



Asıya Bağlı Hipoksik Beyin Hasarı Tanılı Hastanın Hemşirelik Bakımı

The Caregiving of a Patient Who is Diagnosed as
Hypoxic Brain Damage Caused by Hanging

Olçay TIRAŞ¹, Sibel KARACA SİVRİKAYA²

¹SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
· olcay2873@gmail.com · ORCID > 0000-0002-1771-0151

²Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Balıkesir
· skaracakaya35@hotmail.com · ORCID > 0000-0001-5271-7757

Makale Bilgisi/Article Information

Makale Türü/Article Types: Olgu Sunumu/Case Report

Geliş Tarihi/Received: 10 Ocak/January 2023

Kabul Tarihi/Accepted: 07 Ekim/October 2023

Yıl/Year: 2023 | Cilt – Volume: 8 | Sayı – Issue: 3 | Sayfa/Pages: 559-571

Atıf/Cite as: Tıraş, O., Karaca Sivrikaya, S. "Asıya Bağlı Hipoksik Beyin Hasarı Tanılı Hastanın Hemşirelik Bakımı"
Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi 8(3), Aralık 2023: 559-571.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Olçay TIRAŞ

ASIYA BAĞLI HİPOKSİK BEYİN HASARI TANILI HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMI

ÖZ

Ası, dünyada en sık kullanılan intihar yöntemlerinden biri olarak bilinmektedir. Çoğunlukla ölümlü sonuçlanan ciddi sorunlara yol açmaktadır fakat bireyin hayatta kalması sonrası tedavisi, yönetimi zor ve önem arz eden bir tablodur. Bu olguda incelemiş olduğumuz 44 yaşında kadın hasta kendini boynundan asması sonucu asiya bağlı hipoksik beyin hasarı tanısıyla acil servise alınmıştır. Hastanın ilk müdahaleleri yapıldıktan sonra izlem ve tedavisi için yoğun bakıma kabul edilmiştir. Olgunun rutin olarak yapılmış olan laboratuvar bulgularının ve izlemlerin değerlendirilmesi doğrultusunda elde edilen verilerle hemşirelik tanıları belirlenmiş ve bireyin hemşirelik bakımı gerçekleştirilmiştir. Hastanın yoğun bakım ünitesine kabulünden itibaren multidisipliner bir yaklaşımla hemşirelik bakımı verilerek bireyin izlemi gerçekleştirilmiştir. Bu olguda ası sonrası hipoksik beyin hasarı oluşan hastanın, yoğun bakım ünitesinde verilen hemşirelik bakımının sonuçlarının paylaşılması ve diğer meslektaşlarımıza rehberlik etmesi hedeflenmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalar ve deneyimlerin paylaşılması, bu konudaki literatürün genişlemesine ve etkin hemşirelik girişimlerinin belirlenmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ası; Hipoksik Beyin Hasarı; Hemşirelik Bakımı; Yoğun Bakım.



THE CAREGIVING OF A PATIENT WHO IS DIAGNOSED AS HYPOXIC BRAIN DAMAGE CAUSED BY HANGING

ABSTRACT

Hanging is known as one of the most frequently used suicide methods in the world. It often causes serious problems that result in death, but the treatment of the individual after its survival is difficult and important. In this event, the 44-year-old female patient was taken to the emergency department with a diagnosis of hypoxic brain damage due to hanging of the patient's neck after the patient's first interventions. In accordance with the data obtained by evaluating the laboratory and follow-up findings of the routinely performed case, nursing diagnoses were determined and nursing care of the individual was performed. Since the admission of the patient to the intensive care unit, nursing care has been provided with a multidisciplinary approach and individual monitoring has been carried out. It is aimed to share the results of nursing care provided in the intensive care unit of a

patient with hypoxic brain injury after hanging in this case and to guide our other colleagues. Sharing the studies and experiences conducted on this subject will contribute to the expansion of the literature on this issue and the identification of effective nursing initiatives.

Keywords: Hanging; Hypoxic Brain Injury; Nursing Care; Intensive Care.



GİRİŞ

Ası, bir tarafı sabit bir yere bağlı, diğer tarafı ilmik biçiminde boyun etrafına geçirilmiş veya boyna birden fazla şekilde sarılmış bir bağın, vücudun tam ya da kısmi şekilde ağırlığıyla boynu sıkıştırmasıyla sinirlere, solunum yoluna ve damarlara baskı uygulayarak hayati fonksiyonların engellendiği ve çoğunlukla ölümle sonuçlanan bir olaydır. Ası olguları genellikle intihar kökenlidir ve çoğunlukla ölümle sonuçlanan ciddi tablolara yol açmaktadır (Yıldırım & Sivri, 2015).

