

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi

TÜRK YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ YAYIN ORGANI
(JOURNAL OF THE TURKISH SOCIETY OF CRITICAL CARE NURSE)



Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi Index Copernicus'da ve Türkiye Atıf Dizini'nde indekslenmektedir /
Indexed in Index Copernicus and Türkiye Citation Index

YIL (YEAR) 18 CİLT (VOLUME) 18 SAYI (NUMBER) 1

HAZİRAN (JUNE) 2014

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ

TÜRK YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİ DERNEĞİ YAYIN ORGANI
JOURNAL OF THE CRITICAL CARE NURSES SOCIETY

ALTI AYDA BİR YAYINLANIR / ISSUED TWO TIMES A YEAR

Cilt 18, Sayı 1, Haziran 2014

ISSN 1302-0498
Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi

**Türk Yoğun Bakım Hemşireleri
Derneği Adına
Sahibi**

(Owner on behalf of the
Critical Care Nurses Society)
Yasemin Akbal Ergün

Yazı İşleri Müdürü
(Publishing Manager)
Berin İnal Tunalı

Web
www.tybfd.org.tr

Yönetim Yeri Adresi
(Corresponding Address)

İnönü Cad. Işık Apt. No.53 Kat.4
Gümüşsuyu/İstanbul
Tel: 0212 292 92 70

e-posta: yugunbakimhemsireligi@gmail.com

web: www.tybfd.org.tr

Yayın Türü: Süreli Yayın

Yayına Hazırlanmış Yer
(Subediting Service)

Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık Turizm Eğitim
İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.

Yönetim Yeri: Türkocağı Cad. No:30 06520

Balgat/Ankara/Türkiye

Tel : 0 312 286 56 56

Faks : 0 312 220 04 70

e-posta : info@turkiyeklinikleri.com

web : www.turkiyeklinikleri.com

Online Yayın Tarihi: 07.10.2015

Editör (Editor)

Besey Ören, Yrd. Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Yardımcı Editörler (Associate Editors)

Duygu Sönmez Düzükaya, Dr.
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul
Banu Terzi, Yrd. Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul

Bilimsel Danışma Kurulu (Scientific Review Board)

Asiye Durmaz Akyol, Prof. Dr.
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir
Neriman Akyolcu, Prof. Dr.
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
Özgür Alparslan, Doç. Dr.
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tokat Sağlık Yüksekokulu, Tokat
Fatma Eti Aslan, Prof. Dr.
Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Aysel Badr, Doç. Dr.
Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İstanbul
Serap Balci, Yrd. Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
Dilek Beytut, Yrd. Doç. Dr.
İzmir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İzmir
Gülçin Bozkurt, Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Sevim Çelik, Doç. Dr.
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Zonguldak
Fatma Demir, Doç. Dr.
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir
Akline Diçle, Yrd. Doç. Dr.
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Zehra Durma, Prof. Dr.
Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Duygu Sönmez Düzükaya, Dr.
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul
Nuray Ene, Prof. Dr.
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
Yasemin Akbal Ergün, Yrd. Doç. Dr.
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Özgül Erol, Doç. Dr.
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Edirne
Asiye Gül, Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Emine İyigün, Doç. Dr.
GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara
Ayfer Karadokuyan, Prof. Dr.
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir
Gülbahar Keskin, Yrd. Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Meral Madenoğlu Kıvınc, Yrd. Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Emine Kol, Yrd. Doç. Dr.
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya
Sakine Memiş, Doç. Dr.
Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksek Okulu, Aydın
Özlem Akman Mert, Yrd. Doç. Dr.
Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Mukadder Mollaoğlu, Prof. Dr.
Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas
Nermin Olgun, Prof. Dr.
Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Besey Ören, Yrd. Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Neslihan Keser Özcan, Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Nadiye Özer, Doç. Dr.
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum
Hatice Tel, Prof. Dr.
Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas
Banu Terzi, Yrd. Doç. Dr.
Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya
Emine Türkmen, Yrd. Doç. Dr.
Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İstanbul
Esra Uğur, Yrd. Doç. Dr.
Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Esin Uslusoy, Yrd. Doç. Dr.
Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Isparta
Gülzade Uysal, Yrd. Doç. Dr.
Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Hülya Üstündağ, Yrd. Doç. Dr.
İstanbul Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul
Hayat Yalın, Yrd. Doç. Dr.
Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
Hicran Yıldız, Doç. Dr.
Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Bursa
Birsen Yürügen, Prof. Dr.
Okan Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul
Neriman Zengin, Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

İÇİNDEKİLER

Editörden	iv
Yazarlara Bilgi.....	v

ARAŞTIRMA

Travmatik Beyin Yaralanması Sonrasında Gelişen Kişilik ve Davranış Değişikliklerinin Belirlenmesi

Determination of Personality and Behavioural Changes in Traumatic Brain Injury

Tuba ŞENGÜL, Deniz ŞELİMEN1

Türkiye’de Beyin Ölümü Tanısına Güven Sorunu ve Organ Bağışına Yansımaları

An Issue of Trust for Diagnosis of Brain Death and its Effects on Organ Donation in Turkey

Selma TEPEHAN, İmdat ELMAS8

DERLEME

Yoğun Bakım Ünitesinde Ağrı ve Hemşirenin Rolü

Pain in Intensive Care Unit and the Role of the Nurse

Vildan CIRIK, Emine EFE15

Böbrek Nakli Sonrası Bireylerde Görülen Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı

Psychosocial Problems in Kidney Transplanted Individuals and Nursing Approaches

Zeliha YAMAN, Mualla YILMAZ22

OLGU SUNUMU

Mekanik Ventilasyonda Olan Hastalarla İletişim: Olgu Sunumları

Communication with Patients on Mechanical Ventilation: Case Reports

Nesrin NURAL, Semiha ALKAN29

Kronik Böbrek Hastalığı Olan Sepsisli Bir Olgunun Bakım Yönetimi

Management of a Case with Chronic Renal Disease Developing Sepsis

Gonca DEVECİ, Mukadder MOLLAOĞLU35

Değerli meslektaşlarım,

Bildiğiniz üzere dernek yönetim kurulumuz genel kurul sonrasında değişmiştir. Bir önceki dönemde yönetim kurulunda görev yapmış olan tüm meslektaşlarımıza teşekkür eder bundan sonraki meslek yaşamlarında başarılar dileriz. Yeni dönemde dergi editörlerimizde bazı değişiklikler yaptık. Derginin daha önceki sayılarının hazırlanmasında yazılarıyla bizleri destekleyen yazarlarımıza, dergi editörleri ile bilimsel kurulda görev yapmış olan hakem kurulumuzdaki tüm hocalarımıza sonsuz teşekkürlerimizi iletmek isteriz. Yeni editör kadromuz ile çıkaracağımız ilk sayının heyecanını sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz. Ancak üzülerek belirtmek isterim ki dergimiz hâlâ eksik sayılarla çıkmaktadır. Yılda iki kez yayınladığımız dergimizin 2015 yılı sayılarını tamamlayabilmemiz için hâlen eksik 4 sayımız bulunmaktadır. Sayılarımızı bir an önce yetiştirmek ve dergimizi zamanında çıkarabilmek için yoğun bakım hemşireliği alanında çalışan meslektaşlarımızın yazıları ile bizi destekleyeceğine inanıyoruz.

Dergimizin yeni sayısında yoğun bakım hemşireliği bilgi birikimine katkısı olacak, yoğun bakım hemşireliği ile ilgili mesleki bakış açımızı güçlendirecek makale ve olgular eşliğinde işlenmiş konular yer almaktadır. Bu sayıda; böbrek nakli sonrası psikososyal sorunlar, beyin ölümüne güven ve organ bağışına yansımaları, yoğun bakım hastasında ağrı yönetimi, mekanik ventilasyonda olan hastalarla iletişim ve kronik böbrek hastalığında sepsis konuları irdelendi.

Bildiğiniz üzere 11. Dünya Yoğun Bakım Hemşireleri Kongresi ve 6. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireleri Kongremizi, 12-15 Kasım 2014'de Antalya'da gerçekleştirmiştik. İki yılda bir düzenlediğimiz ulusal kongremizin yedincisini Kıbrısta Mart 2016 tarihinde gerçekleştirmeyi planlıyoruz. Kongre hazırlıkları hızla devam etmektedir. Ayrıca 1 Ekim 2015 tarihinde İstanbul'da gerçekleştirdiğimiz Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumunun çok başarılı geçtiğini ve yoğun bakımda çalışan meslektaşlarımız tarafından yoğun ilgiyle karşılandığını sizlerle paylaşmaktan mutluyuz. Kongremizde yeniden birlikte olmak ve hem bilimsel hem de sosyal paylaşımlarda bulunmak için heyecanlıyız.

Son olarak Dünya Yoğun Bakım Hemşireleri Federasyonu (WFCCN), Avrupa Yoğun Bakım Hemşireleri Federasyonu (EfCCNa) ve ulusal birçok mesleki dal derneği ile de iletişimimizin devam ettiğini duyurmak isterim. "12th Congress of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine-WFSICCM Seoul 2015 Congress" kongresine Türkiye'den federasyon toplantısına ve kongreye derneğimiz adına temsilcilerin katıldığını duyurmaktan mutluyuz.

İstanbul'da Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumunda ve Kıbrıs'ta 7. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongremizde görüşmek dileğiyle sevgi ve saygılarımı sunarım.

Yrd.Doç.Dr. Besey ÖREN

YAZARLARA BİLGİ

KONU VE YAZILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin yayın organıdır. Yılda iki sayı yayınlanır. Yazı dili Türkçe'dir. Ülke dışından gönderilen İngilizce yazılar yayınlanabilir.

Dergi, klinik ve deneysel araştırma makalelerini, olgu sunumlarını, kişisel klinik ve teknik deneyimleri içeren katkıları, çalışma sonuçlarını içeren kısa bildirileri, yayın tanıtımlarını, yerli ve yabancı makale özetlerini (izinli), çevirileri (izinli), uzmanlık tezlerinin özet ve sonuç bölümlerini, konferans, kongre ve toplantılarda sunulmuş, ancak tamamı yayınlanmamış bildirileri, editöre mektupları ve bilimsel toplantı duyurularını yayınlar.

Herhangi bir yazının yayınlanması, dergi ve Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin bu yazının görüşlerine katıldığı anlamına gelmez. Benzer şekilde, her tür ticari ürün veya hizmet tanıtım ve reklamın dergide yayınlanması, bu ürün veya hizmetlerin desteklenmediğini göstermez.

Yazıların bilimsel sorumluluğu yazar(lar)a aittir.

COPYRIGHT VE YAZILARIN TESLİMİ

Bir yazının dergide yayınlanabilmesi için daha önce başka bir yerde yayınlanmamış olması gerekir. Gönderilen yazı daha önce sözlü olarak sunulmuş ise, bu durum, sunulduğu yer ve tarihiyle birlikte yazının başlık sayfasında belirtilmelidir. Dergiyazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış makaleler, tüm yazarlar tarafından imzalanmış, aşağıda örneği verilen üst yazı ile birlikte derginin yazışma adresine ulaştırılmalıdır. Üst yazı örneği aşağıda verilmiştir:

"Aşağıda imzası olan yazar/yazarlar başlıklı makalenin ve ilgili şekillerin tüm telif haklarını makalenin dergiye gönderilmesinden itibaren Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi'ne devreder/devrederler. Makalenin orijinal olduğunu, başvuru anında başka bir dergitarafından değerlendirilme durumunda olmadığını ve daha önce yayınlanmadığını, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi'nde yayınlandığı andan itibaren Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi'nden izin almaksızın çalışmayı başka bir dilde ya da yerde yayınlamayacaklarını garanti eder/ederler. Makalenin son şekli yazar/tüm yazarlar tarafından okunmuş ve onaylanmıştır.

Yayınlanan yazı ve resimler derginin malı olur. Dergiden alıntı yapmak ya da dergide yayınlanmış herhangi bir malzemeyi kullanmak isteyen tıbbi dergilerin ve kitapların yazılı izin alması ve dergiyi kaynak olarak belirtmesi gerekir.

YAZILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ SÜRECİ

Gönderilen yazı dergiye ulaştıktan sonra, makale hazırlanış şekli açısından bir ön incelemeye alınır. Yazı teslim koşullarının yetersiz bulunması halinde, yazının Danışma Kurulu incelemesine sunulmadan önce yazar(lar) dan bazı düzeltmelerin yapılması istenir. Şekil açısından uygun bulunan makaleler hakem değerlendirmesine sunulur. Hakemlerin değerlendirme sonucu yazara gönderilir. Kabul edilen

yazıların dizgi aşamasında, yazılar editöryel düzeltmeye tabi tutulur. Editörler yazı biçiminde değişiklikler yapmak, yazılarından izin alarak kısaltma yapmak yetkisine sahiptir. Yazılar, yayınlanmadan önce dergide görünür haliyle yazara ya da sorumlu yazara gönderilir ve onay alınır.

YAZILARIN HAZIRLANMASI

Yazıların Türk Dil Kurumu'nun yazım kılavuzuna uygun olarak hazırlanması, dilimize yerleşmiş yabancı terimlerin Türkçe yazım kurallarına göre kullanılması gerekir.

Yazılar standart A4 beyaz kağıda iki satır aralıklı olarak yazılmış şekilde iki örnek halinde ve bilgisayar disketiyle (PC-Windows ya da MAC) birlikte teslim edilmelidir. Grafik, fotoğraf ve şekiller de iki örnek olmalıdır. Sayfa kenarlarında 2.5 cm boşluk bırakılmalı ve her bir sayfa başlık sayfasından itibaren numaralandırılmalıdır. Başlık sayfası dışında, metnin basılı olduğu sayfalarda yazar adı kullanılmamalıdır. Araştırma, çalışma ve derlemeler 15 (kaynaklar, şekil ve tablo sayfaları dahil) sayfayı aşmamalıdır.

YAZININ ORGANİZASYONU

Yazılar her biri ayrı sayfada başlayacak şekilde başlık sayfası, özet, metin, teşekkür, kaynaklar, tablolar ve şekiller bölümlerini içerir.

Başlık sayfası: Başlık sayfasında sırasıyla yazının başlığı, yazarların açık ad ve soyadları, ünvanları, çalıştığı ya da araştırmanın yapıldığı kurumlar, yazışma yapılacak yazarın adresi, telefon, faksı, varsa e-posta adresi, varsa çalışmanın daha önce sunulmuş olduğu kongre bulunur. Birçok indeksleme sistemleri başlık ifadelerine dayandığından başlık dikkatle seçilmelive makaleiçeriğini en iyi şekilde yansıtmalıdır.

Özet: Amacı okuyuculara ve özet içeren tarama sistemlerine kolaylık sağlamaktır. Bu nedenle özet metni Türkçe ve İngilizce olarak ve özenle hazırlanmalıdır. İngilizce özetin başına makalenin İngilizce başlığının eklenmesi unutulmamalıdır. Her iki dildeki özet de 250 sözcük sınırını aşmamalıdır. Her türlü çalışma özetleri aşağıdaki dört başlıklandırma kullanılarak hazırlanmalıdır: Amaç (Objectives), Çalışma planı (Study Design), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Olgu ve derleme özetleri başlıklandırma olmaksızın tek bir paragraf halinde hazırlanmalıdır.

Metin: Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma bölümlerinden oluşur. İnceleme yazılarında bu başlıklandırma zorunlu değildir.

Giriş bölümü konuyu birkaç cümleyle tanımlamalı ve okuyucuya konu üzerinde yapılan en yeni çalışmalarını tanıtmalıdır.

Gereç ve Yöntem bölümünde olgular üzerine açık ve kısa tanımlar sunulmalı; kullanılan araç ve yöntemler belirtmelidir. Başvurulan istatistiksel analiz yöntem(ler)i de bildirilmelidir.

Bulgular bölümü çalışmanın sonuçlarını vermemelidir. Veriler mümkün olduğunca net, tercihen tablo ya da şekil içinde su-

nulmalıdır. Tabloların çok hacimli olmasından ve dergi sayfa sınırlarını aşmasından kaçınılmalıdır.

Tartışma bölümünde bulgulardan çıkarılan sonuçlar ele alınmalı; bulgular yalnızca ilişkili literatür ışığında tartışılmalıdır.

İnceleme ve derleme yazılarında başlıklandırma ve bölümler yazarın uygun gördüğü şekilde yapılabilir.

KAYNAKLAR

Kaynakların doğru ve tam yazılmasının sorumluluğu yazar(lar) a aittir. Kaynak yazımında "Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals" (Ann Intern Med 1997;126:36-47) adlı kılavuzun en son güncellenmiş şekline uyulmalıdır. Kaynaklar ayrı bir sayfaya çift satır aralıklı yazılmalı ve yazıda gösterildiği sıraya göre numaralandırılmalıdır. Yalnızca yayınlanmış ya da yayınlanması kabul edilmiş çalışmalar kaynak olarak bildirilebilir. Kongre bildirimleri için basılı kaynak gösterilmesi zorunludur. Dergi adları Index Medicus'a uygun şekilde kısaltılmalıdır. Altı ya da daha az sayıda olduğunda tüm yazarlar verilmeli, altıdan fazla yazar durumunda, altıncı yazarın arkasından "et al." ya da "ve ark." eklenmelidir. Kaynakların dizilme şekli ve notalamalar için aşağıdaki örnekler kullanılmalıdır:

Dergi:

Simko LC, Walker JH. Preoperative antioxidant and allopurinol therapy for reducing reperfusion-induced injury in patients undergoing cardiothoracic surgery. Crit Care Nurse 1996;16:69-73.

Kitap:

Chung EK. Pocket guide to ECG diagnosis. 1st ed. Cambridge: Blackwell Science; 1996.

Kitaptan bölüm:

Alexander RW, Pratt CM, Roberts R. Diagnosis and management of patients with acute myocardial infarction. In: Alexander RW, Schlant RC, Fuster V, editors. Hurst's the heart. 9th ed. St. Louis: McGraw Hill; 1998. p. 1345-8.

Dergide yayınlanacak çalışmalarda kullanılacak literatürlerin doğru yazımının kontrolü açısından, yazı değerlendirilmesinin her bir aşamasında yazar(lar)dan belirli literatürlerin ilk ve son sayfa fotokopileri istenebilir. Bu istek yazar(lar)ca karşılanana kadar yazının yayınlanması bekletilir.

TABLO VE ŞEKİLLER

Resim ve çizimlerin orijinal olmaları gerekir. Başka bir yayın içinde kullanılmış bulunan şekil ve grafiklerin dergide yayınlanabilmesi için, yazarlar dergiye yazı gönderiminden önce gerekli izni almalı ve izin alındığını gösterir belgeyi yazıyla birlikte dergiye göndermelidir.

Yazı içinde kullanılan tüm fotoğraf, grafik ve elle çizilen şekiller "Şekil" olarak adlandırılır. Resimler parlak fotoğraf kağıdına net olarak basılmalıdır. Orijinali siyah-beyaz olan fotoğrafların renkli filme çekilip basılmasından kaçınılmalıdır.

Kişinin kimliğinin anlaşılabilceği resimlerde, hastanın ya da kanuni temsilcisinin imzalı onayı gönderilen yazıya eklenmeli; aksi halde sözkonusu kişi ya da kişilerin isimleri ya da gözleri bantla kapatılmalıdır.

Yazılarda fotoğrafların renkli yayınlanmasını isteyen yazarlardan maliyete katılmaları ve dia göndermeleri istenebilir.

Şekil ve grafikler beyaz kuşe kağıda çizilmeli, sıra ile numaralanmalı ve ayrı kağıtlarda gönderilmelidir.

Resimlerin arkasında yazar adı belirtilmemeli; yazı adı, şekil numarası ve şeklin üst kenarını gösteren bir ok bulunan bir etiket yapıştırılmalıdır.

Tablo, şekil ve grafiklerin yazıda nerede geçtiği belirtilmelidir. Tablo başlıkları dışında, şekil alt yazılarının tümü ayrı bir sayfaya birlikte yazılmalı ve metne eklenmelidir. Tablo başlıkları anlaşılır şekilde ve tablonun üzerine yazılmalıdır. Tablolardaki veriler yazı içinde ya da şekillerde tekrarlanmamalıdır.

BİLGİLENDİREREK ONAY ALMA/ ETİK

İnsanlar üzerinde yapılan çalışmaların sonuçlarını bildiren yazılarda, bu çalışmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanacak prosedür(lerin) özelliği tümüyle anlatıldıktan sonra, kendilerinin bilgilendirilip onaylarının alındığını gösteren bir cümle bulunmalıdır. Yazarlar, bu tür bir çalışma sözkonusu olduğunda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen ve 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve daha sonra yayınlanan diğer yönetmelik ve yazılarda belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve kurumdan aldıkları Etik Komitesi onayını göndermelidir.

Yazılar, şekil ve resimler dahil üç takım halinde aşağıdaki adrese gönderilmelidir:

YAYINA HAZIRLANDIĞI YER

Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık Turizm Eğitim İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.

Yönetim Yeri:

Türkocağı Cad. No:30 06520 Balgat/Ankara/Türkiye

Tel : 0 312 286 56 56

Faks : 0 312 220 04 70

e-posta : info@turkiyeklinikleri.com

web : www.turkiyeklinikleri.com

GEREKENLERİN KONTROLÜ

(i) Yazı ve şekiller üç kopya, bilgisayar disketi ile birlikte gönderilecek. (ii) Yazının bütün bölümleri iki satır aralıklı basılacak. (iii) İngilizce ve Türkçe özetler eklenecek. (iv) Bir yazarın tam adresi, telefon, faks numaraları, varsa e-posta adresi bildirilecek. (v) Tüm yazarlarca imzalanmış bir açıklama eklenecek.

Travmatik Beyin Yaralanması Sonrasında Gelişen Kişilik ve Davranış Değişikliklerinin Belirlenmesi

Determination of Personality and Behavioural Changes in Traumatic Brain Injury

Tuba ŞENGÜL,^a
Deniz ŞELİMEN^b

^aKoç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu,
^bLefke Avrupa Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu Müdürü,
KKTC

Geliş Tarihi/Received: 08.04.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 01.08.2015

Bu çalışma 27. Türk Nöroşirürji Hemşireliği Kongresi (3-7 Nisan 2014, Antalya)'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:

Tuba ŞENGÜL
Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu,
İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
tsengul@ku.edu.tr

ÖZET Amaç: Araştırma; travmatik beyin yaralanması geçiren hastalarda oluşan kişilik ve davranış değişikliklerinin incelenmesi amacı ile yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nöroşirürji Kliniği'ne 1 Nisan 2006-30 Temmuz 2007 tarihleri arasında, travmatik beyin yaralanması (TBY) tanısıyla tedavi gören hastalar (n=90) çalışma kapsamına alınmıştır. Hastaların Glasgow Koma Skalası (GKS) 13 ve üstü ve yaşları ise 15 ve üstüdür. Verilerin toplanmasında; Tanıtıcı Özellikler Formu, Standardize Mini Mental Test (SMMT) ve Cloninger'in Mizaç ve Karakter Envanteri (CMKE) kullanılmıştır. SMMT ve CMKE'yi hastalara üç ay aralıklı olmak üzere iki kez uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdeler hesapları ile t testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmanın sonucunda; TBY geçiren hastaların bilişsel durumlarını değerlendirmek amacıyla uygulanan SMMT'nin sonuçları travma sonrası ve travmadan üç ay sonrasında değerlendirildiğinde normal sınırlar içinde bulunmuştur. TBY geçiren hastalara uygulanan CMKE'nin sonuçları travma sonrası ve travmadan 3 ay sonrası ve ameliyat geçirme durumuna ve travma lokalizasyonuna göre değerlendirildiğinde normal sınırların altında olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0.05). **Sonuç:** Bu sonuçlar doğrultusunda TBY geçiren hastalarda bilişsel, emosyonel ve psikiyatrik bozuklukların gelişebileceği dikkate alınarak hemşirelik bakımı planlanmalı ve bu hastaların rutin değerlendirmelerinde uygun testler kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Travmatik beyin yaralanması, kişilik ve davranış değişiklikleri, hemşirelik bakımı

ABSTRACT Objective: The aim of this study is to investigate the early diagnosis on the personality and behavioural changes among the patients with traumatic brain injury (TBI). **Material and Methods:** The study ninety patients with TBI, admitted to the Gülhane Military Medical Academy Haydarpaşa Training Hospital, Department of Neurosurgery, in 1 April 2006 and 30 July 2007. All patients had Glasgow Coma Scale points higher than 13 and all patients were older than 15 years old. Data were collected using patient demographic survey, Standardized Mini Mental Test (SMMT), and Cloninger's Temperament and Character Inventory (CTCI) at baseline in addition the SMMT and CTCI were collected three months later. Descriptive statistics were used to analyse demographic data and t test was used to compare the pre- and post-test. **Results:** The research considered that the results of the SMMT, which were used to evaluate the cognitive situations of the patients with TBI, have been found within the normal value, when they are evaluated right after the trauma and three months later. The results of the CTCI, were evaluated right after the trauma and 3 months later and according to the patients surgical intervention and trauma localization and they are found below the normal value and statistically significant. **Conclusion:** The study suggest that the nursing care plan should take into consideration that the patients with TBI could develop cognitive, emotional and psychiatric problems. The nursing care plan should include SMMT, CTCI and other appropriate tests in the routine evaluations of the patients.

