

Yoğun Bakım Ünitelerinde Sağlık Ekibi Üyeleri, Hasta ve Yakınları ile İletişim

Communication Between Members of Health Care Team,
the Patients and Their Relatives in Intensive Care Units

Leman KUTLU

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(1):35-41

Yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık elemanlarının kendileriyle birlikte, yoğun bakım hastasını ve hasta ailesini iletişim ve ilişkiler açısından değerlendirebilmesi önemlidir. Böylece iyi bir iletişim kurulabilir, sunulan sağlık hizmeti etkin olur, yapılan işten doyum alınır ve hastaların yaşam kalitesinin artması sağlanır.

Anahtar Sözcükler: İletişim; yoğun bakım ünitesi; çalışan-aile ilişkisi.

It is important that health care providers working in intensive care units properly evaluate intensive care patients and their families, as well as themselves, in terms of communication and relationships. This leads to good communication, effective health services, satisfactory work and increased life quality of the patients.

Key Words: Communication; intensive care unit; professional-family relations.

Yoğun bakım üniteleri, gerek araç-gereç donanımı yönünden gerekse burada tedavi gören hastaların nitelikleri yönünden diğer tedavi ünitelerine göre büyük farklılıklar göstermektedir. Bunun yanında burada çalışan sağlık elemanları da diğer tedavi ünitelerine göre daha karmaşık hasta sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadır.

'Yoğun Bakım Ünitesi' kavramının taşıdığı anlam ifadesi ile bakım ve tedavi uygulamalarının, araç-gereç donanımının, hasta, hasta ailesi ve sağlık elemanları arasındaki iletişim gibi birçok faktörün yoğun olarak bulunduğu bir ortam olarak düşünülürse; çalışan sağlık elemanlarının hem hastalarla hem de kendi aralarında kurdukları iletişim ve ilişkilerin daha fazla olduğu bir ortam olduğu görülebilir. Bu

yoğun ortamda etkili iletişim ve ilişkiler, ekip elemanlarının çalışmalarını daha uyumlu ve etkin yaparken hastaların tedavi ve bakım kalitesinin yükselmesini de olumlu yönde etkilemektedir.^[1]

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE SAĞLIK EKİBİ İLE İLETİŞİM

İnsan bilindiği gibi biyolojik, psikolojik ve sosyal yapısı ile bir bütündür. Bir insanın sağlıklı olabilmesi için bu bütünün parçalarını oluşturan fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması gerekir. Bu bütünlük hastane dışında yakınlarının ve hastanın kendi desteği ile sürdürülürken hastane ortamında ekip anlayışıyla yaklaşan sağlık ekibi elemanlarının işbirliği ile sürdürülür.^[2]

Geleneksel sağlık hizmetlerinin sunumunda hemşire, hasta ve hekim ilişkisinde bir aile modeli sergilenmiştir. Ailenin reisi karar verici otoriter rolde baba olarak hekim, uzlaştırıcı, kabulendirici, kararlara uyan, söyleneni yapan fedakar anne rolünde hemşire ve sorun yaratan uğraşılana yaramaz çocuk rolünde hasta olmuştur. Oysa çağdaş ekip anlayışı bu modelin çok dışında profesyonel tutum, anlayış ve davranış gözetir.^[2]

Meslekler toplum ve bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere ortaya çıkar. Sağlık meslekleri de bireyin, ailenin ve toplumun sağlıkla ilgili gereksinimlerini karşılamayı ve sağlığı geliştirmeyi hedefler. Hedef kitlesi sağlıklı ya da hasta bireydir. Tüm sağlık disiplinleri hizmetlerini bu hedef kitleye yöneltmek durumundadır. Sağlık hizmetlerinin etkinliği ekip üyelerinin birbirlerinin rol ve işlevlerini doğru olarak algulamalarına ve elde edilen verilerden ortak yararlanmalarına bağlıdır. Geleneksel yardımcılık kavramı çağdaş ekip anlayışı içinde yer almaz. Sonuçta sağlık hizmetleri birbirleri için değil, her disiplin ortak olarak hasta bireye yardımcı olmak için vardır.^[2]

Ekip çalışması, dinamik bir süreç olup birçok disiplinin ortak çabası ve işbirliği ile ortak bir amaca yönelik olarak birlikte çalışılması demektir. Ekip içindeki her mesleğin otonomisinin olması ön koşuldur. Ekip üyeleri bakım ve sonuçları birlikte değerlendirmelidir.^[2]

