

Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar

Psychosocial Problems in Critical Care Patients

Özden DEDELİ, Asiye DURMAZ AKYOL

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008;12(1-2):26-32

Kronik hastalıklar, hem bireyler ve hem de aileleri için sonuçların olumsuz etkilenmesine neden olan olaylardır. Kronik bir hastalığın ağrı ve kanama gibi dayanılmaz derecede acı veren, yaşamı tehdit eden fiziksel semptomlarının yanı sıra anksiyete, suçluluk, öfke, uyku yoksunluğu ve spiritüel distress gibi psikolojik yanıtlar da eklenmektedir. Bu psikolojik yanıtlar, fiziksel semptomları daha da kötüleştirebilir. Yoğun bakım hemşiresinin, birey ve ailesine kronik bir hastalığın sonuçları ile baş etmede rehber olabilmesi için, ciddi bir hastalığın psikolojik ve fiziksel stresörlerle ilişkisini yorumlayabilme becerisine sahip olması gereklidir. Ayrıca, yoğun bakım hemşiresi, ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik yanıtlara yönelik hemşirelik yönetimi ile olumlu fiziksel iyileşmeye de katkısı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Yoğun bakım hastası; psikososyal sorunlar; uyku; hemşirelik yönetimi.

Critical illness is a dramatical event for the individuals and the family. Life-threatening physical symptoms of critical illness, such as excruciating pain and hemorrhage, are coupled with dramatic and overwhelming psychological responses, such as fear, anxiety, guilt, anger, sleep deprivation and spiritual distress. Psychological responses can exacerbate the physical symptoms. The interrelationships between psychological and physiological stressors and responses in the midst of critical illness should be well understood by the critical care nurse in order to help both patients and families cope with the situation. Furthermore, effective nursing management of physiological and psychological responses can contribute to physiological healing as well.

Key Words: Critical care patient; psychosocial problems; sleep; intensive care unit syndrome; nursing management.

Yoğun bakım üniteleri, en ciddi tıbbi ve cerrahi hastalığı olan hastalara mümkün olan en ileri teknoloji ile bakım sağlayan birimlerdir. Belki de bunun bir sonucu olarak, bu birimler hastaların hem fiziksel hem de psikososyal açıdan bir çok stresörle karşılaştığı ortamlar olarak kabul edilmektedir (Tablo I).^[1] Bu stresörlere hastanın yanıtı tıbbi tanı, prognoz, kültür, sosyal destek, aile ilişkileri, yaş, cinsiyet, gelişim düzeyi, mental durum, baş etme mekanizmaları gibi bireysel farklılıklara bağlıdır.^[1,2] Bireyin kendisini ve diğer kişilerle olan ilişkilerini algılaması, spiritüel değerleri, sosyal rollerinde kişisel yeterliliği stres ve hastalığa yanıtının etkilemesinde büyük bir rol oynar. Fiziksel

hastalıklar, travma, cerrahi girişimlerin stres etkisi benlik kavramında rahatsızlıklara neden olabilir (Tablo II).^[1,2]

Öfke

Bireyin önceden geçirdiği yoğun bakım deneyimleri, uyku yoksunluğu, uyaran fazlalığı veya uyaran yoksunluğu, kontrol kaybı, güçsüzlük gibi pek çok durum hastalar ve aile bireylerinin öfke duyguları ve davranışlarının dışı vurulmasına katkıda bulunur. Öfke, bireyin algıladığı potansiyel hasar ve tehdiye karşı emosyonel bir savunmadır. Varolan ve potansiyel kayıplar öfkenin dışı vurulmasına yol açabilir. Hastanın varolan durumundaki kayıpları,

(Dedeli, Öğretim Gör.) Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa; (Akyol, Doç. Dr.) Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

