan bireysel hemşireliğin rolü yüksektir.

Entübasyon ve mekanik ventilasyonun YBÜ'de edinilmiş enfeksiyonla ilişkisi incelendiğinde; entübasyon çalışmalarının bir kısmında, mekanik ventilasyon ise tümünde YBÜ'de edinilmiş enfeksiyon riskini

arttıran faktörler olarak bildirilmiştir (12). Hasta E.M.'da Entübasyon ve mekanik ventilasyon enfeksiyonu artıran faktörler olarak kabul edilmesine rağmen hastamıza yapılan dikkatli hemşirelik bakımları neticesinde enfeksiyon gelişmesi önlenmiştir.

Dekübit ülserleri hastalık ve ölüm riskini artıran, hastanede yatış süresini uzatan ve tedavi gideri yüksek olan önemli bir sağlık sorunudur. Deri üzerine aşırı ve uzun süreli bası sonucu deri, deri altı ve kemiklere kadar uzanan dokularda oluşan bası, sürünme, tahriş ve ülserasyonlardır. Yatan hastalarda daha sık olmakla beraber oturan veya basıya uğrayan her vücut bölgesinde meydana gelebilir. Hastaneye yatan hastaların %9-13'ünde, yoğun bakımda yatanların %41'inde, kuadroplejik hastaların %60'ında dekübit ülserleri gelişebilir (13).

Çalışmamıza aldığımız hastamızda dikkatli ve kaliteli hemşirelik bakımı sayesinde bası yarısı oluşmamıştır.

SONUÇ

Yoğun bakım ünitelerinde uzun süreli yatışlarda hastaların iyileşme sürecinde bireysel hemşirelik bakımının etkinliğini vurgulamak amacıyla yapılan

çalışmamızda; yapılan bireysel hemşirelik uygulamaları sonucunda, hastamızda yattığı süre boyunca bası yarısı oluşmadığı, 7 yıl boyunca üç kez enfeksiyon geliştiği, alınan tedbirler ve uygulamalar sayesinde başka enfeksiyon gelişmediği, hastada çalışanlara karşı güven duygusu gelişmesinin iyileşme sürecine katkı sağladığı, doğru beslenmesinin sağlanmasına bağlı olarak boy ve kilo gelişiminin yaşatları ile doğru orantılı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bireysel hemşirelik uygulamalarının başarıya ulaşmasında, ünitelerde yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip olan, yeterli sayıda hemşire bulundurulması ve hemşire devrinin önlenmesinin etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Teşekkür

Makalenin yazılması esnasında verilerin paylaşılmasında yoğun bakım çalışanlarına, özetin İngilizceye çevrilmesinde yoğun bakım doktoru Birsen EKŞİOĞLU'na, makalenin incelenmesinde destek veren Yeni Doğan Yoğun Bakım sorumlu hekimi Ali BÜLBÜL'e, sayfa düzenlemesinde yardımlarını esirgemeyen Eylül Can KÖSE'ye teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Terzi B, Nurten K. Yoğun Bakım Hastalarında Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi* 2011; 1: 21-5. [CrossRef]
2. Karabcaoğlu T. Makineye Bağlı Hayatlar. http://www.aksiyon.com.tr/dosyalar/makineye-bagli-hayatlar_520419 (Erişim tarihi: 30.06.2015).
3. Yaya A, Koyuncu A. Entübe Hastalar İle İletişim Deneyimlerimiz: *OLGU. Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48: 175-9.
4. Kahrman B, Bostanoğlu H. İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta İletişiminde Yaşadıkları Güçlüklerin Saptanması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilgisi Dergisi* 2012; 15: 236-43.
5. Yiğit Özbay H, Bombacı E, Çobanoğlu Ercan G, Çolakoğlu S. Yoğun Bakım Ünitesine Tekrar Yatış Yapılan Olguların Geriye Dönük Analizi; Nedenleri, Sonuçları ve Mortaliteyi Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2012; 10: 91-6.
6. Çelik S. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Kabul ve Taburculuk Kriterleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2007; 11: 96-101.
7. Göçmen S, Öcal S, Atabey C, Acar F, Timurkaynak E. Nöroşirürji Yoğun Bakımında 6 Aydan Uzun Hospitalize Edilen Olguların Deskriptif Çalışması. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2012; 2: 92-9.
8. Dedeli Ö, Durmaz Akyol A. Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2008; 12: 26-32.
9. Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve Manevi Bakım. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 8: 37-45.
10. Kapucu S, Özden G. Ventilator İlişkili Pnömoni ve Hemşirelik Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014; 99-110.
11. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Yoğun Bakım Ünitesinin Yoğun Bakım Hastası Üzerindeki Etkileri ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013; 10: 56-60.
12. Kögelier S, Küçük A, Aktuğ Demir N, Özçimen S, Saltuk Demir L, Yoğun Bakımlardaki Hastane Enfeksiyonları: Etiyoloji ve Predispozan Faktörler. *Kafkas J Med Sci* 2012; 2:1-5.
13. Göçmen S, Öcal S, Atabey C, Acar F, Timurkaynak E. Nöroşirürji Yoğun Bakımında 6 Aydan Uzun Hospitalize Edilen Olguların Deskriptif Çalışması. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2012; 22: 92-9.