Ekip içindeki hasta bireye yönelen etkinliklerin başarısı ekip liderinin yönetim, koordinasyon ve işbirliği kurma yeteneği ile doğru orantılıdır. Düzenlenen periyodik toplantılar ekip içindeki etkileşimi artırır. Böyle bir yaklaşım amaçların etkin bir şekilde gerçekleşmesine yardımcı olur.^[2]

Bilim ve teknolojiye hızlı gelişmelerin yaşandığı bir dünyada görev yapacak ekip elemanları, gelişmelere ve yeniliklere kolaylıkla ayak uydurabilmeli, kendi aralarında her türlü iletişimi kurabilmeli ve entelektüel gelişmelerini sürdürmeli; kısacası çağdaş insan ve meslek üyesinin evrensel niteliklerini kazanmış olmalıdır.^[3]

Bilindiği gibi yoğun bakım üniteleri hasta yaşamının tehdit altında olduğu bir durumda, hızlı ve doğru kararların alınması gereken bir ortamdır. Bundan dolayı, bu ortamda çalışan ekip elemanları hızlı ve doğru karar verme sorumluluğunu üstlenmişlerdir.^[3]

Yoğun bakım ünitelerinde ekip elemanları arasındaki iletişim ve ilişkileri düzenlemeye, ünite içindeki sorunları paylaşmaya, çözmeye ve ortak karar almaya yönelik belirli periyotlarda yapılan toplantılar, ekip elemanlarının uyum sağlamasına ve gelişimine yönelik ortak düzenlenen eğitim programları, birlikte yürütülen proje ve çalışmalarını olumlu yönde etkilemektedir.

Hasta bakımına yönelik ekip elemanlarının birlikte oluşturduğu 'Bakım politikaları ve yöntemleri' ekibin etkin çalışmasında ve iletişim ilişkilerinin uyumlu olmasında önemli rol oynayacak ve karşılaşılabilecek sorunları daha kolay çözebilmelerinde yardımcı olacaktır. Bu bakım politikaları ve yöntemleri, hastanın kabulü ve taburcu edilmesi, hastanın durumundaki değişikliklerin hekimine bildirilmesi, ilaçların, malzemelerin ve özel araçların yerinin belirlenmesi ve depolanması hakkında açıklamalar, ilaç ve malzemelerin daima hazır bulundurulma yöntemleri, acil ilaçların tam ve hazır olmasını sağlayan sistemin korunması sorumluluğu, enfeksiyon kontrolü, temel araçlardan birinin kırılması, bozulması durumunda izlenecek yöntem, uygun emniyet önlemlerinin alınması, üniteye geliş-gidişlerin, ziyaretlerin düzenlenmesi, kurum içinde ve dışında felaket hallerinde ünitenin rolü, hangi şartlarda, ne derece gözetim altında, kimin, hangi özel girişimlerde bulunabileceği gibi özel açıklamaları, daimi reçetenin (standing order) uygulanışı ve belli acil durumlara yaklaşım ile ilgili protokolleri vs. içermelidir.^[4]

Ekip elemanları tarafından ortak düzenlenen sosyal aktiviteler, yoğun çalışma ortamından kaynaklanan sorunlardan uzaklaşmayı sağlarken ekip içindeki iletişimi ve ilişkileri de artırmaktadır.

Yoğun bakım ünitelerinde, sürekli olarak durumu ağır hastalarla çalışılması, iş yükünün fazla olması, iş tanımlarının olmaması, eleman eksikliği, malzeme eksikliği, fiziksel ortamın uygun olmaması gibi nedenler ekip elemanlarının psikolojisini olumsuz yönde etkilemekte, bu olumsuzluklar iletişim ve ilişkilerine de yansımaktadır. Bundan dolayı belirli aralıklarla başka ünitelerde çalışmalarını sağlanmalı ve bir psikiyatristin desteğinde yoğun bakım ünitesinde yaşadıkları olayları, bunlarla ilgili duygularını nasıl başa çıkmaya çalıştıklarını rahatça anlatabileceği ve danışmanlık alabileceği bireysel ya da gruba yönelik görüşmeler düzenlenmelidir.

Sonuç olarak unutulmamalıdır ki, ekip içindeki iletişim ve ilişkilerimiz hem hastaya sunduğumuz sağlık hizmetini hem de onunla olan iletişimimizi olumlu ya da olumsuz bir şekilde etkilemektedir.