İletişim adresi: Özden Dedeli, Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, İstasyon Mevkii, 45020 Manisa.
Tel: 0232 - 390 34 76 / 132 Faks: 0232 - 323 57 84 e-posta: ozdendedeli@yahoo.co.uk

hastalıklar yüzünden şekil bozukluğu ya da yetersizlik, vücut fonksiyonu ya da ekstremite-tenin kaybı, bireyin önceki yaşamındaki kayıpları algılamada farklılaşmalarda etkili olabilir. Yoğun bakımdaki hastalar anksiyete ve hüsrana öfke ile yanıt verirler.^[1]

İçselleşmiş öfke, kan basıncında artma, gastrik sekresyonlarda artma gibi fizyolojik sonuçlara da katkıda bulunabilir. Hasta öfkesini dışa vuramıyorsa, deprese olabilir. Bu durumda hemşire, depresyonu gösteren davranışları gözlemlemelidir. Depresyonun gözlenebilen bazı semptomları bireyin ilgisinin azalması, memnuniyetsizlik, karar vermede güçlük, (tıpkı kendini iyi hissetmede başarısız olmuş kişiler gibi) paniklemiş ya da suisid fikirlerine sahip olabilir. Öfke, gözlenebilen ve gözlenemeyen duygusal ve davranışsal yanıtlar olarak ortaya çıkabilir (Tablo III).^[1]

Hemşire ilk olarak öfkenin kaynağını tanımlamada hastaya yardım etmelidir. Hemşire hastanın öfkesine izin vermeli, öfkeyi açığa vurmak için uygun yollar tanımlamada hastaya yardım etmelidir. Hemşire, öfkenin normal bir yanıt olduğuna ve sağlıklı bir baş etme ile kontrol edilebileceği konusunda aileyi bilgilendirmelidir.^[1]

Anksiyete

Anksiyete, kişinin değer sistemi ya da güvenlik örüntüsüne spesifik veya belirli olmayan bir tehdide karşı otonom sinir sistemi aktive olması sonucunda yaşanan belirsiz bir huzursuzluk ve endişe duygusudur. Anksiyete, bütün mental hastalıklarda en belirgin durumdur. Anksiyete semptomları, tanımlanmış erken biyolojik stres yanıtlarına paraleldir. Anksiyetenin yüksek olması, bireyin algılamalarının yanında, sorun çözme ve baş etme becerilerini de kaybetmesine neden olabilir. Akut veya kronik bir hastalık, var olan ya da olası bir kayıpla karşılaşma, hastaneye yatma, stresörler ve bireyin psikososyal durumu strese yanıtı belirleyici faktörlerdir. Ağrı toleransı ve ağrının algılanması ile anksiyete düzeyi arasında dönüşümlü bir ilişki vardır. Kişi hastalık ve şiddetli ağrı deneyimlediğinde anksiyete duygusunu kontrol etmek için var olan bütün enerjisini zorlar ve ruhsal durumuna yoğunlaşır. Birey, çabuk uyarılma, irritabilite, öfke ve şiddet sergileme, tetikte olma, bakım verenlerden sakınma ya da bağım-

lı olma davranışlarında bulunabilir. Hastanın var olan düşünceleri ve hastanın anksiyete nedenlerini tanımlamada hemşire çok önemli bir rol üstlenir. Anksiyetenin yönetiminde, hastanın anksiyetesine biyokimyasal ya da genetik faktörlerin neden olup olmadığı, kriz veya acil bir durumda uygulanan tedavinin etkiliği, tedavi ve bakımı sekonder olarak etkileyebilen riskler gibi hastanın anksiyete düzeyini etkileyen bütün faktörler ele alınmalıdır.^[2-4]

Güçsüzlük

Yaşam şeklini, amaçlarını, bakış açısını etkileyen/değiştiren belirli durumlar ve olaylar üzerine kişisel kontrolünün olmadığını algılayan bir bireydeki durumdur.^[3] Yoğun bakım ünitesindeki hastalar, sıklıkla güçsüzlük hissederler. Yoğun bakım ünitesindeki çevre, bu güçsüzlük hissine katkıda bulunur. Kritik hastalığı olan bir hasta, hastalık süreci üzerinde kontrol kaybı hissedebilir. Hastalığın neden olduğu, bireyin günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve çevresi üzerine kontrol kaybını, yoğun bakım ünitesine yatışı daha da artırır. Hasta olduğu için, birey normal vücut fonksiyonları üzerinde kontrol