Key Words: Traumatic brain injury, personality and behavior changes, nursing care

Travmatik beyin yaralanması (TBY), saçlı deri, kafatası ya da beynin travmaya uğraması veya yaralanmasıyla sonuçlanan geniş bir sınıflandırmayı içerir.¹ Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl 1.5 milyon sayıda kişi kafa travmaları nedeniyle acil servise başvurmakta ve ortalama 52.000 kişi de hayatını kaybetmektedir. ABD’de genel nüfusun %2’si TBY sonrası fiziksel ve psikososyal güçlükler yaşamaktadır. TBY’ye yol açan kazalar arasında taşıt ve yaya kazaları, düşme, spor kazaları, saldırılar yer almaktadır. Türkiye’de en çok ölümler ve sakatlanmalar taşıt kazalarında görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu 2013 verilerine göre, meydana gelen 161.306 trafik kazası sonucunda 3685 kişi hayatını kaybederken 274.829 kişi yaralanmıştır.²

TBY sonrası yaralanmalarda travmanın lokalizasyonu ve beyin hasarının şiddetine göre çeşitli sorunlar ortaya çıkabilmektedir.³ Bu sorunlar; davranışsal, psikososyal ve kişilik değişiklikleri olarak erken ve geç dönemde görülebilmektedir.⁴⁻⁸ TBY sonrası meydana gelen kişilik değişiklikleri, hastaların önceki kişisel profilinde değişme gösteren kalıcı kişilik bozukluğu olarak tanımlanır ve bu durum beyin travması sonucu gelişen patofizyolojik değişikliklere bağlanır. Bu hastaların huzursuz, çocuksu, düşüncesiz, kaprisli, sinirli ve saldırgan oldukları, öngörülerini kaybederek, davranışlarının sonuçları hakkında yanlış karar verdikleri tespit edilmiştir.^{4,9-15}

Maryland Enstitüsü Acil Servis Travma Merkezi’ne başvuran 66 travmatik beyin hasarlı hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, travmadan bir ay sonrasında 17 hastada majör depresyon, iki hastada da minör depresyon geliştiği saptanmıştır.⁴ Jorge ve Robinson’un yapmış oldukları bir çalışmada da frontal lob hasarlı hastalarda majör depresyon geliştiği tespit edilmiştir.¹⁴ Kapalı kafa travması sonrası 20 hastada manik sendrom geliştiği belirtilmektedir. Depresif bozukluklarda olduğu gibi, mani de travmatik beyin hasarının doğrudan sonucu olarak düşünülmektedir. Hastaların birçoğunda duygu durumunda coşku, öforik davranışlar ve huzursuzluk geliştiği görülmüştür.⁴⁻¹⁷

TBY’li hastalarda en sık görülen komplikasyonlardan biri de anksiyete bozukluğudur. Anksi-

yete bozukluğu olan hastalarda travmatik olayın ani hatırlanmaları, uykuya dalma ya da sürdürmede güçlük, huzursuzluk, sosyal aktivitelere karşı ilgisizlik, düşünme güçlüğü, patolojik endişelenme, obsesif- kompulsif davranışlar gibi durumlarla ortaya çıkmaktadır.⁴⁻¹⁸ Literatürde, psikiyatrik komplikasyonların hastaların rehabilitasyona katılma çabalarını ve iyileşme döneminin erken safhasında sosyal etkileşimlerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir ve psikiyatrik komplikasyonlar sonlansa bile hastaların bu erken kayıpları düzeltemedikleri tespit edilmiştir.¹⁹ Bu ve buna benzer istenmeyen komplikasyonların gelişmesi; hastaların tedavi ve bakım maliyetinin artmasına, uygulanan bakımın kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir.^{5-7,16-19}

TBY’nin erken döneminde oryantasyon bozukluğu, konfüzyon ve amnezi gelişirken uzun dönemdeki sekellerinden biri bilişsel bozukluklardır. Harold Levin ve Felicia Goldstein kontrol grubu ile TBY geçiren hastaları karşılaştırarak yapmış oldukları araştırmada, travma sonrasında hastaların kelimeleri anlamlı ve uygun olarak kullanamadıklarını tespit etmişlerdir.⁴ TBY sonrası hastaların birçoğunda deliryum gözlenmektedir veya bu durum deliryum gelişmesine katkıda bulunabilmektedir. Oluşan beyin hasarı, serebral ödem, beyin hipoksisi, nöbetler, elektrolit dengesizliği, enfeksiyonlar deliryum tablosuna zemin hazırlamaktadır.¹⁵⁻¹⁹ TBY geçiren hastalarda dil becerisinin de etkilendiği tespit edilmiştir. Rehabilitasyon için başvuran travmatik beyin hasarlı hastaların %51’inde akıcı, %35’inde akıcı olmayan konuşma bozuklukları gelişirken, %14’ünde ise afazi geliştiği saptanmıştır.⁴ Bu bilgiler doğrultusunda TBY sonrası gelişen psikiyatrik komplikasyonların hastaların rehabilitasyona katılma çabalarını ve iyileşme döneminin erken safhasında sosyal etkileşimlerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir ve psikiyatrik komplikasyonlar sonlansa bile hastaların bu erken kayıpları düzeltemedikleri tespit edilmiştir.¹⁹

İlgili literatürden anlaşılacağı üzere, TBY sonrası hastalara yönelik hemşirelik bakımının uygun planlanması ve tedaviye olumlu katkı sağlaması amacıyla hastaların erken dönemde ve periyodik olarak 1-3-6 ay ve 1 yıl süre ile izlemleri önemlidir.

Ülkemizde bu konuda hemşirelik bakımına katkı sağlayacak bir çalışma bulunmadığından bu araştırma planlanmıştır.

AMAÇ

Bu araştırma, TBY geçiren hastalarda gelişebilecek davranış ve kişilik değişikliklerini erken dönemde tespit edebilmek amacı ile yapılmıştır ve travma sonrası hemşirelik bakımını planlamada mental testlerinde klinikte uygulanmasını sağlamak amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

ARAŞTIRMA SORULARI

1. TBY geçiren hastalarda bilişsel değişiklikler gelişiyor mu?
2. TBY geçiren hastalarda kişilik ve davranış değişikliği gelişiyor mu?
3. TBY geçiren hastalarda yaralanmanın lokalizasyonu kişilik ve davranış değişikliği var mı?
4. TBY sonrası ameliyat geçiren hastalarda kişilik ve davranış değişikliği gelişiyor mu?

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE YAPILDIĞI YER

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılan bu araştırma, Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nöroşirurji Kliniği ve Yoğun Bakım Ünitesinde yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nöroşirurji Kliniği ve Yoğun Bakım Ünitesi'nde 2005–2006 yılları arasında Klinik ve Yoğun Bakımda tedavi edilen hastalar oluşturmuştur (n=250). Bu bilgiler doğrultusunda çalışmanın örneklem büyüklüğünü %95 güven aralığı dikkate alınarak 15 yaş ve üstü kadın ve erkek, GKS 13 ve üstü olan, alkol ve madde bağımlılığı olmayan, daha önceden geçirilmiş veya mevcut ruhsal hastalıkları olmayan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 90 hasta oluşturmuştur.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında 'Tanıtıcı Özellikler Formu', 'SMMT' ve 'CMKE' testleri kullanılmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle doldurulmuştur.

TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

Travma geçiren hastanın kliniğe kabul sürecinden, GKS'nin en az 13 olarak değerlendirilmesinden sonra hastalara araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Anket formundaki sorular, hastaların demografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve sosyoekonomik düzeyi), bilinç durumunu (GKS değeri), travmayla (travmanın nedeni, lokalizasyonu, yaralanmanın tipi, travma sonrası operasyon geçirme durumu) ilgili bilgileri içeren toplam 20 sorudan oluşmuştur.

Standardize Mini Mental Test

Bu testin geçerlik ve güvenilirliği Güngen ve ark. tarafından yapılmıştır.²⁰ Test, hastanın kayıt hafızasını, dikkat ve hesap yeteneğini, hatırlama, oryantasyon ve lisan durumunu değerlendirmektedir.

Hastaların kayıt hafızasını değerlendirmek için hastalara birbiriyle ilgisi olmayan 3 kelime söylenerek bu kelimelerin tekrar edilmesi gerektiği söylenir. Ayrıca bu kelimelerin biraz sonra yeniden sorulacağı tembih edilir. Hastaların cevap vermeleri için 20 saniye kadar süre tanınır. Her söylenen doğru kelimeye 1 puan verilir. Kayıt hafızasını toplam skoru 3 puandır. Hastaların dikkat ve hesap yeteneğini değerlendirmek için hastalara 100'den geriye doğru 7 çıkartarak 5 defa sayı sayması istenir. Her söylenen doğru sayı için 1 puan verilir. Dikkat ve hesap yeteneğinin toplam skoru 5 puandır. Hastaların hatırlama yeteneğini değerlendirmek için kayıt hafızasını değerlendirmek amacıyla sorulan 3 kelimenin tekrar edilmesi istenir. Sırası önemli olmaksızın her doğru cevap için 1 puan verilir. Hatırlama yeteneğinin toplam skoru 3 puandır. Hastaların oryantasyon yeteneğini değerlendirmek için ise hastalara zamana ve mekana ait toplam 10 soru sorulur. Her doğru cevap için 1 puan verilir. Oryantasyon yeteneğinin toplam skoru 10 puandır. Hastaların lisan durumunu değerlendirmek amacı ile adlandırma, tekrarlama,

okuma, üç aşamalı komut, yazma ve yapılandırma bölümlerindeki sorular sorularak her doğru cevap için 1 puan verilir. Lisan durumunun toplam skoru 9 puandır. Bu testin uygulandığı hastaların eğitim düzeylerinin en az ilköğretim olması gerekir. Hastaların soruların anlaşılmadığını veya cevap vermek istemediğini belirttiği durumlarda test en fazla üç kez tekrar edilir. Zaman sınırlaması verilen sorularda, hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için hastalara süre tutulduğu bildirilmektedir. Test sonucu toplam 30 puan alınmaktadır. 15 ve altı ciddi sorun, 16-19 orta dereceli bozulma, 20-24 hafif bozulma ve 25-30 puan arası normal sınırlar olarak kabul edilmektedir.

Mizaç ve Karakter Envanteri

Araştırmada; Arkar ve ark. tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmış, Cloninger 'in Mizaç ve Karakter Envanteri (CMKE) uygulanmıştır.²¹ CMKE, 'Doğru' ya da 'Yanlış' şeklinde yanıtlanan, zaman sınırlandırılması yapılmadan uygulanan 240 soru içerir. Ayrıca CMKE; Yenilik Arayışı, Zarardan Kaçınma, Ödül Bağımlılığı ve Sebat Etme olmak üzere dört boyutlu bir mizaç ve Kendi Kendini Yönetme, İş Birliği Yapma ile Kendi Kendini Aşma olmak üzere üç boyutlu bir karakter tanımı içermektedir.

CMKE, 7 üst sıra ölçekten oluşmaktadır. Sebat Etme dışında tüm boyutlar, üç ve beş arasında alt ölçeklere ayrılmıştır. Mizaç boyutunda Yenilik Arayışı ve Zarardan Kaçınma 4 alt ölçeğe, Ödül Ağırlılığı 3 alt ölçeğe, karakter boyutunda ise Kendi Kendini Yönetme 5 alt ölçeğe, İş Birliği Yapma 5 alt ölçeğe Kendi Kendini Aşma 3 alt ölçeğe ayrılmıştır. Ölçekler alt ölçekler toplamından oluşmaktadır. Mizaç boyutu 12 alt sıra alt ölçekten oluşmuştur. Yenilik Arayışı 40 maddeden oluşmaktadır ve dürtüsellik, savurganlık, düzensizlik alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Zarardan Kaçınma, 35 maddeden oluşmaktadır ve beklenti endişesi, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme, çabuk yorulma ve dermansızlık alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ödül Bağımlılığı 24 maddeden oluşmaktadır ve duygusallık, bağlanma, bağımlılık alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Sebat etme, alt ölçeği olmayan tek mizaç ölçeğidir.

Karakter boyutu 13 alt sıra alt ölçekten oluşmaktadır. Kendini yönetme 44 maddeden oluşmaktadır ve sorumluluk alma, amaçlılık, beceriklilik, kendini kabullenme, uyumlu ikincil huylar alt ölçeklerinden oluşmaktadır. İş Birliği Yapma 42 maddeden oluşmaktadır ve sosyal onaylama, empati duyma, yardımseverlik, acıma, erdemlilik-vicdanlılık alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Kendi Kendini aşma 33 maddeden oluşmaktadır ve kendilik kaybı, kişiler ötesi özdeşim, manevi kabullenme alt ölçeklerinden oluşmaktadır. CMKE'de değerlendirilmesinde bazı maddeler tersine puanlanmaktadır. Bu maddelerin puanlanmasında yanlış seçeneğe işaretlenen maddeler 1 puan alır. Ayrıca ölçeğin içinde yer aldıkları halde puanlanmayan maddeler de mevcuttur (Madde 69, 75, 101, 111, 118, 134, 140, 170, 176, 190, 213, 230, 239, 240).

ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yapılabilmesi için Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan izin alınmıştır. Yoğun bakım ve klinik sorumlu hemşirelerine araştırma hakkında bilgi verilmiştir.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 13.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken, ikili karşılaştırmalarda ortalamalar arasındaki farkın anlamlılığının bulunması için t-testi (simple paired) kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık p<0.05 düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

TBY geçiren hastaların %65.6'sının (n=59) erkek, %51.1'inin (n=46) evli, %47.8'inin (n=43) Lise mezunu olduğu, travma nedenleri arasında %43.3'ünün (n=39) motorlu taşıt, %85.6'sının (n=77) GKS'si 16, %64'ünün (n=58) ameliyat olduğu ve %52.2'sinin (n=47) frontal lob hasarlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

TBY geçiren tüm hastaların bilişsel durumları belirleyen SMMT travma sonrası %28.31 (n=90) iken travmadan 3 ay sonrasında %30 (n=90) olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

TABLO 1: Travmatik beyin yaralanması geçiren hastaların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık durumları (n=90).

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	31	34.4
Erkek	59	65.6
Medeni durum		
Evlü	46	51.1
Bekar	44	48.9
Eğitim durumu		
İlköğretim	11	2.2
Lise	43	47.8
Üniversite	36	40.0
Travma nedenleri		
Motorlu taşıt kazası	39	43.3
Düşme	26	28.9
Glaskow koma skalası skoru		
GKS 13	2	2.2
14	11	12.2
16	77	85.6
Ameliyat olma durumu		
Ameliyat olan	58	64.4
Ameliyat olmayan	32	35.6
Travma lokalizasyonu		
Frontal Lob	n= 47	%52.2
Temporal Lob	n=19	%21.1

TABLO 2: Travmatik beyin yaralanması geçiren hastaların SMMT'nin travma sonrası ve travmadan 3 ay sonrasındaki farklılıkları (n=90).

SMMT	Travma sonrası	Travmadan 3 ay sonrası	p
SMMT	28.31	30	p<0.05

TABLO 3: CMKE 'nin alt ölçeklerinin travma sonrası ve travmadan 3 ay sonrasındaki farklılıkları (n=90).

Cloninger'in Mizaç ve Karakter Envanteri	Travma sonrası	Travmadan 3 ay sonrası	P
Yenilik Arayışı	28.19	27.18	p<0.05
Zarardan Kaçınma	23.62	25.34	p<0.05
Ödül Bağımlılığı	19.1	18.73	p<0.05
Sebat Etme	5.12	4.19	p<0.05
Kendi Kendini Yönetme	33.09	32.09	p<0.05
İş Birliği Yapma	33.87	33.07	p<0.05
Kendi Kendini Aşma	23.99	23.17	p<0.05

TBY geçiren tüm hastalara uygulanan CMKE'nin alt ölçeklerinden olan Yenilik Arayışı travma sonrası %28.19 (n=90) iken travmadan 3 ay sonrasında %27.18 (n=90) olarak düşük, Zarardan Kaçınma %23.62 (n=90) iken travmadan 3 ay sonrasında %25.34 (n=90) olarak yüksek, Ödül Bağımlılığı travma sonrası %19,1 (n=90) iken travmadan 3 ay sonrasında %18,73 (n=90) olarak düşük, Sebat Etme travma sonrası %5.12 (n=90) iken travmadan 3 ay sonrasında %4.19 (n=90) olarak düşük bulunmuştur. Kendi Kendini Yönetme travma sonrası %33.09 (n=90) iken travmadan 3 ay sonrasında %32.09 (n=90), İş Birliği Yapma travma sonrası %33.87 (n=90) iken travmadan 3 ay sonrasında %33.07 (n=90), Kendi Kendini Aşma travma sonrası %23.99 (n=90) iken travmadan 3 ay sonrasında %23.17 (n=90) olarak düşük bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Etyolojik faktörlere bağlı olarak, değişik klinik tablolara neden olan travmatik beyin yaralanması akut dönemde yaşamı tehdit etmekte, bu dönem atlatıldıktan sonra ise her kişi için farklı olabilen fiziksel, bilişsel ve psikososyal bozukluklarla sonlanmaktadır. TBY'ye bağlı olarak ortaya çıkan psikolojik sorunlar; hastanın sosyal yaşamını engellemekte, kazanımlarını azaltmakta, rehabilitasyon süresini uzatmakta ve tedavi maliyetini artırmaktadır.²² Bu nedenden dolayı hastaların yaşam sürecinde karşılaşılabilecek psikolojik sorunları tanıma, etyolojisini bilme ve bu komplikasyonları önlemenin ne denli önemli olduğu ortaya çıkmaktadır.

TBY geçiren hastaların bilişsel durumları travma sonrası ve travmadan 3 ay sonrasında karşılaştırıldığında; travma sonrası ve travmadan 3 ay sonrasında normal sınırlarda bulunmuştur. Hanks ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada; TBY geçiren hastaların, zihinsel esneklik, hafıza ve bilişsel durumlarında bozulma gibi sorunların gelişebilmesi için en az 1 yıllık bir sürenin geçmesi gerektiğinden bahsedilmektedir.^{17,18} Bu çalışma travmadan üç ay sonrasına ilişkin verileri içerdiğinden elde edilen sonuçlar literatür ile paralellik göstermemektedir.

TBY geçiren hastalara uygulanan Cloninger'in Mizaç ve Karakter Envanteri'nin sonuçları travma sonrası ve travmadan 3 ay sonrasında karşılaştırıldığında; Zarardan Kaçınma skoru yüksek, Yenilik Arayışı, Ödül Bağımlılığı, Sebat Etme, Kendi Kendini Yönetme, İş Birliği Yapma ve Kendi Kendini Aşma travma sonrası ve travmadan 3 ay sonrasında düşük olarak bulunmuştur. Tiersky ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada; TBY geçiren hastaların travmanın 1-3 ay sonrasında sosyal ve emosyonel durumlarının bozulduğu, kişilik ve davranış değişikliklerinin meydana geldiği belirtilmektedir.¹⁴ Literatürde ayrıca nörolojik düzelmelerin en çok ilk 6 ay içinde olduğunu ve bu sürenin 2 yıl veya daha fazla sürebileceği kabul edilmektedir. Bu problemlere ek olarak davranış bozuklukları, kontrol altına alınamayan dürtüsellik, depresyon, düşünce ve kişilik bozuklukları, cinsel problemler, maddenin (alkol ve uyuşturucu) kötü kullanımı en sık görülen sorunlar arasında yer almaktadır. Çalışma sonucumuz literatür ile paralellik göstermektedir.²²⁻²⁵

Literatürde CMKE'de Zarardan Kaçınma skorunun yüksek çıkması ve diğer alt ölçeklerin skorlarının düşük olması hastalarda emosyonel değişiklikler, sosyal davranış bozukluğu, mood değişiklikleri, davranışsal problemler, kişilik değişiklikleri, deliryum, amnezi, anksiyete, depresyon, sekonder mani, duygudurum bozukluklarının gelişebileceği belirtilmektedir.^{13,19,23-25} Çalışmamız da Zarardan Kaçınma skorunun yüksek çıkması ve diğer alt ölçeklerin skorlarının düşük olması hastalarda davranış ve kişilik değişikliklerinin gelişebileceğinden dolayı bu hastaların düzenli aralıklarla izlenmeleri önerilmektedir. Çalışma sonucumuz literatür ile paralellik göstermektedir.

SONUÇ

TBY sonrasında tedavinin tamamlanması sonucu özellikle kişilik ve davranış değişikliğinin gelişebilmesidir. Bu çalışma sonucunda TBY geçiren hastaların travma nedenleri karşılaştırıldığında; ilk sırada motorlu taşıt kazaları yer almakla beraber en çok travma lokalizasyonu olarak da frontal lob hasarlı olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda bilişsel durumları travma sonrası ve travmadan 3 ay sonrasında karşılaştırıldığında bir değişiklik göstermemekle beraber, davranış boyutunda uyumlu ve sakin kişilik yapısına sahip olan bireylerin travma sonrası aşırı heyecanlılık, sabırsızlık, aşırı duygusallık, kızgın davranış değişiklikleri, alkol bağımlılığı, yeme bozuklukları kişilik boyutunda ise anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, panik ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu gösterebileceği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; bu hastalarda oluşan kişilik ve davranış değişiklikleri hastaların hemşirelik bakımına özel ihtiyacı olduğunu düşündürmektedir. TBY geçiren hastaların nöroşirurjikal tedavilerinin yanı sıra psikiyatrik komplikasyonların da gelişebileceğinin düşünülmesi ve hastaların sosyal yaşantılarına döndükten sonra 1-3-6 ay veya 1 yıl süre ile izlenerek değerlendirilmesi önerilmektedir. TBY geçiren hastalara ve ailelerine gelişebilecek, psikolojik sorunlar hakkında eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, hasta eğitiminin kolay anlaşılabilirliği ve gerektiğinde hastanın başvurabileceği hasta eğitim kitapçıklarının hazırlanması, TBY geçiren hastalara ve ailelerine, psikolojik sorunların gelişmesi durumunda uygun rehabilitasyon programlarının düzenlenmesi önerilerde bulunulmuştur.

KAYNAKLAR

- Dewit SC, Kumagai CK. Neurologic system. In: Patterson J, ed. Medical Surgical Nursing. 2nd ed. ABD; 2013. p. 500.
- <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18510> erişim tarihi: 2015.
- <https://www.braintrauma.org/tbi-faqs/tbi-statistics/> erişim tarihi: 2015.
- Sadock CB, Sadock MD, Sadock AV. Lippincott Williams & Wilkins, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. 2005. p. 390-403.
- McQuillan AK. Traumatic brain injuries. Trauma Nursing; 2012. p. 1-5.
- Cumming JL, Trimble MR. Kafa travması ve sekelleri. Akdal G, Yener G, editörler. Nöropsikiyatri ve Davranış Nörolojisi. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2003. p.217-25.
- Beyazova M, Kutsal GY. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon El Kitabı. 1st ed. Ankara; 2003. p. 167-205.
- Jorge RE, Robinson RG, Moser D. Major depression following traumatic brain injury. In: editor. Arch Gen Psychiatry. (Supp61.) January, 2004. p. 42-50.
- Gustafsson M, Persson L, Amilon A. A qualitative study of coping in the early stage of acute traumatic hand injury. J Clin Nurs 2002;11(5):594-602.

10. Riche MJ, Moller MD. Wellness outcomes of trauma psychoeducation. Arch Psychiatr Nurs 2006;20(2):94-102.
11. Bay E, Hagerty BM, Willaims RA. Depressive symptomatology after mild-to- moderate traumatic brain injury a comprasion of three measues. Arch Psychiatr Nurs 2007;21(1):2-11.
12. Babikian T, Asarnow R. Neurocognitive Outcomes and Recovery After Pediatric TBI:Meta-Analytic Review of the Literature. Neuropsychology 2009;23(3):283-96.
13. Tiersky LA, Anselmi V, Johnston MV, Kurtyka J, Roosen E, Schwartz T, Deluca J. A trial of neuropsychologic rehabilitation in mild-spectrum traumatic brain injury. Arch Phys Med Rehabil 2005;86(8):1565-74.
14. Jorge RE, Robinson RG, Moser D, Tateno A, Crespo Facorro B, Arndt S. Major depression following traumatic brain injury. Arch Gen Psychiatry 2004;61(1):42-50.
15. Bowen A, Chamberlain AM, Tennant A, Neumann V, Conner M. The persistence of mood disorders following traumatic brain injury: a 1 year felow up. Brain Inj 2003;13(7):547-53.
16. Underhill AT, Lobello SG, Stroud TP, Terry KS, Devivo MJ, Fine PR. Depression and life satisfaction in patients with traumatic brain injury: a longitudinal study. Brain Inj 2003; 17(11):973-82.
- 17., Rice MJ, Moller MD. Wellness outcomes of trauma psychoeducation. Arch Psychiatr Nurs 2006;20(2):94-102.
18. Mohr WK, Mohr BD. Brain, behaviour, connections and implications: psychodynamics no more. Arch Psychiatr Nurs 2001;15(4):171-81.
19. Schultz JM, Videbeck SL. Lippincolt's Manual of Psychiatric Nursing Care Plans. 6th ed. 2002. p. 363-8.
20. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize mini mental testin türk toplumunda hafif tanısında geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13;4:273-81.
21. Arkar H, Akdede B, Özerdem A. Mizaç ve karakter envanteri türkçe formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16(3):190-203.
22. Mesulam MM. Davranışsal kognitif nörolojinin ilkeleri. Gürvit Hİ, editor. Mental Durumun Nöropsikolojik Değerlendirmesi. 2. Baskı. Yelkovan Yayıncılık; 2004. p. 160-4.
23. Alaca R. Travmatik beyin hasarında güncel rehabilitasyon. Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi 2007; özel sayı 2:18-22.
24. Vural M, Berker E. Travmatik beyin yaralanmasında klinik tanı ve değerlendirme. Bakırköy Tıp Dergisi. 2012; 8:53-9.
25. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/traumatic-brain-injury/basics/treatment/con20029302>. Treatments and drugs. Erişim tarihi:2015.