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE HASTA VE HASTA YAKINI İLE İLETİŞİM

Diğer tedavi birimlerinde yatan hastalara göre yoğun bakım ünitelerindeki hastalar, farklı özellikleri nedeniyle sağlık elemanlarının onlara sunduğu sağlık hizmeti, iletişim ve ilişkileri yönünden farklılık taşımaktadır. Sağlık elemanlarını sağlık hizmetinin sunumunda, iletişim ve ilişkilerin kurulmasında ve sürdürülmesinde; yatan hastaların çoğunun yatağa bağımlı olması, tamamıyla bakıma ihtiyacı olması ve bilincinin kapalı olması gibi durumlar zorlayıcı olmaktadır. Ancak hastanın durumu ne olursa olsun sağlık hizmetlerinin sunumunda etkili iletişim ve ilişkilerin olumlu yönde rol oynadığı gerçeği unutulmamalıdır.

Kişinin kritik bir durumda hastaneye yatması yakınları için acılı bir deneyimdir. Yoğun bakım ünitelerinde gelişen teknoloji ile birlikte kullanımı gittikçe artan teknolojik araç-gereçler yaşam kurtarıcı olmakla birlikte, hasta ve yakınları için korkutucu olabilmektedir. Yaşamı tehdit altında olan bilinci açık hastaların kritik durumlarını kavramaları, monitörizasyon, ventilatör, infüzyon setleri, idrar sondası gibi nedenlerden dolayı hareket kısıtlılığı, temporal ritmin ve gece-gündüz ayırımının kaybedilmesi, izolasyon, sık tekrarlanan ağrılı manipülasyonlar, alışık olunmayan çevre ve kişiler, yoğun bakım temposu içinde uyku düzeninin bozulması, çeşitli tıbbi araç-gerecin monoton sesleri, yakınlarını ve ailelerini görememe, araçlara veya yoğun bakım ünitesine bağımlılık duygusu, uygulanan tedavi ve işlemler, hastalık, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterince bilgilendirilme gibi faktörler hastalarda ajitasyon, anksiyete, depresyon, disoryantasyon, deliryum gibi çeşitli psikolojik semptomların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.^[5-8]

Cassem ve ark. koroner yoğun bakım ünitesindeki hastaların emosyonel ve davranışsal reaksiyonlarını inceledikleri çalışmalarında, bu hastalarda birinci ve ikinci günlerde anksiyete ve korkunun ön planda olduğunu saptamışlardır. Yaşamı tehdit eden hastalığın beklenmedik

gelişine karşı ortaya çıkan bu tepkiyi ikinci, üçüncü günlerde inkar reaksiyonu izlemektedir. Ciddi bir hastalığı olmadığına inanan hasta bu evrede medikal tedaviyi reddetme gibi davranışlarda bulunabilir. Üçüncü ve dördüncü günlerde ise hastalığın ciddi hasarı inkar edilemeyecek düzeydedir ve hasta artık demoralize ve deprese görünümde olabilir. Eğer bir hastada iki haftadan daha uzun süren depresif bir tablo varsa majör depresyondan şüphe edilmelidir.^[9]

Yoğun bakım ünitelerinde hasta ve yakınları psikososyal yönden desteklenmelidir. Özellikle de bilinci kapalı tepki vermeyen hastalar başta olmak üzere yoğun bakım hastalarında bu olumsuz etkilere karşı baş etme mekanizmaları tamamen ortadan kalkmış olabilir. Tepki vermeyen hastalar, korku ve ağrılı uyaranlardan kaçma yeteneklerini kaybettikleri gibi, içinde buldukları durumu da değerlendiremez ve olayları kontrol edemezler.^[5]

Hasta yakınları, yoğun bakım ünitesi, hastasının durumu, araç-gereçler, yoğun bakım rutinleri, sorun çözme ve karar verme ile ilgili eğitilmeli, başa çıkma yöntemleri, sorun çözme, iç ve dış kaynakları kullanmada güçleri desteklenmeli, gözlem yapmasına olanak sağlanmalı, hastası ziyaret ettirilmeli ve mümkün olduğunca hastasının bakımına katkısı sağlanmalıdır.^[6,7]