İntihar, dünya çapında önde gelen bir yaralanma ve ölüm nedenidir (Yıldırım & Sivri, 2015). Geçmiş son 45 yılda dünya çapında intihar oranları %60 artmış ve her yıl yaklaşık olarak 800.000 insan intihar sonucu ölmüştür (World Health Organization [WHO], 2014). Asının tüm dünyada en sık kullanılan intihar yöntemlerinden biri olduğu bilinmektedir ve ülkemizde ası girişimi, bütün intihar girişimleri arasında beşinci sırada yer almaktadır (Yıldırım & Sivri, 2015). Ayrıca Türkiye İstatistik Kurumu [TUİK] 2018 Ölüm İstatistikleri verileri doğrultusunda da, sonucunda ölüm olan intihar vakası sayısı 2017'de 3 bin 168 iken, 2018'de 3 bin 161 birey olmuştur. İntihar edenlerin %75,6'sını erkekler oluştururken, %24,4'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır. (TUİK, 2019).

Ası, asılı durumda veya kurtarıldıktan sonrası dahil olmak üzere ciddi komplikasyonlara yol açan, tedavisi ve yönetimi oldukça zor bir tablodur (Yıldırım & Sivri, 2015). Yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan bireylerin iyi oluş süreçlerinde hemşirelerce verilen verilen bakımının rolü oldukça yüksektir. Bu sebeple yoğun bakım ünitesine tedavi ve bakım amacıyla kabulü yapılan hastaların taburcu olana kadar olan süreçte bireye özgü hemşirelik bakım hizmetlerinin uygulanması ve uygulanmış olan bakım hizmetlerinin sonuçlarının değerlendirilmesiyle iyi oluş süreci hızlandırılmaktadır (Çakmakçı ve ark., 2016).

Bu olgu sunumu, yoğun bakımda görev alan hemşirelerin hasta bakımında Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne dayanarak hasta bakımında belirledikleri hemşirelik tanıları doğrultusunda hasta sonuçlarının ortaya çıkarılması ve diğer meslektaşlarımıza rehberlik etmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

OLGU SUNUMU

Bu olgu sunumunda, hasta bireyin yoğun bakım ünitesine kabulü sonrası, Mart- Haziran 2020 tarihleri arasında hemşirelik tanınması ve diğer veri kaynakları kullanılarak veriler elde edilmiştir. Hastadan elde edilen verilerin kullanılabilmesi için hastanın bilinci tamamen açıldıktan sonra kendisinden bilgilendirilmiş onam yazılı olarak alınmıştır.

Ş.K. isimli kadın hasta, 44 yaşında, evli ve bir çocuk annesidir. Ortaokul mezunu, ev hanımı ve Ankarada yaşamaktadır. Penisilin alerjisi olan hasta, 2 hafta önce meme benign neoplazmı nedeniyle opere olmuş ve hastanın penisilin alerjisi olduğu bilinmektedir. Hasta, oğlu ile tartışma sonrası evinde saat 15.00 sularında kendini boynundan asmış şekilde yakınları tarafından 5-10 dakika sonra mor bir şekilde bilinci kapalı olarak bulunmuş ve 112 ekibiyle bir devlet hastanesinin acil servisine götürülmüştür.

Hasta acil serviste entübe edilerek Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesine kabul edilmiştir. Yatışı yapılırken, hipoksik jerkleri ve koma tablosunda olduğu, sedatif ve antiepileptik türevi ilaçlar uygulandığı Beyin Bilgisayarlı Tomografisi ve servikal Bilgisayarlı Tomografisinin doğal olduğu, kan değerlerinde bir sapma olmadığı ve Glaskow Koma Skalası (GKS)'nin 7 olduğu belirtilmiştir.

Yoğun bakım ünitesine kabul yapıldığında hastanın genel durumu kötü, bilinç durumu kapalı, spontan solunumu olmayan hastanın solunumu, Orotrakeal entübasyon (OTE) ile mekanik ventilasyon cihazında Senkronize Aralıklı Zorunlu Ventilasyon (SIMV) modunda sağlanmıştır.

Hastanın saatlik olarak idrar çıkışı ve vital bulguları takip edilmiştir. Hastanın yoğun bakımda 5. Gününde ateşi 38.5 °C'i bulmuş, 19. Gününde potasyum seviyesi 2.6 mmol/L olarak ölçülmüştür.

Hastaya yoğun bakımın 21. Gününde trakeostomi açılmış cerrahi girişim alanı kanama yönünden gözlem altında tutulmuş, ayrıca hastanın sekresyon durumuna göre belirli aralıklarla hasta aspire edilmiş ve hastanın tolere edilme durumuna göre hasta mekanik ventilatörden ayrılmaya çalışılmıştır.

