

Yoğun Bakım Hastalarında Konstipasyon ve Diyare

Constipation and Diarrhea in Intensive Care Patients

Besey ÖREN^a

^aEbelik Bölümü,
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 26.05.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 11.07.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:
Besey ÖREN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
besey_oren@yahoo.com,

ÖZET Defekasyon vücudun temel fonksiyonlarından olmasına rağmen konstipasyon ve diyare yoğun bakım hastalarının major gastrointestinal sistem komplikasyonu olarak karşımıza çıkar. Konstipasyon ve diyare hastalık değil, genellikle başka bir hastalığa sekonder olarak gelişen semptomlardır. Yoğun bakım hastalarının %60'ında en az bir gastrointestinal sistem problemi görülür. Bu hastaların %50'sinden fazlasında konstipasyon görülürken %50'ye yakınında da diyare görülür. Yoğun bakımda, kafa travması yaralanma, multi sistem yetmezliği, enteral beslenme, mekanik ventilasyon, hipoperfüzyon, şok, dehidratasyon, endojen ve egzojen opioidler gibi inflamatuvar mediyatörlerin salgılanması, gibi durumlarda konstipasyon ile sık karşılaşılır. Enteral beslenme, enfeksiyonlar, ilaçlar, hipalbuminemi, pseudomembranöz kolit, ümmünosupresif hastalıklar, malabsorbsiyon hastalıkları, sepsis, diyabet ve beş günden uzun süren açlık ise yoğun bakımdaki diyarenin başlıca nedenleridir. Konstipasyon ve diyare yoğun bakım hastalarının yaşam kalitesini, yoğun bakımda kalış süresini ve hasta maliyetini oldukça kötü etkilemesine rağmen kritik hastaların takibinde çoğu zaman barsak motilitesine çok fazla önem verilmez. Hemşireler yoğun bakımda boşaltım aktivitesini değerlendirirken bireye uygulanan yardımcı araç gereç varlığını, dışkılama sıklığını, bağırsak seslerini vb. tanımlamalıdır. Bu derlemede konstipasyon ve diyare semptomlarının yoğun bakımdaki nedenleri, tedavisi ve yönetimi ele alındı.

Anahtar Kelimeler: Defekasyon, diyare, hemşirelik, konstipasyon, yoğun bakım

ABSTRACT Although defecation is one of the basic body functions, constipation and diarrhea occur as the major gastrointestinal system complications in intensive care patients. Constipation and diarrhea are not diseases themselves; they usually are symptoms that develop secondarily to another disease. At least one gastrointestinal system problem is observed in 60% of intensive care patients. Constipation is seen in more than 50% of these patients, while diarrhea is seen in approximately 50% of them. Constipation in an intensive care unit is frequently observed in cases such as head trauma, injury, multisystem failure, enteral nutrition, mechanical ventilation, hypoperfusion, shock, dehydration, and secretion of inflammatory mediators such as endogenous and exogenous opioids. The main causes of diarrhea in intensive care units are enteral nutrition, infections, medications, hypoalbuminemia, pseudomembranous colitis, immunosuppressive diseases, malabsorption diseases, sepsis, diabetes, and hunger for more than 5 days. Constipation and diarrhea have highly adverse effects on the quality of life of intensive care patients, duration of patient stay in the intensive care unit, and patient costs. However, usually intestinal motility is not given much importance during the follow-up of critically ill patients. The nurses should monitor the existence of assistive equipment, frequency of defecation, intestinal sounds, and so forth, while assessing excretion activity in intensive care patients. This compilation analyzed the causes, treatment, and management of constipation and diarrhea symptoms in intensive care patients.