Bu ünitelerde yoğun çalışma koşulları ve hastanın bilincinin kapalı olması gibi nedenler sözlü iletişimin kullanılmasını azaltmaktadır. Sözsüz iletişimde ise tedaviye ve bakıma yönelik dokunmadan başka iletişim yöntemleri kullanılmamaktadır. Oysa yapılan araştırmalar uyarılara cevap vermeyen hastaların bile çevresinde konuşulanları işitebildiğini göstermektedir. Bu nedenle hastalara sözlü olarak, yapılacak her işlem bildirilmelidir. Hastanın iletişim ihtiyacı tek yönlü olsa bile karşılanmalıdır. Bilinci kapalı hastalar sağlık elemanlarına geribildirim vermemeleri nedeniyle güç iletişim kurulabilen hastalardır. Hastanın ihtiyaçlarının bilinebilmesi ancak yakınlarının yardımı ile mümkün olur (sevdiği kokuların kullanılması, hoşlandığı müziğin çalınması, kitap okunması vs). Ayrıca bu hastaların mahremiyetlerinin korunması, temiz, düzenli, saçları taranmış saygın görünümünün sağlanması özellikle hemşirenin sorumluluğundadır.^[10,11]

Bilinci kapalı bireylerin ailelerine, hastalarının onları anlayabilme olasılığı olduğu anlatıl-

malı, hasta ile konuşmaları planlanmalıdır. Bunu yapmada işitme olasılığı olan hastanın yararına olduğu kadar hastaları için bir şeyler yapma çabası olan ailenin de yararınadır. Bilinci kapalı hastalar, bazen yaşam bulgularındaki değişimle bazen gözünden akan yaşla, iletilen mesajlara geribildirim verebilirler.^[10,11]

Sağlık hizmetlerinin sunumunda iletişimde kullanılan ve sözsüz iletişimin bir şekli olan dokunma, sağlık elemanlarının hasta ile etkileşiminde bir çok amaca hizmet etmektedir. Dokunma yoluyla hastalara yakınlık, ilgi, güven, cesaret, içtenlik, sıcaklık, empati, saygı, destek, anlayış, kabul etme, yardıma isteklilik gibi mesajlar iletir.^[12]

Yoğun bakım ünitelerinde kullanılan teknolojik araç-gereç bireyin kendini algılamasında değişikliklere neden olabilmekte ve bu teknolojik araçlar sağlık elemanlarının hastaya dokunmalarını azaltabilmektedir. Bu nedenle, sağlık elemanları özellikle de hemşireler yoğun bakım ünitelerinde dokunmayı hasta gereksinimlerine göre bilinçli, planlı ve amaçlı olarak kullanmalıdır.^[12]

Etkili dokunma terapötik olup fiziksel gelişim için temel gereksinimlerden biri olma; diğer duygular aracılığıyla algılanan gerçekleri doğrulama; algılama-kavrama yetenekleri üzerinde pozitif bir etkiye sahip olma; ağrı, yalnızlık, ümitsizlik duygularını azaltma; hasta-hemşire etkileşimini artırma ve ameliyat öncesi dönemde hastaların sakinleştiricilere olan gereksinimi azaltma gibi etkileri vardır. Ayrıca yer, zaman ve kişi tanımlamalarını yapabilmeye ve gerçeğe uyum sağlamayı sürdürmede ve artırmada dokunma önemli bir rol oynamaktadır.^[12]

Dokunmayla ilgili yapılan çalışmalarda, sağlık sorununun özelliği, yaş ve aile ilişkileri ile dokunma arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Korku, anksiyete ve depresyon yaşayan, konuşamayan, oryantasyon bozukluğu olan, bilinç düzeyi değişmiş terminal dönemde olan, yaşlı, fiziksel bozukluğu olan, duyma, görme kaybı yaşayan, ciddi hastalığı olan bireylerin ameliyat öncesi dönemde dokunmaya en çok ihtiyacı olan kişiler olduğu belirlenmiştir.^[12]

Yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelerin dokunmayı kullanmaları yaşı, sağlık sorunu, ve cinsiyete göre değişiklik göstermektedir. Dokunmaya en çok gereksinimi olan yaşlılar, en az

dokunulan bireyler olurken; fiziksel bozukluğu olmayan veya çok az olanların en çok dokunulan bireyler olduğu ve erkeklere çok az dokunulduğu belirlenmiştir.^[12]

