AMAÇ: Hastanemizde sağlık hizmet alan özellikli hasta gruplarının belirlenmesi, bu gruplara özgü klinik bakımlarının bilimsel kurallar çerçevesinde, standartlara uygun olarak yapılmasının sağlanması ve verilen bakım ve tedavilerin sürekliliğinin sağlanması, konuyla ilgili süreçlerin tanımlanmasıdır.

Hastanemiz yatan hasta kliniklerinde özellikli hasta gruplarına sunulmakta olan hasta bakım süreçleri ile ilgili olarak;

Hizmet sunum süreçlerinin,

Disiplinler arası iş birliğinin,

Hizmet verilecek ortam şartlarının,

Hizmet sürecinde gerekli olan ekipmanların,

Özel bakım uygulamaları ve işlemlerin sağlanması amaçlanmıştır.

1. KAPSAM: Özellikli hasta gruplarının yatan hasta kliniklerine ilk kabulünden taburculuğu ve taburculuk sonrası geçen sürede hastanemiz bünyesinde verilen sağlık hizmeti ile bu süreçte yatan hasta kliniklerinde ile hastane içerisindeki diğer birimler arasında gerçekleşen faaliyetleri ve görevli sağlık personelinin sorumluluklarını kapsar.

2. KISALTMALAR:

3. TANIMLAR:

Terminal Dönem: Yaşamsal fonksiyonların haftalar, günler, saatler içinde sonlanması beklenilen süredir.
Geriatri: Yaşlıların (65 yaş ve üstü) tıbbi sorunlarına yönelik bakımı ile ilgilenen bir bilim dalıdır.

Kanser: Hücrelerin anormal, kontrolsüz büyümesi ve yayılması ve normal dokuyu istila etmesi ile karakterize bir grup hastalıktır.

Antineoplastik İlaç: Malign hücrenin büyümesini durdurma ya da geriletme amacıyla kullanılan, diğer bir anlamda bu hücrelerin gelişmesini, olgunlaşmasını ya da yayılmasını engelleyen ilaçlardır.

Yanık Yaralanmaları: Isı, elektrik, kimyasal maddeler ve radyoaktif ışınlar ile meydana gelen doku harabiyetine yanık denir. Yaşamı tehdit edebilen yaralanmalar olup, multisistem organ yaralanması oluşturabilen oldukça ciddi travmalardır. 1., 2., 3., 4. derece yanıklar olarak yanık derinliği derecelendirilir.

İstismar: İnsana kötü muamele, ihmalden, aktif olarak kötüye kullanmaya dek uzanan bir yelpaze oluşturur. Genel olarak istismar fiziksel, psikolojik ve cinsel açıdan olabilir. Yaşlı ve Çocuk İstismarı ayrıca tanımlanmıştır. **Fiziksel İstismar:** Bir kaza olmaksızın, fiziksel travma ya da yaralanmalarla sonuçlanan herhangi bir davranış biçimidir.

Psikolojik İstismar: Bağırmak, hakaret etmek, korkutmak, suçlamak, göz ardı etmek ya da aşağılamak gibi örnekler psikolojik istismarı içerir.

Cinsel İstismar: Bireyin kendi rızası olmadan herhangi bir cinsel aktiviteye zorlanmasıdır.

Tecavüz Travması Sendromu: Kendi rızası isteği olmaksızın ve buna karşı zorla, saldırıya uğrayarak cinsel tecavüze maruz kalan bireydeki durumdur.

Çocuk İstismar ve İhmali: Çocuk sağlığını, fiziki ve psikolojik gelişimini olumsuz etkileyen ve bir yetişkin tarafından yapılabilen hareketlere denir.

Çocuklarda Cinsel İstismar: Psiko-sosyal ve fiziksel gelişimini tamamlamamış çocuğun, bir yetişkin ya da gelişimsel olarak kendinden büyük olan bir başka çocuk tarafından cinsel doyum için kullanılmasıdır.

Yaşlı İstismarı: Yaşlı bireyin sağlık ya da iyilik halini tehdit eden ya da zarar veren herhangi bir davranıştır. İstismar bedensel, psikolojik ya da ekonomik olabilir.

Diyaliz: Böbrek yetmezliği olan hastalarda böbreklerde biriken artık maddeler kana karışır. Kan uygun diyaliz solüsyonu ile bir tür değişime uğrar ve temizlenir. Bu temizlenmeyi sağlayan bir tedavi şeklidir.

Hemodiyaliz: Hastadan alınan kanın bir diyaliz sıvısı aracılığı ve bir makine yardımı ile yeniden düzenlenmesi işlemidir.

Periton Diyalizi: Periton (karın) boşluğuna doldurulan diyaliz solüsyonunun birkaç saatlik bir dengelenme süresinden sonra yeni bir diyalizat solüsyonu ile değiştirilmesi işlemidir.

4. SORUMLULAR: Bu prosedür, Hastane Yöneticisi'nin onayından sonra yürürlüğe girer. Bu prosedürün uygulanmasından hasta bakımında görev alan tüm çalışanlar sorumludur.

5. FAALİYET AKIŞI:

Genel Değerlendirme

Hastanemizde Özellikli Hasta Grubu Olarak Belirlenen Hastalar;

Terminal Dönem Hastalar

Geriatri Hastaları

Onkolojik Tedavi Gören Hastalar

Yanık Tedavisi Gören Hastalar

Bağışıklık Sistemi Baskılanmış Hastalar

İstismara Uğramış Hastalar

Diyaliz Hastaları

Özellikli hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde mevzuat, bilimsel norm ve ilgili bölümün giriş çıkış kuralları doğrultusunda hareket edilir**. Refakatçi Politikası ve Ziyaretçi Kuralları** doğrultusunda refakat ve ziyaret süreci işletilir. Hekim istemi ve hasta ihtiyacı doğrultusunda refakatçi sayısı ve ziyaret sıkılığı değiştirilebilir.

Terminal Dönem Hastalar Klinik Bakım Uygulamaları

Amaç: Bu dönemde hastanın rahatlığının sağlanması ve yaşam kalitesinin korunması, yaşam sonu bakımın temel hedefini oluşturur. Ne ölümü hızlandırmak, ne de yaşamı uzatmaktır. Yaşamı ve kabullenilen ölümü normal sürecinde götürmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır.

Hizmet Sunum Süreçleri

Hastanemizde hekimler tarafından değerlendirilmesi yapıldıktan sonra Acil Servis ve Polikliniklerden veya bölümler arası transferle gelen Terminal Dönem Hastalarının, Yoğun Bakım Ünitesine, Palyatif Bakım Servisine yatırılarak ve Evde Sağlık Hizmet Biriminden hizmet alması sağlanır.

Hasta kabul, sevk, taburcu işlemleri, yaşam sonu uygulamalar ve adli vakalar dâhil olmak üzere, ilgili bölümün işlemleri gibi yapılır.

Tetkik ve tedaviler hekim kararına göre uygulanır.

Tüm uygulamalar ilgili formlarla kayıt altına alınır.

Disiplinler Arası İşbirliği

Terminal dönemdeki hasta ve yakınlarına verilecek hizmetler, aşağıda tanımlanan mesleklerin, mesleki sorumlulukları/görevleri dâhilinde gerçekleştirilir;

Hekim, Hemşire, Psikolog, Fizyoterapist, Diyetisyen, Sosyal Çalışmacı, Din Görevlisi, Eczacı

Hizmet Verilen Bölümler

Palyatif Bakım Servisleri

Yoğun Bakım Üniteleri

Evde Sağlık Hizmetleri Birimi

Hizmet Verilecek Ortam Şartları

Ani gelişebilecek durumlarda acil müdahale edebilmesi için, mümkünse hemşire bankosunun yakınında bir odaya yatırılır.

Hasta odasında bulunan tıbbi araç ve diğer ekipmanların (çağrı zili, oksijen vb.) çalışır durumda olması sağlanır.

Gereksinime ve isteğe göre tek kişilik hasta odasında yatması sağlanır.

Hasta mahremiyetine özen gösterilir.

Düşme Riski açısından değerlendirilerek, temel güvenlik önlemleri ve sonuca göre uygun önlemler alınır (Düşme Riski Figürü kullanılması, aydınlatma, yatak kenarlıklarının kaldırılması vb.).

Havalandırmanın yeterli olması sağlanır.

Hasta odasının, mümkün ise hastanın yaş grubuna göre (çocuk hasta vb.) düzenlenmesi sağlanır.
Enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınması sağlanır.

Hasta yakınları/refakatçi için uygun ortam sağlanır.

Hasta ziyareti, yalnızlık duygusu ve manevi destek açısından terminal dönem hastaları için destekleyicidir. Ziyaretlerin, ilgili bölümün ziyaret uygulamaları ve hasta/hasta yakınlarının gereksinimleri de dikkate alınarak yapılması sağlanır.

Televizyon, dergi, gazete, kitap vb.nin hasta istemine ve yattığı bölüme göre hasta odasında bulunması sağlanır.

Hastanın istemine göre dini vecibelerini yerine getirebilmesi sağlanır.

Gerekli Ekipmanlar

Hemşire Çağrı Sistemi

Aspiratör

Oksijen

Acil müdahale seti

Hasta bakım uygulamalarına yönelik malzemeler (Ağız bakım seti, vücut bakım seti, pansuman malzemeleri, Kişisel Koruyucu Ekipmanlar vb.).

Gereksinime göre;

Yürüteç/Walker

Baston

Tutunma Barı

Tekerlekli Sandalye

Sedye

Özel Bakım Uygulamaları ve İşlemler

Terminal dönemdeki hastada, hastalığın sürecine bağlı olarak ortaya çıkan problemler değişiklik gösterebilir. Hasta, günlük yaşam aktivitelerinin bir kısmını yerine getiremeyebilir. Bununla birlikte ailesinden ve çevresinden ayrılma kaygısı içinde olabilir. Bakım uygulamaları bu kapsamda değerlendirilerek, planlanmalı, uygulanmalı ve bakım planlarında gösterilmelidir. Hasta yakınları bu sürece dâhil edilir. Hastanın fiziksel ve ruhsal yönden rahatlığının sağlanması ve kalan yaşam süresinin kalitesinin

artırılması bakım uygulamalarının temel amacıdır.

Terminal Dönemde Hastanın Tepkileri:

Ölüme karşı gösterilen tepkiler her bireyin inançları, yaşam şekli, yaşama bakışı ve kişisel özelliklerine göre değişir. Ölümü yaklaşan kişinin çevresindeki insanların davranışlarının değişmesi, terminal dönemdeki hastaların davranışlarını etkiler.Ölümün yaklaştığını bilmek, bu hastaların bazılarında korkuya neden olabilir. Ölüyor olma, acı çekme, ölüm sürecinin uzaması; dengenin kaybolması, saygınlığını yitirme, yalnız kalma ve soyutlanma duygusu, terminal dönemde hastaların en çok yaşadıkları korkulardır.

Terminal dönem hastalarının hepsi aynı değilse de ortak bazı tepkileri vardır. Yıllarca terminal dönemdeki hastalarla çalışmış olan ve onları yakından gözlemiş olan Kubler ROSS'a göre bu tepkiler; inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme şeklindedir.

İnkâr: İnkâr aşamasında olan hastaya saygı duyulmalı ancak yalnız bırakılmamalı, hasta dinlenmeli ve ona zaman ayrılmalıdır. Hasta cesaretlendirilmeli güvene dayalı bir ilişki kurulmalı ve gerçekle yüzleşecek destek verilmelidir. İnkâr, geçici bir süreçtir; bir süre sonra yerini kabullenme alır. Hastanın yaşamıyla ilgili ve ölümle ve ölüm sonrasıyla ilgili konuşmaya başlaması kabullenme aşamasına girdiğinin göstergesidir.

Öfke: İnkâr tepkileri geçmiş; yerini kabullenme, öfke, kıskançlık, içerleme, alınganlık gibi duygular almıştır. "Neden ben?" sorusunu sormaya başlar ve bu duygu onu gergin yapar. Aşırı tepkiler göstererek isyan eder, en küçük şeylerde bile yüksek sesle tepki verir. Hasta yakınları da suçluluk ve keder içindedir. Bu durumdaki hastaya sağlık personeli hoşgörülü davranmalıdır. Konu ile ilgili hasta yakınları bilgilendirilmeli, onlarla birlikte hareket edilmelidir.

Pazarlık: Hastalar, inkâr ve öfke dönemlerinden sonra tanrı ile bir pazarlık dönemine girer. Bu pazarlık, ömürlerinin biraz daha uzaması adınadır. Sağlık personeli hastayı rahatlatacak şekilde konuşmalı, suçluluk duygularını azaltmak için destek vermelidir.

Depresyon: Depresyonun iki yönü vardır. Birincisi, hastalığının ailesine verdiği maddi ve manevi güçlükler ile bunlara bağlı gelişen suçluluk duygusudur. Bu hastanın fonksiyonelliğini kaybettiğini düşündüğü reaktif depresyon dönemidir. İkincisi ise ölüme karşı hazırlığın yarattığı depresyondur.

Kabullenme: Terminal dönemdeki hasta, diğer evreleri yardım alarak sağlıklı bir biçimde atlatır ve bu evreye girer. Hasta yorgun ve bitkindir. Uyku süresi uzamış yalnız kalma isteği artmıştır. Kabullenme döneminde yoğun sıkıntılar azalmış, ailesinin yardım ve desteğine daha çok ihtiyaç duyduğu bir döneme girmiştir. Hasta çevresiyle iletişimini azaltır. Sözlü iletişim çok azdır, bu dönemde hasta ile geçirilen sessiz zamanlar çok kıymetlidir. Ölümünden sonra yapılması gerekenleri sıralar, son isteklerini söyler.