Key Words: Constipation, defecation, diarrhea, intensive care, nursing

Konstipasyon ve diyare (ishal) bir hastalık değil, kişiden kişiye değişen, farklı şekillerde yorumlanan ve genellikle başka bir hastalığa sekonder olarak gelişen semptomlardır ve yoğun bakım hastalarında hem fizyolojik hem de psikolojik pek çok probleme neden olur. Psikolojik olarak utanma ve sıkıntı duymaya neden olurken fizyolojik olarak; hastanede kalış süresi ile maliyeti arttırdığı gibi morbidite ve mortaliteyi etkiler. Konstipasyon yoğun bakım hastasında; ağrı, bulantı-kusma, distansiyon ve beslenme intoleransına neden olabildiği gibi ventilatörden ayırmayı zorlaştırarak ventilasyon süresini uzatabilir ve tedavi edilmezse barsak obstrüksiyonu, perforasyonuna neden olabilir. Diyare ise, yoğun bakım hastasının konforunu ve stabilitesini ciddi şekilde etkiler. Fekal kontaminasyon nedeniyle cilt ile ilgili problemlerin artmasına sebep olur ve cilt bütünlüğüne zarar verir. Ayrıca elektrolit dengesizliği, ağrı, enfeksiyon, dehidratasyona ve malnitruşyona gibi pek çok problemin gelişmesine sebep olabilir. Diyarinin neden olduğu malnitruşyon, enteral verilen besin maddelerinin absorpsiyonuna engel olarak beslenme problemlerine neden olabilir. Tedavi edilmezse elektrolit ve bikarbonat iyonlarının kaybına bağlı olarak asidoza ve potasyum, magnezyum ve bakır kaybına neden olarak aritmi ve yara iyileşmesinde gecikmeye neden olur. Ayrıca diyarenin diğer hastalara da bulaş riski yüksektir.¹⁻³

1. TANIM

Konstipasyon için tek bir tanım yoktur. Eskiden beri günde üç ile, üç günde bir arasında değişen dışkılama (defekasyon) sayısı normal kabul edilmektedir. Hastalar ve sağlık çalışanları konstipasyonu farklı şekillerde tanımlayabilmektedir. Hastaların çoğuna göre konstipasyon; sert dışkı, dışkı sayısının seyrekliği, yoğun ıkmama gerekliliği, tam boşalamama hissi, yetersiz dışkılama, anüs veya vajina çevresine bası, parmakla müdahale ya da tuvalette uzun zaman geçirme semptomlarından biri veya daha fazlasının olmasıdır.^{1,4-6}

Yalnız başına dışkılama sayısı konstipasyon tanısı için yeterli bir kriter değildir. Konstipasyon olduğunu ifade eden, dışkılama sırasında ıkmama, yani fazla gayret gösteren, kendini aşırı zorlayan ve so-

nunda sıkıntılı ve huzursuz bir şekilde, küçük topak veya ufak kurşun taneleri şeklinde katı/sert ve az miktarda dışkı çıkaran ve gerçekten de kabız olan birçok kişide dışkılama sayısı normal olabilir. Genel olarak seyrek dışkılama alışkanlığına sahip olan bireylerde dışkının barsak içinde kalış süresi uzamakta ve bu nedenle dışkı içindeki suyun emilimi artmakta ve dışkı sertleşmektedir. Gaitanın miktarı ve şekli barsak fonksiyonunu değerlendirmede ilave kriterlerdir. Defekasyon sırasında güçlük tanımı da oldukça sübjektiftir. Bu tanımlamaları sedatize kritik hastalarda değerlendirmek hiç kolay değildir. Bu nedenle defekasyon sıklığı daha kolay ölçüldüğünden yoğun bakım hastalarında konstipasyon için kullanılmaktadır.^{7,8}

Diyarenin de standart bir tanımı yoktur. Bazı tanımlarda günlük dışkılama sayısı, bazı tanımlarda dışkının dansitesi, bazılarında dışkının formu dikkate alınırken, bazı tanımlarda ise, dışkı miktarı ve şekli dikkate alınmıştır. Diyare genel olarak, başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere değişik nedenlerle, sıklık olarak günde 3-4 defadan ve miktar olarak yaş ve beslenme faktörlerine bağlı olarak değişmek üzere 250-300 mililitreden fazla normal dışı, sulu (şekilsiz) dışkılama olarak tanımlanmaktadır.^{9,10}