Dokunmanın süresi, yeri, sıklığı, yoğunluğu ve duyu özellikleri vardır. *Dokunma süresi*; dokunma eyleminin toplam süresini ifade eder. Dokunma süresi uzadıkça hasta kendi vücut parçalarını ve beden bütünlüğünü daha gerçekçi olarak hissedecek, öz saygı ve öz güveninde artma olacaktır. *Dokunma yeri*; dokunulan vücut parçaları ve alanlarını ifade eder. Dokunma yeri, belirli vücut parçaları ve bu parçaların bütünlüğüne ilişkin mesajlar verir. Örneğin, gövdeye dokunmak, bireye kollarına dokunmaktan daha çok yakınlık ve güven duygusu vermektedir. *Dokunma sıklığı*; yaşanan toplam dokunma miktarıdır. Dokunma sıklığı arttıkça bireyin öz saygısı, dokunan bireyle yakınlığı ve bilişsel, emosyonel, seksüel kimliğini tanıma ve geliştirme özellikleri de artar. *Dokunma yoğunluğu*; dokunma sırasında vücut yüzeyine uygulanan basıncı ifade eder. Yoğunluk deride meydana gelen çöküntü ile belirlenebilir. Güçlü dokunmaların terapötik etkilerinin çok daha yüksek olduğu bildirilmiştir. *Duyu özelliği*; dokunmayla hoş giden veya ağrı veren duyguların yaşanmasıdır.^[12]

Dokunma, bireylerin ilişkileri, rolleri, dokunan ve dokunulan kişi arasındaki etkileşim yoğunluğu göz önüne alınarak beş düzeyde ele alınır:

Birinci düzey-Fonksiyonel profesyonel dokunmalar: Dokunmanın bu düzeyi profesyonel görevlerle ilgili olan bir sınıflamadır. Hemşire-hasta, hemşire-hasta ailesi, hekim-hasta arasındaki dokunma şekli bu sınıflamaya girer.

İkinci düzey-Sosyal nezaket gereği olan dokunmalar: Bu ilişki düzeyi, kültürel özellikler gösteren dokunma davranışlarıdır. İnsanların karşılaştıklarında tokalaşmaları bu ilişki düzeyine örnek bir davranış olarak verilebilir.

Üçüncü düzey-Dostluk, sevgi içtenlik mesajlarının taşındığı dokunmalar: Sosyal ve nezaket gereği olan sosyal ilişkilerden daha az resmi bir özelliği vardır. Kucaklaşma, bu ilişki tarzındaki dokunma şekline örnektir.

Dördüncü düzey-Sevgi samimiyet: Dokunmanın bu düzeyi, derin ilgi ve bağlantı mesajlarını taşır.

Beşinci düzey-Seksüel uyarı: Seksüel içerikli uyarılardır. Sevgi ve bağlılık mesajları taşıyabilir.^[12]

Sağlık elemanlarının hastaya sadece fonksiyonel -profesyonel dokunması etkin bir iletişim şekli olmadığından; kabul etme, ilgi destek mesajları içeren dostluk-içtenlik dokunma düzeyini profesyonel- fonksiyonel ilişki düzeyiyle birlikte kullanması, hasta hemşire ilişkisini daha çok güçlendirecek bir yaklaşım olacaktır. Çünkü ilgi, güven ve destek sağlık elemanları arasındaki iletişim ve ilişkilerin temelini oluşturmaktadır.^[12]

Yoğun bakım ünitelerinde hastaların dokunma yoksunluğu yaşamasını etkileyen faktörler vardır:

- *Duyusal yoksunluk:* Duyu kullanımında bozukluk veya yeterli nitelik ve nicelikteki duyuşal girdilerin anlamlı olarak değerlendirme yeteneklerini değiştirebilir.

- *Beden sınırlarının tehdidi:* Makine ve teknolojik aletlerin kullanımının artmasıyla yoğun bakım ünitelerinde hastaların korku ve şaşkınlığı da artmaktadır. Sağlık elemanlarının zamanının büyük bir bölümü makinelere temas ederek geçirmesi de bu durum üzerinde etkili olmaktadır.

- *Korku anksiyete ve kontrol kaybı:* Yoğun bakım üniteleri, güçlü, cesur, korkusuz, iyimser özellikte olan insanlar için bile zor bir çevredir. Bu yüzden sağlık elemanları hastaların psikolojik özelliklerini dikkate almalı ve olabildiğince hastayı kendi bakımına katarak öz güveninin, öz saygısının artmasına, anksiyete ve korkusunun azalmasına yardımcı olmalıdır.

- *Ailesinden ayrılma:* Bireyin yabancı bir çevrede uyanması, ölüm korkusu, sevdiği insanlardan ayrılması, kendini yalnız hissetmesine yol açan nedenlerdendir.

- *İletişim engelleri:* İletişim kurmanın önemi duymayan, anlamayan, konuşamayan, entübasyon veya fiziksel bir bozukluk nedeniyle iletişim kuramayan hastalarda artmaktadır.