Hemşirenin Terminal Dönemdeki Hasta ve Ailesine Yaklaşımı:

Terminal dönemdeki hasta ailesinden ve çevresinden ayrılma kaygısı içindedir. Gelecek onun için ciddi bir endişe kaynağıdır. Bu kaygı ve endişelerden nasıl kurtulacağını bilemez. Bazı bireyler bu dönemdeki endişelerinden dini inançları sayesinde kurtulabilir. Din ve inançlar, bu dönemde birçok birey için sığınılan ve rahatlama yolu olarak görülen bir araçtır. Hemşirenin terminal dönemdeki hasta yakınlarına yaklaşımı;

Aile bireylerinin yaşadıkları duyguların doğal olduğunu anlamalarına yardımcı olur,

Hasta ailesi etkin dinlenir, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmeleri için desteklenir,

Ailenin mümkün olduğu kadar hasta bakımına katılması sağlanır,

Hastanın hastalığı hakkında aileye açıklayıcı bilgiler verir,

Hasta ailesine bilgi verilirken tıbbi terimlerden uzak, açık ve anlaşılır bir dil kullanır,

Hastanın şikâyetlerinin giderildiği ve bakımının en iyi şekilde yapıldığı hakkında onlara güvence verir,
Hastanın geçireceği evreler aileye anlatılır,

Hastanın görünüşüne özen gösterilir,

Hasta ailesinin öfkesi anlayışla karşılanır,

Zor kararlarda aileye yardım edilir. Beyin ölümü gerçekleştikten sonra organ bağışı, vasiyet gibi kararların alınmasında destek olunur.

Ölüm anındaki belirtiler gözlenirse (kardiyak arrest, solunum arresti, dilate pupillalar) hekime bilgi verilir. **Mavi Kod Uygulama Talimatı'**na göre Mavi Kod bildirimi yapılarak mavi kod ekibi gelene kadar hastanın damar yolu açık tutulur, oksijen desteği sağlanır ve gerekli ekipmanlar hasta başına getirilir. Hastanın hekimi, hemşiresi ve mavi kod ekibi ile hastaya gerekli müdahaleler yapılır.

Ölüm haberi uygun ortamda verilir ve aşırı duygu yüklü ifadeler kullanılmaz,

Ölüye fiziksel bakım verildikten sonra ailenin görmesi sağlanır,

Aile, gerekirse destek gruplarına yönlendirilir,

Ölen hastanın yası anlayışla karşılanır. Şiddetli kontrol yitimi olmadıkça sedatif verilmemeli, yaslarını yaşamalarına müsaade edilmelidir.

Hastanın değerlerine, inançlarına ve kültürel tercihlerine saygı duyulur. Hasta ve ailesinin psikososyal, duygusal ve kültürel gereksinimleri uygun şekilde karşılanarak, gerektiğinde dini vecibeleri yerine getirebilmeleri için gerekli ortam ve destek sağlanır. Ailenin isteğine göre din görevlisi çağırılabilir.

Otopsi ya da organ bağışı gibi konularda yasa ve yönetmeliklere uygun davranılarak, kurumun bu konu üzerine çalışan organ nakli ekibi/kurul başkanı hasta yakınları ile iletişime geçmesi ve gerekliliklerin yerine getirilmesi sağlanır.

Terminal Dönemdeki Hastaların Özel Bakım Uygulamaları ve İşlemler

Bireysel Öz Bakım: Terminal dönemdeki hastalar kendi bakımlarını yapamayabilir. Bakmakla sorumlu hemşire bu gereksinimlerine yardımcı olmalı gerektiğinde kendi yapmalıdır. Ağız burun ve gözlerin bakımı yapılır. Ağız ve burunda sekresyon varsa temizlenir, gerekirse ağız içi aspire edilir. Burun delikleri nemlendirilir, hastaya yan yatış pozisyonu verilir. Çatlak oluşumunu engellemek için dudaklara nemlendirici kremler sürülür. Takma dişleri varsa çıkarılır, ailesine teslim edilir. Gözlerde oluşan çapaklar temizlenir.

Ağrılı Hastada Bakım: Terminal dönemdeki hastaların birçoğunda özellikle kanser hastalarında görülen bir bulgudur. Hastaların birçoğu ölümden çok ağrıdan korkar. Ağrı kesicilerin miktarı, veriliş yöntemi hekim tarafından belirlenir. Kanser hastalarına güçlü ağrı kesiciler, ağrı pompaları, sinir blokları kullanılmaktadır. İlaçların yanı sıra ağrının kontrolünde hasta ile iş birliğinin sağlanması da çok önemlidir. Ağrı kontrolünde temel amaç ağrının hafifletilmesi, ortadan kaldırılması ya da şiddetinin azaltılmasıdır.

Yorgunluğu Olan Hastada Bakım: Yaşamın sonuna yaklaşan hastalarda görülen en rahatsız edici belirtilerden biride güçsüzlük ve yorgunluktur. Kanser ve diğer kronik hastalıklarda ortaya çıkan bu belirtinin nedeni, doku oksijenlenmesinin azalmasıdır. Güçsüzlüğün ve yorgunluğun fiziksel nedeni ağrı, enfeksiyonlar ve uykusuzluktur. Psikolojik nedeni ise anksiyete ve depresyondur. Bu hastaların dinlenmesi sağlanmalı, temel ihtiyaçlarının giderilmesine yardımcı olunmalıdır.

Bulantı ve Kusması Olan Hastada Bakım: Bulantı ve kusma terminal dönem hastalarında görülen önemli bir sorundur. Özellikle yemeklerden sonra artar ve hastayı rahatsız eder. Bu durumdaki hastalara, doktor istemine göre yemeklerden önce antiemetikler ve ağız bakımı verilir. Ağız bakımı hastayı rahatlatır, iştahını açar. Ölümü yaklaşan hastanın birkaç gün yemek yememesi sorun yaratmayabilir. Hasta yemek yemesi için zorlanmamalı, yutma sorunu yoksa az miktarda sevdiği gıdalar verilmelidir.

Disfaji (Yutma Güçlüğü) Olan Hastada Bakım: Yutma güçlüğü nedeniyle hastalar ağızdan gıda almak istemeyebilir. Bu durumda zorlanmamalı, parenteral beslenmeye geçilmelidir.

Kilo Kaybı Ve İştahsızlığı Olan Hastada Bakım: Kilo kaybı ve iştahsızlık terminal dönem hastalarının çoğunluğunda görülmektedir. İştahsız hastalar IV olarak beslenir, hastaların aldığı, çıkardığı kontrol edilir. Almaları gereken kalori miktarı hesaplanarak hastaların beslenmesi sağlanır.

Konstipasyon, Diyare, İdrar İnkontinansı, Retansiyon, Distansiyonu Olan Hastada Bakım: Yaşlı hastalarda, kanser hastalarında ve terminal dönem hastalarında görülen bulgulardır. İdrar kaçırma durumlarında hastalara kateter takılmalı ya da emici alt bezleri kullanılmalıdır. Kabız olan hastalara laksatifler verilebilir. Distansiyonu olan hastalara gaz giderici uygulamalar yapılır.

Şuur Bulanıklığı ve Uykusuzluğu Olan Hastada Bakım: Hastalara uyku problemleri için sedatifler verilebilir. Hastaların şuur bulanıklığı nedeniyle çeşitli kazalara maruz kalmamaları için sağlık personeli gerekli önlemleri almalıdır.

Ödemli Hastada Bakım: Daha çok invaziv girişim yerlerinde, alt eksremitelerde ve sakral bölgede oluşur. Ödemli bölgede deri bütünlüğü kolay bozulacağından cilt bakımına önem verilir. Ödemli bölge yüksekte tutulmalıdır.

Hareket Kabiliyetinin Azaldığı Durumlarda Bakım: Hareket azalmasına bağlı olarak kaslarda zayıflama görülür. Hastalar mümkün olduğu kadar yardım ve destek verilerek hareket ettirilmelidir. Sık sık pozisyonları değiştirilmeli, yatak yaralarını önlemek için havalı yataklar kullanılmalıdır. Hastalara egzersiz yaptırılır, yatakla temas eden bölgelere masaj yapılır.

Dispne ve Solunum Sıkıntısı Olan Hastada Bakım: Hastaların %50'sinde görülen solunum sıkıntısını gidermek için oksijen tedavisi uygulanır. Hastalara bilinci açıksa dik oturur ya da yarı dik oturur pozisyon verilir. Ağızda sekresyon birikmemesi için ağız ve boğaz aspire edilir. Gerekirse solunan hava nemlendirilir.

Ateş, Titreme ve Terlemesi Olan Hastada Bakım: Terminal dönemdeki hastaların çoğunda ateş görülür. Yüksek ateşi olanlara soğuk uygulama yapılır. Hastalar, periferik dolaşım bozulduğu için yüksek ateşe rağmen üşür. Üşüyen hastalara sıcak uygulama yapılır. Hastaya, uygun antipiretikler verilmelidir. Terleyen hastaların yatak takımları değiştirilir.

Taşikardisi Olan Hastada Bakım: Hastaların nabzında bozulmalar görülür. Terminal dönem hastalarında özellikle ölüme yakın dönemde bradikardi, şoklarda taşikardi görülür. Hastaların vital bulguları sık sık alınır, gerekirse monitörize edilir.

Özellikli Hasta Gruplarına Özgü Ulusal-Uluslararası Geçerliliğe Sahip Değerlendirme ve Bakım Kılavuzları

Ağrı Skalaları

Düşme Skalası

Glaskow Koma Skalası

Bası Ülseri Skalası

Nutrisyon Risk Değerlendirme Skalası

CDC Yayınları

Geriatri Hastaları Klinik Bakım Uygulamaları

Amaç: Yaşlıya etkili ve kaliteli bakım hizmetinin verebilmesi için, hastanın fizyolojik, psikolojik sosyo-ekonomik ve değerlendirmesini yaparak genel ve özel bakım gereksinimlerinin karşılanmasıdır.

Hizmet Sunum Süreçleri

Hastanemizde hekimler tarafından değerlendirilmesi yapıldıktan sonra Acil Servis ve Polikliniklerden veya bölümler arası transferle gelen Geriatri hastaları, Yoğun Bakım Ünitesi, Palyatif Bakım Servislerine yatırılarak hizmet alması sağlanır.

Hasta kabul, sevk, taburcu işlemleri, yaşam sonu uygulamalar ve adli vakalar dâhil olmak üzere, ilgili bölümün diğer işlemleri gibi yapılır.

Tetkik ve tedaviler hekim kararına göre uygulanır.

Tüm uygulamalar ilgili formlarla kayıt altına alınır.

Disiplinler Arası İşbirliği

Geriatri hastaları ve yakınlarına verilecek hizmetler, aşağıda tanımlanan mesleklerin, mesleki sorumlulukları/görevleri dâhilinde gerçekleştirilir;

Hekim, Hemşire, Yaşlı Bakım Teknikeri, Psikolog, Fizyoterapist, Diyetisyen, Sosyal Çalışmacı, Din Görevlisi, Eczacı

Hizmet Verilen Bölümler

Palyatif Bakım Servisler

Yoğun Bakım Üniteleri

Ameliyathane

Diyaliz Ünitesi

Görüntüleme Tetkikleri (MRG, Tomografi vb.)

Evde Sağlık ve Bakım Hizmetler

Hizmet Verilecek Ortam Şartları

Mümkünse hemşire bankosunun yakınında bir odaya yatırılır.

Hasta odasında bulunan tıbbi araç ve diğer ekipmanların (çağrı zili, oksijen vb.) çalışır durumda olması sağlanmalıdır.

Gereksinime ve isteğe göre tek kişilik hasta odasında yatması sağlanır.

Hasta mahremiyetine özen gösterilir.

Düşme Riski açısından değerlendirilerek, temel güvenlik önlemleri ve sonuca göre uygun önlemler alınır. (Düşme Riski Figürü kullanılması, aydınlatma, yatak kenarlıklarının kaldırılması vb.)

Havalandırmanın yeterli olması sağlanır.

Enfeksiyon Kontrol önlemlerinin alınması sağlanır.

Hasta yakınları/refakatçi için uygun ortam sağlanır.

Hasta ziyareti, yalnızlık duygusu ve manevi destek açısından Geriatri hastaları için destekleyicidir. Ziyaretler, ilgili bölümün ziyaret uygulamaları, hasta gereksinimleri de dikkate alınarak yapılması sağlanabilir.

Televizyon, dergi, gazete, kitap vb. hasta istemine ve yattığı bölüme göre hasta odasında bulunması sağlanır. Hastanın istemine göre dini vecibelerini yerine getirebilmesi sağlanır.

Gerekli Ekipmanlar

Hemşire Çağrı Sistemi

Aspiratör

Oksijen

Acil Müdahale Seti

Hasta bakım uygulamalarına yönelik malzemeler (Ağız bakım seti, vücut bakım seti, pansuman malzemeleri, Kişisel Koruyucu Ekipmanlar vb.).

Gereksinime göre;

Yürüteç/Walker

Baston

Tutunma Barı

Tekerlekli Sandalye

Sedye

Özel Bakım Uygulamaları ve İşlemler

Yaşlılık bireyin, fiziksel görünüm, güç, rol ve bulunduğu konum açısından kayba uğradığı yeti yitimleri ve fiziksel hastalıkların artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği bir dönemdir. Bu dönemi yaşayan insanların fiziksel ve ruhsal durumlarına yönelik yaklaşımın diğer yaş gruplarına olan yaklaşımlardan farklı olması gerekmektedir.

Bakım uygulamaları bu kapsamda değerlendirilerek, planlanmalı, uygulanmalı ve Bakım Planlarında gösterilmelidir. Hasta yakınları da bu sürece dâhil edilir.

Hastanın fiziksel ve ruhsal yönden rahatlığının sağlanması ve yaşam süresinin kalitesinin artırılması bakım uygulamalarının temel amacıdır.