2. YOĞUN BAKIMDA GÖRÜLME SIKLIĞI

Sağlıklı kişilerin %99 'unda defekasyon haftada üç veya günde üç arasında değişmektedir. Ancak birçok durumda sağlıklı kişilerde veya hastanenin değişik birimlerinde yatan hastalarda defekasyon alışkanlığı değişebilir. Toplumun genelinde sağlıklı bireyler üzerinde yapılan birçok çalışmada, kronik konstipasyon prevalansının %12-19 arasında olduğu görülmüştür. Kadınlarda erkeklere göre kronik konstipasyon görülme oranı 2-3 kat daha fazladır. Kanserli hastaların %50'si konstipasyonu deneyimlemekte olup bunun %78'i terminal dönem kanserli hastalardır. Yoğun bakım dışındaki birimlerde yatan hastalarda konstipasyonun görülme sıklığı %2-27 arasında iken diyare görülme sıklığı %5-70 arasında değişmektedir.^{7,11-13}

Yoğun bakımlarda gastrointestinal problemler %60 oranında görülmektedir. Konstipasyon görülme oranı %15-83 arasında değişmekte olup, bu

oranın çok farklı olması muhtemelen konstipasyon ile ilgili seçilen kriterlerin hassasiyetine bağlıdır. Mostafa ve arkadaşlarının cerrahi ve dahili hastaların bulunduğu yoğun bakımda yaptıkları çalışmada hastaların %83'ünde konstipasyon saptanmıştır.¹⁴ Yoğun bakımda yapılan çalışmalarda diyare görülme sıklığı ise, %2-95 arasında değişmektedir. Enteral beslenmeye bağlı diyare % 2-68 arasında değişmektedir. Genel olarak yoğun bakım hastalarının yarısından fazlasında konstipasyon yaklaşık yarısında da diyare görülmektedir.¹⁴⁻¹⁸

Altmış beş yaşın üstünde olan yoğun bakım hastalarında, özellikle uzun süreli yatışlarda, konstipasyon oranının arttığı bildirilmiştir. Çalışmalar yaşla birlikte kolonun motilitesini etkileyen hastalıkların artışına, bu hastalıkların tedavisi için kullanılan ilaçlara (antihipertansif, antiasit, antikolinerjik) ve psikolojik sorunlar ile depresyona bağlı olarak, konstipasyon gelişme sıklığının da arttığını belirtmektedir. Yaşlılarda ve yenidoğanlarda yoğun bakımda uzun süreli yatışlarda nazokomiyal diyare görülme sıklığı da diğer yaş gruplarına göre daha sıktır. Yapılan çalışmalarda nozokomiyal diyarelerin %64'ünün 60 yaşın üzerindeki olgularda olduğu belirtilmektedir. Geniş spektrumlu antibiyotik kullanılan çocukların %40'ında ishal görülmektedir. Prematüre ve yoğun bakımda kalmakta olan bebeklerde barsak florasının gelişmesi yavaş olduğundan barsak enfeksiyonlarının gelişme riski artmaktadır. Yaşlılar ve küçük çocuklar diyareden daha fazla etkilenmektedir.^{15,19-21}

3. YOĞUN BAKIMDAKİ NEDENLERİ

Yoğun bakımda konstipasyona ile ilgili bazı çalışmalarda, konstipasyon ile organ yetmezliği, uzun süreli yatışlar, başarısız mekanik ventilasyon arasında korelasyon olduğu bildirilmekle beraber konstipasyona neden olabilecek pek çok faktör vardır. Özellikle kafa travması yaralanma, multi sistem yetmezliği, enteral beslenme, mekanik ventilasyon, hipoperfüzyon, şok, dehidratasyon, endojen ve egzogen opioidler gibi inflamatuvar mediatörlerin salgılanması, gibi durumlarda konstipasyon ile sık karşılaşılır.^{2,9,19,22}

Enteral beslenme yoğun bakımdaki diyarenin major nedenidir. Enteral yolla beslenen hastaların