- *Ailenin hastaya dokunma korkusu:* Hasta aileleri sevdikleri insana bağlı olan araç-gereç nedeniyle, zarar verebilecekleri kaygısıyla dokunmaktan çekinebilirler.^[11,12]

Yaşamı tehdit altında olan kişi; alışılmamış tıbbi araç-gereç, monoton ve ürkütücü seslerle

dolu kendine tamamen yabancı bir ortamla karşı karşıya kalmakta aile ve yakınlarıyla direkt teması azalmakta, hastalığının ciddiyetini ve ölüme çok yakın olduğunu hissetmektedir. Bu ortamda tedavi gören hastalarda duyuşal girdiler değişmekte ve çeşitli psikososyal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Hastaların çevreden gelen uyarıları seçme şansları ve bunları kontrol etme yetenekleri bulunmamaktadır. Bu ortamlarda aşırı gürültü, ışık, aşırı hareketlilik gibi çok sayıda istenmeyen uyarılar olabildiği gibi, bazı tıbbi araç gereçten çıkan monoton sesler, hareket-sizlik, sessizlik gibi duyuşal girdilerin az olduğu durumlar da olabilir. Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde hastalar duyuşal yoksunluk ve duyuşal yüklenme olmak üzere iki büyük sorunla karşı karşıyadır.^[10]

Duyusal yoksunluk; geniş anlamıyla duyuşal yoksunluk, yalnız başına kalma, nitelik ve niceliğinde mutlak azalma, uyarıların alınmasının değişikliğe uğradığı ya da engellendiği bir durumdur.^[10]

Yoğun bakım ünitelerinde, hastanın alışık olduğu çevreden ve insanlardan ayrılması, yabancı uyarılara maruz kalması, azalmış ve değişmeyen uyarı biçimi, duyuşal organlarında işlev kaybı, duyuşal yeterli kalitede olamaması, personel ve ziyaretçilerin hastayla iletişim kurmaması, hastane politikaları nedeniyle ziyaretçi azlığı veya yokluğu, hastanın tek kişilik odada kalması, hasta odasının kliniğin merkezi alanına uzak olması gibi faktörler duyuşal yoksunluğa yol açmaktadır.^[10,11]

Duyusal girdilerin nitelik ve niceliğinin azalması sonucu hastalarda şaşkınlık, kararsızlık, düşünce kopukluğu, oryantasyon bozukluğu, uyku bozukluğu, kavrama bozukluğu, yanlış değerlendirme ve hafıza zayıflığı gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlar kalıcı ya da geçici olabilmektedir.^[10]

Duyusal yüklenme; girdilerin nitelik ve niceliğinin artması sonucu ortaya çıkan semptomları tanımlamakta olup çok sayıda ve alışık olunmayan tıbbi araç gereçler, sık tekrarlanan ağrılı uygulamalar, uzun süre yüksek gürültüye maruz kalma gibi nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Duyusal girdilerin artmasıyla ajitasyon, baş ağrısı, olayları yanlış algılama, panik anksiyete, illüzyon, disoryantasyon, halüsinasyon, konfüzyon, çekilme-baskılanma gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır.^[10]

Hemşire, hastanın karşı karşıya kaldığı bütün duyuşsal uyarınları dikkate almalıdır. Uyarının kaynağını, yerini, süresini, sıklığını, hastanın uyarıdan nasıl etkilendiğini, hastanın uyarı karşısında gösterdiği savunma tepkilerini, uyarının nitelik ve niceliğini değerlendirmeli ve bu doğrultuda olabildiğince hastaya tanıdık uyarınları vermek ve uygun çevre oluşturmak için uygun duyuşsal uyarınları içeren hemşirelik girişimlerini planlamalıdır. Bu girişimler:

1- *Duyusal uyarınları planlamada öykü kullanmalıdır:* Hemşire öykü alarak hastanın 24 saatlik aktiviteleri uyku alışkanlığı, hobileri ve diğer alışkanlıkları hakkında bilgi sahibi olur. Böylece hasta için neyin önemli olduğu, neyin tanıdık veya yabancı olduğu konusunda bilgi edinir. Böylece hoşlandığı müzik ya da ziyarete gelemeyen yakının sesini kasetten dinletebilir.

2- *Hastanın gerçeği değerlendirme yetisini test etmelidir:* Burada sadece mental durum değerlendirmesi yapmak değil hastanın dış dünyasından anlamlı bilgiler vermeye ve tanıdık uyarınlara sürekliliğini sağlamaya da dikkat etmelidir.