Yaşlı Bireyin Değerlendirilmesi ve Veri Toplama: Yaşlı bireye bütüncül bakım verebilmek için sistematik değerlendirme yapmak gereklidir. Hemşire aile ile birlikte yaşlı bireyin sorunları ve öncelikleri, fonksiyonel durumu, sağlık bakım gereksinimleri, çevresi, çevresi ile etkileşimi ve bakımda hedef/hedefleri değerlendirir. Yaşlı bireyin değerlendirilmesinde Gordon tarafından geliştirilen (1994) “Fonksiyonel Sağlık Modeli” kullanılabilir. Fonksiyonel sağlık modeli yaşlı birey için özel olarak geliştirilmemekle birlikte yaşlı bireyin fonksiyonelliğini ve çevresi ile etkileşimini değerlendirmeye olanak sağlayan 11 madde içermektedir. Yaşlı bireyin değerlendirmesinde fonksiyonelliği tanımlamak öncelikli hedeftir, çünkü yaşlı bireyin kendi sağlığını algılaması, yaşam tarzı ve aktiviteleri, günlük yaşam gereksinimleri, var olan destek sistemleri ve fonksiyonel yetenekleri hakkında bilgi verir. **Gordon’un Fonksiyonel**

Sağlık Modeli;

1. Sağlık Algılaması-Sağlık Yönetimi

2. Beslenme-Metabolik Durum

3. Boşaltım

4. Aktivite-Egzersiz Durumu

5. Uyku-Dinlenme

6. Bilişsel-Algılama Durumu

7. Kendini Algılama-Kendilik Algısı

8. Rol ve İlişkiler

9. Cinsellik-Fertilite

10. Stresle Başetme Durumu

11. Değerler ve İnançlar başlıklarını içermektedir.

Yaşlı bireyin değerlendirilmesinde Gordon’un modelinin yanı sıra çeşitli yaklaşımlar da kullanılabilmektedir. Tüm değerlendirme yaklaşımları;

Sağlık öyküsü,

Tıbbi tedavi öyküsü,

Sistemlere ilişkin fonksiyonel durumu ve kayıpları,

Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme düzeyi/ yeterliliği,

Fiziksel kapasitesi,

Hareket kapasitesi,

Bilişsel ve mental durumu,

Sosyal durumu,

Psikolojik durumu başlıklarını içermelidir.

2. Tanılama ve Hedef Belirleme: Yaşlı bireyin değerlendirilmesi ve verilerin toplanması ile yaşlı birey ve bakım verenin var olan ve olası problemleri, bireyin sağlık ve yaşam hedefleri belirlenir. Veriler sistematik olarak değerlendirilerek hemşirelik tanısı konur. Hemşirelik tanısı hemşirenin hedefe ulaşmak için yapacağı hemşirelik uygulamalarına temel oluşturmaktadır. Geriatri hemşiresi sıklıkla aşağıda yer alan hemşirelik tanılarını kullanır:

Beden Gereksiniminden Fazla/Az Beslenme

Yutma Bozukluğu

İdrar Yapmada Değişiklik

Konstipasyon

Bireysel Bakımda Yetersizlik

Aktivite İntoleransı

Kendini Beslemede Eksiklik

Yürümenin Bozulması

Gaz Değişiminde Bozukluk

Evdeki Sorumluluklarını Sürdürme ve Yürütmede Bozukluk

Boş Vakitlerini Değerlendirmede Yetersizlik

Tuvalet Sonrası Bakımda Yetersizlik

Uykusuzluk

Travma Riski

İnfeksiyon Riski

Kronik Ağrı

Bellekte Bozulma

Akut/Kronik Konfüzyon

Beden Bilincinde Bozulma

Ölüm Anksiyetesi

Sosyal İzolasyon

Üstlendiği Rolü Yerine Getirmede Değişiklik

Sosyal İlişkilerde Bozulma

Cinsel Yaşamda Değişim

Cinsel Fonksiyonda Bozukluk

Bireysel Başetmede Yetersizlik

3. Planlama, Uygulama ve Değerlendirme: Yaşlı bireye sunulan sağlık hizmetinin temel amacı, yaşlı bireyin kendine bakabilmesi için mevcut kapasitesini en iyi düzeyde kullanmasını sağlamaktır. Bu amaçla hastaya bakım veren hemşire yaşlı bireyin yaşam kalitesini artırmayı, fonksiyonel durumunu geliştirmeyi ve iyilik halinin geliştirilmesini hedefleyerek tanılama sürecinin ardından bakımını planlar ve uygulamalarda bulunur. Uygulama sonrasında hemşire bakım planı ile yaptığı uygulamalara yaşlı birey ve ailesinin yanıtını değerlendirir, bakım planını gözden geçirir ve gereksinimler doğrultusunda yeniden düzenler. Yaşlı bireye bakım tanılar doğrultusunda kronik hastalıklar ve hijyenik bakım, beslenme, eliminasyon, hareket, uyku ve dinlenme, vücut ısısının düzenlenmesi, giyinme, yardımcı cihazların kullanılması, ilaç kullanımı alanlarında olmaktadır.

Kronik Hastalıklarda Bakım: Yaşlı bireylerde sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon, kalp hastalıkları, diyabet, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kas-iskelet sistemi hastalıkları, demans-depresyon gibi ruhsal hastalıklar ve görsel, işitsel sorunlardır. Yaşlı bireylerde savunma mekanizmasında zayıflama -deri, akciğer ve sindirim sistemi gibi giriş bölgelerinde konakçı savunmasınında zayıflama, fizyolojik işlevlerde azalma- karaciğer kan akışı ve glomerüler filtrasyon hızında azalma, altta yatan ve eşlik eden farklı hastalıkların bir arada olması çevresel etkenlere karşı duyarlılığı artırmakta ve başetmeyi güçleştirmektedir. Yaşlıda oluşan bu değişimler homeostazisin kolaylıkla bozulmasına ve solunum yetmezliği, anemi gelişmesine neden olmaktadır. Yaşlı bireyde sık görülen hipertansiyon, diyabet ve diğer kronik hastalıkların tanısı, izlemi, tedavisi ve yönetimi, tansiyon ölçümü, diyet ve egzersiz uygulamaları gibi konularda eğitim, danışmanlık yapılmalıdır. Yaşlı birey ve yakınlarına uzun süre yatak istirahatinin pulmoner tromboemboli, venöz yetmezlik, ödem gibi komplikasyonların belirtileri ve bu komplikasyonları önleyici uygulamalar konularında eğitim, bakım ve danışmanlık yapılmalıdır. Yaşlılığa bağlı olarak enzim aktivitelerinin azalması, reflekslerin yavaşlaması, cevap zamanının uzaması, nöronlar arası bağlantının zayıflaması, kronik hipoksi, ilaçlar, hastalıklar sindirim sistemi sorunlarına, hareketlerin yavaşlamasına ve egzersiz toleransının azalmasına, algılama zayıflığına ve konfüzyona neden olabilmektedir. Hemşire bu değişiklikleri dikkate alarak yaşlıda beslenme, hareket, egzersiz ve algılama özelliklerini dikkate alarak eğitim ve bakım uygulamalarını planlamalıdır. Postmenopozal dönem, osteoblast aktivitede bozulma, kemik kütlesinde azalma, omurga değişiklikleri osteoporoza ve kırıklara neden olmaktadır. Osteoporozun önlenmesi ve erken tanısında, düşmelerin ve kırıkların önlenmesinde hemşirenin eğitici ve

danışmanlık rollerini kullanması gerekmektedir. Yaşlı bireylerde ayak sorunları, uygun olmayan ayakkabı, terlik giyme, yürüme ile ilgili gelişen motor değişimler, algılama değişiklikleri, hipertansiyon, kas zayıflığı, uykusuzluk, beceriksiz ve yavaş hareketlere ve kazaya neden olmaktadır. Yaşlı bireyde kazaların önlenmesinde hemşire çevre düzenlemeleri, tansiyonun kontrol altına alınması, ilaçların yan etkisinin izlenmesi, konfüzyon, duyu ve motor bozukluklarının tedavisi, uygun giyinme, tutunma barlarının kullanılması, aydınlatmanın düzenlenmesi gibi önlemlerin alınmasında önemli rollere sahiptir. Yaşlı bireyin genel durumunun değerlendirilmesi ve mevcut hastalıkların kontrolü ve yeni sorunların gelişmesini önlemek için hemşire düzenli sağlık kontrollerinin önemini yaşlı ve ailesine anlatmalıdır.

Hijyenik Bakım: Yaşlı bireyde meydana gelen değişiklikler nedeniyle deri bakımı ve genel hijyenik bakım önemlidir. Deri altı yağ dokusu azaldığı ve deri elastikiyeti kaybolduğu için dekübit riski fazladır. Deri kuruduğu için haftada 1-2 kez yumuşak sabun ile banyo önerilir. Banyodan sonra meme, koltuk altı, ayak parmak aralarının iyice kurulanması mantar infeksiyonlarının önlenmesi için önemlidir. Banyodan sonra cildin lanolin ya da vazelin ile yağlanması ve masaj yapılması önerilmektedir. Yaşlılarda dolaşım yetersizliği ve diyabet nedeniyle ayak bakımı özellikle önemlidir. Parmak araları, tırnak kenarları ve ayak tabanı her gün düzenli kızarıklık, şişme, deri bütünlüğünde bozulma açısından incelenmelidir. İnceleme yaşlı bireyin görme kayıpları düşünüldüğünde başka biri tarafından da yapılmalıdır. Ayak bakımında ılık su tercih edilmeli, deterjan gibi maddeler kullanılmamalıdır. Nasır ve tırnaklar ılık suda bekletilmeli, üzerine vazelin sürülmelidir. Nasırlar ilgili yardımcı materyal ile ovularak yumuşatılmalı, kesici aletler kullanılmamalıdır. Tırnaklar yumuşadıktan sonra düz tırnak olarak kısaltılmalıdır. Yaşlı birey çıplak ayakla dolaşmaması, pamuklu-sıkmayan çoraplar ve ayağı kavrayan yürüme için uygun ve mümkünse kapalı terlik giymesi konularında yönlendirilmelidir. Yaşlı bireylerde sık görülen infeksiyon hastalıklarından korunma ve hijyen önlemleri, erken tanı ve belirtilerin izlenmesi önemlidir. Azalan gözyaşı ya da göz pınarı tıkanıklığı, gözyaşının sürekli dışarıya akması irritasyonlara ve göz infeksiyonlarına neden olabilir. Kuruluk için yapay gözyaşı, göz pınarı tıkanıklığı için doktor kontrolü ile uygun tedavi ve gözyaşı drenajı için masaj önerilebilir. Yaşlı bireylerde sıklıkla karşılaşılan eksik, çürük, kırık dişler ağız sağlığını, kalp-böbrek gibi organların sağlığını etkilemekte ve beslenmeyi bozmaktadır. Bu nedenle ağız sağlığını korumaya yönelik önlemler, bakım uygulamaları önemlidir. Yaşlı bireyin ağız temizliği için kalın saplı fırçalar, protezler için fırça-temizleme tableti ya da solüsyonu kullanılabilir. Yaşlı bireye protez temizliği, diş hekimi kontrolüne düzenli gidilmesi konusunda eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır.

Beslenme: Yaşlı bireyin beslenmesi sindirim sisteminde değişim, ağız-diş sağlığında bozulma, hastalıklar, kullanılan ilaçlar, tat almada değişimler, aktivite düzeyinde değişim gibi faktörler nedeniyle etkilenmektedir. Yaşlı bireylerin beslenme rejimini zenginleştirmek, yemek sunumunu çekici hale getirmek, öğünleri sık sık ve azar azar sunmak, protezlerin ağız yapısına uygun olmasını sağlamak yaşlı bireyin beslenme düzeyini kontrol altında tutmak için yapılacak bazı hemşirelik uygulamalarıdır.

Boşaltım: Yaşlı bireylerde görülen boşaltım problemleri sık tekrarlayan üriner infeksiyonlar, konstipasyon, üriner ve fekal inkontinanstır. Kadınlarda menopoz döneminde östrojen eksikliği sonucu ligamentlerin ve perine bağlarının gevşemesi ile; erkeklerde de prostat hipertrofisi nedeniyle mesanenin tam olarak boşalamaması nedeniyle sistit görülme sıklığı ileri yaşlarda artmaktadır. Koruyucu uygulamalar içinde 2 saatte bir mesanenin boşaltılması, sakıncası yoksa sıvı alımının artırılması, menopoz öncesi dönemde perineal kasların güçlendilmesine yönelik Kegel egzersizlerinin yapılması yer almaktadır.

Lifli besinleri az tüketme, fiziksel hareket ve peristaltizmde azalma, kullanılan ilaçlar nedeniyle gelişen konstipasyonu önlemek için sulu ve selülozlu besin alımının artırılması ve her gün düzenli tuvalet alışkanlığının kazanılması ve aktivite düzeyinin artırılması önerilmektedir. Konstipasyon için bu uygulamalara ek olarak gerektiğinde hekim önerisi ile hafif etkili laksatifler kullanılabilmektedir. Nörolojik ve intestinal nedenlerle gelişen inkontinansa yönelik olarak hemşire yaşlı bireye düzenli tuvalet alışkanlığı kazanması, kasları güçlendirici egzersizler yapması, yaşam tarzını düzenlemesi ve yeterli hijyenin sağlanması gibi konularda eğitim ve danışmanlık yapmalıdır.

Hareket: Yaşlı bireyin yorucu olmayacak düzeyde günlük harekete, düzenli egzersiz programına ve dinlenmeye gereksinimi vardır. Kronik hastalığı olan yaşlıların yaklaşık yarısında aktivite sınırlılığı vardır. Yaşlı bireylerin kas koordinasyonunun ve gücünün azalması hareket kısıtlılığına neden olmakta ve kazalara yol açmaktadır. Yaşlı bireyin güvenli hareketi için ev içi ve çevre düzenlemeleri yapmak; günlük aktivitelerini ve işlerini kendisinin yapmasını teşvik etmek, sınırları dahilinde beden egzersizleri, yürüyüşleri, solunum egzersizleri, duruş ve postür egzersizleri yapmasını sağlamak önemlidir. Yaşlı bireyin kapasitesine uygun, yaşamının bir parçası olmasını sağlayacak, zorlamayan, kolay ve zevkle yapacağı egzersizler önerilmelidir.