Hastanın nazogastrik sonda (NG) ile enteral beslenmesi sağlanmıştır. Hastanın uzun süre yoğun bakımda kalması ve bakım hastası olması üzerine yoğun bakımının 44. Gününde hastaya Perkütan Endoskopik Gasrostomi (PEG) açılmış ve beslenmesine PEG'den devam edilmiş ve saatlik aldığı mama miktarı kaydedilmiştir.

Hastanın yoğun bakım serüveni 84 gün sürmüş ve bakım hastası olarak bir palyatif bakım kliniğine sevki sağlanmıştır.

HEMŞİRELİK BAKIMI

Asıya bağlı hipoksik beyin hasarı tanısıyla izlediğimiz hastanın bilinç durumu değerlendirildi, yaşam bulguları ve aldığı çıkardığı (AÇT) takibi yapıldı, rutin olarak kan değerleri, kan gazı değerleri ve belirli aralıklarla kan glukoz düzeyi takip edildi, invaziv girişimler sonrası hasta ve girişim bölgesi değerlendirildi. Hastanın entübasyon tüpü, trakeostomi açıldıktan sonra trakeostomi kanülü ile birlikte ağız içi de aspire edildi ve tüp, kanül tıkanıklığı kontrol edildi. Hastanın vücut hijyeni sağlandı ve hastanın deri bütünlüğü değerlendirildi. Yapılan değerlendirmeler ile elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelik sorunları Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Ölümlerine dayalı North American Nursing Diagnosis Association – International Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA- I) tarafından belirlenen hemşirelik tanıları belirlendi ve bakımı gerçekleştirildi (Acaroğlu, 2020).

Olgunun Fonksiyonel Sağlık Ölümlerine Göre Değerlendirilmesi

1. Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi

• Ş.K. son durumu göz önüne alındığında hasta, oral beslenin yanı sıra PEG'in mevcut olması ve trakeostomi ile yaşamını sürdürmektedir. Ayrıca Ş.K., bilinci açıldıktan sonraki süreçte kendi sağlığının eski sağlık durumuna göre daha kötü olduğunu belirtmiştir. Hasta uzun süre entübe kaldığı için davranışsal ağrı skalası ile hasta değerlendirilmiş ve PEG açılması ve sonrası davranışsal ağrı skalası 6 olarak belirlenmiştir.

Hemşirelik Tanısı 1: Akut ağrı (NANDA Alanı 12: Konfor (rahatlık), Sınıf 1: Fiziksel konfor)

Beklenen Sonuç: Davranışsal ağrı skalası hesabına göre ağrının derecesinin 6'dan 3'e inmesi.

Hemşirelik Girişimleri: Oluşan ağrının süresi, şiddeti, yeri ve sıklığı tespit edilip, ağrıyı etkileyen faktörler belirlenir, hekim ile iş birliği yapılarak analjezik tedavi uygulanır ve uygulanan tedavinin sonuçları değerlendirilir.

Değerlendirme: Hekim istemiyle uygulanmış olan analjezik tedaviyle hastanın ağrı derecesi 6'dan 3'e indirildi.

• Yoğun bakımda kalıyor olması sebebiyle hasta "bağımlı" durumda. İtaki düşme risk skorlamasıyla göre hastanın düşme risk değerlendirildi ve puanı 15 olarak ölçüldü.

Hemşirelik Tanısı 2: Düşme riski (NANDA Alanı 11: Güvenlik/Koruma, Sınıf 2: Fiziksel Yaralanma)

Beklenen Sonuçlar: Travmalardan hastanın korunması ve düşmenin olmaması.

Hemşirelik Girişimleri: Günlük olarak hastanın düşme riski değerlendirip, düşme riskini artıran faktörler belirlenir. Düşmenin engellenmesi için güvenlik tedbirleri alınır, yatak yüksekliği en düşük seviyeye getirilerek yatağın kenarlıkları kaldırılır, yatağın freninin kapalı olmasına dikkat edilir.

Değerlendirme: Hastanın düşme risk puanında değişime sadece bilinç durumu değişikliğiyle farklılık gösterdi (± 1). Hastanın güvenliği için gerekli tedbirler alındı. Hastada düşme gözlenmedi.

- Hastanın PEG açılmadan önce beslenmesi NG ile sağlanmaktadır. Hastaya yoğun bakımının 21. Gününde trakeostomi açılmıştır.