%50-75'inde diyare görülür.^{17,23} Özellikle ozmolaritesi yüksek formüllerin kullanılması, infüzyon hızı > 50 mL/saat olması, ve lipidler bunda etkilidir. Enfeksiyonlar (*Clostridium difficile*), ilaçlar (Mg içeren antiasitler, H₂-blokerleri, antibiyotikler, histamine antagonistleri), hipoalbuminemi (<2.6 g/dL), pseudomembranöz kolit, ümmünosupresif hastalıklar, malabsorbsiyon hastalıkları, sepsis, diyabet ve beş günden uzun süren açlık ise, yoğun bakımdaki diyarenin başlıca diğer nedenleridir. Antibiyotik kullanımına bağlı gelişen diyarelerin %15-25'inden *C. difficile* sorumludur.^{20,24} Tablo 1'de konstipasyon ve diyarenin nedenleri verilmiştir.

4. SINIFLAMASI

Konstipasyonun barsak fonksiyonlarına göre üç şekilde görülür: Normal kolonik geçiş, kolonik durgunluk, dışkılama bozuklukları. Dışkının şekline göre ise, Bristol dışkı skalası kullanılmaktadır. Bu skalaya göre yedi tip dışkılama şekli belirlenmiştir.⁷

Tip 0: Barsak hareketi yok

Tip 1: Keçi pisliği tarzında, topak topak ve parça parça sert dışkı

Tip 2:Daha büyük ve birleşik topaklanma

Tip 3: Daha az kalın, daha yumuşak kıvamlı, yüzeyinde derin olmayan çatlakların olduğu dışkı

Tip 4: Yılan veya sosis gibi pürüzsüz, kaygan yüzeyli ve yumuşak kıvamlı dışkı

Tip 5: Kenar verecek kıvamda parça parça dışkı

Tip 6: Yumuşak kıvamlı, su içeriği daha fazla, parça parça dışkı

Tip 7: Sert ya da yumuşak katı dışkı içeriği hiç olmayan sulu dışkı

Genellikle 15 günden kısa süren diyare enfeksiyöz, akut; 15 günden uzun süren diyare nonenfeksiyöz, kronik şeklinde ikiye ayrılır. Akut diyare genellikle enfeksiyöz nedenlerle oluşurken kronik diyarede enfeksiyonlar dışında değişik sebepler vardır. Enfeksiyöz diyarenin risk faktörleri; bakteriler, antibiyotik tedavisi, solüsyonların aseptik olmayan koşullarda hazırlanması, postpilorik infüzyon, immün süpresyon iken; nonenfeksiyöz

TABLO 1: Konstipasyon ve diyare nedenleri.