TABLO I

Yoğun bakım ünitelerindeki stresörler^[1]

Fiziksel

- Oral/nazal tüpler
- Ağrı/rahatsızlık
- Açlık/susuzluk
- Ventilatör kullanılması
- Uyku yoksunluğu
- İğne stikler
- Dispne/nefesinin ani kesilmesi
- Sakın

Fizyolojik

- Hareketsizlik, kısıtlılık
- Sık muayene/dokunulma
- İletişim güçlüğü
- Kontrol kaybı
- Eş/aileyi özleme
- Konfüzyon
- Can sıkıntısı

Çevresel

- Konforsuz yataklar
- Odanın çok sıcak/çok soğuk olması
- Devamlı ışık ve gürültü
- Mahremiyet eksikliği
- Hoş olmayan kokular, sesler, gürültüler

TABLO II

Yoğun bakım hastalarının stresörlere yanıtları^[1,2]

Fiziksel
Vital bulgularda değişimler (HT, takipne, taşikardi)
Disritmi
Dispne
Terleme
Anoreksi
Bulantı
Boşaltım biçimlerinde değişimler
Ağrı ↑
Huzursuzluk ve uykusuzluk
Sirkadiyen ritimde değişme
Fizyolojik
Öfke
Anksiyete
Korku
Güçsüzlük
Ümitsizlik
Spiritüel distress
Yoğun bakım sendromu (YBS)
Çevresel
Artmış uyarılma
Uyarılmada azalma
YBÜS

HT: Hipertansiyon; YBÜS: Yoğun bakım ünitesi sendromu.

kayıbı yaşayabilir. Hasta için, solunum fonksiyonu ventilatör, boşaltım fonksiyonu foley kateter anlamına gelebilir. Banyo ve yemek yeme gibi temel aktiviteler hekim, hemşire veya yardımcı sağlık personelinin kontrolindedir. Sıklıkla hastalar, yiyebilmek için yetersizdir ve enteral ve ya parenteral beslenme yolu ile nutrisyonel destek alırlar. Beslenme desteği ile beraber hasta banyo, dönebilme ve diğer normal yaşamsal aktivitelerini yerine getirmek için hemşireye veya yardımcı sağlık personeline bağımlıdır. Tedavinin yapılma zamanı ve aile ziyaretleri gibi diğer alanlarda da hasta kontrol kaybı yaşar. Hastanın potansiyel prognozu ve durumuyla ilgili bilgi eksikliği vardır. Hasta, durumu ve prognozu hakkında yeterli bilgisi olmadığından öleceğini ya da takılan tedavi araçlarının vücudunda kalacağını düşünebilir. Hastalar güçsüzlük hissettiğinde öfke, kızgınlık, karar verme eksikliği, kadercilik, boyun eğme, geri çekilme, apati gibi belirli davranışlar gösterebilir. Her bir hasta bu davranışların farklı birleşimlerini gösterebilir. Hastalar sıklıkla korkmuş, anksiyeteli, engellenmiştir. Önceleri

TABLO III

Öfkede kolayca gözlenemeyen duygular ve davranışsal yanıtlar^[1]