Hemşirelik Tanısı 3: Aspirasyon riski (NANDA Alanı 11: Güvenlik/Koruma, Sınıf 2: Fiziksel Yaralanma)

Beklenen Sonuçlar: Solunum yoluna yabancı bir maddenin kaçmaması.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın vital bulguları (özellikle solunum) takip edilir. Hastanın kliniğe yatışından itibaren bilinç düzeyi takibi yapılır, aspirasyon riskini engellemek için hastaya uygun pozisyon verilir. Hasta NG ile beslendiği için belirli aralıklarla rezidüel mide içeriği kontrol edilir, Hastanın bilinci açılıp oral alıma geçtikten sonra yutma durumu ve yutma refleksi gözlenerek değerlendirilir. Aspirasyon için gerekli ekipmanların hazır olması sağlanır.

Değerlendirme: Hastada yoğun bakımda yatışı süresi boyunca aspirasyon gözlenmedi.

2. Beslenme ve Metabolik

- Hastanın yaşam bulgularının vital takibi sırasında hastanın ateşinin 37.8°C olduğu tespit edilmiş ve nabızı dakikada 112 olarak gözlenmiştir.

Hemşirelik Tanısı 4: Hipertermi (NANDA Alan 11: Güvenlik/Korunma, Sınıf 6: Termoregülasyon)

Beklenen Sonuçlar: Hastanın ateşinin normal değerlere düşmesini sağlamak.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın ateş takibi yapılır, üzerine daha ince bir çarşaf örtülür. Hastaya soğuk uygulama yapılır ve hasta odasının daha serin olması sağlanır. Hekim istemine göre ateş düşürücü ilaçlar verilir.

Değerlendirme: Hastadan, kan, katater, idrar ve derin trakeal aspirat kültürü alındı, hastaya soğuk uygulamayla birlikte hekim iş birliğinde antipiretik ilaç tedavisi uygulandı. Vücut sıcaklığı hastada 36.6°C'ye, nabız ise dakikada 82'ye düştü.

• Hastada santral katater, foley sonda mevcuttur. Hastaya yoğun bakımda yatışının 21. gününde hastaya trakeostomi ve 44. Gününde PEG açılmıştır.

Hemşirelik Tanısı 5: Enfeksiyon riski (NANDA Alanı 11: Güvenlik/Korunma, Sınıf 1: İnfeksiyon)

Beklenen Sonuçlar: Enfeksiyon gelişimini önlenmek.

Hemşirelik Girişimleri: Yaşam bulguları takibi yapılır, hastada enfeksiyon belirtisi olan lökosit ve C-Reaktif Protein (CRP) seviyesinde artışı kontrol edilir, hekim istemiyle planlanan antibiyotik tedavisi uygulanır, her şifte düzenli olarak kataterlerin giriş yerlerinin pansumanı yapılır, katater bölgesinde ağrı, şişlik, kızarıklık ve sıcaklık açısından değerlendirilir, enfeksiyon açısından belirti ve bulguları kayıt edilir. Yine aspirasyon sırasında hastanın sekresyon yoğunluğu, rengi ve miktarı değerlendirilir ve kaydedilir. Gerektiğinde hastaya uygun izolasyon tedbirleri alınır ve uygun olan “figür” hastanın başına eklenir.

Değerlendirme: İnvazif girişim alanlarının takibi sonrası hastada kızarıklık, akıntı, koku ve kaşıntı gözlenmedi. Ventilatörle ilgili enfeksiyon durumunu önlemek için kapalı sistem aspirasyon yöntemi kullanıldı. Kan, idrar ve trakeal aspirat kültürleri alınan hastanın hekim istemi ile antibiyotik tedavisine başlandı.

• Hastanın servis rutinine göre 3x1 kan gazı takibi yapılmaktadır. Takip sırasında hastanın potasyum düzeyi 2.6 mmol/L gözlenmiştir.

Hemşirelik Tanısı 6: Elektrolit dengesizliği riski (NANDA Alanı 2: Beslenme, Sınıf 4: Metabolizma)

Beklenen Sonuçlar: Hastanın kan gazı potasyum değerini ortalama değerlerde tutmak (ortalama değer 3.86mmol/L).

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın kan elektrolit takibi için servis içinde rutin olarak en az 3 kez kan gazı alınır ve kaydedilir. Sapmalar olduğu durumlarda hekime bilgi verilir ve hekim istemine göre hastaya potasyum replasmanı yapılır. Potasyumun hızlı verilmesi hastalarda ani ölümlere sebep olabileceğinden potasyum hastaya infüzyon pompalarıyla ile kontrollü bir biçimde yapımı sağlanır ve kontrol kan gazı ile değerlendirilir.

Değerlendirme: Hekim istemine göre hastaya potasyum replasmanı yapıldı ve kan gazı potasyum değeri 3.7mmol/L olarak kaydedildi.