Konstipasyon		Diyare	
Tıbbi nedenler	Diğer nedenler	Tıbbi nedenler	Diğer nedenler
Bazı hastalıklara sekonder olarak gelişebilir (Diyabet, kolon kanseri, böbrek yetmezliği, hipotroidizm, konjestif kalp yetmezliği, parapleji, multiple skleroz, serebrovasküler hastalık, inflamatuvar barsak hastalığı, anksiyete ve depresyon, demans, bilinç kaybı, hamilelik ve diğer sistemik hastalıklar)	Fizik ortamın değişmesi	Bazı hastalıklara sekonder olarak gelişebilir (inflamatuvar barsak hastalıkları, İmmüno-supresif hastalıklar, barsak tümörleri, endokrin hastalıklar, kistik fibrozis, kısa barsak sendromu, emilim bozuklukları, gastroenteral kanama, apendisit, divertikülit, iskemik kolit, hipertroidizm)	Fizik ortamın değişmesi
Çoklu ilaç kullanımı (Narkotikler, sedatifler, trankilizanlar, diüretikler, beta blokerler, kardiyotonikler, hipertansifler, demir preparatları, antikonvulsanlar antidepresanlar, laksatiflerin kötüye kullanımı)	Yoğun bakım ortamının yarattığı stres	İlaçlar Özellikle sorbitol ve magnezyum içeren iksirler veya ilaçlar örneğin Teofilin Barsak florasını bozan antibiyotikler örneğin Amoksisilin, Eritromisin Osmolar componentler, Laktüloz Kardiyak ilaçlar örneğin: Digoksin, Propanolol Kemoterapötik ilaçlar	Yoğun bakım ortamının yarattığı stres
Post operatif dönem	Yeme alışkanlıklarının ve öğün sayısının değişmesi, düşük posalı diyet	Enteral beslenme formülünün içeriği veya enteral beslenmede kullanılan ekipmanların kontaminasyonu Enfeksiyonlar özellikle fekal enfeksiyona neden olan bakteriler örn. E. Coli	Yiyeceklerin hazırlanma şeklindeki değişiklik Yenidoğan ve çocuklar
Kafa travması, spinal kord hasarı, yaralanma	Uzun süreli yatışlar	Sepsis	Yaşlılar
Multi sistem yetmezliği	İmmobilite	Şimik zehirler (arsenik, kurşun,civa)	5 günden uzun süren açlık
Enteral beslenme	Günlük alınan sıvı miktarının azalması	Laksatiflerin yanlış kullanımı	
Mekanik ventilasyon	Psikosomatik nedenler	Hipoalbumemi	
Hiperfüzyon	Yenidoğan ve çocuklar		
Şok	55 yaş ve üzeri olanlar		
Dehidratasyon	Bakım hataları		
Hiperkalsemi	Gizlilik eksikliği		
Hipermagnezemi			
Hipokalemi			
Daha önce uzun süreli laksatif kullanımı			

diyarenin risk faktörleri bolüs infüzyon, hipoalbumemi, yüksek ozmolaritedeki solüsyonlardır.²⁵

Mekanizmaya göre ise diyare; sekreteruar, ek-südatif ve absorpsiyonda azalma olmak üzere üç gruba ayrılır. Tablo 2’de bu sınıflama verilmiştir.²⁵

5. YÖNETİMİ

Gastrointestinal komplikasyon gelişen yoğun bakım hastalarında, yatış süresinin uzadığı ve mortalitenin yaklaşık iki kat arttığı bilindiğinden, gastrointestinal sistem motilitesinin azalmaması için elektrolit anormalliklerinin (hipokalemi ve hipomagnezemi vb.) düzeltilmesi ve bazı ilaçların (opi-

yoidler ve dopamin gibi) kullanımının kısıtlanması gerekir.^{9,12,13}

Konstipasyonun tedavisi gastrointestinal geçiş-teki gecikmeyi, nazokomiyal enfeksiyonu, sepsis ve yoğun bakımda kalış süresini azaltacaktır. Ancak konstipasyon tedavisi için sistemik bir tedavi reh-beri yoktur. Gastrik dekompresyon için nazogastrik aspirasyon ve/veya rektal tüp uygulaması, dirençli olgularda ise kolonoskopi yapılabilir. Eritromisin (200 mg/g) ve metoklopramid gibi prokinetik ajan-lar hipomotilite tedavisinde kullanılabilir. Hidrofi-lik ajanlar, ozmotik ajanlar, lubrikantlar, stimulanlar gibi çeşitli kategorilerde laksatifler de

TABLO 2: Mekanizmasına göre diyare tipleri.

Tip	Mekanizma	Dışkı Özelliği	Örnek
Sekretuar	Elektrolitlerin sekresyon artışı Elektrolitlerin absorpsiyon azalışı	Berrak, negatif osmotik gap (Na ve K fazla)	Polimorf (-) Enterotoksinlerin neden olduğu ishaller
Eksüdatif	Kolon absorpsiyonunda bozulma Hücre ve kolloid dökülmesi Bariz veya gizli kan (+)	Pürülan Polimorf lökositler (+)	Ülseratif kolit, Crohn hastalığı, Şigeloz
Absorpsiyonda azalma	Osmotik	Absorbe edilemeyen barsak içi moleküller	Mg içeren katartikler
Anatomik Bozukluk	Absorpsiyon yüzeyi azalmış	Polimorf lökositler (-) Değişken	Gastrokolik fistül
Hareket bozukluğu	Temas zamanı azalmış	Değişken	Hipertroidizm İrritabl barsak sendromu