Uyku ve Dinlenme: Yaşlı bireylerin gece sık tuvalete gitmeleri, sinir sisteminde oluşan değişiklikler, aktivite düzeyinde azalma, vücut ısısında değişim ve mevcut kronik hastalıkları uyku sorunu yaşamalarına neden olmaktadır. Yaşlı bireyin uyku sorunlarının azalmasına yönelik olarak gece hafif yemek yemesi, yatmadan önce az sıvı alması, gündüz uyumaması, ortamın ısı-aydınlanma-gürültü açısından düzenlenmesi, çay-kahve gibi uyarıcı içecekleri almaması ve uykuya geçişi kolaylaştıran bireysel uygulamaları tanımlaması ve yapması önerilerinde bulunulmalıdır. Uyku ve hareket problemleri, kronik hastalıklar nedeniyle yaşlı bireyde yorgunluk sık rastlanan bir sorundur. Yorgunluğu azaltmak için yaşlı bireye dengeli beslenme, günlük hareketleri ve işleri planlama, düzenli ve yeterli uyuma hastalıklara ilişkin tedavi ve bakım önerilerini uygulama gibi konularda danışmanlık ve eğitim yapılmalıdır.

Vücut Isısının Düzenlenmesi Ve Giyim: Hipotermiye eğilim ve ısı değişikliğini tolere edememe nedeniyle yaşlı bireyler kat kat giyinir. Yaşlı bireyin çevre ısısına uygun rahat ve ısıyı iletmeyen giysiler giyinmesi sağlanmalıdır.

Yardımcı Cihaz Kullanımı: Yaşlı bireyler sıklıkla görme ve işitme duyularında kayıplar ve kalp sorunları nedeniyle gözlük, işitme cihazı, kalp pili gibi yardımcı cihazlar kullanmaktadır. Yaşlı birey ve ailesine yardımcı cihazların kullanımı, bakımı, temizliği ve kontrolü konusunda eğitim yapılmalıdır.

İlaç Kullanımı: Yaşlı bireyin ilaçlarını doğru ve düzenli kullanması, beklenen etkilerin ve istenmeyen etkilerin izlenmesi, yaşlı birey, aile ve sağlık personeli ile işbirliği sağlanması geriatri hemşiresinin sorumluluklarındandır. Yaşlı bireyde vücut kompozisyonunun değişmesi, vücut sıvısının azalması, mide-bağırsak motilitesinin azalması, bağırsak villuslarının atrofisi, mezenterik kan akımının azalması ilaç emilimini, bilişsel değişimler düzenli ilaç kullanımını etkilemektedir. Ayrıca, organizmanın ilaçları detoksifiye ve metabolize etme yeteneğinin azalması yaşlılarda akılcı ilaç kullanımını gerektirmektedir. Hemşire yaşlılarda sık kullanılan ilaçları, ilaç-ilaç etkileşimini, besin-ilaç etkileşimini, hastalık-ilaç etkileşimini ve yaşlı bireyin ilaç alım sorunlarını ve bunlara ilişkin değerlendirmeleri iyi bilmeli, yaşanan sorunların önlenmesi için yaşlı birey ve ailesine eğitim, danışmanlık yapmalıdır.

Özellikli Hasta Gruplarına Özgü Ulusal-Uluslararası Geçerliliğe Sahip Değerlendirme ve Bakım Kılavuzları

Ağrı Skalaları

Düşme Skalası

Glaskow Koma Skalası

Bası Ülseri Skalası

Nutrisyon Risk Değerlendirme Skalası

CDC Yayınları

Onkolojik Tedavi Gören Hastaların Klinik Bakım Uygulamaları

Amaç: Kanser kemoterapisinde; hastalarının tedavisinde tam yanıt elde etmek, kanserin tam olarak tedavi edilemeyeceği durumlarda yaşam kalitesini arttırmak ve yaşam süresini uzatmak için ve hastalığın tedavisi ya da kontrol altına alınmasının olanaksız olduğu durumlarda hastanın rahatlığını sağlamak amaçlanmaktadır.

Hizmet Sunum Süreçleri

Hastaların, Kemoterapi Ünitesine kabulü, sorumlu hekimin polikliniğinden günü birlik yatışı yapılması yoluyla gerçekleşir.

Uygulama öncesi hekim istemine göre gerekli laboratuar tetkikleri yapılır.

Kemoterapi uygulamaları ise Kemoterapi Ünitesinden sorumlu hekimin sorumluluğunda, Onkolog tarafından önerilen tedavi planı doğrultusunda Kemoterapi Hemşiresi tarafından güvenlik önlemleri alınarak hazırlanır ve uygulanır.

Sevk, gerektiğinde birimler arası transfer, taburcu işlemleri, yaşam sonu uygulamalar ve adli vakalar dâhil olmak üzere, ilgili bölümün diğer işlemleri gibi yapılır.

Disiplinler Arası İşbirliği

Kemoterapi hastaları ve yakınlarına verilecek hizmetler, aşağıda tanımlanan mesleklerin, mesleki sorumlulukları/görevleri dâhilinde gerçekleştirilir;

Hekim, Hemşire, Psikolog, Eczacı, Diyetisyen, Fizyoterapist, Sosyal Çalışmacı, Din Görevlisi

Hizmet Verilen Bölümler

Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi Kliniği

Servisler

Laboratuvar

Hizmet Verilecek Ortam Şartları

Yakın takip gerektiren hastalar, hemşire bankosunun yakınında bir bölüme alınır.

Hasta odasında bulunan tıbbi araç ve diğer ekipmanların (çağrı zili, oksijen vb.) çalışır durumda olması sağlanmalıdır.

Gereksinime göre tek kişilik hasta odasında yatması sağlanır.

Hasta mahremiyetine özen gösterilir.

Düşme riski açısından değerlendirilerek, temel güvenlik önlemleri ve sonuca göre uygun önlemler alınır (Düşme Riski Figürü kullanılması, aydınlatma, yatak kenarlıklarının kaldırılması vb.).

Havalandırmanın yeterli olması sağlanır.

Enfeksiyon Kontrol önlemlerinin alınması sağlanır.

Hasta yakınları/refakatçi için uygun ortam sağlanır.

Televizyon, dergi, gazete, kitap vb. hasta istemine ve yattığı bölüme göre hasta odasında bulunması sağlanır. Hastanın istemine göre dini vecibelerini yerine getirebilmesi sağlanır.

Gerekli Ekipmanlar

Hemşire Çağrı Sistemi

Biyolojik güvenlik kabini

Kişisel koruyucu ekipmanlar

Aspiratör

Oksijen

Hasta Yatağı

Acil müdahale seti

Gereğinde kullanılmak üzere hasta bakım uygulamalarına yönelik malzemeler

Gereksinime göre;

Tutunma Barı

Tekerlekli Sandalye

Sedye

Özel Bakım Uygulamaları ve İşlemler

Günümüzde kronik hastalık olarak kabul edilen kanser, dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Dünya sağlık örgütü, dünyada kronik hastalıkların tüm hastalıklar içinde yaklaşık %80'ini oluşturduğunu ve bu hastaların %50'sinden daha azının önerilen tedaviyi sürdürdüğünü belirtmektedir. Bu rakamlar dikkate alındığında hasta, ailesi ve yakınlarının kanserli bireylerin bakımıyla ilgili, beslenme, psikolojik destek ve eğitim gereksinimleri olduğu açıktır. Bu, profesyonel hemşirenin, onkoloji hemşiresinin hasta eğitimi rolünün önemini ortaya koymaktadır.

Kanserli Hastada Beslenme: Kanser hastasının beslenme yeterliliğinin değerlendirilmesi ekip işidir. Doktor, diyetisyen ve hemşire bu değerlendirmeyi birlikte yapmalıdır. Hastanın beslenme düzeyinin belirlenmesi diyet listesinin oluşturulması açısından önemlidir. Tedavi sırasında iyi beslenmek, tedavinin yan etkileri ile başa çıkabilmek, enfeksiyondan korunmak ve ilaç nedeniyle hasar görmüş normal dokuların iyileşmesini hızlandırmak açısından çok önemlidir. İyi beslenmek, tüm besin öğelerini içeren dengeli bir besin programı uygulamak demektir. Kanserde iştahsızlık, aşırı zayıflama sendromu çok sık görülür ve hastalık seyrini olumsuz etkiler. İştahsızlığa bağlı, yetersiz protein ve enerji (kalori) alınması, kansere bağlı zayıflamanın en belirgin nedenlerindendir. Bu nedenle beslenmede aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir.

Yeterli ve dengeli beslenme sağlanmalıdır.

Vitamin ve mineral yönünden zengin beslenilmelidir.

Hasta egzersiz yapabiliyorsa, yemeklerden bir saat önce yapılan 10-15 dakikalık yürüyüş veya yatarak da olsa sınırlı hareketler iştahı açabilir.

Sıvı tüketimi, günde en az 2 lt olmalıdır. Bu, sindirimin hızlanması ve metabolizmanın düzenlenmesini sağlar. Günde en az üç ana öğün ve üç ara öğün yapılmalıdır. Öğünlerde alınması gereken besin grupları ile ilgili diyetisyen önerilerine uyulmalıdır. Mümkünse açık havada, temizliğe dikkat ederek az ve sık sık yemek yenmelidir.

Nötropenik (periferik kanda mutlak notrofil sayısının azalması)hastaların çiğ sebze ve meyve yemesi engellenmeli(enfeksiyon oluşumunu engellemek), gıdalar iyice yıkandıktan sonra, pişirilerek yenilmelidir.

Tedavi sonrasında oluşan bulantı-kusma, iştahsızlık ve mukozite bağlı yutma güçlüğü olan

hastalar, gereksiniminden az beslenir. Hastaların az ve sık beslenmeleri önerilir.

Oral yolla beslenemeyen hastalar, gerekirse nazogastrik (NG), ve perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) ile beslenebilir. Hasta yeterli düzeyde oral beslenemiyorsa parenteral yolla beslenmeye geçilmelidir.

Oral besin alımı yetersiz hastalarda enteral nütrisyon (beslenme) ürünleri kullanılmalıdır.

Kanserli Hastaya Psikolojik Yaklaşım: Kanser tanısı, hastalar için stres verici bir olaydır. Kanser hastalarının tedavisinde bireylerin yaşadıkları duygusal ve sosyal sorunların aşılabilmesi için psikolojik destek sağlanması büyük önem taşımaktadır. Bireylere tanı konulduğunda, tedavi sürecinde ve gereksinimlerinin karşılanmasında tedavi ekibi içinde yer alan hemşireler, hastaların tedaviye uyumlarının arttırılmasında, hasta ve ailesine yardım sürecinde psiko- sosyal yaklaşımları kullanmalıdırlar.

Kanserde psikolojik tedavi, tedavinin bütünleyici ve ayrılmaz bir bölümü olup, hastalığın fiziksel tedavisini tamamlayıcıdır. Psikolojik tedavi girişimleri, danışmanlık, eğitim veya psikoterapötik yollarla baş etme davranışını geliştirmek için uygulanır.

Hasta kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duygu ve tepkilerin rahat ifade edilmesi için ve hastalıkla ilgili düşüncelerini anlatması için cesaretlendirilmelidir. Kanser hastaları ile çalışan hemşireler onlara ve ailelerine yardım etmek için kendilerini geliştirmeli, hastaya ve duruma özel yaklaşımları kullanmalıdırlar.

Aktif dinleme, bilgi verme ve problem çözmede yardımcı olma, hemşirenin destekleyici rolünün içinde yer alır. Araştırmalar kanseri yaşayan ailelerdeki rol değişikliğinin, hastalık konusunda açık bir iletişim kuran ailelerde daha iyi çözümlendiğini göstermektedir. Hemşireler hasta için hastalığın ne anlama geldiğini dinleyerek, gerekirse danışmanlık için onları sevk ederek hastalara destek olabilirler. Hemşireliğin destekleyici rolünün temel hedefi, hasta ve ailesine sıkıntı veren duyguları anlamalarında yardımcı olmaktır.

Kanserli Hasta ve Ailesinin Eğitimi: Ailede kanser hastasının olması; rolleri, günlük yaşam rutinlerini hatta aile içi etkileşimi farklılaştırmakta, yeni durumlara uyum sorunları yaşatmaktadır. Kanserli hasta ve yakınlarına danışmanlık yapan psikiyatrist Elisabeth Kubler Ross, hasta yakınlarının da hastalar gibi inkâr-şok-inanamama, öfke-pazarlık, kabullenme gibi evreleri yaşadıklarını ve hastaya destek olmaları için onlara da yardım edilmesi ve yönlendirilmeleri gerektiğini vurgulamıştır. Hemşire, hasta ve hasta yakınları ile her zaman iletişime açık olmalı ve onların sorularına gerekli cevapları vererek, kaygı ve korkularını gidermelidir. Hastalık tedavisiyle ilgili aile bilgilendirilmelidir.Aile üyeleri, hastanın bakım sürecine katılmalı özellikle hastanın enfeksiyondan korunması, temizlik ve hijyenin önemi, beslenmesi, psikolojik olarak desteklenmesi gibi konularda eğitilmelidir. Kanser tedavisinde, hasta ve ailesine verilen eğitim, tedavi yöntemine, kemoterapötik ilaçların etki ve yan etkilerine ve bireyin psiko-sosyal durumuna uygun olarak planlanmalıdır.