Kolayca gözlenemeyen ama önemli olan öfke duyguları
Utanma
Yorgunluk
Korku
Suçluluk
Küçük düşme
İncinme
Güvensizlik
Kontrol yoksunluğu
Kayıp
İnkar
İncinme olasılığı
Öfkenin davranışsal yanıtları
Yumruk ya da dişlerini sıkma
Vurgulu ya da kesik kesik konuşma
Yüz kızarması
Kaş çatma
Açığa vurulan hostilitate
Hızlı ya da düzensiz solunum
Bağırma
Sessizlik
Parmaklarını bükme, çekme, vurma

kendi yapabildiği aktiviteleri ve kararları, şimdi başkaları tarafından yapılmaktadır. Bu engellemeler depresyon, öfke, hostilitate, geri çekilmeye yol açabilir. Hemşire, hastaya bazı kontrolleri yeniden kazandırarak hastanın kontrol kaybını azaltmaya yardımcı olabilir. Hasta için zararlı değilse, hemşire verilen tedaviyi hastanın seçmesine izin verebilir. (Örneğin, hasta fizik tedavisinin sabah ya da öğleden sonra olmasına karar verebilir. Geçmiş olsun kartları ve resimler gibi hastanın kişisel eşyalarının yerine hastanın karar vermesine izin verilebilir). Yoğun bakım hemşiresinin en önemli sorumluluklarından biri, prognoz, tedavi seçenekleri hakkında bilgi sağlayarak hastanın karar vermeye katılımını teşvik etmektir.^[1,2]

Ümitsizlik

Sorunları çözmek ya da istenen amaca ulaşmak için hiçbir alternatifin ya da kişisel tercihin/seçeneğin olmadığını düşünen, kendi adına amaçlar oluşturmak için enerjisini kendine harekete geçiremeyen bir bireyde var olan subjektif emosyonel bir durumdur. Her

kronik ve/veya terminal hastalık ümitsizliğe neden olabilir/ümidi etkileyebilir. Fizyolojik durumun giderek daha çok bozulması, yeni ve beklenmedik belirti ve bulguların ortaya çıkması, uzun süreli ağrı, fonksiyonel yeteneklerde bozulma, tedaviler, uzun süren ve olumlu sonuç vermeyen tedaviler, beden imgesini bozan durumlar, yaşam destek araçlarına uzun süre bağımlı kalma, aile bireylerinden ayrılma, uzun süren psikolojik ve fizyolojik streslere maruz kalma ümitsizliğe neden olan ilişkili faktörlerdir. Hemşire bireyin inanç destek sistemlerini (kişiler, dinsel aktivite, dua etme) değerlendirip tanımalı, ümitli anlardan ümitsiz yönleri ayırarak, ümitsiz yönleri nasıl ele alacağını öğretmeli, kişinin içsel kaynaklarını tanımlayıp harekete geçirerek, spiritüel ifadeyi teşvik eden bir ortam yaratmalıdır.^[1-3]

Spiritüel distres

Yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminde bir rahatsızlık yaşayan bireydeki durumdur. Bir beden parçası ya da fonksiyonun kaybı, terminal hastalık, gittikçe kötüleşen, güçsüz bırakan hastalık, ağrı, travma, yaralanma, ilaç tedavileri, yoğun bakım kısıtlamaları, mahremiyetin/özel yaşamın olmamasına bağlı spiritüel distress gelişebilir. Birey yaşamın, ölümün, acı çekmenin anlamını sorgular, inanç sisteminin güvenilirliği sorgular, inançları hakkında ambivalan duyguları vardır, Tanrı'ya öfke duyar, yaşamak için bir nedeni olmadığını fark eder, manevi bir boşluk duygusu hisseder. Hemşire, hastaya çeşitli spiritüel inanç ve uygulamaları kabul ettiğini iletmeli, önyargısız bir tutumda olduğunu göstermeli, sağlığı için sakıncası olmayan spiritüel ritüellerini yerine getirmesi için cesaretlendirmeli (spiritüel sınırlamalara uygun bir diyet, spiritüel lider ziyareti, spiritüel okuma), birey kendi şüphelerini, suçluluk duygularını ya da diğer olumsuz duygularını ifade ettiği zaman hemşire, ulaşılabilir ve istekli olmalıdır.^[2,3]