Öztürk R. Akut Diyare. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi 2001, p. 27-56.

uygun durumlarda kullanılabilir. Yapılan bazı çalışmalarda laksatifin ciddi yan etki yapmadan etkin olduğu ve laksatiflere cevap alınmadığında 7. gün lavman yapılabileceği belirtilmektedir.^{2,12,13,26}

Diyareyi önlemek tedaviden daha önemlidir. Sodyum ve şeker içeren solüsyonlar, oral opiyat veya antikolinergik ilaçların kullanımı parolitik ileusa neden olabilir. Devamlı beslenme yapılması, hijyene dikkat edilmesi, düşük ozmolarite ve lifli enteral solüsyonlarının kullanılması diyareyi önleyebilir. Bazı çalışmalarda devamlı beslenmenin aralıklı beslenmeye göre diyarenin önlenmesinde daha etkili olduğu bildirilmektedir. Diyareyi tedavi etmek ve konstipasyonu önlemek için liften zengin formüller sıklıkla kullanılmaktadır. İnatçı diyareler nadiren enteral beslenmenin kesilmesine ve total parenteral beslenmeye geçilmesine neden olur. Probiyotik ve prebiyotik kombinasyonları barsak toksinlerini azaltır. Laktobasil ve absorbe olan liflerin farklı yoğun bakım hastalarında enfeksiyon riskini azalttığı bazı çalışmalarda belirtilmiştir. Bifidobakterium longum antibiyotikle ilişkili diyarenin önlenmesinde etkilidir. Antibiyotiklere bağlı gelişen diyare tedavisinde mümkünse önceden kullanılan antibiyotikler kesilerek oral Metronidazol veya Vankomisin başlanmalıdır. Enfeksiyöz olmayan diyarenin tedavisinde spesifik olmayan tedavi gerekir. Yoğun bakım hastasında diyare kontrol stratejisi olarak genel anlamda; enteral beslenmeye müdahale, diyareye neden olan ilaçların kesilmesi veya değiştirilmesi,

antidiyare ilaçlarının başlanması, sıvı elektrolit replasmanı, hipoalbumeminin tanınması ve tedavisi, probiyotik, prebiyotik ve sinobiyotik (Probiyotik ve prebiyotiklerin ikisinden oluşan beslenme ürünleri) içeren beslenme uygulanması, enfeksiyöz diyarelerde, glikopeptitler ve metronidazol kullanımı ile altta yatan hastalığın tedavisi benimsenmiştir.^{7,10,27-29}

6. HEMŞİRELİK BAKIMI

Hastaların normal sıklıkta kıvamda ve içerikte rahat bir şekilde gaita yapması hedeflenmelidir. Barsak fonksiyonları her şifte değerlendirilerek hasta dosyasına kaydedilmeli ve nöbet tesliminde sözlü olarak da devredilmelidir. Nazogastrik aspirasyonun miktarı ve enteral beslenme izlenmeli ve kaydedilmelidir. Görsel olarak ve palpasyonla abdominal bölge hassasiyet, ağrı ve distansiyon yönünden değerlendirilmelidir. Barsak hareketlerinin sıklığı, sayısı ve dışkının miktarı ve görünümü izlenmelidir. Barsak sesleri hastanın durumuna uygun sıklıkta dinlenerek değerlendirilmeli ve olup olmadığı kontrol edilmelidir. Gaita geçiş hızı değerlendirilmelidir. Konstipasyon veya diyarenin neye bağlı geliştiği araştırılmalıdır. Bu nedenin ortadan kaldırılması için gerekli önlemler alınmalıdır. Hastaya, hemşire ile boşaltım sorunlarını rahatça konuşabilmesi için cesaret verilmeli ve uygun ortam oluşturulmalıdır. Hasta yatarak defekasyon yapmakta zorlanıyorsa mümkün olabiliyorsa yatak başı 60 derece yükseltilerek bireyin