• Hasta 84 gün yoğun bakım ünitesinde kalmıştır ve entübe halde sedatize edilerek takibi yapılmıştır. Hasta bilinci açık ve koopere olana dek hastanın hareketleri kısıtlanmış ve güvenliği sağlanmıştır.

Hemşirelik Tanısı 7: Deri bütünlüğünde bozulma riski (NANDA Alanı 11: Güvenlik/Korunma, Sınıf 2: Fiziksel Yaralanma)

Beklenen Sonuçlar: Hastanın deri bütünlüğü korunup bası yarası oluşmaması.

Hemşirelik girişimleri: Hastanın deri bütünlüğünde bozulma riski Norton Bası Skalası'na göre değerlendirilir ve bası yarasını arttıran faktörler (dolaşım yetersizliği, hidrasyon, cildin ıslak olması) belirlenir. Hasta cildinin sürtünme ve basınca maruz kalması önlenir, yatak takımlarının düzgün olması sağlanır, hastanın yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanır. Hastaya yatak içinde sık pozisyon verilir, dirsek ve topuklar desteklenir. Doku perfüzyonun devamı için önlemler alınır, havalı yatak kullanılır. Ekstremitelere aktif ve pasif egzersiz uygulanır.

Değerlendirme: Hastanın deri bütünlüğü korunmuş bası yarası oluşumu önlenmiştir.

3. Boşaltım

- Hastanın 3-4 gündür defekasyon çıkışı olmamıştır.

Hemşirelik Tanısı 8: Konstipasyon riski (NANDA-I Alan 3:Boşaltım ve Gaz Değişimi, Sınıf 2. Gastrointestinal fonksiyon)

Beklenen Sonuç: Konstipasyonun gelişmemesi.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın günlük yeterli sıvı alımı sağlanır. Bağırsak peristaltizmi ve motilitesini yükseltmek amacıyla hastanın tolere edebileceği duruma uygun olarak aktivite planlaması yapılır. Kullandığı ilaçların yan etkileri konstipasyon açısından değerlendirilir. Lüzum halinde (LH) hastaya hekim istemiyle dışkı yumuşatıcı ya da laksatif ilaç uygulanır.

Değerlendirme: Hastaya hekim istemine göre lavman yapılmış ve defekasyon çıkışı sağlanmıştır.

4. Aktivite-Dinlenme

- Hastanın sekresyon yoğunluğu artmış, yapışkan bir kıvam almış ve bronkopazma bağlı olarak gelişen solunum derinliğinde ve hızında değişiklikler saptanmıştır. Hastanın saturasyonu %87.

Hemşirelik Tanısı 9: Etkisiz solunum örüntüsü (NANDA Alanı 4: Aktivite/İstirahat, Sınıf 4: Kardiyovasküler/Pulmoner yanıt)

Beklenen Sonuç: Solunum fonksiyonunda görülen değişikliklerin önlenmesi ve belirtilerin azalması.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın solunumunun rahatlaması için yatak başı 30-45 derece yükseltilerek semi rekümbent pozisyonu verilir. Hastanın yaşamsal bulguları monitörden takip edilip servis rutinine göre 2 saatte bir kayıt edilir. Mekanik ventilatörün çalışma durumu gözlemlenir. Hastaya hekim istemine göre in-

haler uygulaması yapılır. Servis rutinine göre hasta 2 saatte bir aspirasyon yapılır fakat hastanın sekresyon durumuna göre aspirasyon aralığı düzenlenir, hastanın tüp veya kanül tıkanıklığı kontrol edilir ve gerekli durumlarda değişmesi için hekimle iş birliği yapılır.

Değerlendirme: Hastanın artmış ve yapışkan kıvamda olan sekresyonu hastanın tüpünü tıkamıştır. Hekimle iş birliği yapılarak hastanın tüpü değiştirilmiştir. Tüpünün değişimi sonrası hastanın saturasyonu %99.

• Hastaya yatışının ilk günü Oksapar 4000 anti-Xa IU/0.4: 1x1. Ecopirin tablet 100 mg 1x1 başlanmıştır. Hastayatrekeostomi, PEG gibi cerrahi girişimler uygulanmıştır.

Hemşirelik Tanısı 10: Kanama riski (NANDA Alanı 11: Güvenlik/koruma, Sınıf 2: Fiziksel yaralanma)

Beklenen Sonuç: Kanama belirtilerinin olmaması.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın yaşam bulguları ve dolaşım takibi yapılır. Hastada ekimoz, peteşi, hematoma, melena, hematemez ve hematüri yönünden gözlenir, hastanın mental durumunda olan değişiklikleri (letarji, deliryum gibi) izlenir ve kayıt edilir. Hastaya uygulanan cerrahi işlem yerleri sık sık kontrol edilir ve hasta travmalara karşı korunur.