Türkiye’de Beyin Ölümü Tanısına Güven Sorunu ve Organ Bağışına Yansımaları

An Issue of Trust for Diagnosis of Brain Death and its Effects on Organ Donation in Turkey

Selma TEPEHAN,^a
İmdat ELMAŞ^b

^aHemşirelik Bölümü,
Trakya Üniversitesi
Keşan Sağlık Yüksekokulu, Edirne
^bAdli Tıp AD,
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 21.05.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 01.06.2015

Verilerin bir kısmı 10. Dünya Yoğun Bakım
Hemşireleri Federasyonu Kongresi &
6. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireleri Kongresi
(12-15 Kasım 2014, Antalya)’nde sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Selma TEPEHAN
Trakya Üniversitesi
Keşan Sağlık Yüksekokulu,
Hemşirelik Bölümü, Edirne,
TÜRKİYE/TURKEY
selmatepehan@gmail.com

ÖZET Amaç: Bu çalışmada, kadavradan organ naklinde Türkiye’deki mevcut durum bir retrospektif taramayla ortaya konarak, konuya yakın olan yoğun bakım hekim ve hemşirelerinin bakış açısıyla beyin ölümüne güvensizlik nedenleri bir anket çalışmasıyla sorgulanmış ve organ teminindeki yetersizlik nedenleri irdelenmiştir. **Gereç ve Yöntemler:** Retrospektif tarama ve anket uygulaması olarak yapılan çalışmada; Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı kayıtlarından 2005-2014 yılları arasında gerçekleşmiş beyin ölümü ve organ nakil sayıları incelenmiştir. Anket çalışması; İstanbul Sağlık Müdürlüğü Genel Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Yoğun Bakım Üniteleri’nde görev yapan gönüllü 279 hemşire ve 179 hekime uygulanmıştır. **Bulgular:** Sağlık Bakanlığı Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı 2015 yılı resmi kayıtlarına göre, böbrek nakli için 22340, karaciğer nakli için 2177, kalp nakli için 572 hasta organ beklemektedir. Katılımcıların beyin ölümleri gerçekleştiğinde organlarının nakil amaçlı kullanılmasını isteyip istemedikleri sorgulandığında; hemşirelerin %63,6’sı ve hekimlerin %67,6’sı organlarını bağışlamak istediklerini belirtmişlerdir. **Sonuç:** Başta konu ile yakından ilgili olan sağlık personeli olmak üzere tüm halkın kadavradan organ naklinin önemi ve beyin ölümü ile ilgili bilgilendirilmesinin sağlanması, yasal anlamdaki boşlukların giderilmesi ile beyin ölümü tanısına duyulan güven artacak ve organ bağışına yansımaları olumlu düzeyde olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Beyin ölümü, organ bağışı, güven

ABSTRACT Objective: This study was directed towards evaluating the present situation in Turkey based on what doctors and nurses think about the reasons for lack of trust for diagnosis of brain death and for legal deficiencies regarding organ donation. **Material and Methods:** This is a retrospective study, data were collected with a questionnaire from 279 nurses and 179 doctors working in intensive care units of research and education hospitals in Istanbul and volunteering to participate in the study. The number of brain deaths and transplanted organs between 2005 and 2014 reported by Directorate of Organ and Tissue Transplantation and Dialysis of General Directorate of Health Care Services was examined. **Results:** According to the Directorate of Organ and Tissue Transplantation and Dialysis of Ministry of Health, 22340, 2177 and 572 patients are waiting for kidney, liver and heart transplantations respectively in 2015. Of all the participants, 63.6% of the nurses and 67.6% of the doctors wanted to donate their organs if their brain death occurred. **Conclusion:** Informing the society, especially health professionals about importance of organ transplantations from cadavers, diagnosis of brain death and elimination of legal deficiencies will increase trust for diagnosis of brain death, which will have a positive influence on organ donations.

Key Words: Brain death, organ donation, trust

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2014;18(1):8-14

G ünümüzde, kronik organ yetmezliği içerisinde olan hastalar için organ nakli en iyi ve çoğu kez tek tedavi yöntemi olarak önemini korumaktadır. Türkiye’de temin edilen organ sayısı, mevcut ihti-

yaca göre çok yetersiz kalmaktadır. Organ temininde en önemli kaynağı; tedavi sürecinde beyin ölümü tablosuna giren ve kendisine tıbbi destek verilen olgular oluşturmalarına karşın, Türkiye'de kadavradan organ temini oldukça düşük düzeydedir. Uluslararası Organ Bağış ve Nakil Kayıtları'nın (IRODaT) 2013 yılı verilerine göre kadavradan organ bağışı milyonda kişi başına; İspanya'da 35,1, Malta'da 34, Amerika'da 25,9, Belçika'da 29,9, Fransa'da 25,5 iken Türkiye'de bu rakam sadece 5'tir. Yine aynı kayıtlara göre canlıdan organ bağışı milyonda kişi başına; Türkiye 46,6 rakamı ile ilk sırada yer almaktadır. Türkiye'yi 36,5 rakamı ile Güney Kore izlemektedir. İspanya'da bu rakam 8.6, Fransa'da ise 6,3'tür.¹ Dolayısıyla kadavradan organ temininin düşük olması, organ ihtiyacının canlı donörden alınmasını ön plana çıkarmakta, ancak bu da ihtiyacı karşılamakta çok yetersiz kalmaktadır. Bu çalışmada, kadavradan organ naklindeki mevcut durum bir retrospektif taramayla ortaya konarak, konuya yakın olan yoğun bakım hekim ve hemşirelerinin bakış açısıyla beyin ölümüne güvensizlik nedenleri bir anket çalışmasıyla sorgulanarak, organ teminindeki yetersizlik nedenleri irdelenip çözüm yolları önerilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma, retrospektif bir tarama ve anket çalışması olarak uygulanmıştır. Retrospektif tarama ile; Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı kayıtlarından Türkiye genelinde 2005-2014 yılları arasındaki donör olan ve donör olmayan beyin ölümü sayıları, kadavra ve canlı nakil sayıları incelenmiştir. Anket çalışması ise; İstanbul Sağlık Müdürlüğü Genel Eğitim ve Araştırma Hastaneleri yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) görev yapan gönüllü 279 hemşire ve 179 hekime uygulanmıştır. Katılımcılara beyin ölümü gerçekleşmesi halinde kendi organlarını ve yakınlarının organlarını bağışlama konusundaki yaklaşımları, organ bağışında isteksizlik gösterme nedenleri, beyin ölümü gerçekleşmiş olgularda organ bağışı kararını kimin vermesi gerektiği ile beyin ölümü tanısına duyulan güven arasındaki ilişkiyi aydınlatmaya yönelik sorular yöneltilmiştir.² Çalışmadan elde edilen veri-

lerin istatistiksel analizleri NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, sıklık dağılımları) yanı sıra nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

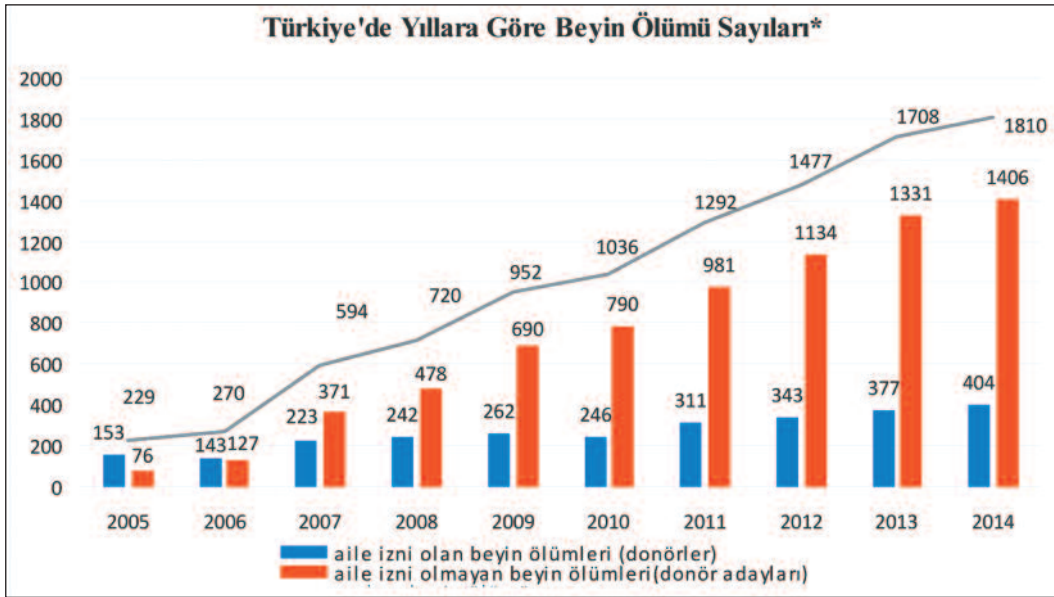
Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Organ ve Doku Nakli Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığından alınan verilere göre 2005-2014 yılları arasında yıl bazında Türkiye genelinde beyin ölümü tespiti yapılan olgu sayısı ve bunlar arasında organ bağışı için aile izni olan ve olmayan beyin ölümü sayısı Şekil 1'de belirtilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Organ ve Doku Nakli Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığından alınan verilere göre 2005-2014 yılları arasında yıl bazında Türkiye genelinde toplam organ nakli sayısı ve bunlar arasında kadavradan ve canlıdan yapılan nakil sayıları Şekil 2'de belirtilmiştir.

Katılımcılara "organ nakli bekleyen bir yakınınız var mı" sorusunu yönelttiğimizde hemşirelerin %5,4'ü hekimlerin ise %3,4'ü organ nakli bekleyen bir yakını olduklarını belirtmişlerdir (Şekil 3).

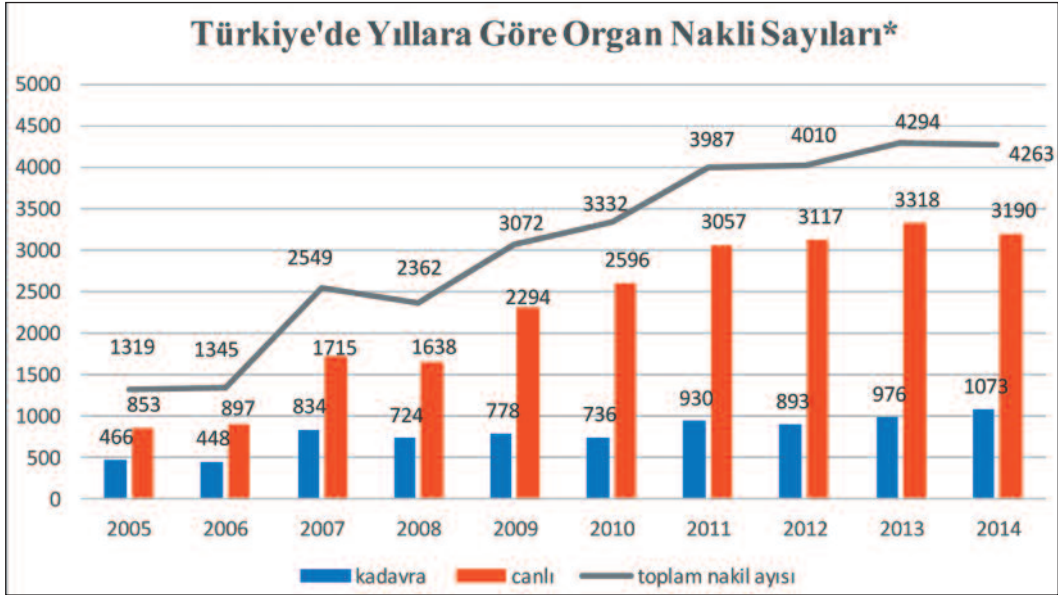
Sağlık personeline "beyin ölümünüz gerçekleştiğinde organlarınızın nakil amaçlı kullanılmasını ister misiniz" sorusu yöneltildiğinde hemşirelerin %63,6'sı, hekimlerin ise %67,6'sı evet cevabını vermiştir. "Beyin ölümü gerçekleşmiş bir yakınınızın organlarını bağışlar mısınız" sorusuna hemşirelerin %56,7'si hekimlerin ise %61'i evet olarak yanıtlamışlardır (Tablo 1). Gruplar arasında istatistiki olarak anlamlılık yoktur ($p > 0,05$).

Katılımcıların "beyin ölümü gerçekleştiğinde organlarının nakil amaçlı kullanılmasını istememe gerekçeleri" sorgulandığında hemşirelerin %15,8'i ve hekimlerin %6,1 "beyin ölümü tanısının yanlış konulabilme ihtimali olduğunu" ifade etmişlerdir. Gruplar arasında istatistiki olarak anlamlılık mevcuttur, $p < 0,01$. Hemşirelerin %11,1'i hekimlerin ise "beyin ölümünün tanısının kesin ölümü gösterme-



ŞEKİL 1: 2005-2014 yıllarını kapsayan toplam 10 yıllık sürede, Türkiye'de beyin ölümü sayılarının yıllara göre dağılımı.

*Grafik Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı'ndan alınan verilere göre hazırlanmıştır.



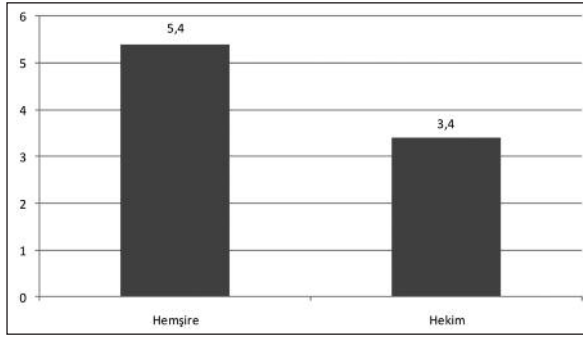
ŞEKİL 2: 2005-2014 yıllarını kapsayan toplam 10 yıllık sürede, Türkiye'de yıllara göre organ nakli sayıları.

*Grafik Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı'ndan alınan verilere göre hazırlanmıştır.

yeceği yaşama dönme ihtimalinin göz ardı edilemeyeceği” görüşünde olduğunu bildirmişlerdir. Gruplar arasında istatistiki olarak anlamlılık mevcuttur, $p < 0,05$ (Tablo 2).

“Beyin ölümü gerçekleşmiş ve sağlığında organ bağışi ile ilgili herhangi bir beyanı olmayan bir ki-

şinin organlarının bağışlanma kararının yakınları tarafından verilmesini doğru buluyor musunuz” sorusuna hayır cevabını veren katılımcılara bu durumda “organ bağış kararını kim vermelidir” diye sorulduğunda hemşirelerin %10,7’si hekimlerin ise %14,8’i “kişinin sağlığında aksine bir beyanı yoksa,



ŞEKİL 3: Organ nakli bekleyen bir yakını olan hemşire ve hekimlerin dağılımı.
X²: 0,97 p:0,325.

izin aranmaksızın organlar alınabilmelidir” yanıtını vermiştir. “Kişin sağlığında organ bağıışı ile ilgili herhangi bir beyanı yoksa, organları kesinlikle alınmamalıdır” seçeneği hemşirelerin %70,2’si ve hekimlerin %63,9’u tarafından işaretlenmiştir. Gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık yoktur, p>0,05.

“Beyin ölümü gerçekleşmiş olgulardan organ alınmasına olanak sağlayan ülkemizdeki mevcut hukuki düzenlemeleri yeterli buluyor musunuz” sorusuna hemşire ve hekimlerin %61’i evet cevabını

TABLO 1: Hemşire ve hekimlerin, beyin ölümü gerçekleştiğinde kendi ve yakınlarının organlarını bağıışlama konusundaki yaklaşımları.

Beyin ölümü gerçekleştiğinde	Hemşire		Hekim		x ²	p
	n	%	n	%		
Organlarını bağıışlarım	171	63,6	119	67,6	0,77	0,381
Yakınlarının organlarını bağıışlarım	148	56,7	105	61	0,8	0,37

TABLO 2: Katılımcıların, beyin ölümü gerçekleşmesi halinde organlarını bağıışlamama gerekçeleri.

Beyin ölümünüz gerçekleştiğinde organlarınızın nakil amaçlı kullanılmasını istememe gerekçeniz nedir?*	Hemşire		Hekim		x ²	p**
	n	%	n	%		
Tanının yanlış konulabilme ihtimali	44	15,8	11	6,1	9,56	0,002**
Tanının kesin ölümü göstermediği yaşama dönme ihtimali olduğu	31	11,1	9	5	5,06	0,024*
Etik nedenler	22	7,9	15	8,4	0,04	0,85
Dini nedenler	29	10,4	10	5,6	3,23	0,072
Kişisel değerler	34	19	53	19	0	1

*p<0,05; **p<0,01.

+ Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

++ Anlamlılık her bir yanıtı göre ayrı ayrı hesaplanmıştır.

TABLO 3: Sağlıklı iken organ bağıışı ile ilgili herhangi bir beyanı olmayan olgularda organ bağıış kararını kimin vereceği ile ilgili katılımcıların yaklaşımı.

Sağlıklı iken organ bağıışı ile ilgili herhangi bir beyanı olmayan ve beyin ölümü gerçekleşmiş kişilerde organ bağıış kararını kim vermelidir?	Hemşire		Hekim		x ²	p
	n	%	n	%		
Kişiyi tedavi eden sağlık personeli	3	3,6	3	4,9	1,61	0,808
Hastane etik kurulu	12	14,3	8	13,1		
Aksine beyan yoksa izin aranmaksızın organ alınabilmeli	9	10,7	9	14,8		
Sağlığında beyanı yoksa, organları alınmamalıdır	59	70,2	39	63,9		

TABLO 4: Hemşire ve hekimlerin beyin ölümü ve organ nakli ile ilgili ülkemizdeki mevcut hukuki düzenlemeleri yeterli bulma durumları.

Beyin ölümü gerçekleşmiş olgulardan organ alımına olanak sağlayan ülkemizdeki mevcut hukuki düzenlemeleri yeterli buluyor musunuz?	Hemşire		Hekim		x ²	p
	n	%	n	%		
Yeterlidir	165	61,1	105	61	1,59	0,452
Değiştirilmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir	43	15,9	34	19,8		
Fikrim yok	62	23	33	19,2		

verirken; hemşirelerin %15,9'u ve hekimlerin %19,8'i "yeterli yaklaşım içermemektedir, değiştirilmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir" diye görüş bildirmişlerdir. Gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık yoktur, $p>0,05$.

TARTIŞMA

Sağlık Bakanlığı Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı 2015 yılı resmi kayıtlarına göre, böbrek nakli için 22230, karaciğer nakli için 2177, kalp nakli için 564 hasta organ beklemektedir.³ İhtiyaç duyulan organ sayısındaki bu yüksekliğe karşın, Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezine 2005-2014 yılları arasındaki on yıllık süreçte sadece 10088 beyin ölümü olgusu bildirilmiş ve bu olguların 2704 (%26,8)'ünde aile organ bağışı için izin vermiş, kadavradan toplam 7858 organ nakli gerçekleştirilmiştir (Şekil 1, 2). Buna karşın 2005-2014 yılları arasındaki on yıllık süreçte canlıdan organ nakli 22675'tir. Canlıdan organ nakli tüm nakillerin %74,3'ünü oluşturmaktadır (Şekil 2). Türkiye'de 2500'ün üzerinde ventilatörlü yoğun bakım yatağı mevcut iken ancak bunun beşte biri kadar beyin ölümü bildiriminde bulunmaktadır. Oysa dünya standartlarına göre her ventilatörlü yoğun bakım yatağı başına yılda en az bir beyin ölümü olgusunun bildirilmesi gerekmektedir.⁴ Türkiye de gerek ventilatörlü yatak sayısı, gerekse beyin ölümü olgu bildirim sayısının arttırılması, organ teminine yönelik arayışlarda birinci basamağı oluşturmaktadır.

Katılımcıların beyin ölümleri gerçekleştiğinde organlarının nakil amaçlı kullanılmasını isteyip istemedikleri sorgulandığında; hemşirelerin %63,6'sı ve hekimlerin %67,6'sı organlarını bağışlamak is-

tediklerini belirtmişlerdir (Tablo 1). Hemşirelerin %5'i ve hekimlerin %3'ü organ nakli bekleyen bir yakınının olduğunu bildirmiş olmasına rağmen (Şekil 3), beyin ölümü gerçekleşmiş bir yakınının organlarını bağışlayıp bağışlamayacakları sorgulandığında; organ bağışlama isteği hemşirelerde %56,7, hekimlerde %61 oranında bulunmuştur (Tablo 1). Ülkemizde YBÜ hemşireleri ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin %60,9'u organ bağışı yapmak istediklerini, %1,6'sı da organ bekleyen bir yakını olduğunu belirtmiştir.⁵ Isparta'da sağlık personeli ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %46,6'sı organ bağışında bulunmak istediğini %10,1'i ailesinde/çevresinde organ nakli bekleyen hasta olduğunu belirtmiştir.⁶ Sırbistan'da yapılan bir çalışmada; "ölmeden önce organlarınızı bağışlamak ister misiniz" sorusuna hemşirelerin %32'si evet, %53'ü hayır, %15'i kararsızım yanıtını vermiştir.⁷ İsviçre'de YBÜ hemşireleri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların ölümünden sonra organlarını bağışlama isteği sorgulandığında; %67'si kullanılabilir tüm organlarını bağışlayabileceklerini, %22'si de bazı organlarını bağışlayabileceğini belirtmiştir. "Ölümden önce organ bağışı ile ilgili rızasını bilmediğinizin bir yakınınızın ölümü halinde organlarınızı bağışlar mısınız sorusuna" hemşirelerin %50'si tüm organlarını bağışlayabileceğini, %16'sı bazı organlarını bağışlayabileceğini, %15'i de organ bağış düşüncesine karşı olduğunu belirtmiştir.⁸ İsviçre'de hastane personeli ile yapılan bir çalışmada; hekimlerin %26'sı YBÜ hemşirelerinin ise %74'ü organlarını bağışlamayı düşündüklerini belirtmiştir. Hemşirelerin %65'i hekimlerin ise %76'sı yakınlarının organlarını bağışlayabileceklerini belirtmişlerdir.⁹ Danimarka'da YBÜ

hemşire ve hekimleri ile yapılan bir çalışmada; hekimlerin %70'i, hemşirelerin ise %45'i ölümlerinden sonra organlarını bağışlamak istediklerini belirtmişlerdir.¹⁰

Organlarını bağışlamak istemeyenlerin gerekçeleri sorgulandığında; hemşirelerin %16'sı, hekimlerin %6'sı "beyin ölümü tanısının yanlış konulabilme ihtimali olduğunu", hemşirelerin %11'i, hekimlerin %5'i "beyin ölümü tanısının kesin ölümü göstermeyeceği ve yaşama dönme ihtimalinin göz ardı edilemeyeceği" görüşünü benimsediğini belirtmiş olup hemşire ve hekimlerin yanıtları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (Tablo 2). Malatya'da sağlık personeli ile yapılan bir çalışma'da "sizce beyin ölümü gerçek bir ölüm müdür" sorusuna hemşirelerin %60'ı, hekimlerin ise %74.2'si evet cevabını vermiştir. Yine aynı çalışmada "beyin ölümüne girmiş bir hastaya ne yapılınsın" sorusu yöneltildiğinde hemşirelerin %53,3'ü, hekimlerin ise %31,2'si "yaşatılabildiği kadar yaşatılsın" cevabını vermiştir.¹¹ İstanbul'da hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada; katılımcıların %83,9'u beyin ölümünün insan ölümü olduğunu ifade etmişlerdir.¹² Günümüzde beyin ölümü tanısı tıbben geriye dönüşümü olmayan bir tablo olarak kabul edilmekte olup, tüm hekimler tarafından bunun tıbbi nedenlerinin bilinip benimsenmiş olması beklenmektedir. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire ve hekimlerin bu konuda yeterli düzeyde bilgilencilmeleri ve böylece tereddütlerinin ortadan kaldırılması gerekmektedir. Bunun olumlu yansıması, organ bağışındaki artış olacaktır.

Sağlıklı iken organ bağışı ile ilgili herhangi bir beyanı olmayan ve beyin ölümü gerçekleşmiş kişilerde organ bağış kararını kimin vermesi gerektiği sorgulandığında; hemşirelerin %70,2'si, hekimlerin ise %63,9'u kişinin sağlığında beyanı yoksa organları kesinlikle alınmaması gerektiği yaklaşımını benimsemiştir (Tablo 3). Katılımcıların büyük bir çoğunluğu organ bağışında kişinin sağlığında var

olan beyanın göz önünde bulundurulması gerektiği sonucuna varmaları kişinin kendi bedeni hakkında karar verebilmesi anlamına gelen özerklik ilkesi gereğince de önemlidir. Ülkemizde organ bağışı için açık onay ya da diğer adıyla anlaşma modeli uygulanmaktadır. Bu modele göre; ölüden organ alınabilmesi için ya kişinin ölmeden önce organlarının alınmasına rıza gösterdiği yönünde dışa vurduğu açık bir iradesinin bulunması ya da yakınlarının rızasının alınması gerekir. Nitekim, 2238 sayılı yasa'da "Bir kimse sağlığında vücudunun tamamını veya organ ve dokularını tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlar için bıraktığını resmi veya yazılı bir vasiyetle belirtmemiş veya bu konudaki isteğini iki tanık huzurunda açıklamamış ise sırasıyla ölüm anında yanında bulunan eşi, reşit çocukları, ana veya babası veya kardeşlerinden birisinin; bunlar yoksa yanında bulunan herhangi bir yakınının muvafakatiyle ölüden organ veya doku alınabilir" diye belirtilmektedir.¹³ Belçika, İspanya ve Fransa gibi kadavradan organ bağışı yüksek ülkelerde ise organ bağışında zımni onay ya da diğer adı ile itiraz modeli uygulanmaktadır. Bu modele göre; Kişi ölmeyeceği keskin olarak belli olduğunda, cesedinden organ alınmasına itiraz etmemişse, öldükten sonra cesedinden organ alınabilir.¹⁴ Hemşire ve hekimlerin beyin ölümü ve organ nakli ile ilgili ülkemizdeki mevcut hukuki düzenlemeleri yeterli bulma durumları sorgulandığında, hemşire ve hekimlerin %61'i oranında yeterli olduğunu belirtirken, hemşirelerin %15,9'u, hekimlerin %19,8'i değiştirilmesi ve geliştirilmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4). Avusturya'da yapılan bir çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin %69'u Avusturya organ bağış yasasının değişmesi gerektiğini bildirmişlerdir.¹⁵

Başta konu ile yakından ilgili olan sağlık personeli olmak üzere tüm halkın kadavradan organ naklinin önemi ve beyin ölümü ile ilgili bilgilendirilmesinin sağlanması, yasal anlamdaki boşlukların giderilmesi ile beyin ölümü tanısına duyulan güven artacak ve organ bağışına yansımaları olumlu düzeyde olacaktır.