3- *Tepki vermeyen hastaları dikkate almalı ve bunlara uygun duyuşsal girdi sağlamalıdır:* Bütün hastalar duyuşsal yoksunluk ve duyuşsal yüklenmeye karşı hassas olmalarına rağmen, bu durumdan en çok bilinçsiz hastalar, tepki vermeyen hastalar, duyuşsal yetersizliği olan hastalar, anestezi uygulanan hastalar, bebek ve yaşlı bireyler etkilenmektedir.

Tepki vermeyen hastalar, çevresel etkiler nedeniyle en çok psikolojik travma yaşıyanlardır. Ayrıca psikososyal gereksinimlerine en çok dikkat edilmesi gereken gruptur. Bu hastaların psikososyal gereksinimlerinin göz ardı edilme nedenleri, bakımı verenlerin prognozu umutsuzca değerlendirmesi ve tepki vermeyen hastaların bilinçsiz hasta olarak yorumlanmasıdır. Ancak böyle bir değerlendirmenin gerçek olup olmadığı henüz kanıtlanmadığı için en iyi yaklaşım 'Bilinçsiz hasta yoktur' varsayımdır. Bu yaklaşım tepkisiz hastalar için tedavi edici duyuşsal girdi sağlamanın yollarından biridir. Tepki vermeyen hastalar için uygulanacak girişimler, anlamlı duyuşsal uyarınları içeren bir çevrenin bilinçli bir şekilde oluşturulması ve hastanın total fiziksel bakımını içerir. Bunun için:

- Hastayı tanıyan kişilerden gerekli bilgi alınmalıdır. Bu bilgiler doğrultusunda hastaya anlamlı uyarınları verilmeli, tanıdık dünyasıyla bağlantı kurması sağlanmalıdır.

- Hastanın bakım ve tedavisinden sorumlu kişilerin aynı olması sağlanmalıdır.

- Ailesi ve arkadaşlarının hastayı ziyaret etmeleri ve iletişim kurmaları desteklenmelidir.

- Yakınları tepkisiz hastaya yaklaşım konusunda bilgilendirmeli, hastayla konuşma ve dokunmaları için cesaretlendirilmelidir.

- Hastaya rutinler, bakım ve tedavi hakkında bilgi verilmelidir:

1- *Hastalara güvenilir bilgi verilmelidir:* Güvenilir bilgi vermek özellikle bilinç ve hafıza değişikliği olan hastalarda anksiyeteyi azaltır ve oryantasyon bozukluğunu önler. Hastaya günlük olarak ay, yıl, tarih, saati söylemek, nerede olduğunu, yapılan tedavi ve uygulamaları açıklamak anksiyetenin önemli ölçüde azalmasını ve hastanın oryantasyonunu sağlayacaktır.

2- *Gürültü düzeyi kontrol edilmelidir:* Ses alarmlı monitörler yerine, ışık alarmlı monitörler kullanılmalı, yüksek sesle konuşmalar önlenmeli, tıbbi araç gereçleri çekerken veya iterken dikkat edilmelidir, gürültünün hasta üzerindeki etkisi ekip elemanlarıyla aileyle ve ziyaretçilerle paylaşılmalıdır.

3- *Hastanın uyku süresini uzatacak ve rahat uyumasını sağlayacak yaklaşımlarda bulunmalıdır:* Bakım verme saatleri ilaç saatleri, ziyaret saatleri düzenlenmelidir. Uykunun önemi, uyku yoksunluğuna yol açan faktörler ve uyku yoksunluğu sonucu gelişebilecek semptomlar hakkında ailesi bilgilendirilmelidir.

4- *Hastanın duyuşsal yetersizliğinin olup olmadığı değerlendirilmelidir:* Hastanın görsel ve işitsel yetersizliğinin olup olmadığı değerlendirilmelidir. İşitme sorunu olan hastalarla yüksek sesle konuşulmalı, bu konuda ekip uyarılmalı, ve işitme cihazı kullanması sağlanmalıdır. Serebrovasküler hastalık nedeniyle motor yanıtları azalmış veya bloke olmuş hastaların görüş alanına girilerek dudak okuyabilmeleri sağlanmalıdır.

5- *Hasta akut beyin sendromu yönünden değerlendirilmelidir:* Yoğun bakım ünitelerindeki çevresel stresler ve psikososyal etkiler akut beyin sendromu olarak nitelendirilen mental bozuk-

luğun gelişmesini hızlandırabilir. Bunun yanında hastanın yaşadığı travma veya ani bir hastalık, yabancı çevrede bulunma, duyuşal girdilerde azalma, sınırlanma ve kullanılan ilaçlar da akut beyin sendromuna neden olan faktörlerdir. Hastalarda, bilinç düzeyinde değişim, görsel halüsinasyonlar, oryantasyon bozukluğu, kişilerin yanlış tanınması, huzursuzluk, hafıza bozukluğu gibi semptomlar ortaya çıkar.