Değerlendirme: Hastaya cerrahi işlem uygulamasından 3 gün önce hekim istemine göre hastanın Ecopirin tedavisi kesilir ve cerrahi işlem günü oksaparin bir günlük dozu atlanır. Hastanın cerrahi girişim yerleri sık sık kontrol edildi ve kanama bulgusu saptanmadı.

• Hasta uzun süre yoğun bakımda kalmış ve bir süre bilinci kapalı olarak takip edilmiş, bilinci açıldıktan sonraki dönemde tam mobilizasyonu sağlanamadı ve sağ kolunu kullanamamaktadır.

Hemşirelik Tanısı 11: Öz bakım eksikliği (NANDA Alanı 4: Aktivite/dinlenme, Sınıf 5: Öz bakım)

Beklenen Sonuç: Hastanın öz bakım aktiviteleri ile ilgili rahatlık duygusunun sağlanması.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın genel durumu uygunluğuna göre öz bakım aktivitelerine katılması için teşvik edilir, bireysel bakım ve hijyen gereksinimlerini karşılanması için hastaya yardım edilir. Hastanın temiz ve hijyenik olması için; hastanın ihtiyacına bağlı olarak servis rutinine göre, 2 saatte bir ağız bakımı, günde 1 kez saç bakımı, günde 3 kez olmak üzere cilt bakımı, vücut temizliği, göz bakımı, perine bakımı, ayak ve el bakımı yapılır.

Değerlendirme: Hastanın bireysel bakımı ve hijyenik gereksinimleri karşılandı.

5. Dinlenme-Uyku

• Hasta bilinci açıldıktan sonraki dönemde geceleri yoğun bakım ünitesindeki seslerden dolayı uyuyamadığını bildirmiştir.

Hemşirelik Bakımı 12: Uyku örüntüsünde bozulma (NANDA-I Alan 4: Aktivite/Dinlenme, Sınıf 1. Uyku/Dinlenme)

Beklenen Sonuçlar: Hastanın yeterli uyku ve dinlenmesinin sağlanması.

Hemşirelik Girişimleri: Servis içerisinde ses, ışık gibi çevresel stresörler azaltılır, hasta için sessiz uyarının az olduğu bir ortam sağlanır hastanın gündüzleri aktif olması sağlanarak tedavi planını uygun saatlerde yapılarak gece uykusunun verimli olması sağlanır.

Değerlendirme: Hastanın yeterli uyku ve düzeni sağlanmıştır.

6. Bilişsel-Algısal Durum

• Hastanın bilinci yeni açıldığı dönemlerde zaman kavramı bozulmuştur fakat bilinci açıldıktan sonra yoğun bakım ünitesinde bulunan personellerle iletişim kurarak çevreyle uyumlu algıları açık hale gelmiştir.

7. Kendini Algılama-Kavrama

• Hasta, içinde bulunduğu durumu kabullenmiş ve yoğun bakım ünitesi personelleriyle kurduğu iletişimde gün geçtikçe kendini daha iyi hissettiğini belirtmiştir.

8. Rol ve İlişki

• Hasta ev hanımı olduğunu, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığını söylemiş fakat eş ve annelik rollerini devam ettirmede yetersiz kaldığını ve bu durum sonucunda da üzülüğünü belirtti.

9. Cinsellik ve Üreme

• Hasta, bu konuda konuşmak istemediğini belirtti.

10. Baş Etme/ Stresle Toleransı

• Hasta, içinde bulunduğu durumun ciddiyetinin farkında fakat sürekli dua edip, şükrettiğini belirtmiştir.

11. Değer ve İnanç

• Hasta, girişiminde bulunduğu intiharın yanlış olduğunun, bu durumun kendisi ve ailesini kötü etkilediğinin farkında olduğunu ama kadere inancının olduğunu belirtip hayatta olduğuna şükrettiğini belirtmiştir.

TARTIŞMA

Hemşire; hastanın her davranış biçimini çok iyi analiz etmeli, fiziksel muayene yöntemlerini etkin biçimde kullanarak hemşirelik tanılmasını gerçekleştirmeli, laboratuvar bulgularını değerlendirmeli ve değişiklikleri kayıt altında tutulmalıdır. Ayrıca hemşirelik bakımının bireye özel planlanmasında hemşirelerin yapmış olduğu gözlemler oldukça önemlidir. Yoğun bakımda yatışı olan hastaların, tedavi süresi boyunca bireye özgü bakım almalarında, bakım verici olan hemşirelere birçok sorumluluklar düşmektedir (Karakoç & Taşkın, 2013). Literatür, bizim çalışmamızda uyguladığımız bireysel hemşireliği destekler niteliktedir. Hastamızın serviste uzun süre kalması hemşirelerin hastayı iyi tanımasını sağlamıştır. Hastanın tüm bulguları izlenmiş ve değişiklikler olduğunda kaydedilmiştir. Böylelikle hastanın ihtiyaçları doğrultusunda bakım yapılmış ve başarı sağlanmıştır.