KAYNAKLAR

1. International Registry in Organ Donation and Transplantation (IRODaT) Newsletter. December 2014. p. 4-5. Erişim tarihi:12.03.2015, <http://www.irodat.org/img/database/grafics/newsletter/IRODaT%20Newsletter%202013%20.pdf>
2. Tepehan S. Beyin ölümü ve organ naklinin sağlık personeli ve hukuki mevzuat açısından incelenmesi. [Doktora Tezi], İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; 2012.
3. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı 12.03.2015 tarihli resmi kayıtları
4. Sağlık Bakanlığı, Beyin Ölümü Bildirimlerinin ve Kadavra Organ Bağışının Arttırılması Genelgesi, 12.09.2008 tarih 60 sayılı genelge
5. Göz F, Şalk Güreli Ş. Yoğun bakım hemşirelerinin organ bağışı ile ilgili düşünceleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(5):77-88.
6. Kara S, Salman Z, Öngel K. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık personelinin organ bağışına bakışı. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 2012;11(1):33-9.
7. Vlaisavljević Ž, Milutinović D, Miličić B, Ješić-Vukićević R. Attitudes and knowledge of nurses on organ legacy and transplantation. Srp Arh Celok Lek 2014;142(3-4):213-8.
8. Flode n A, Persson LO, Rizell M, Sanner M, Forsberg A. Attitudes to organ donation among Swedish ICU nurses. Journal of Clinical Nursing 2011;20:3183-95.
9. Gross T, Marguccio I, Martinoli S. Attitudes of hospital staff involved in organ donation to the procedure. Transplant International 2000; 13(5):351-6.
10. Bøgh L, Madsen M. Attitudes, knowledge, and proficiency in relation to organ donation: A questionnaire-based analysis in donor hospitals in Northern Denmark. Transplantation Proceedings 2005;37(8):3256-7.
11. Ünal S, Elyas Z, Kaya Y, Özcan C. Sağlık personelinin beyin ölümü ve organ bağışı ile ilgili inanç ve tutumları. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2010;20(1):389-400.
12. Savaşer S, Mutlu B, Çağlar S, Doğan Z, Canbulat N. Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin organ bağışına bakışları. İ.Ü.F.N.Hem. Derg 2012;20(1):1-9.
13. Organ ve Doku Alınması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanun, 29.05.1979 tarih, 2238 sayılı Kanun, 14. Madde, Resmi Gazete Tarihi; 03.06.1979.
14. Koçak Süren S. Organ ve doku naklinin yasal ve etik açıdan incelenmesi. Türkiye Barolar Birliği Dergisi 2007;73:174-95.
15. Stadlbauer V, Steiner P, Schweiger M, Sereinigg M, Tscheliessnigg KH, Freidl W. et al. Knowledge and attitude of ICU nurses, students and patients towards the Austrian organ donation law. BMC Medical Ethics 2013; 14:32.

Yoğun Bakım Ünitesinde Ağrı ve Hemşirenin Rolü

Pain in Intensive Care Unit and the Role of the Nurse

Vildan CIRIK,^a
Emine EFE^a

^aÇocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği AD,
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Geliş Tarihi/Received: 31.03.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 06.05.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Vildan CIRIK
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği AD, Antalya,
TÜRKİYE/TURKEY
vapaydin@akdeniz.edu.tr

ÖZET Ağrının kontrol altına alınması bireyin rahatlaması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, komplikasyonların azaltılması ve hastanede yatış süresinin kısaltılması açısından önemlidir. Yoğun bakım ünitelerinde hastaların büyük bir kısmı orta ve ciddi düzeyde ağrı çekmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin ağrının değerlendirilmesi ve önlenmesinde büyük sorumlulukları vardır. Bu nedenle hemşireler ağrıyı tanımlama, yönetme ve azaltmada yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdırlar. Çünkü hastanın ağrısını gidermek hemşirenin en temel görevleri arasında yer alır. Ağrı tedavisi farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Ağrının belirlenmesinde ve tedavi edilmesinde yoğun bakım hemşirelerine büyük sorumluluk yüklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, hemşirenin rolü, yoğun bakım üniteleri

ABSTRACT Pain control is important for individual relief, increase of life quality, reduce of complications and shorten of the duration of hospitalization. The majority of patients in intensive care units suffer in moderate and severe levels of pain. Critical care nurses play the most important role in evaluation and prevention of pain in intensive care patients. For this reason, nurses should be experienced and skilled enough to define, manage and relieve the pain. Because, relieving pain of the patient is one of the main assignments of the nurse. Including pharmacologic and nonpharmacologic treatment of pain are divided. The fact that give great responsibility to intensive care nurses in determining and treating the pain.

Key Words: Pain, nurse's role, intensive care units

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2014;18(1):15-21

Ağrı, Latince “poena” (ceza) sözcüğünden gelmektedir ve günümüze kadar çok değişik şekillerde tanımlanmıştır. “Uluslararası Ağrı Araştırma Teşkilatı (IASP) toksonomi komitesi” tarafından 1979 yılında ağrı; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, insanın geçmişte edindiği subjektif, primitif, sensoryal hoş olmayan emosyonel bir duyum, davranış şekli olarak tanımlanmıştır.^{1,2} Bilimsel kanıtlar, yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) iletişim kuramayan hastaların ağrı, korku, uyku bozukluğu, kabuslar, iletişim yetersizliği, izolasyon ve yalnızlık duyguları gibi hoş olmayan duygular ve kötü deneyimler yaşadıklarını belirtmektedir.^{3,4} Bu olumsuz deneyimler arasında ağrı, yoğun bakım hastaları için en önde gelen stresör olarak ortaya çıkmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilen hastaların %70’inden fazlası orta ve ciddi

düzeyde ağrı yaşamaktadır.⁵⁻⁷ Bu nedenle, yoğun bakım ünitesindeki hemşirelerin hastalarının ağrı yaşadıklarını bilmeleri ve dikkate almaları gerekmektedir. Çünkü hastaların en az düzeyde ağrı yaşamaları verilen hemşirelik bakımının kalitesinin en önemli kanıtıdır.

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE AĞRI KAYNAKLARI

- İnvaziv girişimler (santral venöz- arteriyel kataterler, göğüs tüpleri, nazogastrik tüpler, foley kateterler, endotrakeal tüp, kateter takılması ve çıkartılması), travma

- Uzun süre hareketsiz kalma

- Derin solunum ve öksürme egzersizleri

- Rutin hemşirelik bakımı (pozisyon değiştirme, aspirasyon, cerrahi girişimler, pansuman değiştirme, yara dreninin çıkartılması, yara bakımı gibi)

- Mevcut hastalık gibi ağrı oluşturan nedenlerle hastalar karşı karşıya kalmaktadırlar.⁸⁻¹¹

YOĞUN BAKIM HASTASINDA AĞRI BELİRTİLERİ

Ağrının, nabız hızı, solunum hızı ve kan basıncında yaşanan değişimler gibi fizyolojik göstergeleri bulunmaktadır.¹² Salamon ve ark. (2003) yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların anksiyete yaşadığını, nabız hızı ve kan basıncı değerlerinin de anksiyeteyle ilişkili olarak yükseldiğini saptamışlardır. Aynı zamanda anksiyetenin hastaların fiziksel, emosyonel enerjisini azaltıp, yorgunluğa neden olduğunu ve iyileşme süreçlerini de olumsuz yönde etkilediğini belirlemiştir.¹³

Hastaların ağrıya verdikleri konfüzyon, korku, öfke, tedirginlik, anksiyete, sözel işlevlerde değişimler, huzursuzluk gibi tepkiler psikolojik belirtiler olarak tanımlanmaktadır.^{14,15} Ağrının giderilmesine yönelik yapılan önlemlerin yetersiz olduğu ve hastaların büyük bir çoğunluğunun ağrısının geçirilmediği, ağrı nedeniyle yaşam kalitelerinin düştüğü, emosyonel strese yol açtığı, hastanın klinik durumunu olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir.^{16,17}

Ağrı nedeniyle oluşan davranışsal tepkiler, kasılma, hasara uğrayan organ ya da bölgenin uya-

randan uzağa çekilmesi, insizyon yerinin desteklenmesi, hareketsiz kalma, gözlerini kapatma, bacaklarının karına doğru çekilmesi, yüzünü buruşturma, entübasyon tüpünü çiğneme, ritmik hareketlerle sallanma, bacaklarını sallama, tekmeleme, hemşire ve doktorun kolunu çekme, huzursuzluk, yatak kollarına vurma kişiye özgü pozisyon ve postür olarak belirtilmektedir.^{14,12,18,19}

YOĞUN BAKIM HASTALARINDA AĞRI TANILAMA ÖLÇEKLERİ

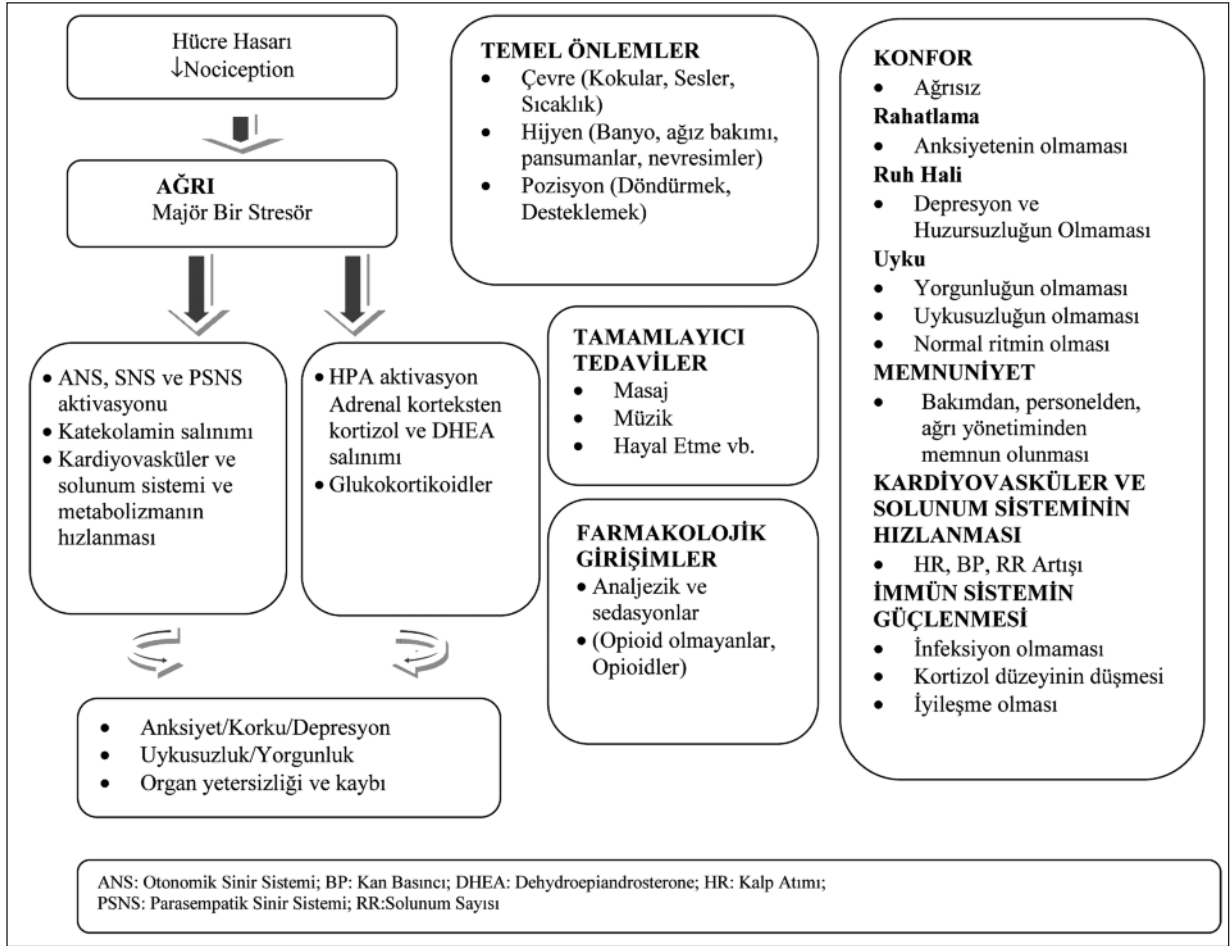
Ağrının şiddetini değerlendirmede en güvenilir kaynak hastanın kendisi olduğu için, yoğun bakım hastalarında ağrının değerlendirilmesi oldukça zordur. Dolayısıyla, yoğun bakım hastaları sözel olarak ağrı yaşadıklarını ifade edememektedirler. Sözel iletişim kuramamaları nedeniyle ağrının tek boyutlu ya da çok boyutlu ölçeklerle değerlendirilmesi çoğunlukla mümkün olamamaktadır.²⁰ Ancak, Eti Aslan ve ark. (2007) yoğun bakım hemşirelerinin sadece %22'sinin ağrı ölçeği kullandığını bildirmişlerdir.²¹ Bu nedenle yoğun bakım ünitelerindeki hastalara özgü ağrının davranışsal ve davranışsal-fizyolojik belirtilerinin yer aldığı ağrı tanılama araçları geliştirilmiştir.

Bu araçları şu şekilde sıralamak mümkündür;

- 1) Davranışsal Ağrı Ölçeği (Behavioral Pain Scale)
- 2) Motor Hareket Değerlendirme Ölçeği (MHDÖ) (Motor Activity Assessment Scale)
- 3) Yetişkinler İçin Sözel Olmayan Ağrı Ölçeği (Nonverbal Adult Pain Scale)
- 4) Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Formu (Critical-Care Pain Observation Tool-CPOT)
- 5) Ramsay Sedasyon Düzeyi Ölçeği
- 6) Çocuklar İçin Davranışsal Ağrı Ölçeği

AĞRI TEDAVİSİ

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda ağrı belirtileri olmasına rağmen, birçok hasta tedavi dışında kalabilmektedir (Şekil 1).^{22,23} Çok Yönlü Ağrı Yönetimi Modeli ile ağrının özellikle de şiddetli ağrının tedavisi en iyi şekilde açıklanmaktadır.



ŞEKİL 1: Çok yönlü ağrı yönetimi modeli (Multimodal pain management model).²⁴

Çünkü bu model; temel önlemleri, tamamlayıcı tedavileri ve farmakolojik girişimleri içermektedir. Temel önlemler, çoğunlukla hemşirelik bakımı olarak kullanılmaktadır ve çevre, hijyen, pozisyon vermeyi içermektedir. Tamamlayıcı tedaviler ise geleneksel tıp, cerrahi ve farmakolojik girişimleri tamamlamak için kullanılan nonfarmakolojik tedavi yöntemleridir. Bununla birlikte tamamlayıcı tedaviler; müzik, hayal etme ve masaj gibi yöntemleri içermektedir.²⁴

FARMAKOLOJİK TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Farmakolojik yöntemler ağrı gidermede en yaygın kullanılan yöntemlerdir. Bu nedenle en fazla narkotik ve narkotik olmayan analjezikler kullanılmaktadır.²⁵ Ağrının farmakolojik yöntemlerle kontrolünde endojen algenik maddelere karşı bunların sentezini inhibe eden ya da ağrı duyusu-

nun beyine iletilmesini bloke eden maddelerin kullanılması şeklinde bir yaklaşım da söz konusudur.²⁶

NONFARMAKOLOJİK TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Nonfarmakolojik tedavi yöntemleri medikal, cerrahi ya da farmakolojik tedavilerinin yan etkilerini azaltmak için kullanılabilir girişimlerdir. Hemşireler medikal tedavi ile tamamlayıcı tedaviyi birlikte kullanarak hastaların anksiyetelerini azaltabilir, uykularını destekleyebilir, iyileştirici bir çevre oluşturabilir ve sağlık düzeyini yükseltebilir. Nonfarmakolojik, tamamlayıcı tedaviler önemli bir alternatif tedavi yöntemi olabilir veya bazı semptomları tedavi etmek için farmakolojik yöntemlere yardımcı olabilir.²⁷ Yapılan çalışmalarda, müzik terapi,²⁸ aromaterapi,²⁹ soğuk uygulama³⁰ ve masaj³¹ yöntemlerinin ağrının azaltılması üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Nonfarma-

kolojik tedavi yöntemlerinin kullanılması ile hastanın yoğun bakımda kalış süresi belirgin olarak azalacaktır. Nonfarmakolojik girişimler Pölkki ve ark. (2001) tarafından sınıflandırılmıştır.³² Bu girişimlerin alt kategori başlıkları da NIC ve Johnson ve ark. (2006) tarafından oluşturulmuştur.³³

BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI

Fiziksel fonksiyonu etkileyen akli kullanmaya yönelik girişimler ile beyin, akıl, vücut ve davranışlar arasındaki ilişkiler üzerine yoğunlaşır. Müzik terapisi, dikkati dağıtma, basit hayal etme, basit rahatlama terapisi, meditasyon, hipnoz, aromaterapi, prosedür/tedavi, hastalık süreci ve duygusal olarak hazırlanma bilişsel-davranışçı yöntemler içerisinde yer almaktadır.

Wilkins ve Moore'un (2004),²⁸ YBÜ'de hastaların müzik terapi ile nabız, solunum, ağrı ve kan basıncı değerlerini karşılaştırmış sonuçta nabız, solunum ve ağrı puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir fark olduğunu belirlemişlerdir. Aromaterapi için kullanılan yağlar da ağrı, stres ve anksiyeteyi azaltmada etkilidir (Cooke and Ernst 2000).²⁹ Ayrıca, Anderson ve ark.nın (2006) kanser hastaları ile yaptığı çalışmada, gevşeme tekniği uygulandığı grupta daha az ağrı olduğu belirlenmiştir.³⁴

Müzik Terapisi: Müzik terapisi bilişsel ve davranışsal belirli davranışları geliştirmeye yardımcı olmada kullanılır.

Dikkati Dağıtma: İstenmeyen duygulardan kişiyi uzaklaştırmayı amaçlar.

Basit Hayal Etme: İstenmeyen duygulara kişinin dikkat etmemesi ve rahatlama için hayal etmeyi kullanılmasını amaçlar.

Basit Rahatlama Terapisi: Belirtileri hafifletmek için gevşemeyi teşvik etmek ve bunlara yönelik teknikler kullanmak (örneğin derin nefes alma).

Meditasyon: Düşünce ve hayal etme üzerine odaklanarak bir kişinin farkındalık seviyesini geliştirme de kullanılır.

Hipnoz: Yönlendirilmiş odak bir deneyim ve akut bir durum için farkındalığı oluşturmaya hastanın bilinç durumunu değiştirerek ikna etmeyi amaçlar.

Aromaterapi: Hastayı sakinleştirmek, ağrısını gidermek, rahatlatmak ve konforunu sağlamak için uçucu yağlar, masaj, merhemler, losyonlar gibi yöntemleri kullanmak.

Prosedür/ Tedavi: Hastayı öngörülen bir işlem ve tedavi için hazırlanması ve işlemleri anlaması için yardımcı olmaktadır.

Hastalık Süreci: Belirli bir hastalığı anlaması için hastaya yardımcı olmaktadır.

Duygusal Olarak Hazırlama: Tedavisi veya yaklaşan stresli olaylar ve deneyimler için duygusal durumunu somut olarak belirlemektir.^{32,33}

FİZİKSEL

Kemik, eklem, kas, yumuşak doku, dolaşım ve lenfatik sistemi içeren vücudun sistemleri ve temel yapıları üzerine odaklanır. Masaj, refleksoloji, akupressur, pozisyon, egzersiz terapisi, dokunma, sıcak ve soğuk uygulama, terapötik dokunma fiziksel yöntemler içerisinde yer almaktadır.

Yapılan çalışmalarda, ameliyat sonrası dönemde hemşirelerin hastalara soğuk uygulama³⁰ masaj³¹ uygulamaları hastaların ağrı düzeyini azalttığı ve rahatlama sağladığı belirlenmiştir. Ayrıca, Özer ve Çıtlık (2007) çalışmalarında YBÜ'de yatan hastaların el üzerine ekspresif dokunma uygulanmış, dokunma öncesi ve sonrası anksiyete puanı ve kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.³⁵

Masaj: Dolaşımı kolaylaştırmak, rahatlatmak ve ağrıyı azaltmaya yönelik el ile değişik oranlarda deriye ve altta yatan dokuya basınç uygulamayarak uyarı vermektir.

Refleksoloji: Gergin noktalar için eller, ayaklar ve kulakların belirli bölgelerine dokunarak vücuttaki dengeyi yeniden kurmak için uygulanır.

Akupressur: Mide bulantısını azaltmak veya önemek, rahatlatmak ve ağrıyı gidermek için vücuttaki belirli bölgelere sürekli bası yapılarak uygulanır.

Pozisyon: Hastanın belirli bir bölgesini ya da tüm vücudunun pozisyonunu düzenleyerek, psikolojik ve fiziksel olarak iyilik halini artırmada kullanılır (örneğin ergonomik kullanımlı yastıklar).

Egzersiz Terapisi: Hastada kas güçsüzlüğü, yaralanma ve yorgunluk gibi durumların oluşmasını engellemeye yönelik günlük yaşam aktiviteleri boyunca hareket etmesini sağlar (aktif ve pasif kas egzersizleri, yatak içi hareketler).

Sıcak ve Soğuk Uygulama: İnfalasyon, kas spazmı ve ağrıyı azaltmak için sıcak veya soğuk uygulama ile deriyi ve hücreleri uyarmaktır.

Terapötik Dokunma: İyileşme sürecini kolaylaştırmak ve hafifçe odaklaşmak için ellerin doğal duyarlılığını kullanmaktır. Dokunma yoluyla iletişim kurmak ve hastayı rahatlatmayı sağlar.^{32,33}

DUYGUSAL DESTEK

Zorlukları yönetmeye yönelik yardımcı olmak, kabul edilmeyi artırmak, anksiyete, korku gibi durumları anlamak ve bakım vermek üzerine yoğunlaşır. Aktif dinlenme, duygusal destek, umut oluşturma, karar vermesini destekleme, gerçeğe yönelim, sakinleştirici teknik, hazır bulunma, aile desteği, aileyi dahil etmek ve hayvan destekli terapi duygusal destek yöntemleri içerisine girmektedir. Yapılan bir çalışmada yoğun bakım hastalarına açık ziyaretin etkisi incelendiğinde, hastaların ağrı, uyumama gibi semptomlarının aileleri yanlarında iken bulunmadığı belirlenmiştir.³⁶

Aktif Dinleme: Hastanın sözlü ya da sözsüz iletişimini önemsemektir.

Duygusal Destek: Stres durumlarında hastayı desteklemek, kabul etmek ve rahatlamasını sağlamaktır.

Umut Oluşturma: Belirli bir durumda hastanın olumlu bir bakış açısı geliştirmesini sağlamaktır.

Karar Vermesini Destekleme: Hastanın sağlık durumunu geliştirmesine yönelik karar vermesini desteklemek ve bu konu hakkında bilgi vermektir.

Gerçeğe Yönelim: Hastanın bilincini kişisel kimlik, zaman ve çevreye oryante etmektir.

Sakinleştirici Teknik: Akut sıkıntı yaşayan bir hastada anksiyetenin azaltılmasını sağlamaktır.

Hazır Bulunma: Hastanın ihtiyacı olduğu durumlarda hastaya fiziksel ve psikolojik olarak destek vermektir.

Aileyi Dahil Etmek- Aile Desteği: Hastanın duygusal ve fiziksel bakımına ailenin katılımı sağlamaktır. Ailesi ile bireyi desteklemektir.

Hayvan Destekli Terapi: Duygusal destek, rahatlatma ve dikkatini dağıtmak için hayvanları kullanmaktır.^{32,33}

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İLE YARDIMCI OLMAK

İnsanların rutinde tamamen bağımsız olarak yapması gereken aktiviteleri yapmasını başarmak için ihtiyaç duyulan gereksinimler üzerine yoğunlaşır (hastanın yatağında ve etrafında hareket etmesine yardımcı olmak).

Duş Alma: Hijyen sağlama ve rahatlatma amacıyla vücudun temizlenmesi sağlamaktır.^{32,33}

UYGUN BİR ÇEVRENİN OLUŞTURULMASI (RAHAT BİR ORTAM OLUŞTURMAK)

Stresörlerin miktarını ve yoğunluğunu azaltma, mümkün olduğu kadar konforlu ve fonksiyonel bir çevre oluşturma üzerine yoğunlaşır. Konforsuz yataklar, odanın çok sıcak/çok soğuk olması, devamlı ışık ve gürültü, hoş olmayan kokular ve gürültüler yoğun bakım ünitelerindeki çevresel stresör kaynaklarıdır.³⁷ Bu nedenle YBÜ'lerinde çalışan hemşireler hastaları için uygun bir çevre oluşturarak bu stresörleri en aza indirmesi oldukça önem taşımaktadır.