Ekstravazasyon; kemoterapi ilaçlarının, damar dışına çıkarak ağrı, doku hasarı gibi durumlara neden olmasıdır. Ağrı, yanma, infüzyon bölgesinde hassasiyet artışı varsa infiltrasyon olasılığı değerlendirilmelidir. Sitotoksikajanlar, neden oldukları doku yaralanmasına bağlı olarak ikiye ayrılır. Bunlar, vezikant ilaçlar ve iritan ilaçlardır. Vezikant ilaçlar, damar dışına sızdığı bölgede, lokal ağrı, doku hasarı ve yaygın nekroza neden olur. İritan ilaçlar, doku nekrozu olmaksızın enjeksiyon alanında ya da ven boyunca ağrı, sertlik ve flebite yol açarlar. Ekstravazasyon gelişirse; İnfüzyon hemen durdurulmalı ve doktora haber verilmelidir.

İntra venöz yol başlangıçta yerinde bırakılır. İlaç mümkün olduğunca aspire edildikten sonra iğne çıkarılmalıdır. Oluşan ağrıyı azaltmak için sistemik analjezikler veya lokal ağrı kesici ilaçlar verilebilir.

Ekstravazasyon belirtilerine dikkat edilir (yanma, ağrı, eritem, endürasyon, nekroz vb.). Bölge düzenli aralıklarla gözlenir.

Etkilenen bölge 48 saat boyunca yükseltilmeli, bölge 2-4 saatte bir kontrol edilmelidir.

Soğuk uygulama ilk 24-48 saat içinde, günde 4 kez en azından 15-30 dakika uygulanmalı, uygulanırken alana basınç yapmaktan kaçınılmalıdır.

Mümkünse bölgenin fotoğrafı çekilir.Antracycline ekstravazasyonunda soğuk uygulama, vazokonstrüksiyona neden olarak ilacın yayılmasını engellemektedir.

Vinca alkoloid ekstravazasyonunda sıcak uygulamanın lokal dilatasyona neden olması bölgeye kan

akışını artırmaktadır.

Eğer antidotu varsa IV olarak veya ekstravazasyon alanı etrafına bir saat içinde subkütan olarak verilmelidir (doktor istemi ile).

Order edilen topikal krem/losyon kullanılabilir(örneğin,% 10 Hidrokortizon gibi).

Ekstravazasyon rapor edilmelidir.

Başka bir bölgeden IV kemoterapi tedavisi başlatılır.

Enfeksiyon: Kemoterapi alan hastalarda görülen enfeksiyonların %80'i alt solunum yollarında, perianal bölgede, farenks ya da deride meydana gelir.Enfeksiyon oluşturacak risk faktörlerini tanımak, korunma için gerekli önlemleri almak ve enfeksiyon belirti, bulgularını takip etmek amacıyla hemşirelik bakımı verilir.Hemşirelik girişimleri: Hasta ve ailesine olası enfeksiyon kaynakları hakkında bilgi verilir. Tüm durgun su kaynakları(hava nemlendiricileri, sürahiler vb.), spreyler, tozlar, kontamine tıbbi atıklar, köpek, kedi, kuş ve diğer hayvanlar, odada vazo çiçeği bulundurulmaması ile ilgili bilgiler verilmelidir. Taze sebze ve meyve tüketimi, el yıkama, günlük deri temizliği, düzenli ağız bakımının önemi vurgulanmalıdır.

Hastada enfeksiyon belirtileri gözlenmelidir.Hastada gözlenen 38oC ya da üstünde olan vücut sıcaklığı titreme, idrar yaparken yanma ve ağrı, öksürük veya boğaz ağrısı, balgam, anormal genital akıntı, kaşıntı vb. enfeksiyon bulgularının varlığında doktora bildirilmeli veya bu durumlarda hasta ve ailesinin sağlık kurumuna başvurmaları gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.

Eller sık sık yıkanmalıdır.

Su ve besin hijyenine dikkat edilmelidir.

Hastanın ağız-vücut hijyenine dikkat edilmeli ve korunmalıdır.

Tırnaklar düz ve kısa kesilmeli, manikür ve pedikür yaptırılmamalıdır.

Deri travmalardan korunmalı ve kuruyan cilt bölgelerine, yumuşatıcı kremler sürülmelidir.

Beslenmeye dikkat edilmelidir.

Hasta, kalabalık ortamlardan uzak tutulmalı ve oda sık sık havalandırılmalıdır.

Hasta dinlendirilmeli, doktoruna danışılmadan hiçbir aşı yapılmamalıdır.

Trombositopeni: Kanama belirti ve bulgularını gözlemek, hastayı kanamaya neden olacak travmalardan korumak, kanamaları kontrol altına almak amacıyla hemşirelik girişimleri uygulanır. Hemşirelik girişimleri:

Kanama belirtilerinin erken tanılanabilmesi için hastanın yaşam bulguları sık ölçülmeli ve izlenmelidir. Hasta, kanama bulguları yönünden gözlenmelidir. Diş eti kanamaları, peteşi, ekimoz, vücut açıklıklarından belirgin kanamalar (ağız, vajina, rektum, üretra, burun), damara girilen ve kesi yerlerinden olan kanamaların uzun sürmesi kanama belirtilerini gösteren önemli klinik bulgulardır.

Hasta olası travmalardan korunmalı, gereksiz invaziv işlemler (özellikle IM enjeksiyon) yapılmamalı, konstipasyon önlenmelidir.

Hastanın trombosit düzeyi sık aralıklarla kontrol edilmelidir.

Traş için jilet yerine elektrikli traş makinası kullanılmalıdır.

Burun temizliğinin travmatik olmamasına dikkat edilmelidir.

Ağız bakımı için yumuşak materyaller kullanmalıdır(yumuşak diş fırçası gibi).

Tırnaklar düz ve kısa kesilmeli, manikür ve pedikür yaptırılmamalıdır.

Duş alma ortamı travmaları önleyecek şekilde düzenlenmelidir.

Aspirin, non-steroid ve antienflamatuar ilaçlar kullanılmamalıdır.

Anemi:Anemide belirti ve bulguları gözlemek, anemi tablosunu erken tespit etmek ve gerekli önlemleri almak amacıyla hemşirelik girişimleri uygulanır.Hemşirelik girişimleri:

Hastada yorgunluk, çabuk yorulma, hâlsizlik, nefes darlığı, baş dönmesi, baş ağrısı, taşikardi, çarpıntı hissi, hipotansiyon belirtileri olup olmadığı gözlenmelidir.

Hasta dinlendirilmeli gerekirse oksijen verilmelidir. Yorucu işlerden sakınılmalıdır.

Geceleri uyuması sağlanmalıdır.

Hemoglobin ve hemotokrit düzeyleri sık aralıklarla kontrol edilmelidir.

Hastanın, yavaş hareket etmesi sağlanmalı ve hareket sırasında gerekli destek verilmelidir.

Demir yönünden zengin ve yeterli beslenme sağlanmalıdır.

Yorgunluk: Yorgunluğun hasta birey üzerinde fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik yönlerden pek çok yıkıcı etkileri vardır. Hastalar tarafından hâlsizlik, bitkinlik,tükenmişlik, ağırlık hissi, çabuk yorulma, yavaşlama, enerji azlığı ya da yokluğu, uyuşukluk, dermansızlık gibi kelimelerle tanımlanabilen yorgunluk, bireyin günlük performansını, aktivitesini, mesleki yaşamını, aile ve arkadaşlık ilişkilerini, cinsel yaşamını ve tedavi süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bunun yanında bireylerin fiziksel yeterliliklerini azaltarak bağımlılık düzeylerini arttırmakta, birey ve aileyi ekonomik olarak yıpratmakta, birey ve ailenin yaşam kalitesini düşürmektedir. Hastanın günlük aktivitelerini düzenleyerek yorgunluk düzeyini azaltmak amacıyla, hemşirelik girişimleri uygulanır. Hemşirelik girişimleri: Hemşire, hasta ile birlikte hastanın günlük yaşam aktivitelerini (GYA) planlamalıdır.

Hasta kendisinin yapabildiği aktiviteler için teşvik edilmelidir.

Hastanın uyku düzeni gözden geçirilmeli ve uyku süresi dinlenmesi için yeterli süre olmalıdır.

Hastanın düzenli beslenmesi ve yeterli sıvı alması sağlanmalıdır.

Bulantı-kusma: Kemoterapi sırasında ya da sonrasında ortaya çıkan bulantı ve kusma, gastrointestinal sistem ve beyin kaynaklıdır. Yani, kemoterapötik ajanların bir kısmı beyindeki kusma merkezini uyararak bulantı-kusmaya neden olur. Bulantı-kusma, antiemetik etkili kimyasal ajanlarla önlenebileceği gibi beslenme biçimindeki değişikliklerde bulantının

azaltılması, kusmanın önlenmesi için gereklidir. Hemşirelik bakımı, bulantı-kusmayı önlemek sıvı-elektrolit dengesini korumak ve hastanın beslenmesini sağlamak amacıyla uygulanır. Hemşirelik girişimleri:

Bulantı-kusmanın oluş şekli ve biçimi, kusmuğun rengi, miktarı ve içeriği değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir. Antiemetik ilaçlar tedaviden en az yarım saat önce verilmelidir.

Dehidratasyon bulguları yönünden hasta gözlenmelidir.

Düzenli ağız bakımı verilmeli ve ağız hijyeni sağlanmalıdır.

Bulantı anında derin nefes alma egzersizleri yaptırılmalı ve hastaya gevşeme teknikleri öğretilmelidir.
Vücut ağırlığı ve aldığı-çıkardığı takibi yapılmalıdır.

Hastanın az ve sık beslenmesi sağlanmalıdır.

Tatlı, kızartma, baharatlı ve yağlı gıdalardan kaçınılmalıdır.

Fiziki çevre, bulantı hissi oluşturacak kötü koku ve görüntülerden arındırılmalıdır.

Yemekten sonra sırt üstü yatılmamalı en az 15-20 dakika dik oturur durumda veya ayakta kalınmalıdır.
Bulantı anında fazla sıvı alımından kaçınılmalı, kuru gıdalar (kraker, tuzlu leblebi gibi) alınmalıdır.

Mukozit ve stomatit: Mukozit,yaygın görülen bir komplikasyondur. Ağızdan anüse kadar uzanan kanal boyunca görülen toksik enflamatuar bir reaksiyondur. Stomatit, ağız ve orofarenksin ülseratif lezyon ve oral inflamasyonudur. Genellikle ağızda kuruluk, yanma ve kızarıklık ile başlayan mukozit tedavi edilmez ise

ağrı, iştahsızlık, kilo kaybı, kaşeksi ve dehidratasyon gelişebilir. Hastanın yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilir. Oral mukozada gelişebilecek enfeksiyonu engellemek, stomatit ve mukoziti erken tespit etmek ve hastanın ağrısını gidermek, beslenmesini sağlamak amacıyla aşağıdaki hemşirelik girişimleri yapılmalıdır. Hemşirelik girişimleri: Ağızda mukozit oluşumunu önlemek veya azaltmak için oral mukoza günde iki kez, kızarıklık ve renk değişikliği açısından kontrol edilmeli, hasta herhangi bir his veya tat değişikliği yönünden değerlendirilmelidir.

Yemeklerden sonra yumuşak bir diş fırçası kullanarak fluorid ve karbonat içeren macun ile dişler fırçalanmalıdır. Sık aralıklarla ağız bakımı verilmeli ve hasta kendisi yapabiliyorsa öncelikle ona izin verilmelidir. Hastada, yara veya mukozit gözlenmiş ise en az iki saat ara ile gargara yapılmalıdır.

Eğer lezyon var ise; iki saatte bir hidrojen peroksit solüsyonu, ardından serum fizyolojik ile ağız bakımı yapılmalı, dudaklara vazelin veya E vitamini içeren preparatlar sürülmelidir.

Hastaya, doktor istemide dikkate alınarak, %0,9 NaCI solüsyonu, sodyum bikarbonat solüsyonu ile gargara yapılması önerilebilir.

Beslenmede tahrişe neden olabilecek asitli, çok sıcak ve çok soğuk içeceklerden kaçınılması konusunda hasta ve ailesine bilgi verilmelidir. Yumuşak ve ılık gıdalar tercih edilmelidir (çorba, muz, puding, yoğurt, haşlanmış patates, dondurma, sütlaç, vb.).

Hastanın diş protezleri varsa bunların bakımı yapılmalı, çıkarılıp fırçalanmalı, temizleme solüsyonunda birkaç dakika bekletildikten sonra ağza takılmalıdır.Ağız ve diş etlerine uymuyor ya da iyi oturmuyor, baskı oluşturuyor ise kullanılmamalıdır.

Doktor istemiyle lokal anestezik içeren solüsyonlar yemek öncesi gargara şeklinde uygulanabilir. Günlük sıvı alımı en az 2000–2500 ml olmalıdır (Her beslenmeden sonra bir miktar sıvı alınmalıdır.).
Trombositopeni ve lökopeni varsa dişler çok yumuşak materyallerle temizlenmelidir.

İleri derecede ülserasyon, hemoraji ve nekroz var ise tüple ya da parenteral beslenmeye geçilebilir.
Beslenmede tahrişe neden olabilecek asitli, çok sıcak ve çok soğuk içeceklerden kaçınılması konusunda hasta ve ailesine bilgi verilmelidir. Yumuşak ve ılık gıdalar tercih edilmelidir (çorba, muz, puding, yoğurt, haşlanmış patates, dondurma, sütlaç, vb.)

Hastanın diş protezleri varsa bunların bakımı yapılmalı, çıkarılıp fırçalanmalı, temizleme solüsyonunda birkaç dakika bekletildikten sonra ağza takılmalıdır.Ağız ve diş etlerine uymuyor ya da iyi oturmuyor, baskı oluşturuyor ise kullanılmamalıdır.