Yoğun bakım hastalarının genel olarak bağışıklık sisteminin zayıf olması int-ravenöz katater, üriner katater ve endotrakeal tüp gibi girişimler enfeksiyonlara karşı hasta direncini azaltmaktadır. Bu yüzden yoğun bakım ünitelerinde diğer hastane birimlerine göre daha fazla enfeksiyonla karşılaşmaktadır (Kölgeliev ve ark., 2012). Hastamıza uygulanmış olan hemşirelik bakımı sonucunda enfeksiyon oluşumu takip edilerek saptanmış ve hekim iş birliği ile sebebi araştırılıp tedavisi yapılmıştır.

Dekubit ülserleri; deri üzerine uzun süreli ve aşırı bası sonucunda deri, deri altı ve kemiklere ilerleyebilen dokularda meydana gelen tahriş, bası, sürtünme ve ülserasyonlardır. Uzun süre yatan hastalarda sık görülmekle birlikte oturan ya da basıya uğrayan herhangi bir vücut bölgesinde de oluşabilir. Ülserlerin tedavi maliyeti yüksektir. Ülserler, hastane yatış süresini uzatan, hastalık ve ölüm riskini artıran önemli bir sağlık problemidir. Hastaneye yatanların %9-13'ünde, yoğun bakımda yatanların %41'inde dekubit ülserleri oluşabilir (Göçmen ve ark., 2012). Hastamızda uygulanan kaliteli ve oldukça dikkatli hemşirelik bakımı sonucunda hastada dekubit ülserasyonu oluşmamıştır.

Yoğun bakımda manevi bakım da fiziksel bakım kadar önem arz etmektedir. Manevi bakım vermelerinde hemşirenin etkisi olan birçok faktörler bulunmaktadır. Hemşirelerin özellikle bireysel düşünce sistemi, kendi yaşam umudu, bakımı algılaması, gönüllülüğü ve konuya duyarlı oluşu hemşirelik bakımında etkilidir (Ergül & Bayık, 2004). Ancak maneviyat, hemşirelik bakımının somut olmayan

kısmını oluşturduğu, vicdan ve dini boyutu ve ayrıca göreceli bir kavram olması nedeniyle belli bir standardizasyonu olmayıp tüm hastaların kişilik değerlerini tanıma ve sevgi ve saygı çerçevesinde manevi bakım konusunda şefkatli bir yaklaşımla karşılanabilmesi mümkündür (Erişen & Karaca Sivrikaya, 2017). Klinikte hastanın bakımına katılan hemşirelerimiz hastamızla manevi bağı etkin olarak sağlanmış ve güvenle bakıldığı algısını özümseyen ve hemşirelerce sevildiğini bilen hastamız hemşirelere uyum sağlayarak iyileşme sürecine ve kendi bakımına katkı sağlamıştır.

Hastaların yaşam kalitesini ve yaşam sürelerini arttırmada hemşirelik bakımın etkinliği kadar iletişimin de önemi oldukça büyüktür. Özellikle entübe olan hastalar, kendilerine bakım verici olarak bulunan hemşirelerle iletişim kurmak isterler. Hasta ve hemşire arasında etkili bir iletişimin olması durumunda bakımın kalitesinin arttığı belirtilmektedir (Aktaş & Baysan, 2016). Ayrıca yoğun bakım ünitesinde hastaların iyileşme sürecinde, hastaların bakımını üstlenen hemşirelerle iyi bir iletişim içinde olması ve hastanın kendini güvende hissetmesi, yapılacak olan bütün işlemleri kolaylaştırıcı etki sağlamaktadır (Yaya & Koyuncu, 2006). Hastamızda hasta ve hemşire ile iletişimi üst düzeyde tutulmuştur ve bilinç açıldıktan sonra ve trakeostomi kapatılıp konuşmaya başlaması ile hastayla iletişim kuvvetlenmiş ve bakımlarında hastanın etkin rol alması sağlanmıştır.