Uykuyu Geliştirme: Uyku/uyanıklık dengesini düzenlemek (sağlık ekibi, aile ve hemşireden uyuma periyotları için yardım alma)

Çevre Yönetimi ve Konfor: Optimal konfor için hastanın çevresini düzenlemek (ışık yoğunluğu ve alarmları azaltmak gibi).

İletişimi Desteklemek: Sözlü iletişim kurulmadığı zaman alternatif iletişim teknikleri kullanmak

Yastık Kullanımı: Bir yastık yardımıyla hastanın yaralı bölgesinin korunmasını ya da immobilyasyonunun sağlanmasını amaçlar.^{32,33}

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE AĞRI TEDAVİSİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin hastalarla sürekli ve uzun süre birlikte olmaları, hastaları sü-

rekli takip etmeleri ve uyguladıkları girişimlerle hastaların rahatlığını sağlamaları nedenleriyle, hemşireler ağrının belirlenmesinde ve tedavi edilmesinde oldukça önem taşımaktadırlar. Ayrıca, yoğun bakım ünitelerindeki hastalar yaşadıkları ağrıyı sözel olarak ifade edememektedirler. Hastalar yaşadıkları ağrıyı fizyolojik, psikolojik ve davranışsal tepkiler ile ifade edebilmektedirler. Bu nedenle, hemşirelerin hastaların yaşadıkları ağrının farkında olmaları ve uygulamalarını bu doğrultuda planlamaları gerekmektedir.

Hemşire ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ancak yapılan çalışmalarda hemşirelerin ağrı kontrolünde sıklıkla ilaç uygulama yöntemini seçtikleri diğer bağımsız rollerini ya hiç ya da çok az uyguladıkları görülmektedir.^{38,39} Ayrıca hemşirelerin bağımsız olarak uygulayabileceği bazı nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgi ve deneyimlerinin yetersiz olduğu ve bu konularda hastalara herhangi bir eğitim vermedikleri de be-

lirlenmiştir.^{38,39} Bu nedenle, hastaların ağrısını hafifletmek ya da gidermek, tedaviye bağlı komplikasyonları azaltmak, ağrı tedavisine ilişkin maliyetleri düşürmek için sağlık personeli ve hastaya verilecek eğitimin önemli rolü bulunmaktadır.⁴⁰

SONUÇ

Hemşirenin ağrı konusunda bilgili, duyarlı olması, hastayla empati yapması ağrıyı azaltmada önemli bir hemşirelik bakımını oluşturmaktadır. Hemşirelerin yoğun bakım ünitesindeki hastalarda görülen ağrının belirtilerini, nedenlerini, değerlendirmesini ve tedavisini bilmesi, hastanın rahatlamasına ve iyileşme sürecinin hızlanmasına katkı sağlayacaktır. Bununla birlikte, ağrı tedavisinde farmakolojik yöntemlerin yanında hemşirelerin daha bağımsız rolleri olarak uygulayabilecekleri nonfarmakolojik yöntemlere de ağırlık vermeleri son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Ertekin C. Ağrının nöroanatomi ve nörofizyolojisi. Yegül İ, editor. Ağrı ve Tedavisi. İzmir: Yapım Matbaacılık; 1993. p.1-18.
2. Bisgaard T, Kehlet H, Rosenberg J. Pain and convalescence after laparoscopic cholecystectomy. *Eur J Surg* 2001;167:84-96.
3. Turner JS, Briggs SJ, Springhorn HE, Potgieter PD. Patients' recollection of intensive care unit experience. *Crit Care Med* 1990;18(9): 966-8.
4. Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S, et al. Patients' Recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Crit Care Med* 2002;30(4):746-52.
5. Payen J, Bosson J, Chanques G, Mantz J, Labarere J. Pain Assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit. *Anesthesiology* 2009;111:1308-16.
6. Puntillo KA, White C, Morris AB, Perdue ST. Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from thunder project II. *Am J Crit Care* 2001;10(4):238-51.
7. Stanik-Hutt JA, Soeken KL, Belcher AE, Fontaine DK, Gift AG. Pain experiences of traumatically injured patients in a critical care setting. *Am J Crit Care* 2001;10(4):252-60.
8. Stanik-Hutt JA. Pain management in the critically ill protocols for practice. *Critical Care Nurse* 2003;23(2): 99-103.
9. Lewis SL, Heitkemper MM, Dirksen SR, O'Brien PG, Bucher L. Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2007; 125-135/747.
10. Puntillo KA, Morris AB, Thompson CL, Stanik-Hutt J, White CE, Wild RE. Pain behaviors observed during six common procedures: results from thunder project II. *Crit Care Med* 2004; 32(2):421-7.
11. Esen H, Öntürk KZ, Badır A, Aslan EF. Entübe ve sedatize yoğun bakım hastalarının pozisyon verme ve aspirasyon sırasındaki ağrı davranışları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;(2):89-93.
12. Kwan M. Music therapists' experiences with adults in pain: Implications for clinical practice. *Qualitative Inquiries in Music Therapy* 2010;5:43-85.
13. Salamon E, Kim M, Beaulieu J, Stefano GB. Sound therapy induced relaxation: down regulating stress processes and pathologies. *Med Sci Monit* 2003;9(5): 96-101.
14. Hancock H. The complexity of pain assessment and management in the first 24 hours after cardiac surgery: implications for nurses. Part 2. *Intensive Crit Care Nurs* 1996;12(6): 346-53.
15. Cheever KH. Reducing the effects of acute pain in critically ill patients. *Dimens Crit Care Nurs* 1999;18(3):14-23.
16. Lavery LA, Higgins KR, Lanctot DR, Constantinides GP, Zamorano RG, Armstrong DG, et al. Monitoring of foot skin temperatures to prevent ulceration. *Diabetes Care* 2004;27(11): 2642-7.
17. Dunwoody CJ, Krenzschek DA, Pasero C, Rathmell JP, Polomano RC. Assessment, physiological monitoring, and consequences of inadequately treated acute pain. *J Peri-anesth Nurs* 2008;23(1 Suppl):15-27.
18. Badır A, Eti Aslan F. Yoğun bakım ünitelerinde çok konuşulan, az sorgulanan bir konu: Ağrı. *Yoğun Bakım Hemşireler Dergisi* 2003;7(2): 100-8.
19. Esen H, Öntürk ZK, Badır A, Aslan FE. Entübe ve sedatize yoğun bakım hastalarının pozisyon verme ve aspirasyon sırasındaki ağrı davranışları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;1(2):89-93.
20. Karayurt Ö, Akyol Ö. Yoğun bakım hastalarında ağrı değerlendirmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11(4):96-104.

21. Eti Aslan F, Karadağ Ş. Ağrı: Yoğun bakım ünitesinde hemşireye hastanın yerine düşünme ve hissetme zorunluluk ve sorumluluğu yükleyen bir sorun. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(2):89-95.
22. Topolovec-Vranic J, Canzian S, Innis J, Pollmann-Mudryj MA, McFarlan AW, Baker AJ. Patient satisfaction and documentation of pain assessments and management after implementing the adult nonverbal pain scale. Am J Crit Care 2010;19(4):345-54; quiz 355.
23. van Gulik L, Ahlers SJ, Brkić Z, Belitser SV, van Boven WJ, van Dongen EP, et al. Improved analgesia after the realisation of a pain management programme in ICU patients after cardiac surgery. Eur J Anaesthesiol 2010; 27(10):900-5.
24. Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med 2002;30(1):119-41.
25. Arslan S, Çelebioglu A. Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. İnsan Bilimleri Dergisi 2004;1(1):1-7.
26. Sabuncu N, Akça AF. Klinik Beceriler. Ağrı Ağrıya Yönelik Uygulamalar ve Hasta Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2011.
27. Tracy MF, Chlan L. Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation. Crit Care Nurse 2011;31(3):19-28.
28. Wilkins MK, Moore ML. Music intervention in the intensive care unit: a complementary therapy to improve patient outcomes. Evid Based Nurs 2004;7(4):103-4.
29. Cooke B, Ernst E. Aromatherapy: A systematic review. Br J Gen Pract 2000;50(455):493-6.
30. Saito N, Horiuchi H, Kobayashi S, Nawata M, Takaoka K. continuous local cooling for pain relief following total hip arthroplasty. J Arthroplasty 2004;19(3):334-7.
31. Piotrowski MM, Paterson C, Mitchinson A, Kim HM, Kirsh M, Hinshaw DB. Massage as adjuvant therapy in the management of acute postoperative pain: A preliminary study in men. J Am Coll Surg 2003;197(6):1037-46.
32. Pöikki T, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä AM. Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland. J Adv Nursing 2001; 34(4):483-92.
33. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, et al. NANDA, NOC, and NIC Linkages, 2nd ed. St. Louis, MI: Mosby Elsevier; 2006.
34. Anderson KO, Cohen MZ, Mendoza TR, Guo H, Harle MT, Cleeland CS. Brief cognitive-behavioral audiotape interventions for cancer-related pain: Immediate but not long-term effectiveness. Cancer 2006;107(1):207-14.
35. Özer N, Çitlik S. Ekspresif Dokunmanın Yoğun Bakım Hastalarının Fizyolojik ve Psikolojik Durumlarına Etkisinin İncelenmesi. T.S.K. III. Ulusal- Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi 2007; 8-11 Mayıs, Erzurum.
36. Simpson T. Critical care patients' perceptions of visits. Heart and Lung 1991;20(6):681-8.
37. 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.
38. Bacaksız BB, Çöçelli PL, Ovayolu N, Özgür S. Hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimlerin değerlendirilmesi. Ağrı 2008;20(3):26-37.
39. Yılmaz M, Gürler H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. Ağrı 2011;23(2): 71-9.
40. Çöçelli PL, Bacaksız DB, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. Gaziantep Tıp Dergisi 2008;14(2):53-8.

Böbrek Nakli Sonrası Bireylerde Görülen Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı

Psychosocial Problems in Kidney Transplanted Individuals and Nursing Approaches

Zeliha YAMAN,^a
Mualla YILMAZ^a

^aPsikiyatri Hemşireliği AD,
Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,
Mersin

Geliş Tarihi/Received: 21.04.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 12.06.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Zeliha YAMAN
Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,
Psikiyatri Hemşireliği AD, Mersin,
TÜRKİYE/TURKEY
zyaman15@gmail.com

ÖZET Böbrek nakli, dünyada ve Türkiye’de böbrek yetmezliği olan hastalara uygulanan tıptaki önemli gelişmelerden biridir. Böbrek nakli olan hasta depresyon, anksiyete, aile içi roller ve ilişkilerde değişim, cinsel sorunlar, beden imajında değişim, diyet ve hastalığa uyum güçlüğü ve organ reddi olasılığı gibi birçok psikososyal sorunlar yaşamaktadır. Nefroloji hemşirelerinin böbrek nakli olan hastanın nakil sonrası dönemde oluşan psikososyal sorunları önleme, tedavi etme ve psikososyal sorun çözümünde hastaya yardım edebilme becerilerine sahip olmalıdır. Bu nedenle nefroloji hemşireleri bu alanda araştırmalar yapmalı, yapılan araştırmaları yakından takip etmeli, araştırma sonuçlarını bakıma yansıtılabilmeli ve bütüncül bakım vermelidir. Bu yazıda böbrek nakli sonrasında bireylerde görülen psikososyal sorunlara ilişkin literatür gözden geçirilmekte ve konuyla ilgili güncel bilgiler sunulmaktadır. Yapılan bu derlemede hemşirelerin böbrek nakli sonrasında bireylerde görülebilecek sorunların farkına varabilmeleri ve böbrek nakli olan bireye bakım vermede hastanın gereksinimlerini doğru tanımlayabilmeleri amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, psikososyal sorunlar, hemşirelik

ABSTRACT Kidney transplantation, which is applied to the patients having renal insufficiency both in Turkey and in the world, is one of the most important advances in medicine. Kidney transplant patient experiences many psychosocial problems during this period such as depression, anxiety, changes in roles and relationships within the family, changes in the body, adaptation difficulty to disease and diet, possibility of organ rejection and so on. Nephrology nurses should have skills of helping patient in psychosocial problem solving as well as avoidance and treating of psychosocial problems which arise posttransplantation term in patients with renal transplantation. Therefore, nephrology nurses should reserach in this area, follow closely the conducted researches, be able to reflect the results of researches to health care and provide holistic care. This paper reviews the literature related to psychosocial problems arise in patients after kidney transplantation and presents up-to-date information. The aim of this study is to have nurses noticed the problems seen in individuals following the kidney transplantation and to help nurses to describe the necessities of kidney transplanted patients during health care.

Key Words: Kidney transplantation, psychosocial problems, nursing

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2014;18(1):22-8

Kronik ve son dönem böbrek yetmezliği olan bireylerin yaşamlarının devamlılığı için diyaliz (hemodiyaliz, periton) ya da böbrek nakli yapılmaktadır.¹ Böbrek nakli son dönem böbrek yetmezliği hastaları için en iyi tedavi yöntemidir. Başarılı bir böbrek nakli belirli aralıklarla yapılan diyalize oranla hasta bireyin ömrünü uzatarak, böbrek fonksiyon bozukluğu ile ilgili birçok psikolojik sorunları azaltarak, diyalize ilişkin kı-

sıtlamaları ortadan kaldırarak, hastanın yaşam kalitesini artırmakta ve daha iyi bir yaşam sürmesine olanak sağlamaktadır.^{2,3}

Başarılı böbrek nakli hastanın kendi bireysel özgürlüğünü kazanmasını, kendi hayatını kontrol etmesini sağlayan önemli bir süreçtir. Ancak böbrek nakli kesin bir iyileştirme girişimi değildir, hasta bu süreçte birçok psikososyal sorunlar yaşayabilmektedir. Depresyon ve anksiyete en sık görülen sorunlardan biridir. Diğer sorunlar ise aile içi roller ve ilişkilerle ilgili çatışmalar, cinsel sorunlar, beden imajında değişim, işe dönme sorunları, tıbbi tedaviye uyum ve organ reddi olasılığı ile ilgili psikososyal sorunlardır.⁴⁻⁶

Böbrek nakli sadece cerrahi bir müdahale olarak değil aynı zamanda hasta ve ailenin üzerinde psikolojik ve psikososyal streslerin oluşumuna neden olan karmaşık bir süreçtir. Cerrahi müdahalenin yapıldığı aşamadan hastanın rehabilitasyonunun yapıldığı aşamaya kadar her adımda hastada psikolojik ve psikososyal sorunlar hastanın uyumunu bozmakta ve tedavi sonuçlarını etkilemektedir.⁷ Hastalar nakilden sonra daha aktif olmalarına ve nakil işlemiyle beraber normal yaşantılarına geri döneceklerine inanmaktadır.⁸ Bu süreçte hastalarda böbrek nakli sonrasında fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler nedeniyle hayatının tüm alanlarında yaşam kalitelerinde değişiklikler olmaktadır.⁹ Böbrek nakli sonrasında bireylerde duygusal stres ve psikiyatrik hastalıkların görülme morbiditesinin yüksek olduğu bilinmektedir.¹⁰ Böbrek nakli olan bireyler hastalıklarını tamamen geride bırakamamakta, bu durum kendileri, aileleri, arkadaşları ve partnerleri için zor olmaktadır.¹¹

Böbrek nakli sonrası hastalar yalnızlık duygusu ve gelecekte ne olacağı korkusu, belirsizlik ve anksiyete yaşamaktadır. Anksiyete yaşayan birey hastalığını olduğundan daha olumsuz algılayarak hastalığı ile ilgili bilgileri öğrenmede güçlük yaşayabilir. Anksiyete yaşayan bireyin hastalığı ile baş etmesi olumsuz olarak etkilenmektedir.¹² Bazı hastaların böbrek naklinden sonra yaranın açılması ile ilgili korkuları olabilmektedir. Bu hastalar yaranın açılmaması için yataklarından hareket etmektense korkmaktadır. Hastaların bu korkusu yeni alınan

böbrek ile ilgilidir.¹¹ Böbrek nakli olan hastalar nakil olan böbreğin red olma korkusu, enfeksiyon korkusu, evli olan hastalar için boşanma olasılığı, uzun dönemdeki immunsupresyon tedavisinin fiziksel yan etkileri, yabancı ve hayati öneme sahip organa ilişkin hissedilen duygular ile bağlantılı konularda anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır.¹³

Anksiyete yaşamalarına neden olan faktörlerden biri de hastanın hastanede kaldığı sürenin uzamasıdır. Çünkü hastanede kalma nedenlerinden biri böbrek fonksiyonlarının çalışıp çalışmadığını belirleyecek olan laboratuvar testlerinin yapılması gerekliliğidir. Böbrek naklinden sonra böbreğin çalışıp çalışmayacağına bağlı olarak hastanın anksiyetesi artmaktadır. Hastada greftin yerleşip yerleşmediğinin tespit edilmesi için hastanın uzun bir süre hastanede kalması ve gözlem altında tutulması gerekmektedir.¹⁴ Tüm bu yaşananlardan dolayı hastalara böbrek nakli yapılmadan önce ve nakilden sonraki dönemde psikiyatrik değerlendirme yapılması gerekmektedir.¹⁵ Böbrek nakli olan hastaların anksiyete ve depresyon belirtileri azaldıkça nakil sonrası dönemde hastalar kendilerini daha iyi hissetmektedir.¹⁶ Bu nedenlerden dolayı böbrek nakli sürecinde psikiyatrik değerlendirmenin yapılması son derece önemlidir.^{10,14}

Cürcani ve Tan'ın yaptığı çalışmada böbrek nakli olan hastaların %16,7'sinde anksiyete görüldüğü ve anksiyete düzeyindeki değişikliklerin kalıtsal yatkınlık, kişilik özellikleri, kişinin daha önce yaşamış olduğu olumsuz deneyimler, böbrek nakli sonrası komplikasyonlarla karşılaşma durumu gibi etkenlerden kaynaklanmış olabileceği belirtilmektedir. Yine aynı çalışmada genç yaşta olan hastaların anksiyete seviyesinin yüksek olduğu bildirilmektedir.¹³ Gregorio ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada böbrek nakli olan hastaların anksiyete seviyesinin yüksek olduğu ve bu kişilerin daha hassas ve kırılğan oldukları, sağlıklı insanların önem vermedikleri konularda daha çok kaygı yaşadıkları belirtilmektedir.¹⁷

Böbrek nakli sonrası greft rejeksiyonu gelişip gelişmeyeceğini beklemek nakil olan hastalar için anksiyete nedenidir. Nakil olan hastanın nakil ile ilgili umudunun fazla olması hastanın daha az ank-

siye yaşamasına neden olmaktadır. Pazar ve ark.nın yaptığı çalışmada böbrek nakli olan hastanın anksiyete durumu izlenerek hastanın duygularını ifade etmesine olanak sağlandığında, hastaya böbrek rejeksiyonu (böbrek rejeksiyonunun belirtileri ve bu durumu önlemede kullanılan immün supresif ilaçların etkileri ve bu ilaçların kullanımında dikkat edilmesi gerekenler) hakkında eğitim verildiğinde hastanın anksiyete ile olumlu baş ettiği sonucuna ulaşıldığı belirtilmektedir.¹⁸

Yapılan bir çalışmada böbrek nakli yapılan hastalar yeni böbreği kendilerine verilmiş bir yaşam hediyesi olarak gördüğünü belirtmektedir.¹⁹ Böbrek nakli sonrası hasta mutlu ve kendini yeniden doğmuş gibi hissedebilir. Cürcani ve Tan'ın yaptığı çalışmada böbrek naklinden sonraki bir yıllık sürede hastanın anksiyete seviyesinin daha düşük olduğu belirtilmektedir.¹³

Anksiyete belirtileri tedaviye uyumu olumsuz olarak etkileyebilir, örneğin hastanın psikolojik durumu sağlık alışkanlıklarına daha az dikkat etmesine ve nakilden sonraki bir yıl içerisinde hastanın yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir.¹⁷ Böbrek naklinden sonra hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi beklenen ve istenen bir sonuçtur. Yaşam kalitesi yüksek olan bireylerin, tıbbi tedaviye uyumları daha iyidir. Böbrek naklinden sonra bireyin yaşam kalitesini etkileyen faktörler bilinirse, hemşireler bireyin yaşam kalitesini iyileştirmek için gerekli stratejileri belirleyebilir ve gerekli müdahalelerde bulunabilir. Böbrek nakli sonrası, bireylerin gereksinimlerine göre eğitim verilmesi, sosyal ve psikolojik destek sağlanması hastaların yaşam kalitesini artırabilir.^{9,20} Hastalar bu dönemde hassastır. Hastanın tedaviye uyumunu sağlayarak yaşam kalitesini artırabilmek için anksiyete seviyesini takip ederek hastanın anksiyete ile baş etmesine yardım etmek gerekir.^{14,21}

BÖBREK NAKLİ SONRASI ANKSİYETE YAŞAYAN HASTALARA YÖNELİK TEMEL HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

- Hastaların endişelerini değerlendirmek, hastanın gereksinimine yönelik ve hastaya ve aileye gerekli bilgiler vermek,

- Anksiyeteye neden olan faktörler konusunda hastanın farkındalık kazanmasını sağlamak,

- Anksiyete ile baş edebilmek için hastaya özgü, hastayı rahatlatan aktiviteleri hasta ile birlikte belirlemek,

- Hastaya kaynağı bilinen anksiyete ile kaynağı bilinmeyen anksiyete arasındaki farkları öğretmek,

- Gün içerisinde hastanın anksiyesini azaltmak için hastaya anksiyeteyi azaltıcı yöntemleri öğretmek,

- Hastanın zor durumlar altında başvurduğu ve onu rahatlatan destek sistemlerini bulmak ve hastanın anksiyete yaşadığı durumlarda bu destek sistemlerini harekete geçirmek,

- Hastanın duygularını ifade etmesini sağlayacak bir ortam oluşturmak ve bu ortamın hemşire tarafından sürdürülmesi ve korunmasını sağlamak,

- Rejeksiyon (rejeksiyon belirtileri ve önlemede kullanılan immünsupresif ilaçların etkisi ve kullanımında dikkat edilmesi gerekenler) hakkında hasta ve aileyi bilgilendirmek,

- Hasta ile güven verici bir ilişki kurmak, bakım verirken hasta ile empatik iletişim kurabilmek,

- Güven tedavi edici ilişkinin temeli olduğu için hastaya zaman ayırmak ve hastaya verilen tüm sözleri tutmak,

- Hastanın geçmişteki başa çıkma yöntemleri değerlendirilip hastanın uygun yöntemi seçmesi ve kullanmasına fırsat vermek,

- Hastanın anksiyetesini arttıracak tutum ve davranışlardan sakınmak,

- Hastaya anksiyete belirtileri ve anksiyete ile baş etmesinde yardımcı olacak yöntemleri öğretmek (gevşeme teknikleri, derin nefes alma egzersizleri, fiziksel egzersiz, jogging, meditasyon)

- Hastanın nakil ile ilgili duygu ve düşünceleri hakkında konuşmasına izin vermek ve bu konuda hastayı cesaretlendirmek,²¹⁻²⁴

Depresyon böbrek naklinden sonra hastalarda sık karşılaşılan bir diğer sorun olmakla birlikte depresyon görülme sıklığı yapılan çalışmalarda farklılık göstermektedir.^{3,10,25} Arapaslan ve ark.nın yaptığı bir çalışmada nakil sonrası dönemde hastaların %25'inde major depresyon görüldüğü belirtilmektedir.¹⁰ Akman ve ark.nın yaptığı çalışmada ise, depresyon oranının ortalama 38 ay önce böbrek nakli yapılan hastalarda %22,2 kronik rejeksiyona bağlı olarak tekrar diyaliz programına alınan hastalarda %61,3 olduğu bildirilmektedir.²⁵ Bununla beraber Szeifert ve ark.nın yaptığı çalışmada böbrek nakli hastalarında depresyon görülme oranını %22 olduğu ve böbrek nakli olan her beş hastadan birinin depresyon için önemli bir risk taşıdığı belirtilmektedir.³

Böbrek nakli sonrası dönemde hastada organ reddi riskini azaltmak için kullanılan ilaçlar hastalarda duyu durum/depresif bozuklukların oluşmasında önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır.²⁶ Aynı zamanda depresyon hastalarda tedaviye olan uyumu bozarak hastanın kendine olan güvenini azaltabilmekte ve greft rejeksiyonunu ve hastanın hayatta kalmasını olumsuz olarak etkileyebilmektedir.²⁵

Organ reddi olasılığı birçok hastada depresyona yol açabilmekte ve depresyona bağlı olarak bazı hastalarda aşırı bağımlılık ve aşırı alkol kullanımını gibi sorunlar oluşabilmektedir. Rejeksiyon gelişimi durumunda ise hastada öfke, kızgınlık, umutsuzluk, suçluluk gibi tepkiler görülebilmektedir. Bu durumu engellemek ve hastanın yeni böbreği bedeninin bir parçasıymış gibi kabullenebilmesini sağlamak için hastanın desteklenmesi gerekir.²⁷

Gregorio ve ark.nın yaptığı bir çalışmada nakil olan hastaların gösterdikleri depresyon semptomları hastaların sosyal, duygusal, fiziksel ve maddi alanlardaki işlevlerini olumsuz etkilediği belirtilmektedir.¹⁷ Böbrek nakli olan bireylerin %25'inde depresyon görülmektedir. Böbrek nakli olan bireylerde depresyonun olması sadece hastanın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilememekte aynı zamanda depresyon bu hastaların evlilik ilişkilerinin bozulmasına, cinsel sorunlara ve uyku sorunlarının oluşmasına neden olmaktadır.²⁸