Doktor istemiyle lokal anestezik içeren solüsyonlar yemek öncesi gargara şeklinde uygulanabilir. Günlük sıvı alımı en az 2000–2500 ml olmalıdır (Her beslenmeden sonra bir miktar sıvı alınmalıdır).

Trombositopeni ve lökopeni varsa dişler çok yumuşak materyallerle temizlenmelidir.

İleri derecede ülserasyon, hemoraji ve nekroz var ise tüple ya da parenteral beslenmeye geçilebilir.

İştahsızlık: Kansere, tedavi yöntemlerine ve psiko-sosyal nedenlere bağlı ortaya çıkabilir. Kanser hastaları tedavi boyunca genellikle hiç iştahları olmadığını ya da çabuk doyduklarını ifade eder.

İştahsızlığın önlenebilmesi için öncelikle mukozit, özofajit vb. durumlar tedavi edilmelidir.Yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak amacıyla hemşirelik yaklaşımları planlanmalıdır.Hemşirelik girişimleri:

Hastanın az ve sık yemek yemesi sağlanmalıdır. Diyetisyenle işbirliği yapılmalıdır.

Hasta protein ve kalsiyumdan zengin beslenmelidir. Ağız bakımına özen gösterilmeli, gerekirse her beslenmeden önce ağız bakımı verilmelidir.

Beslenme ortamı, temiz ve düzenli olmalıdır.

Yemekler iştah artırıcı görüntüde sunulmalı, diyete uygun olmak şartı ile hastanın sevdiği yiyeceklere yer verilmelidir.

İştahsızlık konusunda hasta ve ailesine bilgi verilmelidir.

Diyare: Sitotoksik ajanların bağırsak peristaltizmini etkilemesiyle diyare meydana gelebilmektedir. Diyare, hastada anksiyete ve sıkıntı oluşturarak sosyal izolasyona ve elektrolit dengesizliğine, dehidratasyon, malnütrisyon gibi önemli komplikasyonlara neden olabilir. Hastada gelişen diyareyi kontrol etmek, dehidratasyonun gelişimini engellemek, sıvı- elektrolit dengesini korumak ve hastanın yeterli, dengeli beslenmesini sağlayarak malnütrisyonu engellemek amacıyla hemşirelik girişimleri planlanır ve uygulanır. Hemşirelik girişimleri:

Hemşire, hastanın günlük dışkılama sayısını ve dışkının özelliklerini gözlemeli Ve değerlendirmelidir. Doktor istemiyle gerekirse antidiyaretik kullanılabilir. Hemşire ilaçların alınmasını sağlamalıdır. Baharatlı, çiğ sebze, kızarmış gıdalar, ağır hamur işleri, gazlı içecekler, alkol, çikolata, baharatlı ve acılı yemekler, kafein içeren besin ve içecekler, turşu gibi sindirim sistemini tahriş edecek besinler diyetten çıkarılmalıdır.

Beslenmede, yüksek kalorili ve potasyum açısından zengin gıdalar; yumurta, peynir, haşlanmış patates, pirinç lapası, makarna, muz, şeftali, tuzlu ayran (kısıtlama yoksa), yoğurt alınması sağlanmalıdır.

Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılmalı, kaybedilen sıvı yerine konulmalıdır. Gerekirse, doktor istemiyle IV sıvı tedavisi uygulanmalıdır.

Perine bölgesi, iritasyon, travma ve kanama yönünden izlenmeli. Bölge ılık suyla temizlenip kurulanmalıdır. Bölgenin uzun süre nemli kalmasından kaçınılmalıdır.

Hasta az ve sık beslenmeli,aşırı sıcak ve soğuk besinlerden kaçınmalı,hasta için lifli yiyecekler kısıtlanmalıdır.

Konstipasyon: Narkotik analjezikler (opioidler), kalsiyum kanal blokerleri, antiemetikler, antikolinerjik gibi ilaçların yan etkisi olarak ya da dehidratasyon, metabolik bozukluklar(hiperkalsemi vb.) vb. nedenlerle ortaya çıkar. Konstipasyon, dışkı tıkacı, ağrı, bulantı, kusma gibi nedenlerle yaşam kalitesini

düşürür. Hastanın normal defekasyonunu sağlamak ve defekasyon alışkanlığını düzenli hâle getirmek amacıyla yapılması gereken hemşirelik girişimleri aşağıda açıklanmıştır. Hemşirelik girişimleri :

Hemşire, hastanın lifli gıdalar almasını sağlamalıdır (kepeği ve özü ayrılmamış tahıl ürünleri, taze sebze ve meyveler, kuru baklagiller vb.).

Hastanın aktivite düzeyi arttırılmalıdır. Düzenli günlük yürüyüş yapması için hasta teşvik edilmelidir. Laksatifler ve diğer bağırsak hareketlerini artırıcı ilaçlar kullanılmamalıdır. Ancak gerektiğinde doktor istemi ile bu ilaçlar uygulanabilir.

Hasta her gün aynı saatte tuvalette oturtularak günlük defekasyon alışkanlığı kazandırılmaya çalışılmalıdır. Hastanın bol ılık su içmesi sağlanarak bağırsak hareketleri artırılabilir (günde en az 1 lt).

Paralitik ileus belirtileri izlenmeli ve kaydedilmelidir (bağırsak seslerinin olmaması veya azalmış olması, bulantı- kusma abdominal distansiyon vb.).

Hasta ve ailesine konstipasyon ile ilgili bilgi verilmelidir.

Saç Dökülmesi (Alopecia): Sitotoksik ilaçların yan etkisiyle ve başa uygulanan radyasyon dozuna bağlı olarak ortaya çıkar. Aynı zamanda kaş, kirpik, koltuk altı, bacak ve pubik bölgedeki tüyler de dökülebilir

Hemşirelik Girişimleri:

Hastaya, tedaviden önce saçlarının mümkün olduğu kadar kısaltması önerilmelidir.

Hastaya tedavi sürecinde saç kaybı olacağı, tedaviden sonra yeniden çıkacağı açıklanmalıdır. Yeni çıkan saçların yapı ve renk yönünden farklı olabileceği bildirilmelidir.

Şapka, peruk, eşarp kullanımı isteğe göre önerilmelidir.

Saç boyası ve saç spreyi kullanılmamalıdır.

Kafa derisini sıcak ve soğuktan, güneş ışığından koruması gerektiği anlatılmalıdır.

Hasta ve ailesine, bu fiziksel değişikliği kabullenmesi konusunda destek sağlanmalıdır.

Hastanın, saç dökülmesini kabullenmesini sağlamak için etkili iletişim kurmak gerekir.

Kanserli Hastada Ağrı: Ağrı, kanserli hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürür. Kanserli hastalarda en sık görülen ve korkulan semptomların başında gelen şiddetli ağrı, kanserin ileri döneminde hastaların %75-90'ında ortaya çıkmaktadır. Kanser hastalarında ortaya çıkan ağrının azaltılması ya da ortadan kaldırılmasında;

Ağrıyan bölgeye göre pozisyon değişikliği yapma,

Sıcak ve soğuk uygulama yapma,

Masaj yapma, duş alma,

Alçı veya traksiyonun oluşturduğu basıyı azaltma,

Analjeziklerin düzenli kullanımı etkili olacaktır.Hemşirenin hasta ile etkili iletişim kurması gerekir. Hastanın dikkatinin başka yöne çekilmesi (müzik dinleme, kitap okuma gibi) etkili olabilir.

Ağrı kontrolünde kullanılan ilaçlar (ağrı kesiciler)doktor kontrolünde kullanılmalıdır. Şiddetli ağrıda narkotik analzejikler kullanılır. Narkotik analjeziklerin bulantı, kusma, konstipasyon, solunum merkezi depresyonu, mental durgunluk gibi komplikasyonlarına karşı duyarlı olunmalıdır.

Özellikli Hasta Gruplarına Özgü Ulusal-Uluslararası Geçerliliğe Sahip Değerlendirme ve Bakım Kılavuzları

Sağlık Bakanlığı Antineoplastik İlaçların Güvenli Kullanım Rehberi.

Yanık Tedavisi Gören Hastaların Klinik Bakım Uygulamaları

Yanıklar, bireyin yaşantısının her yaş döneminde karşılaşabileceği, özel bir travma şeklidir. Yanık hasarının şiddeti, maruz kalınan ısının derecesine, temas süresine ve maruz kalınan derinin kalınlığına bağlı olmaktadır. Sınırlı yüzey yanıklarında organizma lokal cevap ile sorunu çözerken, geniş ve derin yanıklar sistemik hasar hatta ölüm ile sonuçlanabilmektedir.

Amaç: Yanığın derecesine ve şiddetine uygun olarak uygun bakım verilmesinin sağlanması, yanıklarla ilişkili olabilecek komplikasyonların önlenmesi (enfeksiyon vb.) dokunun tamiri ve rejenerasyonunun sağlanması ile hastayı en kısa sürede günlük yaşam aktivitelerine döndürülmesidir.

Hizmet Sunum Süreçleri

Hastanemizde hekimler tarafından değerlendirilmesi yapıldıktan sonra Acil Servis ve Polikliniklerden veya bölümler arası transferle gelen yanık tedavisi gören hastalar, müdahale için Ameliyathane, Yoğun Bakım Ünitesi, Servislere (öncelikle Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi) yatırılarak hizmet alması sağlanır.

Hasta kabul, sevk, taburcu işlemleri, yaşam sonu uygulamalar ve adli vakalar dâhil olmak üzere, ilgili bölümün diğer işlemleri gibi yapılır.

Tetkik ve tedaviler/pansuman hekim kararına hekim/hemşire tarafından uygulanır.

Greft gibi cerrahi gibi müdahaleler ameliyathane ortamında gerçekleştirilir.

Disiplinler Arası İşbirliği

Yanık tedavisi gören hastasının bakımının yönetimi; hasta ve ailelerinin psikolojik destek ve tıbbi bakımı ile birlikte multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirir.

Yanık Tedavisi gören hasta ve yakınlarına verilecek hizmetler, aşağıda tanımlanan mesleklerin, mesleki sorumlulukları/görevleri dâhilinde gerçekleştirilir;

Hekim, Hemşire, Psikolog, Eczacı, Fizyoterapist, Diyetisyen, Sosyal Çalışmacı, Din Görevlisi

Hizmet Verilen Bölümler

Yanık Ünitesi

Hizmet Verilecek Ortam Şartları

Yanık tedavisi gören hastalar öncelikle Yanık Ünitesine yatırılması sağlanır.

Hastalar hekimin belirlediği yanık derecesi ve istemine göre tek kişilik hasta odasına alınabilir.

Yakın takip gerektiren hastalar, hemşire bankosunun yakınında bir bölüme alınır.

Hasta odasında bulunan tıbbi araç ve diğer ekipmanların (çağrı zili, oksijen vb.) çalışır durumda olması sağlanmalıdır.

Hasta mahremiyetine özen gösterilir.

Düşme Riski açısından temel güvenlik önlemleri alınır (Aydınlatma, gereğinde yatak kenarlıklarının kaldırılması, zeminin ıslak olmaması vb.).

Havalandırmanın yeterli olması sağlanır.

Enfeksiyon Kontrol önlemlerinin alınması sağlanır. (Standart önlemlere uyulması, pansumanda aseptik kurallara uyulması, gereğinde steril çarşaf/yeşil örtü, yanık derecesi ve bölgesine göre kullanılması, hasta odasında canlı çiçek bulundurulmaması, izolasyon durumunda türüne göre gerekli önlemlerin alınması, hekim kararına göre ziyaret kısıtlaması vb.).

Hasta yakınları/refakatçi için uygun ortam sağlanır.

Televizyon, dergi, gazete, kitap vb. hastanın istemi ve klinik durumun uygunluğuna göre hasta odasında bulunması sağlanır.

Hastanın istemi ve klinik durumun uygunluğuna göre dini vecibelerini yerine getirebilmesi sağlanır.

Gerekli Ekipmanlar ve Yanık Tedavisinde Kullanılan Yöntem ve Materyaller

Hemşire Çağrı Sistemi

Aspiratör

Oksijen

Acil müdahale seti

Hasta bakım uygulamalarına yönelik malzemeler (Hekim istemine tercih edilen pansuman malzemeleri/ilaçları, Steril Örtüler, Kişisel Koruyucu Ekipmanlar vb.)

Şeffaf Film Örtüler (Biyosentetik Örtüler): Şeffaf (transparan) ve biyolojik uyumu olan yarı geçirgen örtülerdir. Bu tip ürünler ağrılı pansuman değişmelerine neden olmaksızın sabit ve devamlı örtü (pansuman) sağlarlar. Buharlaşma ile sıvı kaybını önledikleri gibi ağrıyı da önleyerek yara yüzeyinde dış ortama karşı bir bariyer görevi sağlarlar. Herhangi bir reaksiyona neden olmadıkları için epitelizasyonu durdurmaz veya yavaşlatmazlar. Bu materyaller yanıktan sonraki ilk 24 saat içinde ve mümkünse kontaminasyon süresi içinde aşırı bakteri kolonizasyonu olmadan önce uygulanmalıdırlar. Yaranın ihtiyacı olan dokunun nemli ortamını korurlar.

Antimikrobiyal Ajanlar: Yanık yarası tedavisinde her zaman antibakteriyel madde ihtiva eden materyallerin kullanılması şart değildir. Enfeksiyon bulguları olan veya kontamine olan yanık yaralarında tercih edilirler. Uygun tedavi edilmeyen yanık yarasındaki mikroorganizma sayısı artarak diğer dokulara yayılabilir bunun sonucunda da sistemik enfeksiyon gelişebilir. Antimikrobiyal ajan kullanımı yanık yarası sepsisi riskini önemli

ölçüde düşürür. Gümüş sulfadiazin, pavidon iyot, gümüş nitrat solüsyon, klorheksidin, bal yanık yarası tedavisinde sık kullanılan antimikrobiyal ajanlardır.