Uyaran yokluğu/fazlalığı

Yoğun bakım ünitesindeki hastalar, uyaran yoksunluğu ile de karşılaşır. Uyaran yoksunluğu, anlamlı uyaran alımının miktarında bir azalmadır. Bir çok birimde yer-zaman oryantasyonunu sürdürmeye yardımcı olan pencere, saat ve takvim az veya yetersiz sayıda bulunur. Sürekli gürültü, ışık, teknik terimler, hastaya

tanındık olan bütün kişilerin yokluğu, uyaran yoksunluğuna katkıda bulunur. Hastalar onlara aşına çevreler, kokular, tatlar, sesler, alışkın olduğu dokunmalardan yoksun bırakılır. Hastanın çevresindeki her şey farklı ve yabancıdır, hasta da alışık olduğu çevreyi, evini ve ailesini özler.

Sürekli gürültü ve ışık uyaran yoksunluğuna katkıda bulunmasına rağmen uyaran fazlalığına da katkıda bulunur. Yalnızca anlamlı uyaran eksikliği değil, hasta için uyaran fazlalığı da vardır. Uyaran fazlalığı, hastanın normalden daha yüksek düzeyde iki ya da daha fazla uyarı ile karşılaşmasıdır. Uyaran fazlalığı, bir zamanda hastanın birden çok karşılaştığı ve böylece konfüzyona neden olan uyarıları da içerir. Benzer olmayan devamlı konuşma sesleri de bu konfüzyona eklenir. Hastaneye yatırılan yaşlı bireylerin %50'sinde konfüzyon geliştiği tahmin edilmektedir. Bununla beraber başlangıcı yavaş ve uzun süren demansta geri dönüşüm olmayabilir. Hastaneye yatan bütün tıbbi ve cerrahi hastaların yaklaşık %10 ila %15'i deliryum semptomları deneyimler. Biyolojik sorunlar ve çevredeki stresörler sonucunda konfüzyon düzeyinde artış olabilir.^[1-4]

Uyku yoksunluğu

Uyku; bilinç düzeyinin geriye dönüşlü değişiklikler gösterdiği, fiziksel aktivitelerin en alt düzeyde ve uyarıların algı eşiğinin yüksek olduğu ve periyodik süreç gösteren bir dönemdir. Uykuya geçme ve uykunun sürmesi aktif bir süreçtir ve karmaşık nörofizyolojik, biyokimyasal düzenekleri içerir. Genellikle kısa bir uyanıklık döneminden sonra uykuya geçilmektedir.^[5-8] Bireysel olarak değişiklik göstermekle birlikte erişkin birey için uyku gereksinimi ortalama 7-8 saattir. Uyku için en düşük sınır beş saattir.^[5-8] Uykunun süresinin yanı sıra nitelik ve niceliği de çok önemlidir. Uykunun niteliği uyku evrelerinin tam olarak yaşanması, niceliği ise toplam bireysel uyku zamanını etkileyen (yaş, cinsiyet, hastalıklar, çevre, fiziksel faaliyetler, emosyonel durum, ilaçlar, alkol ve uyarıcılar ve beslenme gibi) etmenleri içermektedir.^[6-9] Uyku sadece yorgunluğa bir yanıt değildir. Uykunun zamanı ve derinliği, birbirini etkileyerek belirleyen kompleks bir gruptur.^[10]

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilen hastaların en iyi bilinen sorunu, bireysel uyku gereksinimlerinin karşılanmasında başarısız

olunmasıdır. Uyku yoksunluğu, yoğun bakım ünitesindeki çoğu hastada uzamış morbidite, daha güç rehabilitasyon ve konfüzyonun ana nedeni olan başlıca sorundur. Bir çok çalışma, yoğun bakım ünitesindeki hastalar bütün bir uyku döngüsünde nadiren uyduğunu ve çoğunlukla uykunun birinci devresinde sık sık uyandığını göstermektedir. Böylece, yoğun bakım ünitesindeki hastaların hem uyku derinliği ve hem de REM uykusunda ciddi eksikliklere sahip olduğunu göstermiştir. Bu durumun da gün boyunca, toplam uyku süresinin %40'ında meydana geldiği bildirilmiştir.^[1,2]