BÖBREK NAKLİ SONRASI DEPRESYON YAŞAYAN HASTALARA YÖNELİK TEMEL HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

- Hastanın intihar ile ilgili düşüncesinin olup olmadığını hastanın açık ve dolaylı ipuçlarından yola çıkarak değerlendirmek,
- Hastanın ilaç tedavisine uyumu konusunda sağlık kurumunda veya evde gerekli destek, danışmanlık ve izleme hizmetlerini sağlamak,
- Depresyon tanılı hastalar genel olarak kendilerini değersiz gördükleri, fiziksel bakımlarını ihmal ettikleri için hastaların fiziksel bakımını sağlamak,
- Hastanın kendini iyi hissetmesi ve güvenini arttırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinde bulunmak,
- Hasta ile güvene dayalı tedavi edici iletişim kurmak,
- Hemşirenin hastayı önemseydiğini ve ona değer verdiğini hissettirmesi,
- Hemşirenin iletişimin daha kolay gelişmesi için empatik ve sakin davranış sergilemesi,
- Hemşire bireyi seçim yapması ya da karar vermesi konusunda zorlamamalı
- Hastanın gün içinde boş zamanlarını etkin değerlendirebileceği aktiviteler yapmasını sağlamak^{22,29}

Cinsel fonksiyon bozukluğu organ nakli öncesi ve sonrasında sık rastlanan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sorundur. Kronik hastalığı olan bireylerde olduğu gibi böbrek naklini bekleyen ve böbrek nakli olan hastalarda da cinsel istek ve aktivite kaybı gibi sorunlar olabilmektedir.⁵ Sağduyu ve ark.nın yaptığı çalışmada böbrek nakli olan hastaların %80'inde cinsel sorunun olduğu ve nakil sonrasında cinsel işlev bozukluklarının sıklıkla devam ettiği belirtilmektedir.³⁰ Şahin ve ark.nın çalışmasında ise, böbrek nakli sonrasında hastaların %17,4'ünde cinsel dürtülerin arttığı, erektil ve cinsel fonksiyonlarda düzelme görüldüğü belirtilmektedir.³¹

BÖBREK NAKLİ SONRASI CİNSEL SORUNLAR YAŞAYAN HASTALARA YÖNELİK TEMEL HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

- Hastanın cinsel yaşamına ilişkin öykü almak,
- Hastanın cinsellikle ilgili soru sorması için hastayı cesaretlendirmek,
- Hasta ile hastalık durumunun ve ilaçlarının cinselliği üzerine etkilerini tartışmak,
- Cinsel yaşamla ilgili duygularını partneri ile paylaşması, sevgisini sarılma, el ele tutuşma gibi davranışlar ile göstermesinin cinsel yaşamında kolaylık sağlayacağı konusunda hastaya bilgi vermek,
- Cinsellik ve cinsel fonksiyonlar hakkında, kendini rahatsız eden konular ile ilgili sorular sorması için hastayı cesaretlendirmek,
- Hastaya partneri ile aynı yatakta yatma davranışını sürdürmesi gerektiğini anlatmak,
- Cinsel ve diğer alanlardaki ilişkilerine zaman ayırması için cesaretlendirmek,
- Duygularını paylaşması için hastanın eşini cesaretlendirmek,
- Partneri ile ilişkisi incelenerek ilişkinin güçlü yönleri, korku ve anksiyetesini tartışmaya yönelik hastayı cesaretlendirmek^{21,22}

Böbrek nakli olan hastaların beden imajının bozulduğuna ilişkin kaygıları olmaktadır. Hasta böbreğini aldığı kişinin özelliklerini aldığını, beynini, duygularını, etkileyeceğini düşünebilir. Örneğin, kadından organ alan bir erkek hasta “kadınlaşıyor muyum?” kaygısını yaşayabilir.⁶ Nakil sonrası hastaların kullandıkları yüksek doz kortikosteroidlere bağlı kilo artışı, ay dede yüzü, ense karın bölgesi ve kalçalarda yağlanma olabilir. Beden imajındaki değişim; hastanın kendisini yabancı hissetmesine, sosyal ilişkilerinin azalmasına, başkaları tarafından reddedilme korkusuna, bedeni hakkında olumsuz duygular yaşamasına, cinsel fonksiyonda sorunlara, özgüven kaybına, greft böbreğe gizli bir düşmanlık yaşamasına, kendine bakımın bozulmasına ve ümitsizlik duyguları yaşamasına neden olabilir.^{6,32}

BÖBREK NAKLİ SONRASI BEDEN İMAJI BOZULAN HASTALARA YÖNELİK TEMEL HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

- Hastanın vücut fonksiyonlarını ve görünümündeki değişiklikleri nasıl algıladığı ile ilgili düşüncelerini ifade etmesini sağlamak,
- Hastanın endişelerini yansıtan duygu ve davranışlarını gözlemek, endişelerini ifade etmesine olanak vermek,
- Hastanın yakınları tarafından kabul edilmesi, hastanın kendini kabul etmesinde önemli bir etken olduğu için, aile ve yakınları ile iletişimlerini arttıracak bir ortam sağlamak,
- Aynı deneyimleri yaşayan hastalarla deneyimlerini paylaşması için cesaretlendirmek,
- Önceden tahmin edilebilen beden imgesindeki değişikliklere yönelik hastayı hazırlamak,
- Hastanın kendi fonksiyonlarının seviyesini ve bedenindeki değişiklikleri belirlemede hastaya yardımcı olmak,
- Hastanın beden imgesinde en son gelişen fiziksel değişikliklerin ne olduğunu hasta ile birlikte belirlemek,
- Hastanın şu anki beden imajını algılamasına yönelik duygularını ifade etmesine olanak vermek,
- Hastalığına bağlı olarak etkilenen beden imgesini, stres faktörlerini tartışmada hastaya yardımcı olmak,
- Hastanın beden imgesi üzerinde yaş, cinsiyet, ırk ve kültürün anlamının ne olduğunu hastaya fark ettirmek,
- Kendini öz eleştirilere yönelik ifadelerin sıklığını izlemek,
- Hasta ve ailenin beden imgesindeki değişikliklere yönelik gerçek algılarını belirlemek,
- Beden imajındaki değişikliklerin sosyal izolasyona sebep olup olmadığını belirlemek^{33,34}

Böbrek nakli sonrası immünoşüpresif tedavi, alıcının vücuduna nakil edilen dokuya yani böbreği yabancı bir doku olarak algılamaması için alıcının bağışıklık sistemini baskılamak amacıyla kullanılmakta ve bu alanda son yıllarda kullanılan

ilaçlar özellikle rejeksiyon oluşma riskini önemli ölçüde azaltmaktadır.³⁵ Yüksek doz kortikosteroid kullanımı sıklıkla geçici uyku bozuklukları, değişen algı düzeyi, duygu durum değişiklikleri ve huzursuzluğa neden olmaktadır.⁴

Hemşire, hastanın ve ailenin hastalık ve hastanede yatmakla ilgili streslerini, kriz durumunda verdikleri tepkileri, baş etme davranışlarını ve uyum düzeylerini değerlendirme, hasta ve ailenin hastalığı algılamalarını değiştirme, problem çözme ve anksiyete yönetiminde etkin olmalıdır. Hemşire bütüncül yaklaşım ile hasta ve ailesini birlikte değerlendirmelidir.^{36,37} Rejeksiyon, enfeksiyon belirtilerinin ve yaşam bulgularının takibi, sıvı elektrolit dengesinin takibi, immünyüpresif tedavinin uygulanması ve etkilerinin izlenmesinde, hasta ve ailesinin perioperatif eğitiminde olduğu kadar hastaya psikolojik destek sağlamada da hemşirenin önemli görevleri vardır.¹⁸ Nakil olan hastalara psikoterapötik müdahalelerin yapılması hastanın yaşadığı duygusal sorunların çözümüne yardımcı olması açısından son derece önemlidir. Bu tür müdahaleler hastanın ruh sağlığını doğrudan geliştirdiği gibi aynı zamanda da hastanın hayatta kalım süresini arttırmaktadır.²⁸ Cürcani ve ark.nın yaptığı çalışmada böbrek nakli olan hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin genel anlamda yetersiz olduğu ve hastaların nakil sonrası hayatlarında nelere dikkat etmeleri gerektiği gibi konularda bilgi almak istedikleri bildirilmiştir. Böbrek nakli sonrası hasta bakımı ve eğitimi yaşam boyu sürmektedir.¹³

BÖBREK NAKLİ SONRASI HASTALARDA PSİKOSOSYAL UYUMU SAĞLAMAYA YÖNELİK TEMEL HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

■ Böbrek nakli yapılan merkezlerde hastanın tedavi ve bakımı konularında eğitimler yapmak,

■ Böbrek nakli sonrası hastalarda komplikasyon gelişimini azaltmak için önerilen tıbbi tedavi ve bakımın düzenli bir şekilde uygulanması ve planlandığı şekilde sağlık kontrollerinin yaptırılmasının önemini hastalara açıklamak,

■ Hastalar için psikolojik, sosyal ve ekonomik destek sağlamaya yönelik gönüllü kuruluşlarla iletişim kurularak ve hastaların bu kuruluşlarla bağlantısını sağlamak,

■ Hastaların deneyimlerini paylaşabilecekleri sosyal ortamlar oluşturmak,

■ Hastaların stres yaratan durumlardan uzak, sakin bir yaşam tarzı geliştirmelerine yardımcı olmak,

■ Ağlama üzüntü, umutsuzluk ve mutsuzluk duygularının sağlıklı bir şekilde ifadesini sağlayacağı için hastanın ağlamasına izin vermek,

■ Hasta güçsüzlük duyguları da yaşayabileğinden dolayı bakımı ile ilgili kararlarda hastanın mümkün olduğu kadar sorumluluk almasına izin vermek,

■ Hastanın öfke duygularını uygun biçimde ifade etmesine izin vermek ve öfkenin kaynağını tanımasına yardımcı olmak, kullandığı öfke ile uygun baş etme tekniklerini desteklemek,

■ Hastanın korkularını küçümsememek, söylediklerinden dolayı yargılamamak^{13,38}

Sonuç olarak; hemşirelerin böbrek nakli sonrası hastaların yaşadığı ruhsal sorunları tanıma, soruna yönelik gerekli girişimleri planlama, uygulama ve değerlendirebilme becerisine sahip olması gerekmektedir. Böbrek nakli olan hastalara bütüncül ve bireye özgü hemşirelik bakımının verilmesi hastaların daha kaliteli ve mutlu yaşam sürmelerini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Genişletilmiş 2.Baskı, Sistem Ofset, Ankara. 2004. p. 194-199.
2. Leo RJ, Smith BA, Mori DL. Guidelines For Conducting A Psychiatric Evaluation of The Unrelated Kidney Donor. *Psychosomatics*. 2003; 44(6): 452-460.
3. Szeifert L, Molnar MZ, Ambrus C, Koczy AB, Kovacs AZ, Vamos EP, Keszei A, Mucsi I, Novak M. Symptoms of Depression in Kidney Transplant Recipients: A Cross-Sectional Study. *American Journal of Kidney Diseases*. 2010; 55(1): 132-140.
4. Özçürümec G, Tanrıverdi N, Zileli L. Böbrek Transplantasyonu ve Psikiyatri. *Klinik Psikiyatri*. 2003; 6(4): 225-234.
5. Perdecı Z, Ate MA, Algül A. Transplantasyon ve Psikiyatri. *Nobel Medicus*. 2012; 8(1): 16-23.
6. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013; 1(1): 57-68.
7. Virzi A, Signorelli M.S, Veroux M, Giammarresi G, Maugeri S, Nicoletti A, Veroux P. Depression and Quality of Life in Living Related Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings*. 2007; 39: 1791-1793.
8. Muehrer RJ, Becker BN. Life After Transplantation: New Transitions In Quality Of Life and Psychological Distress. *Seminars In Dialysis*. 2005; 18(2): 124-131.
9. Curcani M, Tan M. The Factors Affecting The Quality of Life of Patients Who Have Undergone Kidney Transplants. *Pak J Med Sci*. 2011; 27(5):1092-1097.
10. Arapaslan B, Soykan A, Soykan C, Kumbasar H. Cross-Sectional Assessment of Psychiatric Disorders in Renal Transplantation Patients in Turkey: A Preliminary Study *Transplantation Proceedings*. 2004; 36(5): 1419-1421.
11. Amerena P, Wallace P. Psychological Experiences of Renal Transplant Patients: A Qualitative Analysis. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2009; 9(4): 273-279.
12. Karacan Y, Kapucu SS. Periferik Kök Hücre Naklinde Hastalarda Görülen Anksiyete ve Depresyon. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010; 13(1):77-82.
13. Cürcani M, Tan M. Böbrek Transplantasyonu Yapılmış Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2013; 102-110.
14. Trzcinska M, Włodarczyk Z. Psychological Aspects of Kidney Transplantation. In.: Ortiz J, editors. *After The Kidney Transplant - The Patients And Their Allograft*. Intech. 2011. p.171-180.
15. Onur E. Kalp-Akciğer Transplantasyonu Hastasında Psikiyatrik Sorunlar. *Türkiye Klinikleri*. 2007; 3(12): 103-108.
16. Gregorio PS, Jiménez FE, Rodríguez AM, Bernal JB, Bravo G. Evolution of Anxious-Depressive Symptomatology in Liver and Kidney Transplant Recipients: Hospitalization and 12-Month Post-Transplantation Phases. *Transplantation Proceedings*. 2013; 45: 3656-3658.
17. Gregorio PS, Rodríguez AM, Domínguez RD, Bernal JP. The Influence of Posttransplant Anxiety on The Long-Term Health of Patients. *Transplantation Proceedings*. 2006; 38: 2406-2408.
18. Pazar B, Yava A, Genç H. Eşler Arası Renal Transplantasyonda Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2013; 55(1): 150-155.
19. Buldukoglu K, Kulakac O, Kececioğlu N, Alkan S, Yılmaz M, Yücelin L. Recipients' Perceptions Of Their Transplanted Kidneys. *Transplantation*. 2005; 80(4): 471-476.
20. Üstündağ H, Gül A, Zengin N, Aydın M. Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007; 2(6): 117-125.
21. Birol L. Hemşirelik Süreci- Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. 9. Baskı, Etki Matbaası. İzmir. 2009. p. 453,493.
22. Engin E. Anksiyete Bozuklukları. Çam O. Engin E, editors. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık. İstanbul. 2014. p. 293-295.
23. Townsend MC. *Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing Care Plans and Psychotropic Medications*. Seven Edition F.A. Davis Company 2008. p.150.
24. Fortinash KM. *Psychiatric Nursing Care Plans*. Fifth Edition. Mosby Elsevier. America. 2007. p. 42.
25. Akman B, Özdemir FN, Sezer S, Miçozkadıoğlu H, Haberal MA. Depression Levels Before and After Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings*. 2004; 36(1): 111-113.
26. Pascasio L, Nardone IB, Clarici A, Enzmann G, Grignetti M, Panzetta GO, Vecchiet C. Anxiety, Depression And Emotional Profile In Renal Transplant Recipients and Healthy Subjects: A Comparative Study. *Transplantation Proceedings*. 2010; 42: 3586-3590.
27. Erdil F, Özhan Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 4.Baskı. Adoğdu Ofset. Ankara. 2001. p. 429.
28. Noohi S, Khaghani Zadeh M, Javadipour M, Assari S, Najafi M, Ebrahimiya M, Pourfarziani V. Anxiety And Depression are Correlated With Higher Morbidity After Kidney Transplantation. *Transplantation Proceedings*. 2007; 39(4): 1074-1078.
29. Ertekin Pınar Ş, Tel H. Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012; 3(2):86-91.
30. Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006; 17(1): 22-31.
31. Şahin AF, Cihan A, Akgül K, Demir Ö, Gürkan A, Çelik A, Ertan C, Esen A A. Erkek Hastalarda Böbrek Nakli Sonrası Cinsel İşlevler. *Türk Üroloji Dergisi*. 2009; 35(1):23-27.
32. Özşaker E. Organ Transplantasyonu ve Yaşam Kalitesi. *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitabı*. 2012. p.39-51.
33. Çavdar İ. Sayın Y. *Meme Kanserinde Örnek Bakım Planı*. Akyolcu N, Aksoy G, Kanan N. *Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi*, 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi. 2011. p.172.
34. Polat A. Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi, (Bilim Uzmanlığı Tezi), Düzce: Abant İzzet Baysal Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
35. Burke A. Could Anxiety, Hopelessness and Health Locus of Control Contribute to The Outcome of A Kidney Transplant? *South African Journal of Psychology*. 2008; 38(3): 527-540.
36. Kocaman N. Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Lijezone Psikiyatrisi Hemşireliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005; 9(1) :49-54.
37. Kaya Akı M, Demir Dikmen Y. Hemodiyaliz Hastalarına Primer Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri ve Yaşam Kaliteleri Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2012; 2(3): 24-28.
38. Cürcani M, Tan. M Böbrek Transplantasyonu Yapılmış Hastaların Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgi Durumları *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2013; 91-101.

Mekanik Ventilasyonda Olan Hastalarla İletişim: Olguların Sunumları

Communication with Patients on Mechanical Ventilation: Case Reports

Nesrin NURAL,^a
Semiha ALKAN^b

^aHemşirelik Bölümü,
İç Hastalıkları Hemşireliği AD,
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
^bTrabzon Ahi Evren Kalp ve Damar
Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Trabzon

Geliş Tarihi/Received: 16.02.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 05.06.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Semiha ALKAN
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Trabzon,
TÜRKİYE/TURKEY
semi.alkan@hotmail.com

ÖZET Kardiyak cerrahi girişim sonrası tedavi ve bakımın amacı, hastanın anestezinin etkisinden çıkıp, uyandırılması ve ekstübe edildikten sonra kendi solunumunu yapabilmesidir. Entübe hastalar yoğun bakımlarda iletişim konusunda en çok sıkıntı yaşanan hasta grubunu oluşturmaktadır. Mekanik ventilatördeki hastalar ile iletişimde vücut dili, yüz ifadesi, göz teması, evet/hayır sorular, yazarak iletişim gibi farklı iletişim yöntemleri kullanılmaktadır. Yoğun bakım ekibi entübe hastalarla iletişimi sağlama ve sürdürmede kullanılacak yöntemlerin seçiminde hastanın durumunu ve iletişim yeteneğini göz önünde bulundurmalıdır. Hastaların kültürel yapısı, algılama yeteneği, dil, yaş, eğitim seviyesi, iletişim becerileri gibi kişisel özellikleri dikkate alınarak iletişim tekniklerine karar verilmelidir. Bu makalede bir hastanenin Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde entübe hastalarımızla olan iletişim deneyimlerimiz anlatılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Entübasyon, hemşirelik, iletişim, yoğun bakım

ABSTRACT The aim of treatment and care after cardiac surgery patient is able to do his own breathing after the patient's awakening, extubated and exit the effect of anesthesia. Intubated patients who experienced the most difficulties in communication in the intensive care units, constitute the patient population. With patients in mechanical ventilator are used various shapes and symbols such as the most common body language, facial expression, eye contact, yes/no questions, communication by writing. Intensive care team should consider patient's condition and ability to communicate in the choice of method used to achieve and maintain communication with intubated patients. They should be decided the communication techniques by considering patient's personal characteristic such as cultural structure, detection ability, language, age, educational, communication skills. This article is about our communication experiences on patients who are intubated in the intensive care unit of the Department of Cardiovascular Surgery of a hospital.

Key Words: Intubation, nursing, communication, intensive care

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2014;18(1):29-34

Kardiyak cerrahi girişim sonrası tedavi ve bakımın amacı, hastanın anestezinin etkisinden çıkıp, uyandırılması ve ekstübe edildikten sonra kendi solunumunu yapabilmesidir. Cerrahi girişim sonrası yoğun bakım ünitelerine alınan hastalar, anestezinin etkisi ve entübasyon nedeniyle yoğun bir hemşirelik bakımına gereksinim duymaktadırlar.¹ Kardiyak cerrahi girişimler sonrasında hastaların büyük bir kısmı ilk 12 saat içerisinde ekstübe edilmektedir. Erken ekstübasyon hastanın daha erken mobilizasyonu sağlamakta, pozitif basınçlı ventilasyona bağlı oluşabilecek komplikasyonları, enfeksiyon insidansını ve yoğun bakım ünitesinde (YBÜ)

kalış sürelerini azaltmaktır.² Kardiyopulmoner bypass girişimi geçiren 2609 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %7,5'inde solunum komplikasyonlarının geliştiği, bu komplikasyonların ölüme (%21) ya da hastanede kalış süresinin (%64,3) 10 günden daha fazla uzamasına neden olduğu saptanmıştır.³ Patak ve ark. (2006) entübe hastalarla (n=8) yaptığı çalışmada, hastaların %62'si gereksinimlerinin karşılanması sırasında sürdürülen iletişime bağlı olarak yüksek hayal kırıklığı yaşadığını belirtmektedir.⁴ Solunumun makinaya bağlı olması ve konuşamama hastalarda anksiyeteye yol açmaktadır. Yoğun bakımdaki deneyimlerini hatırlayan ve endotrakeal tüpü olan 96 hastanın stres kaynaklarının belirlenmesine ilişkin yapılan çalışmada hastaların konuşamama (%65), susuzluk (%62), ağrı (%59), anksiyete ve stres (%56), gerginlik ve kontrol kaybı (%46), yutma güçlüğü ve rahatsızlık (%44) deneyimledikleri belirtilmektedir. Hastaların %90'nı aşırı sıkıntı hissettiğini ve çok üzgün olduğunu ifade etmiştir.⁵

Mekanik ventilasyon (MV) desteğinde olan hastalarda anksiyeteyi kontrol altına almak için genellikle sedasyon tedavisi uygulanır. Sedasyon genellikle MV'de kalma süresini uzatmakta ve hemodinamizmi bozarak hiopotansiyon gelişmesine neden olmaktadır. Çalışmalar müzik terapi (ağrı ve anksiyetenin düzeyini azaltmakta, solunum, kalp atım sayısını ve kan basıncını düşürmekte), aile ziyaretleri gibi nanfarmakolojik gelişmelerin MV stresini azaltmada yararlı olduğunu vurgulamaktadır.^{6,7}

Yoğun bakım ünitesinde hastalarda meydana gelen fiziksel/fizyolojik değişiklikler (bilinç değişiklikleri, deliryum gibi) ve uygulanan invaziv girişimler (mekanik ventilatör, kateterler gibi) hastalarda fiziksel kısıtlamalara ve psikolojik problemlerin daha yoğun yaşanmasına neden olmaktadır.^{8,9} Ayrıca hastalar, aile üyeleri ile birlikte olamadıkları ve alışkanlıklarını sürdüremedikleri için yalnızlık ve izolasyon duygusu yaşamaktadır. Hastalar monitör sistemlerinin, ventilatörlerin, sıvı ve/veya ilaç infüzyon pompalarının sesleri nedeniyle anksiyete yaşamakta ve değişik derecelerde psikolojik desteğe gereksinim duyabilmektedirler.^{8,10}

Entübe hastalar, yoğun bakımlarda iletişim konusunda en çok sıkıntı yaşayan hasta grubunu oluşturmaktadır. Hastalar korku, ajitasyon, açlık, susuzluk, iletişim problemleri, bilinç ve kontrol duygusunda azalma yaşamaktadırlar.^{5,6,11} İlk yapılması gereken ajitasyonun altında fizyolojik bir nedenin olup olmadığının araştırılmasıdır. Örneğin; hastalıkla ilgili ağrı, hipoksemi yoğun bakımda ajitasyonun en yaygın nedenleri arasında yer alır. İlaçlarla ilgili yan etkilerden kaynaklanıyor olabilir ya da foley kateterin basıncı ya da nazal kateterle ilgili nedenlerden kaynaklanabilir.^{6,8}

Hastalarda yetersiz iletişim; ağrılarını tanımlayamama, kontrol duygusunun kaybı, depersonalizasyon, hayal kırıklığı, korku, anksiyete ve stres durumlarına neden olabilmektedir. Bu tür hastalarda sınırlamadan dolayı rahatsızlık ve bağımlılık en çok deneyimlenen sorunlar arasında yer almaktadır.¹⁰⁻¹² Yoğun bakım ünitelerinde görülen anksiyetenin potansiyel olumsuz etkilerinden en önemlisi oksijen tüketiminde artış ve mekanik ventilatör faydalanımında azalmadır. Bu durum ventilatörden ayırma sürecini zorlaştırmaktadır.¹³ Bu süreci belirleyen en önemli faktörlerden biri hemşirelik bakımının kalitesidir.

Hayati fonksiyonları teknoloji tarafından desteklenen yoğun bakım hastalarının kişisel gereksinimlerini ve isteklerini karşılamak hemşireler için kolay aynı zamanda zorlayıcıdır. Sedatize edilmiş hastaların günlük rutin bakımlarını sürdürmek kolaydır. Ancak bilinci açık hastayla işbirliği ve iletişim zordur. Bu hastaların isteklerini takip etmek hemşirenin çok fazla zamanını alır. Hemşirelerin yetersizlik duygusu yaşamasına neden olabilir. Hemşireler sıklıkla "başka ne yapabilirim?", "hastayı nasıl daha fazla destekleyebilirim?" sorularının yanıtlarıyla meşgul olurlar. Özellikle hastanın ilk gün yaşadığı duygu durumunu anlamak, olaylara yüklediği anlamı ve tepkileri tanımlamak çok önemlidir.⁶ Hemşireler hastadaki herhangi bir değişikliği ya da eksikliği hemen farkederek, altında yatan nedeni daha kolay yorumlayabilir ve gerekli müdahaleyi yapabilirler.