oturma pozisyonunda defekasyon yapması sağlanmalıdır. Hastalar ortamın kalabalık olmasından dolayı rahatsızlık duyabilir veya utanabilirler. Sessizlik sağlanmalı ve mahremiyetine dikkat edilmelidir. Konstipasyonu gidermek için tıbbi beslenme tedavisi, pasif egzersiz, abdomene masaj, lifli gıda tüketimi, sıvı alımını arttırmak, düzenli defekasyon alışkanlığı kazandırmaya çalışmak gibi girişimlerin yarar sağlamadığı durumlarda laksatif, purgatif ilaçlar, süpozituarlar, rektal tüp uygulaması, fekal tıkaç çıkarma, lavmanlar, kolon irrigasyonu, stoma ve kolostomi irrigasyonu, hekim ile işbirliği yapılarak uygulanabilir. Konstipasyonda ağrı, bulantı-kusma, abdominal distansiyon, barsak obstrüksiyonu, rektal çatlaklar, fissür veya hemoroid gelişebilir. Bu problemleri önleme veya azaltmaya yönelik hemşirelik girişimleri planlanarak uygulanmalıdır.²⁷⁻³¹

Diyaresi olan hastada fekal kontaminasyon olabilir. Bu da hastanın cilt bütünlüğünün bozulmasına ve enfeksiyonlara neden olabilir. Hastanın

hijyenik ihtiyaçları giderilmeli, aldığı çıkardığı takibi yapılarak sıvı kaybı karşılanmalıdır. Elektrolit dengesinin sürdürülmesi için sıvı replasmanı dikkatli bir şekilde uygulanmalı ve sıvı elektrolit dengesizliği bulguları kontrol edilmelidir. Ayrıca bulantı-kusma, hipoalbumemi, enfeksiyon, dehidratasyon, beslenme yetersizliği bulguları yakından izlenmeli ve gerekli girişimler planlanarak uygulanmalıdır.^{12,16,27,30-32}