Yoğun bakım ünitesinde tedavi edilen hastalar gece-gündüz sürekli bakım, vital fonksiyonların takip edilmesi gereken ve ciddi bir hastalığı olan kişilerdir ve monitörle saatte bir kontrol edilmesinin ve terapötik prosedürlerin hastaları rahatsız ettiği gösterilmiştir. Bir çok çalışma, yoğun bakımların bir çoğunda, önerilen normların çok üzerindeki düzeylerde gürültü olduğunu göstermiştir. Yoğun bakım ünitesinde yüksek seviyede gürültünün en bilinen kaynağı aletler ve personellerden birinin diğeri ile iletişimidir.^[1,2,9]

Uyuyan bir bireyin uyanması için gerekli gürültü düzeyi bireyin yaşı, uyku düzeyi ve uyuyan kişinin çevresine alışık olup olmadığına bağlıdır. Yüksek gürültü düzeyi bireyi uyandırmaya bile uyku kalitesini etkiler. Gece, uyku laboratuvarında yoğun bakım ünitesindeki gibi gürültü düzeyine maruz bırakılan normal bireylerin REM uyku periyodunun her ikisinin de daha kısa ve daha az olduğu gösterilmiştir. Bununla beraber, hastaların zamanla uyanıklığını arttıran duyma eşiği arttığından hastalar gürültüye alışmaktadır. Işık, gündüz ritmi için temeldir ve kuvvetli ışık uykunu dağılmasında direk etkiye sahiptir. Melatonin, biyolojik saat ve uyku-uyanıklık döngüsünün düzenlenmesinde önemli bir rol oynar. Yoğun bakım ünitesinde, hem gece bakım rutinleri ve ışıklar hem de yüksek seviyede gürültü varlığı hastaların, uyku-uyanıklık döngüsünü bozmuş olabilir. Yoğun bakım ünitesinde dört günden daha uzun süredir yatmakta olan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunda gece melatonin düzeylerinde normal olarak artış meydana gelmediğini ve dinlenme sırasında melatonin düzeylerinin anormal olduğunu bildirmiştir.

Yoğun bakım hastalarının, hastalıklarının şiddeti ve yoğun bakım ünitesi ortamı hakkındaki korku ve anksiyete deneyimleri hastalıklarının ciddiyetini ve uyku yoksunluğunu pekiştirmektedir. Yoğun bakım ünitesindeki bazı hastalar tekrar uyanamamaktan korktukları için uykuya dalmaktan da korktukları bildirilmiştir. kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve myokard infarktüsü gibi ciddi hastalık durumlarının, normal uyku döngüsünü bozan başlıca durumlar olduğu görülmüştür. Büyük cerrahi girişim bazen ciddi uyku bozukluğunu ortaya çıkaran bir neden olabilir. Cerrahi girişimler, uyku bozukluğunun derecesi üzerine önemli etkiye sahip olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Yoğun bakım ünitesinde, uyku bozukluğunun en yaygın nedenlerinden biri de ağrıdır ve yoğun bakım hastalarının %21'i, uykularını ağrının bozduğunu belirtmişlerdir.^[11-15]

Hemşire, yoğun bakım ünitesindeki hastaların uyku ve değişik tıbbi tedaviler arasındaki ilişkisini anlamalıdır. Yoğun bakım hastasının uykusu, yaş, patofizyolojik durumlar, ilaçların emilim ve absorpsiyonu, hastanın hastalığıyla baş etme durumu, sağlığını sürdürebilme yeteneklerinden büyük ölçüde etkilenebilir.^[1,2]