Yoğun bakım ünitesinde iyi bir ekip gerekir. Örneğin bu ekip üyeleri makinalar alarm verdi-

ğinde ne yapması gerektiğini çok iyi bilmelidir. Ajitasyonun yönetimi sadece hemşirenin değil tüm yoğun bakım ekibinin sorumluluğudur. Aynı şekilde, fiziksel ve duygusal yoksunluğun yönetimi hemşirenin olduğu kadar diğer üyelerinde sorumluluğundadır.⁶

Mekanik ventilatördeki hastalar ile iletişimde vücut dili, yüz ifadesi, göz teması, evet/hayırlı sorular, yazarak iletişim gibi farklı iletişim yöntemleri kullanılmaktadır.¹¹ Tosun ve ark. (2009) çalışmalarında dudak hareketlerinin de mekanik ventilatördeki hastalar tarafından kullanılan bir iletişim şekli olduğunu belirtmişlerdir.¹⁴ Yapılan bir çalışmada, açık kalp ameliyatı olan yoğun bakım hastalarının mekanik ventilasyona bağlı oldukları dönemde en sık olarak baş sallama, el-kol hareketleri ve yüz buruşturma gibi ağır davranışlarını kullanarak iletişim kurmaya çalıştıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada hastaların endotrakeal tüp ya da mekanik ventilasyona ilişkin rahatsızlığını tüpü ısıрма ya da tüpü çekmeye çalışma gibi davranışlarla ifade ettikleri belirtilmiştir.¹⁵

Yoğun bakım hastaları tüm aşamalarda, özellikle de mekanik ventilasyon desteğinin sürdürülmesi ve sonlandırılması aşamasında, fiziksel ve psikolojik olarak çeşitli sorunlarla karşılaşabilmektedir.¹⁶ Bu makalede, bireysel farklılıklar ve klinik faktörlerin yoğun bakım hastalarının üzerinde yarattığı etki ve entübe hastalarla yaşanan deneyimler paylaşılacaktır.

OLGU SUNUMLARI

Bir hastanenin Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde ameliyat sonrası entübe hastaların mekanik ventilatörden ayırma süreci olgu sunumu şeklinde tartışılacaktır.

OLGU 1

Koroner arter bypass greft ameliyatı olan 49 yaşındaki F.S, ameliyat sonrası ilk günde ekstübe edildikten sonra akciğer fonksiyonları yetersiz kaldığı için altıncı günde tekrar entübe edildi. Entübe olarak takip edilen hastaya trakeostomi açıldı. Hastanın solunum desteği, trakeostomi ile takibi mekanik ventilatör eşliğinde zaman zaman senkronize aralıklı zorunlu ventilasyon (SIMV) zaman zaman

da spontan olarak sürdü. Hasta herhangi bir sedatif ajan almamakta, bilinci açık emirlere doğru yanıt vermekteydi. Vital bulguları normal sınırlarda idi (kan basıncı: 110/80 mmHg, kalp atım hızı:80 atım/dakika, solunum Sayısı:18 soluk/dakika, vücut ısısı:36,3°C). Klinik ve laboratuvar olarak ventilatörden ayırmaya uygun olan hasta ekstübe edildi. Ancak bir süre sonra hastada takipne, terleme, yüzde kızarıklık, ajitasyon belirtileri gözlemlendi. Hastaya sakin olması gerektiği, bu şekilde daha rahat nefes alabileceği, mekanik ventilatörden ayırmak için bu durumun gerekli olduğu basit ve anlaşılır şekilde anlatıldı. Trakeostomi nedeniyle konuşamayan hasta yüksek kaygı ve acı içindeki yüz ifadesi ve el kol hareketleriyle, mekanik ventilatörü işaret ederek rahat nefes alamadığını ifade etmeye çalışıyordu.Hasta vital bulgularında bozulma, hızlı ve yüzeysel solunuma eşlik eden oksijenizasyonda azalma (O₂ saturasyonu %70) nedeniyle tekrar mekanik ventilatöre bağlandı. Hastanın yaşadığı anksiyeteyi kontrol altına almak için aile desteğine başvuruldu. Uzun süredir yoğun bakım ünitesinde yatan hastanın yanına aile üyeleri alındığında, hastanın daha sakin ve rahat olduğu gözlemlenmişti. Bu nedenle, aile üyelerinden biri yanındayken dekonekte (trakeostomi kanülü ile ventilasyon hortumu birbirinden ayrılır ve t-tüp ile oksijen desteği sağlanır) etmeye karar verildi. Hasta daha sakin nefes almakta ve spontan solunumu daha uzun süre tolere etmekteydi. Yakını yanında olmadığı zamanlarda ise takipne gelişmekte ve tekrar mekanik ventilatörü işaret etmekteydi. Hasta takipne ve arter kan gazı değerlerindeki parsiyel oksijen basıncınının 62 olması nedeniyle tekrar mekanik ventilatöre bağlandı. Hastanın yakınlarını daha sık yanına alarak takibi bir süre bu şekilde sürdürüldü ve daha sonra tamamen mekanik ventilatörden ayrılarak takip edildi.

Klinik olarak mekanik ventilatörden ayırma için hazır olan hastalarda altta yatan solunumsal bir hastalık olmadığı halde, ekstübasyon sonrası dispne, takipne, taşikardi, terleme gibi bulgular anksiyeteye bağlı görülebilmektedir.^{6,12} Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda, fizyolojik sıkıntı ve anksiyete sempatik sinir sisteminin aktivasyonuna neden olmaktadır. Sempatik sinir site-

minin uyarılması arteriyel ve venöz vazokonstrüksiyon, miyokardiyal uyarılma, oksijen tüketiminde artış, taşikardi ve bronkokonstrüksiyonu içeren bir dizi yanıtlara yol açar. Bronkokonstrüksiyon hava-yolu direncini, solunum sayısını ve oksijen bağımlılığını artırır ve kas geriliminin de artmasıyla genel bir yorgunluğa neden olur. Sempatik sinir sisteminin uyarılması, solunum sayısının, derinliğinin ve nabız hızının artması ile sonuçlanır.^{6,7}

Hastane ortamı, özellikle yoğun bakım üniteleri, hastalar için son derece yoğun anksiyete kaynağıdır. Mekanik ventilasyon desteğindeki yoğun bakım hastalarının %70 ile % 80'inde anksiyete ortaya çıkmaktadır.⁷ Hemşireler kritik hastalarda iletişim, gevşeme teknikleri, hasta koçluğu, hastanın üniteye uyumu, çevre uyarılarının ve gürültünün kontrol altına alınması psikolojik destekle ve aile ziyaretleri gibi girişimlerle hastanın anksiyete düzeyini azaltabilmektedirler. Bazı hastalar ailelerinden aldıkları destekle, kendilerini daha güvende hissetmekte ve hastanın yoğun bakım ünitesinde kalış zamanı ve iyileşme süresi kısalabilmektedir. Aile, hastanın sosyal destek sistemlerinin başında gelmekte ve iyileşme sürecini etkilemektedir. Alaca ve ark. (2011) çalışmasında, hastaların yoğun bakımda yaşadıkları sıkıntıların başında ailelerini görememe ve ziyaretçi kısıtlılığının geldiğini belirtmektedir.⁹ Nöroşirurji yoğun bakım ünitesinde aile ziyaretlerinin intrakraniyal basınca etkisini değerlendiren çalışmada, hastaların %75'inde intrakraniyal basıncın düştüğü saptanmıştır. Açık ziyaretin hastalar üzerindeki etkisiyle ilgili yapılan diğer bir çalışmada, hastalar aile üyelerinin ziyaretlerini yararlı bulmuşlar ve ağrı, uyuyamama gibi yakınmalarının aileleri yanlarındaiken azaldığını belirtmişlerdir.¹⁷ Hasta yakınının yoğun bakım ünitesine alınarak hastayla fiziksel ve duygusal temas sağlama olanağının sağlanması, hasta ve aile için önemli bir yaklaşımdır. Hasta yakınlarının iyileşme sürecinde veridikleri destekle hastanın korku ve anksiyetisi azaltılabilmektedir. Bazı çalışmalarda ise aile bireylerinin, stres oluşturduğu şeklinde görüşler belirtilmektedir. Ailenin oluşturduğu stres ve sosyal destek arasında hemşireler denge sağlayabilirler.¹⁸ Örnek olguda da aile bireylerinin hasta yanında bulunmasının hastayı mekanik ventilatörden ayır-

mada ve hastanın yaşadığı korku ve paniği azaltmada etkili olduğu görülmüştür.

OLGU 2

Koroner arter bypass greft ameliyatı olan 45 yaşındaki S.H, yaklaşık 1 saat sonra hasta ajite olarak uyandı. Hastaya, "sakin olması gerektiği, ameliyatının bittiği, yoğun bakımda olduğu, ağzında bir tüp olduğu ve bu tüpün solunumuna destek verdiği, biraz daha uyandığında tüpünün çıkartılacağı" söylendi. Hasta yapılan açıklama ve müdahalelere rağmen tüpünü çekti. Anestezinin etkisi halen devam ettiği için ekstübasyon için erken bir dönemdi. Hastaya hemen oksijen maskesi takıldı ve her ihtimale karşı entübe malzemeleri hazırlandı. Hemen arteriyel kan gazı alıp değerlerine bakıldığında parsiyel oksijen basıncı 78, parsiyel karbondioksit basıncı ise 47 olarak kaydedildi. Hasta uykuya meyilli olduğu için parsiyel karbondioksit değeri yüksekti. Erken ekstübasyon işlemi gerçekleştiği için hasta, spontan solunumu tolere edemeyebilirdi ve tekrar entübasyon riski taşımaktaydı. Hastayla sürekli konuşarak uyanık kalması sağlandı. Postüral drenaj uygulanarak öksürtüldü ve solunum egzersizleri yaptırıldı. Sık arteriyel kangazı takibi yapıldı ve iki saatin sonunda hasta biraz daha kendine gelmişti. Ancak, parsiyel karbondioksit değeri 38'e kadar düşmüştü. Hasta ilerleyen saatlerde tamamen uyandı ve bütün değerleri normal seyretti. Hasta bu esnada yaşananlar için "çok üzgün" olduğunu söyledi.

Yoğun stres ve kaygı yaşayan hastaların kendilerini ekstübe etme riskleri vardır. Hastaya yapılan açıklamalar yeterli olmamış, kendi kendini ekstübe etmişti. Çoğu zaman olumlu sonuçları olsa da bazen erken ekstübasyon olduğunda hastalar için sorun olabilmekte ve tekrar entübe etmek gerekebilmektedir. Hasta uyandığı zaman yapılan açıklamanın yeterliliği ve hastanın bu duruma uyumu oldukça önemlidir. Hastaya gerekli açıklamaların yapılması etik bir sorumluluğun ötesinde, hastanın uyumunu kolaylaştırması ve yoğun bakımın olumsuz etkilerini azaltmasını sağlaması açısından önem taşımaktadır.¹⁹

Cerrahi girişim öncesinde verilen eğitim, hastanın cerrahi girişimin her bir evresinde ne olaca-

ğını bilmesine, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi hissetmesine ve ameliyat sonrası dönemin olumlu olmasına katkı sağlamaktadır. Ameliyat öncesi yeterli bilgi alamayan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası emosyonel sorunları daha yoğun yaşamaktadır ve komplikasyonların görülme riski artmakta ve hastanede yatış süresi uzamaktadır. Hastalar bu süreçte anksiyete, ağrı, gelecek hakkında bilinmezlik korkusu, depresyon, öfke, ameliyat sonrası kişisel fonksiyonlarını yerine getirememe gibi sorunlar deneyimlemektedir.^{20,21}

Entübe hastaların uyumunu arttıran en önemli faktörlerden biri etkili iletişimidir. Alaca ve ark. (2011) çalışmasında, hastalar (%69) hemşirelerin kendilerini anlamadığını ileri sürmüşler.¹¹ Yeterli iletişim sağlanamaması hastalarda anksiyete ve korku gibi sorunların daha yoğun yaşanmasına neden olmaktadır. Bu tür sorunları önleyebilmek için hastalara, “*solunumuna yardımcı olmak için ağzında tüp var*” ve “*tüp nedeniyle konuşamıyorsun*” gibi kısa açıklamalar, hatırlatmalar yapılabilir.^{22,23} Açık ve anlamlı kurulan iletişim, hastanın stresini, korku ve konfüzyonun azaltılmasına katkı sağlayacaktır.^{6,13} Entübe hastalarla iletişimi sağlama ve sürdürmede kullanılacak yöntemlerin seçiminde hastanın durumu ve iletişim yeteneği göz önünde bulundurulmalıdır.^{6,13} Hemşireler hastaların kültürel yapısı, algılama yeteneği, dil, yaş, eğitim seviyesi, iletişim becerileri gibi kişisel özelliklerini dikkate alarak, her bir hasta için uygun olan iletişim yöntemini belirlemeli ve bunu ekip üyeleriyle paylaşmalıdırlar.

Yoğun bakım hastalarında iletişimi geliştirmek için çeşitli teknikler vardır. Bu tekniklerin çoğu, hasta yatağında kullanılabilen basit ve /veya temel malzemeleri içerir. Hemşire iletişim yakınlığı ortamı oluşturarak, iletişimi etkileyen fonksiyonel

becerileri değerlendirerek, hastaların gereksinimlerini öngörerek, dudak okuma yöntemini kolaylaştırarak, alternatif medya iletişim cihazlarını kullanarak (resimli kartlar, kağıda yazdırma gibi), iletişim teknikleri hakkında hasta ve hasta yakınına eğitim vererek etkili bir iletişim kurulmasına olanak sağlamalıdır.^{4,13}

Sıkça kullanılmakta olan onaylama yolu ile iletişim hemşirenin hastaya gerekli sorulara sorarak hastanın baş hareketleriyle ya da göz hareketleri ile evet/hayır şeklinde yanıt vermesi ile sağlanmaktadır. Bu tür durumlarda hemşirenin, hastanın ifade etmeye çalıştıklarını doğru bir şekilde anlaması/yorumlaması ve hastanın durumunu ifade edebilecek bilinç düzeyine sahip olması önem kazanmaktadır.^{4,19}

Dokunarak iletişim hastanın kendini güvende hissetmesi açısından yararlı bir yöntemdir. Ağrılı bir işlem sırasında hastanın elinin tutulması, başının okşanması gibi dokunmalar bu tür iletişime örnektir.¹⁹ Hemşireler terapötik iletişimle hastalarını tedavi edebilirler. Terapötik hemşire-hasta iletişiminin her aşaması bir biri ile bağlantılı bir süreçten oluşur. Hemşire etkin iletişim becerilerini kullanarak, hastanın duygularıyla yakından ilgilenir ve kolsuz kabul eder, hastanın duygularını ve düşüncelerini anlar, empati yapar ve sorunlarını çözmelerine yardım eder.²⁴

Sonuç olarak; YBÜ’ sinde yatan hastalarda entübasyon en önemli anksiyete kaynağıdır. Hastalar endişe, bilinmeyen korkusu ve iletişim güçlüğü yaşamaktadır. Hemşireler etkili müdahale ve iletişim yöntemlerini kullanarak hastanın tedaviye ve ortama uyumunu artırarak olası sorunların gelişmesini önleyebilirler. Her bireyin ve her sorunun kendine özgü olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Çelik S.Kardiyak cerrahi girişim sonrası solunum komplikasyonları.Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(2):67-73.
2. Saçar M et all. Koroner arter bypass cerrahisi sonrasında gecikmiş ekstübasyonun risk faktörleri . Pamukkale Tıp Dergisi 2008; 1:26-31
3. Weissman C. Pulmonary complications after cardiac surgery. Semin Cardiothorac Vasc Anesth 2004;8:185-211
4. Patak L, Gawlinski A, Fung N I et all. Communication boards in critical patients' views. Applied Nursing Research 2006;19:182-190
5. Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S and et all. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. Critical Care Medicine 2002;30(4), 746-752
6. Learkner E, Egerod I, Hansen HP. Nurses experiences of caring for critically ill, non-sedated mechanically ventilated patients in the intensive care unit: A qualitative study. Intensive and Critical Care Nursing 2015; S0964-3397(15)00007-5
7. Khorshid L, Akın E. Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda anksiyete yönetiminde müzik terapinin yeri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(2):83-88
8. Cohen I, Gallagher TJ, Pohlman AS, Dasta JF, Abraham E, Papadokos PJ. Management of the agitated intensive care unit patient. Critical Care Medicine 2002;30(1),97-123
9. Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(2) :69-74
10. Bahçıvan G, Sütçüçek H, Tangül Ö.C. Yoğun bakımda yatan hasta ve yakınlarıyla iletişim. İç Hastalıkları Dergisi 2011;18:117-122
11. Hweidi IM. Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies 2007;44(2):227-35
12. Savran Y, Başoğlu T. Mekanik ventilatörden ayırlamama sürecinde anksiyetenin rolü. Yoğun Bakım Derg 2014; 5:43-6
13. Elif S, Kurucu M, Eser O. Beyin cerrahi yoğun bakımında takip edilen hastaların hasta yakını ziyaret sıklığının ve hemşire ile olan iletişimin hastanın iyileşmesine etkisi. Kocatepe Tıp Dergisi 2011;12:151-155
14. Tosun N, Yava A, Ünver V, Akbayrak N, Hatipoğlu S. Experience of patients on prolonged mechanical ventilation: a phenomenological study. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29:648-58
15. Aktaş YY, Karabulut N. Mekanik ventilasyonlu hastada ağrı değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 3(4)
16. Tezcan B, Savcı Y, Aydınlı B, Demir A, Koçulu R, Tokat S et all. Anksiyete bozukluğu olan yoğun bakım hastasında gecikmiş trakeal stenoz tanısı. Göğüs-Kalp-Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2014;20(1):41-44
17. Taşdemir N, Özşaker E. Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: ziyaretin hasta , hasta ailesi ve hemşire üzerine etkileri. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 11(1)
18. Da Silva Ramos F , Fumis R R, Azevedo L C, & Schettino G. Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. Ann Intensive Care 2013; 3(1), 34
19. Yava A, Koyuncu A. Entübe hastalar ile iletişim deneyimlerimiz: olgu sunumu. Gülhane Tıp Dergisi 2006;48:175-179
20. Dolgun E, Dönmez CY. Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 2010;cilt:3,sayı:3
21. Doğu Ö. Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi- Sakarya örneği. Düzce Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2013;3(3):10-13
22. Otuzoğlu M. Bir yoğun bakım ünitesinde entübe hastalarla iletişimde resimli iletişim materyalinin etkinliğinin belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi),Ankara:TC. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ;2010
23. Grossbach I, Stranberg S, Chlan. Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. Critical Care Nurse 2011;vol31,no.3
24. İnal S, Akgün M. Hastane yatan çocukta terapötik iletişim. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;6:66-76

Kronik Böbrek Hastalığı Olan Sepsisli Bir Olgunun Bakım Yönetimi

Management of a Case with Chronic Renal Disease Developing Sepsis

Gonca DEVECİ,^a
Mukadder MOLLAOĞLU^b

^aNefroloji Klinik Hemşiresi,
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi,
^bHemşirelik Bölümü,
Cumhuriyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sivas

Geliş Tarihi/Received: 21.04.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 29.05.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Gonca DEVECİ
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Nefroloji Klinik Hemşiresi, Sivas,
TÜRKİYE/TURKEY
gdeveci@msn.com

ÖZET Sepsis ölümcül seyretmesi nedeniyle acil servislerde ve yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) çok erken dönemde müdahale edilmesi gereken acil bir tablodur. Sepsis ve septik şok akut böbrek yetmezliğinin etiolojisinde yer alan en önemli nedenler olup YBÜ' deki böbrek yetmezliği olan hastaların % 50'sini bu grup oluşturmaktadır. Disiplinler arası bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu bakım merkezleri olan yoğun bakım ünitelerinde, hemşirelik bakımı çok büyük önem taşımaktadır. Hemşirelik modellerinin kullanımı, nitelikli ve bilimsel bir bakımın sunumunda rehber niteliğindedir. Bu olgu sunumunda da hemşirelik bakım modellerinden biri olan fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre yoğun bakım ünitesinde yatan sepsisli böbrek yetmezliği olan bir hastanın bakımı incelenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli, kronik böbrek hastalığı, sepsis, yoğun bakım, hemşirelik bakımı

ABSTRACT Due to remain mortal sepsis in the emergency room and intensive care unit (ICU) is an urgent need to intervene at an early stage table. Sepsis and septic shock is the most important causes in the etiology of acute renal failure in ICU where in 50% of the patients with renal insufficiency constitute this group. Nursing care in intensive care units is essential that care centers of a multidisciplinary team approach is of paramount importance. The use of nursing models is a guide. This guide provides a presentation by a qualified and scientific care. Functional health patterns, one of the nursing care model was used in this case study model. In this model, the care of a patient with sepsis and renal failure were investigated in intensive care unit.

Key Words: Functional health patterns model, chronic kidney disease, sepsis, intensive care, nursing care

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2014;18(1):35-42

Yoğun bakım ünitelerindeki hastaların bakım sürecinde hemşirelik hizmetlerinin çok önemli bir yeri bulunmaktadır. Hemşireler yoğun bakım ünitesinde verilen hizmetlerin planlanmasında, sunulmasında ve geliştirilmesinde aktif rol ve sorumluluk alması gereken sağlık profesyonelleridir. Ünitenin hasta üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak, hastanın rahatını sağlamak, hastanın anksiyetesini azaltmak ve hastanın yoğun bakım ünitesine uyumunu sağlayarak; tedaviyi kolaylaştırmak hasta bakımının önemli hedefleri arasındadır.¹ Bu hedeflere ulaşmak için bireylerin sorunlarını doğru bir biçimde tespit etmeyi sağlayacak ve hemşireleri tıbbi değerlendirmeden uzaklaştırıp, bakım üzerine odaklandırarak rehberlere gereksinim duyulmaktadır. Hemşire kuramcılar bireyden/aileden

sistemli ve kapsamlı bir biçimde veri toplamayı sağlayan çeşitli modeller geliştirmişlerdir. Bu modeller hemşirelik bakımının kuramsal bir temele dayanandırılmasını, bakımın bilimsel, planlı ve sistematik olarak verilmesini sağlayarak hemşirelere sistematik değerlendirme yapmada, veri toplamada, planlamada ve uygulamada rehberlik etmektedir. Bunun yanı sıra hemşirelerin eleştirel düşünme, karar verme ve sorun çözme yeteneklerini de artırmaktadır.²⁻⁴

Bu modellerden biri Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelidir (FSÖ). Gordon 1982'de hemşirelik tanıları üzerinde yaptığı çalışmalarında güçlü hemşirelik bakışı ile bilgiyi toplamak ve organize etmek için fonksiyonel sağlık örüntüleri adını verdiği bir bakış açısı ileri sürmüştür.⁵ Ayrıca FSÖ'yü insan sağlığı ve yaşam süreci ile ilişkili 11 başlık altında sınıflandırmıştır. Sınıflandırılmış bu başlıklar sistematik ve standardize edilmiş bilgi toplama yaklaşımını ve hemşirelik bakış açısı ile bilginin analiz edilmesini olanaklı duruma getirmektedir. Gordon'un belirli bir zaman diliminde davranışların sırası olarak tanımladığı FSÖ hemşirelik süreci, kritik düşünme ve klinik karar vermenin üzerinde durmaktadır.⁵⁻⁷ Bireyi geniş bir bakış açısı ile değerlendirmeyi sağlaması nedeniyle, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin yoğun bakım ünitesinde tedavi gören bireylerin sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde etkili olabileceği düşünülmüştür.

Uzun dönemli ve genellikle yavaş ilerleme gösteren kronik hastalıklar, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır.⁸ Hemşire kronik hastalıklarda hasta ve ailenin yaşam tarzı değişikliklerine uyumlarına yardım etme, yararlı olmayan uyumları önleme, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmalıdır.⁹ Etkin bir hemşirelik bakımıyla, kronik böbrek yetmezliği (KBY) gibi kronik sağlık sorunu olan hastalarda semptom kontrolünün sağlanabileceği, yaşam süresi ve yaşam kalitesinin artırılacağı, hasta ve ailesine diyet, fistül bakımı, diyaliz, ilaç kullanımı konularında yapılacak öğretiler ile hastalığa uyumlarının sağlanabileceği belirtilmektedir.^{9,10}

Yapılan araştırmalarda, bir model kullanılmasının her bir örüntüye ilişkin ayrıntılı veri toplama, bireyin gereksinimlerinin daha sistematik bir şekilde belirlenmesine ve bu gereksinimlere uygun daha nitelikli bir hemşirelik bakımı sunulmasına yardımcı olduğu ve klinikte uygulanabileceği sonucuna varılmıştır.¹¹⁻¹³ Hemşirelik bakım sürecinde bireye özgü veriler toplanarak bireyin etkileyebilecek sorunlar tespit edildikten sonra hemşirelik tanısı adı altında hastanın yaşadığı ve hemşirelik yaklaşımı ile çözümlenebilecek sorun tanımlanır. Sorunu gidermek için bireyin bakım gereksinimlerine yanıt verebilecek hedefler belirlenir.⁷ Sonraki aşamada, belirlenen hedefler doğrultusunda bireye özgü hemşirelik girişimleri planlanarak, kayıt edilir.² Bu bağlamda, aşağıda FSÖ ye göre saptanan veriler, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association: NANDA) tarafından geliştirilen hemşirelik tanıları⁶ doğrultusunda ele alınarak, yoğun bakım ünitesinde yatan sepsis gelişen KBY'li bir olgunun bakımı incelenmektedir.

OLGU SUNUMU

73 yaşında erkek hastamız, evli ve 5 çocuk sahibidir. İlkokul mezunu olan hastamız, çiftçilikle uğraşmaktadır.