Biyolojik Pansuman Materyalleri: Bu materyallerde genellikle ikinci derece yanık yüzeyleri örtmek için kullanılırlar, uygulandıklarında alttaki epitel doku iyileşir. Canlılardan elde edildiği için AIDS, Hepatit B, Hepatit C gibi viral hastalıkların taşınması riskini taşırlar.

Eskar Eksizyonu Ve Greftleme: Derin ikinci derece ve üçüncü derece yanıklarda genellikle erken ölü dokunun çıkarılması ve greftleme gerekir.

Gereksinime göre;

Tekerlekli Sandalye

Sedye

Tutunma Barı

Özel Bakım Uygulamaları ve İşlemler

Yanık hastasının bakımı; tedavi/bakım ve hasta ve ailelerinin psikolojik destek süreçlerini içerir. Birinci dereceden, dördüncü dereceye kadar tüm yanık hastalarında, fizyopatolojik değişiklikler nedeniyle hastanın izlemi ve yara bakımı; iyileşme ve komplikasyonlarının önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

Yanıklı hastanın yara bakımında koordinasyonu sağlayan hemşire; hastanın kabulü, vital bulguların izlenmesi ve acil müdahale gerektiren değişikliklerin belirlenmesi, yara bakımı, enfeksiyonun önlenmesine yönelik girişimler ve özellikle ağrı değerlendirmesi yaparak bakım sürecini yönetir.

Yanık bir canlının karşılaşabileceği en ciddi travmalardan biridir. Yanıklar derinliğine göre 3 grupta sınıflandırılırlar. Bu sınıflandırma sadece yanan deri hasarı için yapılmaktadır. Daha derin deri altı ve diğer dokuların da hasar görmesi durumunda sayısal olarak 4. veya 5. derece gibi sınıflandırma yapılmaktan ziyade etkilenen anatomik katmanların adı ile tarif edilirler. En az hasarlı yanık olan birinci derece yanıklar, küçük ve yüzeyel yanıklardır, derinin koruyucu fonksiyonlarında çok az kayıp vardır. Bu yanıklar genellikle pansuman gerektirmezler. Semptomatik olarak ağrıyı azaltmak ve deriyi nemli tutmak için topikal koruyucular kullanılır. Kendiliğinden 5-10 günde iyileşirler. İkinci derece yanıklar, genellikle 48 saatten sonra belirlenir ve bunlarda kendiliğinden iyileştikleri için günlük değişen pansumanlarla tedavi edilebilirler. Yarada enfeksiyon gelişirse veya kontaminasyon varsa pansumanda topikal antibiyotikler, pamuk gaz ve elastik sargı kullanılır. İyileşme süreci ortalama 3 haftadır. Derin ikinci derece ve üçüncü derece yanıklar, kendiliğinden iyileşemedikleri için eksizyon ve greftleme ameliyatı yapılır.

Birinci Derece Yanıklar: Genellikle güneş yanıkları birinci derece yanıklardır. Hasar sadece epidermiste sınırlıdır. Bu yanıklar ağrılıdır ve deride kızarıklık vardır. Dokununca yumuşaktır ve epidermal bariyer sağlamdır. Tedavisi, hastanın semptomlarına yöneliktir. Genellikle iz bırakmadan iyileşirler. 5-10 gün içinde yeni bir epidermis oluşur. Olgunlaşması ise biraz daha zaman alır.

İkinci Derece Yanıklar: Bu yanıklarda epidermisin tamamı ve dermisin bir bölümü yanıktan hasar görmüştür. Dermisin alt katmanları sağlam kalmıştır. İkinci derece yanık da kendiliğinden iyileşen bir yanıktır. Bu yanıklar kendi arasında yüzeyel ve derin ikinci derece yanık olarak ikiye ayrılır.

1- **Yüzeyel İkinci Derece Yanık:** Bu yanıkta bül oluşur. Yüzey kızarık olup, oldukça ağrılıdır ve dokununca yumuşak olarak hissedilir. 10-15 gün içinde kendiliğinden iyileşir.

2- **Derin İkinci Derece Yanık:** Yanık hasarın alt sınırı retiküler dermise kadar inmiştir. Bu yanıklar soluk ve alacalı görünümdedir. Bül çoğunlukla oluşur ve yanık alan dokunmakla biraz serttir, ancak ağrılıdır. Bu yanığın kendiliğinden iyileşmesi daha uzun bir süre alır. 14-35 günde iyileşir. Dermiste belli oranda kayıp olduğu için sıklıkla ciddi iz yani skar bırakarak iyileşirler.

Üçüncü Derece Yanıklar: Bu yanıklar derinin tüm tabakalarının canlılığını kaybettiği, tam kalınlıkta yanıklardır. Derinin epidermis ve dermis tabakalarının tamamı canlılığını yitirmiştir. Yanık alanlar ağrısız olup rengi siyah,

beyaz veya koyu kırmızı renkte olabilir. Yanık alan oldukça serttir ve eskar oluşumu görülür. Hem dermal hem de epidermal yapılar canlılığını yitirmiştir, bu yaralar ancak yara kenarından reepitelize olurlar. Bu nedenle geniş alanlı yanıklarda bu süreç aylarca sürebilir veya epitelizasyon hiç bir zaman gerçekleşmez. Derin ikinci derece ve üçüncü derece yanıklarda tedavi cerrahi girişim ile sağlanır. Günümüz tedavi anlayışında bu yanıkların tedavisinde eskar eksizyonu ve greftleme yapılır. Bu girişim hastanın genel durumunun olanak verdiği ilk fırsatta gerçekleştirilmeye çalışılır.

Daha Derin Yanıklar: Bu yanıkların derinliği etkilenen anatomik bölgeye göre değişkenlik gösterir ve bazen derinin altındaki fasya, adale ve kemik gibi diğer dokuları da kapsar. Bu durumda ilk tedaviden

sonra eskar dokusu yani canlılığını kaybetmiş tüm dokular debride edilir ve daha sonraki aşamada da rekonstrüksiyon (yeniden yapılandırma) gerçekleştirilir.

Yanığın Boyutları: Yanığın yaygınlığı ve boyutları genellikle yanık alanın eni, boyu veya çapı ile değil tüm vücut yüzeyinin yüzdesi olarak hesaplanarak ifade edilir. En sık kullanılan formül "Dokuzlar Kuralı"dır. Bu kural erişkinler için geçerlidir. Çocuklarda baş ve boyun bölgesi tüm vücut yüzeyinin genellikle erişkinlere oranla daha büyük bölümüne sahiptir. Alt ekstremiteler ise daha az oranda vücut yüzeyini oluştururlar. Çocuklar için bunun ayrı bir modifikasyonu kullanılır.

Dokuzlar Kuralı: Burada bölümlenen alanlarda vücut yüzey alanının yüzde (%) cinsinden değerleri verilmektedir. Yanık yarası tedavisinde kullanılacak materyallerin sahip olması gereken özellikleri şöyle sıralayabiliriz: Yaraya kendi fizyolojik ortamını sağlayan, dış etkenlerden koruyan, geniş antibakteriyel spektrumlu, uzun süre etkili ve eskara penetrasyonu iyi olmalıdır. Toksik olmamalı, sistemik absorbsiyonu olmamalı ve yara iyileşmesini geciktirmemelidir. Bundan başka ağrısız olmasının yanı sıra ucuz olmalı, kolay uygulanmalı ve depolanması kolay olmalıdır. Yanık tedavisinde yara yüzeyi dış ortamdan kapatılarak izole edilir. Başlangıçta temiz olan ve daha sonra da enfeksiyon gelişmeyen ikinci derece yanıklarda ince film tabakaları uygulanabilir. Bu uygulamanın tercih edilmediği durumlarda yağlı gaz veya benzer emdirilmiş tabakalar yara yüzeyine direkt olarak yayılır ve üzeri emici gaz bez ve benzeri materyalle kapatılır. Eğer enfeksiyon veya şüphesi varsa antibiyotik veya antibakteriyel maddeler emdirilmiş tabakalar uygulanır. Daha ağır enfeksiyon varlığında antibakteriyel ajanlar krem şeklinde direkt yaraya uygulanır ve akabinde gazlı bez, pamuk veya pet ile kapama ve sargı usulleri kullanılır.

Yanıklı Hastada Hemşirelik Bakımı

Yanık nedeni ile artan damar geçirgenliği damar içi sıvının doku arasına geçmesine neden olmaktadır. Dolaşım hacminin yeniden azalması yanıklı hastanın yaşamın tehdit eden hipovolemi ve şok tablosunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Nabız sayısı, ritmi ve kan basıncı hasta stabil oluncaya kadar 15 dakika ara ile alınmalıdır.

Hipovolemi bulguları gözlenmelidir. Bunlar:

- İdrar miktarında azalma
- İdrar yoğunluğunda artma
- Kan basıncında düşme
- Santral venöz basıncın düşmesi
- Kan üre azotunun artması

Deri bütünlüğünün bozulması ayrıca immün sistem fonksiyonlarında azalma enfeksiyon riskini artırmaktadır. Bu nedenle enfeksiyon belirtileri (ateş, eritem, ödem vb.) açısından gözlenir. Yanık hastaları henüz bakteremi ve sepsis tablosu içinde bulunmasalar dahi hipotermi, hipertermi, hipotansiyon, azalmış üriner çıkış, hipoglisemi, nötropeni ya da trombositopeni gibi eşlik edebilecek ve sepsisi destekleyecek bulgular açısından yakından takip edilmelidir. Yanık hastalarında ateş yüksekliğine rastlanmasa bile zaman zaman kan kültürleri alınmalı enfeksiyon kontrol komitesi ile işbirliği sağlanmalıdır.

Eldiven, galoş, maske gibi koruyucu yöntemler ile hemşire, doktor, tıbbi personel ve ziyaretçilerin çapraz kontaminasyona yol açma olasılıkları en aza indirilmeye çalışılır.

Yanık yaraları başlangıçta steril kabul edilir. Bu nedenle antibakteriyel lokal ajanlar dışında hiçbir madde yanık yarasına sürülmemelidir. Eğer yaraya etraftan bulaşma olmuşsa ve canlılığını kaybetmiş doku varsa bol ılık su ile yıkanmalı, daha sonra antibakteriyel lokal ajan kullanılmalıdır.

II. derece yanıklarda havanın yaraya teması ağrıyı artırır. Dikkatli bir şekilde yanığın üzerine yapılan sargı havanın etkisini keserek ağrıyı azaltır. Küçük yanıklarda büller patlatılmamalıdır.

Hastanın solunum sayısı ve derinliği gözlenmelidir. Hastanın solunumuna yardım etmek için baş yükseltilir. Ayrıca hastanın diğer yanık bölgeleri de tam elevasyona alınır. Yanık hastaların durumu anlık değişebileceğinden hastalar özellikle ilerleyebilecek solunum yetmezliği açısından sık değerlendirilir ve kayıt edilir.

Deri bütünlüğünün bozulması ve epitel doku kaybı vücut ısısının korunmasının ve düzeninin bozulmasına dolayısıyla hipotermi gelişmesine neden olur. Yanıkta ısı kaybı yanık yüzeyi ile ilgilidir. Yüzey ne kadar geniş ise ısı kaybı o kadar fazla olacaktır. Isı kontrolü sık aralıklarla yapılmalıdır. Hipotermi ve hipertermiye karşı dikkatli olunmalıdır.

Geç kalınırsa kateterizasyon güçleşebileceği için hasta gelir gelmez mesane kateterinin yerleştirilmesi ve saatlik idrar miktarının değerlendirilmesi çok önemlidir. İdrar miktarı, rengi, dansitesi kontrol edilir, gerektiğinde idrar kültürü hemşire tarafından alınır. Böbrek yetmezliğine karşı, aldığı-çıkardığı balans ayarları dikkatli yapılmalıdır.

Büyük yanıklarda mide asidi artar. Hastaya ağızdan antiasitler ve IV asit oluşumunu önleyici ilaçlar verilmelidir. Hekim istemine uygun tedavi yapılır.

Hastanın yaşı, yanık derecesi, yüzdesi ve kilosuna göre diyeti düzenlenir. Yanık öncesi beslenme durumu değerlendirilir, yanığa ilişkin beslenme konusunda bilgilendirme yapılır, günlük kalori hesabı ile kilosu sürdürülür, diyetisyen işbirliği ile yüksek kalorili ve yüksek proteinli diyeti ayarlanır.

Gerekirse oral ya da nazogastrik kateter ile beslenmesi sağlanır ve takip edilir.

Barsak ve mesane fonksiyonları izlenir. Hastanın defekasyonu günlük sorgulanır ve takip edilir. Büyük yanıklarda ağrı ve hipovolemik şok ile birlikte hastanın beden görünümünün değişmesi aile için psikolojik travmadır. Hastanın yaşı, sosyo-kültürel durumu ve entelektüel düzeyine göre yapılacak her işlem önceden açıklanmalı ve günlük yaşam aktivitelerini tek başına sürdürebilmesi için desteklenmelidir.

Yapılan her işlem öncesi hasta ve yakını bilgilendirilir. Taburcu olacak hastaya taburcu eğitimi yapılır. Eğitim içeriğinde; ilaç kullanımı, pansuman, uygulaması, beslenme şekli, normal fiziksel aktivitelere geçiş zamanı, devam edeceği egzersizler, öz bakımının devamının sağlanması, hastalığa özel bilgiler, acil durumlar bulunmalıdır.

Eklem hareket açıklığını korumak için aktif-pasif egzersizler önerilir. Egzersizlerin amacı açıklanarak en az günde iki defa uygulanır. Hastanın yürümesi sırasında ödem gelişmesini önlemek amacıyla elastik bandaj kullanılabilir.