Yeterli sayıda sağlık personelinin olması, hastanın yoğun bakımda kalış süresi ve mekanik ventilasyonda bulunma durumunu azalttığı belirtilmiştir (Kapucu & Özden, 2014). Hastamızın bulunduğu yoğun bakım ünitesi 3.basamak bir yoğun bakım olduğu için hemşire başına en fazla 2 hasta düşecek şekilde hasta-hemşire oranı sağlanmış, hastalarda meydana gelebilecek komplikasyonların önüne geçilmeye çalışılmıştır.

Taburculuk gereksinimi, yoğun bakıma kabulü olan hastalarda karmaşık bir süreçtir (Çelik, 2007). Hastanın genel durumu stabil olduğunda ve hastane koşulları uygunsa servise kabulü sırasında var olan bütün sorunlara çözüm bulunduğu ve daha fazla yoğun bakımda takip edilmesine gerek kalmadığında, mekanik ventilasyona gereksinim duyulmadığında taburcu olacak öncelikle orta düzeyde bir yoğun bakım ünitesine taburculuğu sağlanmalıdır. Yoğun bakımda asıl amaç nörolojik ve sistemik komplikasyonları önlemek olmasına karşın bazı hastalar bakım hastası olabilmektedir (Göçmen ve ark., 2012). Çalışmamızdaki, hastamızda oluşabilecek birçok komplikasyonları önlenmiş, hastanın hastalığa karşı verdiği optimum iyilik hali sağlanmıştır. Fakat hastamız bakım hastası olması engellenememiştir.

SONUÇ

Hastanın 84 günlük yoğun bakım süreci boyunca hastaya; “akut ağrı”, “düşme riski”, “aspirasyon riski”, “hipertermi”, “enfeksiyon riski”, “deri bütünlüğünde bozulma riski”, “elektrolit dengesizliği riski”, “konstipasyon riski”, “etkisiz solunum örüntüsü”, “kanama riski”, “öz bakım eksikliği”, “uyku örüntüsünde bozulma” hemşirelik tanıları konulmuş ve hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Hastaya uygulanan bireysel ve etkili hemşirelik bakımı sonucunda hastanın hastalığa karşı optimum iyilik hali sağlanmış bir biçimde palyatif bakıma sevki sağlanmıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Yazar Katkı Oranları

Çalışmanın Tasarlanması (Design of Study): OT(%50), SKS(%50)

Veri Toplanması (Data Acquisition): OT(%100)

Veri Analizi (Data Analysis): OT(%60), SKS(%40)

Makalenin Yazımı (Writing Up): OT(%70), SKS(%30)

Makale Gönderimi ve Revizyonu (Submission and Revision): OT(%60), SKS(%40)

Eleştirel İnceleme (Critical Review): SKS(%100)

KAYNAKLAR

- Acaroğlu, R., (EDS). (2020). *NANDA International Inc. Hemşirelik Tanıları: Tanımlar & Sınıflandırma 2018-2020*. (11. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Aktaş, Y., & Baysan Arabacı, L. (2016). Yoğun bakımda hasta ve ailesiyle iletişim. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(3), 39-43.
- Çakmakçı, H., & Yıldız, S., & Bektemür, G., & Demir M. (2016). Olgu sunumu: Uzun süreli yatışlarda hemşirelik bakımı. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 1(3), 244-250
- Çelik, S. (2007). Yoğun bakım ünitesinde hasta kabul ve taburculuk kriterleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11, 96-101.
- Ergül, Ş., & Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve manevi bakım. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8, 37-45.
- Erişen, M., & Karaca Sivrikaya, S. (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 184-190.
- Göçmen, S., & Öcal, S., & Atabey, C., & Acar, F., & Timurkaynak, E. (2012). Nöroşirürji yoğun bakımında 6 aydan uzun hospitalize edilen olguların deskriptif çalışması. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 22, 92-9.
- Kapucu, S., & Özden, G. (2014). Ventilator ilişkili pnömoni ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 99-110.
- Karakoç Kumsar, A., & Taşkın Yılmaz, F. (2013). Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10, 56-60.
- Kölgeliler, S., & Küçük, A., & Aktuę Demir, N., & Özçimen, S., & Saltuk Demir, L. (2012). Yoğun bakımlardaki hastane enfeksiyonları: Etiyoloji ve predispozan faktörler. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 2, 1-5.

- World Health Organization. (2014). Mental health, Preventing suicide: A global imperative. Eriřim tarihi 04.07.2020, https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Yaya, A., & Koyuncu, A. (2006). Entübe hastalar ile iletişim deneyimlerimiz: Olgu. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48, 175-9.
- Yıldırım, M. B., & Sivri, S. (2015). Ası olgularının adli-tıbbi açıdan incelenmesi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 6 (4), 400-405.
- TUIK (2019) Ölüm İstatistikleri, 2018, Sayı: 30701.