Uyku sorunları, kronik ağrı, kanser, kardiyopulmoner ya da böbrek hastalıkları, ameliyat sonrası iyileşme, major depresyon, Alzheimer ve Parkinson gibi bir çok hastalık ve yoğun bakım ünitesine yatma nedeniyle bildiği çevreden ayrılma, bilmediği işlemlere maruz kalma, kontrol ve mahremiyetinin kaybı, gürültü, uyku saatlerine rastlayabilen bakım ve tedavi işlemleri, sirkadiyen ritimde bozulma, biyolojik süreçlerde değişim, yaşlılık, stres, aktivite azlığı, ilaçların yan etkileri gibi durumlar nedeniyle meydana gelebilmektedir. Yoğun bakım hastası, bir yandan ciddi bir hastalığın kendinde oluşturduğu fiziksel etkilerle baş etmeye çalışırken bir yandan uyku yoksunluğunun getirebileceği fizyolojik ve mental yetersizliklere maruz kalacaktır.^[9-12]

Yoğun bakım hastalarında, uykunun nitelik ve niceliğini olumlu yönde etkileyecek hemşirelik uygulamaları şu şekilde planlanabilir.^[1-12]

- Sakin ve dinlendirici bir çevre hazırlanır.
- Işık ve gürültü engellenerek loş ve sakin bir ortam yaratılır.

- Telefonun sesi kısılır.
- Telefon görüşmeleri için sınır koyulur.
- Ses çıkarmayan kauçuk altlı ayakkabı giyilir.
- Ekibin diğer üyeleri ile tedavi planı yapılarak, hastanın, uykunun dördüncü devresi ve REM uykusunu uyuması sağlanır (bölünmeden en az 1.5 saat uyuması).
- Hastanın uyku saatinde sadece zorunlu hemşirelik işlemleri yapılır.
- Görevlilerin alçak sesle konuşmaları sağlanır.
- Hastanın vücut temizliği sağlanır.
- Yatağın düzgün, temiz ve kuru olması sağlanır.
- Adalelerin gevşemesi için gevşemesi ve rahatlığı sağlayıcı pozisyon verilir.
- Tedavi edici masaj uygulanır.
- Ağrısı olan hastalarda ağrının giderilmesi için analjezik, sıcak ve soğuk uygulamalar yapılır.
- Gece lambası kullanılabilir.
- Çağırma zilini ulaşılabilir şekilde yerleştirilir.
- Hastaya nasıl yardımcı olunacağı konusunda rahatlatıcı bilgi verilir.
- Hastanın tüp, sonda, dren vb. bağlantıları olduğunda hareket konusunda rahatlatıcı açıklama yapmak ve hastanın dönmesine izin verecek uzunluklarda olması sağlanır.

Yoğun bakım sendromu

Yoğun bakım sendromu (YBS) yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilen hastalarda meydana gelen ve entelektüel fonksiyonlarda bozulmayı içeren akut beyin sendromu olarak tanımlanmıştır. Yoğun bakım sendromunun gelişiminde önemli olan üç faktör vardır. Bunlardan ilki ve en önemlisi metabolik bir defektin eşlik ettiği organik bir hasarın bulunmasıdır, ancak burada hastalığın gelişmesi ve süresi de önemlidir. İkincisi, hastaları kişilik yapısı, yaşı ve hastalığın başlama zamanındaki emosyonel durumudur. Son olarak da, izolasyon, duygusuz bir çevre, aşırı emosyonel yük ve uyku sapmaları gibi çevresel faktörler rol oynamaktadır. Yoğun bakım

sendromu, aynı zamanda çok stresli bir ortamda tedavi gören bireylerde gelişen değişmiş duygudurumu olarak da tanımlanmıştır. Kesin olarak bilinmemekle birlikte YBS sıklığının %7 ile %72 arasında değiştiği bildirilmektedir. Yapılan bir çok çalışmada, hastalar, yoğun bakım ünitesinde kalışları sırasında mental rahatsızlık deneyimlerler bile, yoğun bakım ünitesinde çalışanların bu durumu fark etmedikleri ya da ayırt edemedikleri saptanmıştır. Yoğun bakım sendromunun erken tanınması ve önlenmesinde yoğun bakım ünitesinde çalışan tüm sağlık personeline önemli görevler düşmektedir.^[16-19]