ÖYKÜSÜ

8 yıl önce Diabetes Mellitus (DM) ve Kronik Böbrek Hastalığı tanısı (KBH) alan hasta, diyalizsiz takip ediliyormuş. Düzenli ilaçları kullanmıyor ve kontrole gelmiyormuş. Son 10 gündür bilinç bulanıklığı, yürüyememe, ayaklarda ödem oluşması, iştahsızlık, idrar miktarında azalma, solunum güçlüğü şikayeti ile acil servise getirilmiştir.

Acil serviste değerlendirilen laterjik olan hastada üremik ensefalopati düşünülmüş ve hastaya femoral katater takılarak 2 saat acil diyalize alınarak kliniğe yatırılmıştır. Sepsis?, idrar yolu enfeksiyonu?, KBY tanısı ile yatırılan hasta, monitörize edilerek takip edilmiştir. Hastamız 4 kez diyaliz tedavisine alınmıştır.

ÖZGEÇMİŞİ

DM ve KBH

KULLANDIĞI İLAÇLAR

Diovan 160 mg

Lantus 15 ünite akşam

LABORATUVAR BULGULARI

Test	Sonuç	Test	Sonuç
PH	7,298	BUN	172
PCO	14,1	KREATİN	9,36
PO	75,3	Na	131
HCO ₃	6,7	POTASYUM	3,87
SBE	-18,5	FOSFOR	3,46
CRP	133	KALSİYUM	7,36
WBC	22,6	MAGNEZYUM	1,23
RBC	3,45	KLOR	94
HBG	9,9	AKŞ	202
HCT	28,9	ALBÜMİN	2,2

TIBBİ TEDAVİ

Antipotasyum granül 3x1,

Ürikoliz 1x1,

Diovan 160 mg,

Mopem 2x1 gr

VİTAL BULGULARI

Vücut sıcaklığı: 34,5 °C; nabız: 96 dk., solunum: 28/dk; kan basıncı: 80/50 mmHg

SİSTEM TANILAMASI**Nörolojik Sistem**

Bilinci laterjik, yere, zamana, kişiye oryantasyonu bozuktur. Aralıklı olarak yataktan kalkmak istemektedir. Takibinin 8. gününden itibaren bilinci açılmış, yere, zamana, kişiye oryantasyonu düzelmiştir.

Emosyonel Durum

Sinirli, huzursuz, gergin ve endişeli görünmektedir. Artık iyileşemeyeceğini belirtmekte ve ölümle ilgili kaygılarından bahsetmektedir. Hastamızın gün içinde yoğun uyuklamaları mevcuttur. Geceleri kalabalık odada uyuyamadığını belirtmiştir. İletişime kısıtlı geçmektedir.

Solunum

Solunum sıkıntısı tariflemektedir. Aralıklı dispnesi mevcut olup, 2 lt/dk nazal kanül ile oksijen tedavisi verilmektedir, oksijen saturasyonları 85-90 arasında izlemektedir.

Deri

Kuru, kaşıntılı, vücudunun birçok bölgesinde kaşıntıya bağlı lezyonlar mevcuttur. Hastanın sağ bacağına ekimoz, sağ ayak topukta 3x2 cm çapında nekrotik yara bulunmaktadır. Alt ekstremitelerinde ++ ödem ve sağ bacağına geçirilmiş selülit vardır.

Beslenme

İştahsızlık, bulantı ve kusması mevcut olup, diyet kısıtlanması vardır. Ağız hijyeni yetersiz, ağız ve damakta aftlar mevcuttur. Ağzında kötü tat mevcuttur. Hastamız yemeklerden tat alamadığını söyleyerek, tuz ekleme konusunda ısrarcı olmaktadır. Ağzının kurduğunu söyleyerek sık sık su içmektedir. Evde iken koksiste açılmış 2. Derece 2,5x1,5 cm çapın da bası yarası bulunmaktadır.

Kas-İskelet Sistemi

Halsizlik ve yorgunluğu mevcuttur. Solunum sıkıntısı nedeniyle kısıtlı hareket etmektedir. Yatak içi hareketlerini bile yapmak istememektedir. Öz bakım aktivitelerinin hepsinde tam bağımlıdır.

Genito-üriner Sistem

İdrar miktarında azalma bulunan hastamızın 24 saatlik idrar miktarı 350 ml' dir. Normalde prostat ile ilgili sıkıntısı olan hastamız sık sık ve az idrara çıkmaktadır. Hastaneye yattığından beri üriner kateteri olan hastanın sondaya bağlı ağrı ve rahatsızlık hissi olduğu belirlenmiştir. Hastanın ayrıca, femoral kateteri de bulunmaktadır.

Gastro-intestinal Sistem

Bulantı, kusma, ağızda metalik tat hissi olan hastanın ağız içinde aftları görülmektedir. Konstipasyonu olan hasta 3 günde bir defekasyona çıkmakta iken servisimizde 5 gündür çıkamamıştır. Hemoroidi de bulunan olgumuzda defekasyona çıkarken aralıklı olarak ağrı ve kanama olmaktadır.

TABLO 1: Sorunların fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gruplandırılması.¹⁴⁻²⁰

Fonksiyonel Sağlık Alanları	Tamamlayıcı Özellikler	Hemşirelik Tanısı
1. Sağlığın Algılanması/Sağlık Yönetimi	<ul style="list-style-type: none"> - Tekrar iyileşmeyeceğini ifade etmesi, - Ölümlle ilgili kaygılarının olması, - Tüm günlük işlerini yaparken yakınlarında destek beklemesi, - Yemeğine tuz ilave etmek istemesi, - Hastalık ve tedavi süreci ile ilgili kaygılarını ifade etmesi, 	<p>Terapotik rejimi etkisiz yönetime riski</p>
2. Beslenme ve Metabolizma	<ul style="list-style-type: none"> - Beslenmesinin yetersiz olması, - Birçok invaziv uygulamaya maruz kalması, (damaryolu, femoral katater, foley sonda) - Bireysel hijyeninin yetersiz olması, - İştahsızlık, - Bulantı ve kusmasının olması, - 60 gr proteinli potasyum ve fosfordan fakir 1800 kalorilik diyabetik diyetinin olması, - Ağız membranında değişme ve ağızda kötü tat olması, - Çok susadığını söyleyerek, fazla sıvı alması, - Aldığı sıvının, çıkardığı sıvıdan fazla olması, - Alt ekstremitelemlerde iki pozitif ödem olması, - Solunum sıkıntısının olması, - Yemeklerde ilave tuz istemesi, 	<p>Enfeksiyon riski</p> <p>Beden gereksiniminden az beslenme</p> <p>Sıvı volüm fazlalığı</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Hastanın sağ bacağında ekimoz, sağ ayak topukta 3 cm çapında nekrotik yarasının olması, - Alt ekstremitelemlerde, sağ bacağında geçirilmiş selülitinin olması, - Genel olarak hijyeninin yetersiz olması, - Evde iken koksizde açılmış 2. Derece 2,5x1,5cm çapında bası yarasının olması, - Oral alımının yetersiz olması, - Ağız içerisinde aftların olması, - Hastanın ağızda kötü tat tariflemesi, 	<p>Deri bütünüğünde bozulma</p> <p>Oral mukoz membranda değişiklik</p>
3. Boşaltım	<ul style="list-style-type: none"> - Hastanın kronik konstipasyonu ve hemoroidinin olması, - Defekasyon ihtiyacını karşılarken zorlandığında yoğun hemoroid kanaması olması, - Normalde 3 günde bir defekasyona çıkması, servismizde 5 gündür defekasyona çıkmaması, 	<p>Barsak boşaltımında değişim, konstipasyon</p>
4. Aktivite-Egzersiz	<ul style="list-style-type: none"> - Baş dönmesi tariflemesi, - Günlük yaşam aktivitelerini yeme getirirken destek gereksiniminin olması, - Halsizlik, yorgunluk tariflemesi, - Hastanın ajite ve huzursuz olması, - Yataktan kalkmak istemesi, - Yoğun bir uyku hali ve baş dönmesi olması, 	<p>Fiziksel harekette bozulma, aktivite intolansı</p> <p>T travma riski</p>

devamı →

TABLO 1: Sorunların fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gruplandırılması.¹⁴⁻²⁰ (devamı).

Fonksiyonel Sağlık Alanları	Tamamlayıcı Özellikler	Hemşirelik Tanısı
5. Uyku ve Dinlenme	-4 kişilik kalabalık bir odada kalması, -Gün içinde yoğun uyuklamaların olması, -Yorgunluk, dikkat dağınıklığı, geceleri uyuyamamaktan şikayetçi olması, - Femoral kateter ve foley sonda bölgesinde ağrı tariflemesi,	-Uyku örüntüsünde değişim
6. Bilgi ve Algılama	-Femoral kateter bölgesinde ağrı tariflemesi, -Yüz ifadesi ağrı çeker görünümünde olması, -Üniter katetere bağı ağrı tariflemesi,	-Kateter bölgelerinde ağrı
7. Kendini Algılama ve Benlik	-Femoral kateteri nedeniyle "ne hale geldim ben" şeklinde ifadelerde bulunması, -Hastanın monitörize edilmesi, - Mayının takılı olması, - Foley sondasının olması,	-Beden imajında bozulma
8. Rol ve İlişkiler	-Eşi ve çocuklarına artık yardım edemeyeceğini ifade etmesi, -"kendime bile faydam yok" şeklinde ifadelerde bulunması,	-Sosyal ilişkilerde bozulma riski
9. Cinsellik ve Üreme	-Eşi ile ilişkilerinin iyi olduğunu ifade etmesi
10. Baş Etme ve Stres	-Hastamızı sinirli, ajite davranışlarının olması, -İletişime geçerken kısıtlı geçmeyi tercih etmesi,	-Etkisiz bireysel baş etme
11. Değer ve İnançlar	-İbadetlerini yapmakla ilgili sıkıntı yaşadığını belirtmesi, -İbadetlerini rahatça yapmak istediğini belirtmesi	-Spritüel/manevi distres yaşama riski

SORUNLARIN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE GRUPLANDIRILMASI

Sorunların fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gruplandırılması Tablo 1'de verilmiştir.

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Hemşirelik bakım planı Tablo 2'de verilmiştir.

SONUÇ

Bu çalışmada KBH ve sepsis tanısı olan bir olgunun yaşadığı ve yaşama riski yüksek olan sorunların çözümüne yönelik FSÖ modeline göre hazırlanmış bakım planı ele alınmıştır. KBH etkin bir hemşirelik bakımı ile daha iyi bir yaşam kalitesi, hastalık semptomlarının daha iyi kontrol edilmesi, hastalıkla ilgili olarak sepsis gibi risk faktörlerini önlemek ve uygun şekilde yönetmek için model kullanımı önemlidir. YB ünitelerinde hemşirelik bakımının temel amaçlarından biri; ünitenin hasta üzerindeki olumsuz etkilerini azaltarak hastanın rahatını sağlamak, hastanın anksiyetesini azaltmak ve hastanın YB ünitesine uyumunu sağlayarak; tedaviyi kolaylaştırmak olmalıdır. Yoğun bakım hemşiresi, multidisipliner ekip içinde etkin ve kritik bir görev almak ile sorumludur. Kronik sağlık sorunu olan bireylerin yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psikolojik ve sosyal sorunların yönetimini de kapsamaktadır. Bu olgu sunumunda fiziksel ve psiko-sosyal bakım gereksinimleri doğrultusunda fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre bireyselleştirilmiş bakım planı sunulmuştur.

TABLO 2: Hemşirelik bakım planı.			
Hemşirelik tanımları	Amaç/beklenen hasta sonucu	Hemşirelik bakım girişimleri	Değerlendirme
1- Terapotik rejimi etkisiz yönetme riski	Bireyin ve ailenin kronik hastalık sürecini yönetebilmesi	<ul style="list-style-type: none"> - Hastanın kendini ifade etmesi sağlanır - Yapabilecekleri işleri yapması yönünden cesaretlendirilir. - Hastaya ve ailesine beslenme, sıvı alımı, ilaç kullanımı, kişisel hijyen gibi gereksinim duydukları konularda bilgi verilir, 	<ul style="list-style-type: none"> - Hastamız kendisini daha rahat ifade etti. - Destekle meğni kendisi yemeye başladı, yatak içi pozisyon değişimi konusunda istekli olduğu gözlemlendi. -Hasta ve ailesi verilen eğitimler ile ilgili olumlu geribildirim vererek uygulayacaklarını ifade ettiler.
2. Enteksiyon riski	Enteksiyon gelişmemesi	<ul style="list-style-type: none"> - Hastaya beslenmenin önemi anlatılır ve desteklenir, - El hijyenine dikkat edilir, aileye el ve vücut hijyeninin önemi anlatılır, - Hastaya kullanılan tüm ekipmanlar uygun şekilde değişimi sağlanır, - Enteksiyon bulguları yönünden hastanın yakından takip edilir, gözlenen enteksiyon bulgularının hekimine bildirilir, - Tüm uygulamalarda aseptik kurallara uyulur, kateeter bölgesi özellikle enteksiyon bulguları yönünden izlenir, - Hastanın tüm bakımları aseptik kurallara uyularak yapılır, 	<ul style="list-style-type: none"> - Beslenmesinin arttığı gözlemlendi. - El hijyenine dikkat edildi ve aileye el hijyeni eğitimi verildi, - Hastanın hijyen gereksinimleri konusunda daha dikkatli oldukları gözlemlendi. - Hastaya kullanılan tüm ekipmanlar uygun şekilde değişimi sağlandı. - Enteksiyon bulguları izlenmedi, ateşi ve nabızı normal, WBC 11,3 olarak izlendi. - Sekonder enteksiyon bulguları gözlenmedi. -Aseptik kurallara uyuldu, tüm bakımları uygun şekilde yapıldı.
3. Beden gereksiniminden az beslenme	Optimal düzeyde kiloyu devam ettirmek için uygun diyet planlama	<ul style="list-style-type: none"> - Bireyin günlük besin alımını değerlendirilir, - Diyetine uyum konusunda bilgi verilir, - Diyetisyenle görüşülerek bireye uygun diyetin planlanması sağlanır, - Az ve sık sık düzenli aralıklarla beslenmesi sağlanır, - Ağız bakımı verilerek ağızda kötü tat hissi giderilir, - Özel beslenme ürünleri ile günlük kalori alımını sağlanır, -Hasta ve ailesine beslenmenin önemini anlatılır, 	<ul style="list-style-type: none"> - Günde 1 ya da 2 kez az miktarda yemek yemektedir. - Hasta ve ailesine beslenmenin önemi anlatıldı, - Hastamızın diyeti hakkında bilgi verildi, - Diyetine uygun şekilde beslenmesi sağlandı, - Hastamızın az ve sık yemesi sağlandı, - Ara öğün olarak beslenme ürünü alınması sağlandı, - Hastamızda kilo kaybı olmadı ve beslenmesinin arttığı gözlemlendi.
4. Sıvı volüm fazlalığı	Vücut ağırlığının stabil olması, ödemin azalması/giderilmesi, akciğer seslerinin normal olması	<ul style="list-style-type: none"> - Ağız kuruluğunu gidemeye yönelik önlemler alınır, - Hasta her gün aynı giysilerle tartılır - AÇT yapılır ve kayıt edilir - Tibiala, ayak bilekleri, bacaklar ve sakrum palpe edilerek ödem değerlendirilir, - Kan basıncı, nabızın hızı ve ritmi düzenli aralıklarla izlenir, - Solunum hızı takip edilir, - Sıvı alımı kısıtlaması yapılır ve bunun önemi hastaya anlatılır, - Hastaya sık sık ağız bakımı yapılır, - Dekübitüsün ilerlemesini önlemek için cildi nemlendirildi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hastamız yudum yudum su içip ağzını ıslatabileceğini belirtti. - Hastamız her gün tartıldı, kilo artışı izlenmedi. - AÇT yapıldı, 1500 ml alımına 1000 ml çıkarımı olduğu gözlemlendi. - Ödeminin azaldığı gözlemlendi, - Vital bulgularında anlamlı bir değişim olmadı, - Uygun şekilde cilt bakımı yapıldı, - Hastanın sıvı alımı konusundaki kısıtlamaya uyumlu olduğu gözlemlendi, - Dekübitüsü ilerlemedi.
5. Deri bütünlüğünde bozulma	Vücut ağırlığının stabil olması, ödemin azalması/giderilmesi, akciğer seslerinin normal olması	<ul style="list-style-type: none"> - Günüük olarak bası yarasının ve risk faktörlerinin değerlendirilir, - Yaranın uygun aralıklarla pansuman değişiminin sağlanır, - Hastanın havalı yataкта yatırılması sağlanır, - Yatak içi aktif-pasif egzersizler yapılması sağlanır, - 2 saatte bir pozisyon değişimi sağlanır, - Hasta ve yakınlarına bası yarasına ilişkin eğitimler verilir, - Hastanın genel hijyeni sağlanır, 	<ul style="list-style-type: none"> - Bası yarası değerlendirildi, yeni bası yarası oluşumu önendi. - Bası yarasının bakımı uygun şekilde yapıldı. - Hastanın bası yarasında küçülme gözlemlendi.
6. Oral Mukoz Değişiklik	Oral mukoz membranının ve yeni yaraların bütünlüğünün sağlanması	<ul style="list-style-type: none"> - Oral alımı desteklenir, - İhtiyacı doğrultusunda ağız bakım sodyum bikabomatla ağız bakımı verilir 	<ul style="list-style-type: none"> - Oral atıklarının iyileştiğini gözlemlendi. - Hastamız destekle cislerini fırçalamaya başladı.

TABLO 2: Hemşirelik bakım planı. (devamı)			
Hemşirelik tanımları	Amaç/beklenen hasta sonucu	Hemşirelik bakım girişimleri	Değerlendirme
7. Barsak boşalıtımında değişim	Normal barsak boşalıtımının olması	-Bireyin öncelikli barsak alışkanlıklarını değerlendirilir, -Konsipasyonda beslenme ve yaşam tarzının önemi anlatılır, -Hemoroidinin tedavisine yönelik tıbbi destek alınır, - Konsipasyonun hemoroidle ilişkisi açıklanır, -Haisizliğe ve baş dönmesine neden olan faktörler belirlenir, - Kademeli mobilizasyon önerilir, - Bireysel bakımını kendisinin yapması konusunda cesaretlendirilir, - Gün içinde aktivite planlaması yapılır,	- Bireyin gün aşırı defekasyona çıktığı gözlemlenir. - Beslenmesine dikkat ettiği gözlemlenir. - Hemoroidine yönelik tıbbi tedavisi başlandı. -Uzun süre yataкта kalması ve düzensiz uyuması nedeniyle halsizlik ve baş dönmesi yaşadığı belirlendi. -Yatak içi aktivitelerinde yapmakta daha istekli olduğu gözlemlendi.
8. Fiziksel hareket etmede değişim, aktivite intoleransı	Bireyin günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yapmaması.	-Hastanın bilinci açık (yer, zaman, kişi, olay oryantasyonu), -Hastanın yataktan kademeli mobilizasyonu kaldırılması sağlanır, -Güvenli bir çevre oluşturulması sağlanır, -Yatak kenarları kaldırılır, - Uyku saatleri ile ilgili düzenleme yapılır,	-Hastanın bilinci açık, yer, zaman, kişi oryantasyonu tamdı. -Güvenli çevre oluşturuldu. -Hastada travma gelişmedi.
9. Travma Riski	Hastada travma gelişmemesi	-Bireyin uyku düzeni ve alışkanlıklarının belirlenir, -Gün içinde uzun süre uyumasına izin verilmez, -Ağrının nedenine yönelik önlemlerin alınır(kateterin pozisyonunu kontrol etme...), -Uyku ve dinlenme için uygun ortam planlanır, - Bakım veren sağlık personelinin gece uykusunun bölünmesini önlemek amacıyla iş planlamasının yapılır,	- Bireyin gün içinde uyuması önlendi. - Kateterinin bir süre sonra çıkacağı bilgisi verilerek, pozisyonu ayarlandı. -2 kişilik hasta odasına alındı. - Hastanın takip ve tedavisi saat düzenlemesi yapıldı. - Hastanın uyku süresi ve kalitesinin arttığı gözlemlendi.
10. Uyku örneğinde değişim	Gece yataktan uykudayken ve dinlenmiş olduğunda uykularının azaldığının gözlemlenmesi	-Ağrı değerlendirme skalası kullanılarak ağrı değerlendirilmesi yapılır, -Ağrıya neden olan hareketlerden kaçınılması ve kateterin pozisyonunun ayarlanması sağlanır, -Nonfarmakolojik/farmakolojik yöntemlerin uygulanır, -Ağrıyı azaltma yöntemlerinin etkinliğinin değerlendirilir,	-Ağrı değerlendirilmesi yapıldı. -Hastamz ağrısının azaldığını ifade etti.
11. Kateter bölgesinde ağrı	Bireyin ağrısının ol- madığını sözlü/ sözsüz ifade etmesi	-Bireyin bedenindeki değişime yönelik duygularını ifade etmesinin sağlanır, -Taktılan mayilerin, monitörün ve kateterin ne amaçla kullanılacağı, ne kadar süre kalacağını açıklanır,	-Hastamz femoral kateterin kasığında olmasından dolayı, hem utandığını hem de kaygılandığını belirtti. -Yapılan işlemlerin gerekliliği açıklanınca rahat olduğu gözlemlendi.
12. Beden imajında bozulma	Duygu ve endişelerini ifade etmesi, baş etme olumlu baş etme becerileri göstermesi	-Hastanın rollerini yerine getirmesi için cesaretlendirilir, -Sosyal destek kaynaklarının hareket geçirilir, -Kendini ifade etmesi için ortam hazırlanır,	- Kendini ifade etmesi sağlandı. - Eşi ve çocuklarının toplanan kadar kendisine destek olabileceğini belirtti.
13. Rol performan- sında bozulma	Sosyal ilişkilerinde devam etmesi		

TABLO 2: Hemşirelik bakım planı.			
Hemşirelik tanıları	Amaç/beklenen hasta sonucu	Hemşirelik bakım girişimleri	Değerlendirme
14. Etkisiz bireysel baş etme	Olumlu baş etme becerileri göstermesi	-Bireyin mevcut olumlu ve olumsuz baş etme yöntemlerinin değerlendirilip, -Etkin baş etme yöntemlerinin tartışılması ve kullanılmasına yardımcı olunur, - Tedavi ve bakıma aktif olarak katılımının sağlanması, - Destek kaynaklarının belirlenmesi ve destek kaynakları ile görüşülmesi, - Hastaya hastalığı ve yapılacak işlemlerle ilgili sık sık açıklama yapılır, -Bireyin değer ve inançları doğrultusunda manevi gereksinimlerinin belirlenir, -Manevi bakımına ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmeye teşvik edilir, -Manevi gereksinimlerini karşılayacak uygun ortamın sağlanır,	- Bireyin baş etme yöntemleri değerlendirildi. - Uygunsuz baş etme yöntemlerini farkatması sağlandı. - Eşi ve çocuklarının kendisini destekleyeceğini belirtti. - Hastalık süreci ve tedavisi il ilgili yapılan açıklamalardan sonra rahatsızlığı gözlemlendi. -Hastamız ibadelerini iyileşince yerine getireceğini belirtti. -Odasında oturur pozisyonunda namaz kıldığı gözlemlendi.
15. Spsritüel/manevi distres	Spsritüel/manevi distres bulgularını göstermemesi		

KAYNAKLAR

- Adomat R, Hewison A. Assessing patient category/dependence systems for determining the nurse/patient ratio in ICU and HDU: a review of approaches. *J Nurs Manage* 2004;12:299-308.
- Linton J, Farrell M. Nurses Perceptions of Leadership in an Adult Intensive Care : A phenomenology study. *Intensive Crit Care Nurs* 2009;25:64-71.
- Alligood MR, Tomey AM. *Nursing theory: Utilization & application*. 3rd ed. America: Mosby Company; 2006.
- Perrett ES. *Reviev of Roy Adaptation Model-Based Qualitative Research*. *Nurs Sci Q* 2007;20:349-56.
- Gordon, M. *Nursing Diagnosis: process and application*, 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1994.
- Erdemir F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı* 7. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005.
- Bırol L. *Hemşirelik Süreci* 8. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık; 2007.
- Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013;1:57-72.
- Mollaoğlu M. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve depresyon. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2005;Temmuz-Ekim: 55-60.
- Ageborg M, Allenius BL, Cederfjall C. Quality Of Life, Self- Care ability, and sense of coherence in hemodialysis patients. *Hemodial Int* 2005;9:8-14.
- Hannon Engel SL. *Knowledge Development: The Roy Adaptation Model and Bulimia Nervosa*. *Nurs Sci Q* 2008;21:126-132.
- Gigliotti E. *The Value of Nursing Models in Practice*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2008;1:42-50.
- Pearson A, Vaughan B, Fitzgerald M. *Nursing models for practice*. Philadelphia: Butterworth-Heinemann Elsevier; 2005.
- Kara B. Öz bakım tanımı ve kavramsal yönü. *Sendrom Dergisi* 2001;13: 45-48.
- Legg MJ. What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. *J Adv Nurs* 2011;28(3):61-67.
- Bayramova N, Karadakovan A. Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. *Atatürk Ün. HYO Derg* 2004;7(2):39-47.
- Walker LM. Relationship between illness representation and self- efficacy. *J Adv Nurs* 2004;48(3):216-225.
- Kuo WH, Gallo JJ, Eaton WW. Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:497-501
- Carpenito-Moyet JL. *Hemşirelik tanıları el kitabı*. Erdemir F (Çeviri Editörü), Türkçeleştirilmiş İkinci Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005.
- Sabancıoğulları S, Ata E, Kelleci M, Doğan S. Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2:117-22.