Bu durumda hemşire;

1- *Hastanın gerçeğe oryantasyonunu sağlamalıdır:* Gerçeğe oryantasyon, daha önceden belirlenen zamanlarda güvenilir bilgilerin tekrarlı ve açık bir şekilde söylenmesini gerektirir.

2- *Terapötik dokunmayı kullanmalıdır:* Tepki vermeyen hastalar, duyu bozukluğu veya eksikliği olan hastalar, yaşlı ve çocuklar dokunmaya en çok gereksinimi olanlardır. Dokunmayla birlikte sözel iletişim olması hastanın uyanıklık düzeyinin sürdürülmesinde son derece önemlidir.

3- *Hastanın kişisel alanına saygı duymalıdır:* Hastane kişisel alanı oldukça sınırlayan bir ortamdır ve hastaların kişisel alanları en çok hemşireler tarafından dikkate alınmalıdır. Hemşire etkili bir değerlendirme ile hastanın kişisel alanını genişletebilir: Hasta odasına girmeden önce kapıyı çalmalıdır, hasta üzerinde her hangi bir işlem yapmadan önce izin almalıdır, hastanın mahremiyetini korumalıdır, hastanın çevresinde gereksiz araç-gereç bulundurmamalıdır, hastanın özel eşyalarını koyabileceği yer sağlamalıdır.

Hastaların bireysel alanına sahip olmamaları ve kontrol edememeleri, kendilerinde psikososyal sorunların ortaya çıkmasına ve öz saygılarının azalmasına neden olur.^[8,11-13]

Sonuç olarak sağlık elemanlarının yoğun bakım hastasını ve yakınlarını doğru değerlendirebilmesi ve onlarla duruma uygun ileti-

şim kurabilmesi, sunduğu sağlık hizmetinin etkin olmasını, yaptığı işten doyum almasını ve hastanın yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Llenore E, Ogle KR. Nurse-patient communication in the intensive care unit: a review of the literature. *Aust Crit Care* 1999;12:142-5.
2. Kutlu L. Deri bütünlüğü bozulan hastaya psikolojik desteğin sağlanması. Yara bakım ve tedavi kursu. 23-24 Mayıs 2000, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi; 2000.
3. Kaya H. Eleştirel düşünme gücü ve yoğun bakım hemşireliği. *Yoğun Bakım Dergisi* 1998;2:94-7.
4. Oktay S. Yoğun bakım ünitelerinin standartları, organizasyonu ve yönetimi. *Yoğun Bakım Dergisi* 1997;1:9-13.
5. Mollaoğlu M. Kritik bakım ünitelerinin duyuşal girdilere etkileri ve hemşirelik girişimleri. *Yoğun Bakım Dergisi* 1997;1:86-90.
6. Shekleton ME, Litwark K, editors. *Critical care nursing of the surgical patient*, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1991.
7. Krozek CF. Helping stressed families on an I.C.U. *Nursing* 1991;21:52-5.
8. Stanton DJ. The psychological impact of intensive therapy: the role of nurses. *Intensive Care Nurs* 1991;7:230-5.
9. Özkan S. Yoğun bakım hastalarına psikolojik yaklaşım. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi. 5. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatri Kongresi. 21-23 Ekim 1998 İstanbul, Türkiye: İstanbul; 1998. Mezuniyet Sonrası Genel Hastane Psikiyatrisi Eğitim Kursu 24-26 Kasım 1999, İstanbul, Türkiye: İstanbul; 1999.
10. Terakye G. Bilinci kapalı bireyle iletişim. In: Terakye G, editor. *Hemşirelikte iletişim ve hasta hemşire ilişkileri*. 2. Baskı. Ankara: Aydoğdu Ofset; 1994. s. 104-5.
11. Ahrens T, Yancey V, Kollef M. Improving family communications at the end of life: implications for length of stay in the intensive care unit and resource use. *Am J Crit Care* 2003;12:317-23.
12. Mollaoğlu M. Yoğun bakım ünitelerinde dokunmanın önemi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 2001; 5:34-40.
13. Bogoch II, Sockalingam S, Bollegala N, Baker A, Bhalerao S. Family types in the neurotrauma intensive care unit. *Am J Crit Care* 2005;14:283-4.