Sonuç olarak, konstipasyon ve diyare yoğun bakım hastalarının sıklıkla yaşadıkları semptomlardır. Bu semptomların önlenmesi, tanınması, takibi ve bakımında yoğun bakım hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Yoğun bakım hemşireleri özellikle yaşlı ve çocuk hastaları bu konuda daha yakından takip etmeli ve hastalardaki gastrointestinal sistem değişikliklerini ekip üyeleri ile paylaşmalıdır. Tedavi ve bakım ilkeleri belirlendikten sonra hızlıca uygulamaya geçilmeli ve hastaların tedaviye cevabı sık sık değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Wiesen P, Van Gossum A, Pereiser JC. Diarrhoea in the critical ill. *Current Opinion in Critical Care* 2006;2(2):149-154.
2. Fennessy G, Warrillow S. Gastrointestinal problems in intensive care. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine* 2012;13(4):152-160.
3. Herce JL. Gastrointestinal complications in critically ill patients: What differs between adults and children? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2009;12(2):180-185.
4. Türkay C, Aydoğan T, Özen A. Konstipasyon Tanım ve Epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji* 2005;9(1):48-52.
5. Van der Spoel JI, Schultz MJ, van der Voort PH, de Jonge E. Influence of severity of illness, medication and selective tract decontamination. *Intensive Care Med* 2006;32(6):875-80.
6. Yurdakul İ. Kronik kabızlık. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi; 2007. No:58, p. 43-58.
7. Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji* 2014;18(1):72-88.
8. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Marin F. and Spiller RC. Functional bowel disorders, *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
9. Korfalı, G. Yoğun bakımda diyare-konstipasyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2008; 6(1):51-55.
10. Allen SJ, Martinez EG, Gregorio GV, Dans LF. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea, *The Cochrane Database of Systemic Reviews* 2010;10(11):CD003048. doi: 10.1002/14651858.CD003048.pub3.
11. Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, Pressman A. American Gastroenterological Association (AGA) Medical position statement on constipation, *Gastroenterology* 2013;144(1):211-217.
12. Bolat E. Konstipasyonlu hastaya yaklaşım, *Güncel Gastroenteroloji* 2006;10(1):116-119.
13. Dorman BP, Hill C, McGrath M, Mansour A, Dobson D, Pearse T, Singleton J et al.. Bowel management in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 2004;20(6): 320-329.
14. Mostafa SM, Bhandari S, Ritchie G, Gratton N, Wenstone R. Constipation and its implications in the critically ill patient. *Br J Anaesth* 2003;91(6): 815-9.
15. Nassar AP, Silva FMQ, Cleva R. Constipation in intensive care unit: incidence and risk factors. *Journal of Critical Care* 2009;24(4): 630.e9-12.
16. Ferrie S, East V. Managing diarrhoea in intensive care. *Australian Critical Care* 2007; 20(1):7-13.
17. Luft VC, Beghetto MG, Mello ED, Polanczyk CA. Role of enteral nutrition in the incidence of diarrhea among hospitalized adult patients, *Nutrition* 2008;24:528-535.
18. Soares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2011;106(9):1582-91.
19. Dennehy PH, Nelson SM, Spangenberg S, Noel JS, Monroe SS, Glass RI. A prospective case control study of the role of astrovirus in acute diarrhea among hospitalized young children. *The Journal of Infectious Diseases* 2001;184(1):10-5.
20. Thibault R, Graf S, Clerc A, Delieuvn N, Heidegger CP, Pichard C. Diarrhoea in the ICU: repetitive contribution of feeding and antibiotics. *Critical Care* 2013; 17 R153(4):1-8.
21. McCrea GL, Miaskowski C, Stotts NA, et al. A review of the literature on gender and age differences in the prevalence and characteristics of constipation in North America. *J Pain Symptom Manage* 2009;37:737-45.
22. Daniel Chappell, Markus Rehm and Peter

- Conzen. Opioid-Induced Constipation in Intensive Care Patients: Relief In Sight? *Critical Care* 2008;12(4):161-162.
23. Jack L, Coyer F, Courtney M, Venkatesh B. Diarrhoea risk factor in enterally tube fed critically ill patients: A Retrospective Audit. *Intensive Crit Care Nurs* 2010;26(6):327-34.
24. Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of constipation in north america: a systematic review. *The American Journal of Gastroenterol.* 2004;99(4):750-759.
25. Öztürk R. Akut Diyare. *Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi.* 2001, p. 27-56.
26. Qureshi W, Adler DG, Davila RE, Egan J, Hirota WK, Jacobson BC ve ark. ASGE Guideline: Guideline on The Use of Endoscopy in The Management of Constipation. *Gastrointest Endosc* 2005;62(2):199-201.
27. Jack L, Coyer F, Courtney M, Venkatesh B. Probiotics and diarrhoea management in enterally tube fed critically ill patients--what is the evidence? *Intensive Crit Care Nurs* 2010 ;26(6):314-26.
28. McKenna S, Wallis M, Brannelly A, Cawood J. The nursing management of diarrhoea and constipation before and after the implementation of a bowel management protocol. *Aust Crit Care* 2001;14(1):10-16.
29. Patanwala AE, Abarca J, Huckleberry Y, et al. Pharmacologic management of constipation in the critically ill patient. *Pharmacotherapy* 2006;26(7):896-902.
30. Sevil Erkan ve ark. (Ed.) TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği. Hemşirelik Bakım Standartları içinde, Konstipasyonu Önleme ve Barsak Yönetimi. *Akademisyen Tıp Kitabevi;* 2014: p.168-172.
31. Ünsar S, Fındık ÜY, Kurt S, Özcan H. Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;2(5):89-105.
32. Ören B. Yoğun Bakım Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi. *Fatma Eti, Nermin Olgun, editörler. içinde: Konstipasyon-Diyare. 1. b. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016. p. 385-400.*