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kritik bir hastalık nedeni ile yoğun bakım ünitesine yatış, hem bireyi hem de ailesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bir çok stresörün bulunduğu yoğun bakım ünitesinde, yoğun bakım hastasına, fiziksel yüklerin yanı sıra psikososyal yükler de eklenmektedir. 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. Bununla beraber, hastaya ve ailesine verilecek olan fiziksel, sosyal ve psikolojik rehabilitasyonda tüm yoğun bakım ekibinin işbirliği içerisinde olması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Prevost SS. Individual and family response to the critical care experience. In: Sole ML, Lamborn ML, Hartshorn JC, editors. Introduction to critical care nursing. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2001. p. 9-24.
2. Grandell RN. Psychosocial alterations In: Urden D L, Stacy, MK, Lough ME, editors. Theland's critical care nursing diagnosis & management. 4th ed. St Louis: Mosby; 2002. p. 55-74.
3. Carpenito-Moyet LJ, editor. Handbook of nursing diagnosis. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. Çeviri editörü: Erdemir F. Hemşirelik tanıları el kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005.
4. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 7. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997.
5. Akdemir N. Dinlenme ve uyku düzensizliklerinde hemşirelik bakımı. In: Akdemir N, Birol L, editörler. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. 1. Baskı. İstanbul: Sistem Ofset; 2004. s. 129-39.
6. Çağlayan Ş. Günlük yaşamda uykunun önemi ve uyku bozukluklarında hemşirenin uygulayabileceği önlemler. Türk Hemşireler Dergisi 1984;34:13-6.
7. Özgen F. Uyku ve uyku bozuklukları. Psikiyatri

- Dünyası 2001;5:41-9.
8. Çakırcalı E. Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar. 3. Baskı. İzmir: Güven-Nobel Tıp Kitabevleri; 2000.
 9. Frisk U, Nordström G. Patients' sleep in an intensive care unit-patients' and nurses' perception. *Intensive Crit Care Nurs* 2003;19:342-9.
 10. Lee KA, Landis C, Chasens ER, Dowling G, Merritt S, Parker KP, et al. Sleep and chronobiology: recommendations for nursing education. *Nurs Outlook* 2004;52:126-33.
 11. Zaybak A, Khorshid L, Eşer İ. Hastaneye yatan hastaların uyku düzenini etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2002;18:31-41.
 12. Artut Ş, Atalay M. Yaşlı hastaların hastanenin fiziksel çevre düzenlemesine yönelik yaşadığı sorunlar ve beklentilerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1994;10:31-43.
 13. Parker KP, Dunbar SB. Sleep and heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2002;17:30-41.
 14. Richards KC, Anderson WM, Chesson AL Jr, Nagel CL. Sleep-related breathing disorders in patients who are critically ill. *J Cardiovasc Nurs* 2002;17:42-55.
 15. Bourin M, Dhonnchadha BAN. Psychopharmacology of hypnotics. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2001; 11:124-31.
 16. Pınar R. Yoğun bakım sendromu. *Sendrom Dergisi* 2003;15:108-15.
 17. Akıncı SB, Rezaqi M, Özdemir H, Çelikcan A, Kanbak M, Yorgancı K, ve ark. Yoğun bakım ünitesinde konfüzyon değerlendirme ölçeğinin geçerlik güvenilirlik çalışması. *Türk Anest Rean Der Dergisi* 2005;33:333-41.
 18. Topaç E, Oflaz F, Sekmen K. Deliryumun belirlenmesi. *Hemşirelik Formu Dergisi* 2003;6:1-5.
 19. Dedeli Ö, Akyol-Durmaz A. Yoğun bakım sendromu. *Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği II. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı*. 26-28 Eylül 2005, İzmir, Turkey. İzmir: 2005. s. 116.