Skar oluşumu 18-24 ay süren dinamik bir süreçtir. Skar dokusu aktif dönemde kırmızı, kabarık ve kabadır. Bu özellikler hastaya anlatılmalıdır.Skar üzerine yapılacak masaj ağrı ve kaşıntıyı azaltır ve hastanın yanık yarasını kabul etmesini kolaylaştırır. Masaj, günde 3-4 kez, parmak uçlarında ya da masaj yapılan bölgede beyazlaşma oluşturacak basınçta, yumuşatıcı bir kremle yapılmalıdır.

Yanık Pansumanı

Hasta işlem hakkında bilgilendirilir ve bakıma katılımı sağlanır. Pansumanın kimler tarafından ve ne şekilde yapılacağı açıklanır.

İşlemden yarım saat önce analjezik uygulanır.

Hasta pansuman odasına alınır. Kirli pansuman bistüri kullanılarak açılır.

Kirli pansuman materyalleri ortamdan uzaklaştırılır.

Mahremiyet duygusuna dikkat edilir. Epitelizasyon yok ise banyo yaptırılır. Epitelizasyon başlamış ise banyo yaptırılmaz.

Banyo sırasında povidon iyot (%7.5) scrap ve küçük pet kullanarak dairesel hareketler ile önce yanık alanlar sonra diğer bölgeler olmak üzere tüm vücut yıkanır. Hasta steril çarşaf serilmiş sedyeye alınır, steril büyük pet ile kurulanır.

Eldiven değiştirilir ve steril eldiven giyilir.

Yara üzerine enfeksiyonu engelleyen, epitelizasyonu bozmayan örtü serilir.

Üçüncü derece yanıkta greft nakli yapılana kadar topikal antibiyotik kullanılarak yara bakımı yapılır. Her gün povidon iyot (% 7.5) scrap ile vücut banyosu verilir. Gümüş sülfadiazin pomat ile yanık yarası 0.2-0.5 cm kalınlıkta kaplanır. Yanık üzerine epitelizasyonu bozmayan, enfeksiyonu engelleyen örtü serilir.

Steril gaz bezi serilir.

Steril pamuklu pet ile kapatılır.

Steril sargı dıştan içe, aşağıdan yukarıya dolaşımı bozmayacak kadar sıkı, dağılmayacak kadar gevşek olmalıdır.

Yanıklı hasta bakımında olabilecek hemşirelik tanıları aşağıda gösterilmiştir. Bunların dışında da olabilecek hasta sorunlarına göre farklı hemşirelik tanıları ve uygulamaları, Bakım Planlarında gösterilir.

Hemşirelik Tanıları	**Etyoloji**
Etkisiz Havayolu Açıklığı	Inhalasyon Yaralanma Nedeniyle Trakeal Ödem,
Bozulmuş Gaz Değişimi	Interstisyel Pulmoner Ödem,
Sıvı Volüm Defisiti	Sıvı Kaybı, Diürez Yada Buharlaşan Sıvı Kaybı,
Doku Perfüzyon Değişikliği	Çevresel Yanıklı Ekstremitelerin Damar Perfüzyonunun Engellenmesi
Enfeksiyon Riski	İnvaziv Tedavi Ve Deri Kaybı
Hipotermi	Azalan Isı Üretimi Ve Termal Hasara Sekonder Artan Isı Kaybı,
Ağrı	Termal Hasar
Etkisiz Başa Çıkma	Akut Stres Yaralanma Ve Yaşamı Tehdit Eden Kriz
Değişen Beslenme, Vücut Gereksinimleri Daha Az	Artan Metabolik İhtiyaçlar
Cilt Bütünlüğünde Bozulma	Termal Yaralanma
Özbakım Defisiti	Kontraktür, tedavi atelleme ve pozisyon,
Aile Sürecinde Değişim	Olası yaşam tarzı ve rol değişiklikleri
Beden İmajı ve Benlik Saygısında Değişim	Yanık yarasına bağlı fonksiyon kaybı veya şekil bozukluğu.

Gerekli olduğu durumlarda ve bakım gereksinimine göre Hemşirelik Bakım Planları'nda tanımlanmış olan diğer standartlara göre hasta bakımı yapılır. Hasta yakınları da bu sürece dâhil edilir.

Yanık hastasının bakım ve tedavisinde nütrisyonel destek oldukça önemlidir. Kötü yara iyileşmesi protein-enerji malnütrisyonunu beraberinde getirip ve kaslar yıkımına sebep olacağından beslenme açısından da hekim istemi ve diyetisyen koordinasyonu ile hasta desteklenir.

Bunların dışında hekim istemine göre ayrıca psikolojik destek alması sağlanır.

Gerektiğinde Sosyal Hizmetlerden faydalanması sağlanır.

Özellikli Hasta Gruplarına Özgü Ulusal-Uluslararası Geçerliliğe Sahip Değerlendirme ve Bakım Kılavuzları

Ağrı Değerlendirme Skalaları

İstismara Uğramış Hastaların Bakım Uygulamaları

Amaç: Yaşanan olumsuzluklar sonrasında ortaya çıkabilecek fizyolojik ve psikolojik sorunların tıbbi bakım ve tedavi ile birlikte önlenmesine yönelik uygulamalar ile birlikte gerekli psiko-sosyal desteğin verilmesidir.

Hizmet Sunum Süreçleri

İstismara uğramış hastanın tanılanması için öncelikle, istismarın olduğunun bildirilmesi ya da anamnez/muayene sırasında durumun belirlenmesi ile gerçekleşir.

İstismara uğramış hastalar, hekimler tarafından değerlendirilmesi yapıldıktan sonra, Acil Servis, Polikliniker veya bölümler arası transferle, Adli Vaka kapsamında, Servisler, Yoğun Bakım Üniteleri, Ameliyathane Ünitesinden hizmet alırlar.

Tetkik ve tedaviler hekim kararına göre uygulanır.

Yattığı süre içinde gelişen/tespit edilen bir istismar olayı yaşandığında, gerekli güvenlik önlemleri ile birlikte hastane polisine bildirim yapılarak adli süreç başlatılır.

Hekim istemine göre profesyonel psikolojik destek alması sağlanır.

Sosyal hizmetler mesleki sorumlulukları kapsamında uygulamalarını gerçekleştirir ve süreci takip ederler. Sevk, gerektiğinde birimler arası transfer, taburcu işlemleri, yaşam sonu uygulamalar; adli vakalar olduğu dikkate alınarak ve gereksinime göre gerekli güvenlik tedbirleri ve yaklaşımları ile ilgili bölümün diğer işlemleri gibi yapılır.

Disiplinler Arası İşbirliği

İstismara uğramış hastasının bakımında, hasta ve yakınlarına verilecek hizmetler, aşağıda tanımlanan mesleklerin, mesleki sorumlulukları/görevleri dâhilinde gerçekleştirilir;

Hekim, (Çocuk hastalar için Çocuk Psikiyatristi gereğinde Çocuk Cerrahi Uzm.), Hemşire, Psikolog, Sosyal Çalışmacı, Eczacı, Kolluk Kuvvetleri, Savcılık.

Hizmet Verilecek Ortam Şartları

Gerekli güvenlik tedbirleri alınır.

Hasta mahremiyetine özen gösterilir.

Ani gelişebilecek durumlarda acil müdahale edebilmesi için, mümkünse hemşire bankosunun yakınında bir odaya yatırılır.

Hasta odasında bulunan tıbbi araç ve diğer ekipmanların (çağrı zili, oksijen vb.) çalışır durumda olması sağlanmalıdır.

Hasta mümkün ise tek kişilik odaya yatırılır.

Mümkün olmadığı durumlarda mahremiyet ve bilgi gizliliği de dikkate alınarak uygulamalar gerçekleştirilir. Kurumun sağladığı güvenlik önlemleri dışında ayrıca güvenlik önlemlerine gereksinim duyulduğunda hastane polisi ile iletişime geçilerek önlemlerin artırılması istenebilir.

Hasta odası, mümkün ise hastanın yaş grubuna göre (çocuk hastalar için oyuncak, resimler vb.) düzenlenmesi sağlanır.

Düşme Riski açısından değerlendirilerek, temel güvenlik önlemleri ve sonuca göre uygun önlemler alınır (Düşme Riski Figürü kullanılması, aydınlatma, yatak kenarlıklarının kaldırılması vb.).

Havalandırmanın yeterli olması sağlanır.

Enfeksiyon Kontrol önlemlerinin alınması sağlanır.

Ziyaret uygulamaları, hasta/yakının talebi ve yasal uygulamalar çerçevesinde; ilgili bölümün ziyaret uygulamaları dikkate alınarak yapılması sağlanır.

Hasta yakınları/refakatçi için uygun ortam sağlanır.

Televizyon, dergi, gazete, kitap vb. hasta istemine ve yattığı bölüme göre hasta odasında bulunması sağlanır. Hastanın istemine göre dini vecibelerini yerine getirebilmesi sağlanır.

Gerekli Ekipmanlar

Hemşire Çağrı Sistemi

Aspiratör

Oksijen

Acil müdahale seti

Gereğinde kullanılmak üzere hasta bakım uygulamalarına yönelik malzemeler

Gereksinime göre;

Tekerlekli Sandalye

Sedye

Tutunma Barı

Çocuk hastalar için oyuncak, kitap vb.

Özel Bakım Uygulamaları ve İşlemler

Tüm süreçlerde hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği/gizliliği uygulamalarına özen gösterilir. Hasta ile ilgili bilgilerin gizliliği mahkeme kararı ile de talep edilmiş olabileceğine dikkat edilir.

İstismara uğrayan hastalarda bakım uygulamalarının amacı; hastanın ve yakının olay öncesi fonksiyon düzeyine dönmesi ve olaya ilişkin duygularını ifade edebilmesi ve baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesidir.

Özellikle Tecavüz Sonrası Sendromunda Hastada Aşağıdaki Belirtiler Gözlenebilir;

Akut Dönemde	**Psikolojik Tepkiler**	**Cinsel Tepkiler**	**Psikolojik Tepkiler**
Somatik tepkiler, Gastrointestinal irritabilite (Bulantı, Kusma, anoreksiya) Genitoüriner rahatsızlık (ağrı, kaşıntı) Kas iskelet siteminde gerginlik (ağrı, spazmlar)	İnkar Şok, Öfke Yalnız Kalma Korkusu, Suçluluk Duyma, Cezalandırılmaktan Korkma Yeniden Tecavüze Uğramaktan Korkma Tecavüzcünün Geri Geleceğinden Korkma Saldırganı ya da saldırı yerini-koşullarını görme konusunda panik	Kurban kadın ise erkeklere güvensizlik Cinsel davranışlarda değişim	Fobiler Kabus Uyku Bozuklukları Anksiyete Depresyon

Bu nedenle hasta bakımına yönelik bakım planları bu yönde planlanmalı ve uygulanmalıdır. Hastanın kendini güvende hissetmesi, duygularını paylaşması, tedavi süreçlerini ve gerekçelerini tanımlaması, somatik şikâyetlerinin azalması ya da olmaması, aile ilişkilerinin olay öncesi fonksiyon düzeyine gelmesi bakım/tedavi uygulamalarından beklenen sonuçlardır.

Özellikli Hasta Gruplarına Özgü Ulusal-Uluslararası Geçerliliğe Sahip Değerlendirme ve Bakım Kılavuzları

Hemşirelik Tanıları El Kitabı –NANDA

Bağışıklık Sistemi Baskılanmış Hastanın Klinik Bakım Uygulamaları

Amaç: Bağışıklık sistemi baskılanmış hastaların periyodik olarak düzenli ve etkili bir şekilde bakımlarının sağlanması ve gerekli tedavilerin uygulanmasının sağlanmasıdır.

Hizmet Sunum Süreçleri

5.7.2.Hastaların Tıbbi Takibi

İmmün sistem, vücudu bakteri, virüs, mantar ve parazit gibi işgalci mikroorganizmalardan, hatta bazı kanserlerin gelişmesinden korumak üzere, karmaşık ve özenli bir şekilde planlanmıştır. Bu koruma görevi esas olarak dalak, lenf düğümleri, kemik iliği ve timüs bezinde yoğunlaşan bir grup hücre tarafından yerine getirilmektedir. Tüm bu hücreler kemik iliğinde bulunan kök hücreden kaynağını alır. İnsan vücudu; kendisine zararlı etkisi olan bütün organizmalara ve toksinlere karşı direnme yeteneğini kaybedince immün sistemi baskılanmış olur. İmmün yetmezlikler doğal savunma mekanizmalarından bir veya birkaçını

ilgilendirecek şekilde doğuştan veya hastalık ve tedavisi sonucu edinsel olabilir. Bu immün yetmezlikler, infeksiyon hastalıklarının daha ağır seyretmesine, klinik belirti ve bulgulardaki siliklik nedeniyle tanının güçleşmesine, normal konakçıda infeksiyon yapmayan etkenlerle hastalığa (fırsatçı infeksiyonlar) yol açabilir. Genelde, immünyetmezlik durumlarının klinik önemi ve semptomları, tutulan immünolojik sistem veya yetmezliğin derecesi ile ilgilidir. İmmünyetmezliğin tipik klinik özellikleri kronik, tekrarlayıcı veya alışılmamış infeksiyonlarla infeksiyon tedavisine eksik yanıtı kapsar. Konakçıda savunma sistemini bozan durumlar;

1. Koruyucu bariyerlerin bozulması,

2. Polimorfonükleer lökositlerde bozukluklar,

3. Kompleman eksikliği durumları,

4. T-hücresi bozuklukları,

5. İmmünglobulin ve antikor eksikliği durumlarıdır.

Doğuştan immünyetmezliği olan hastalar spesifik veya nonspesifik sınıflandırılır. Spesifik immünyetmezlikler

etkili hümoral veya hücresel yanıt oluşturmada başarısızlık sonucudur. Nonspesifik immünyetmezliklere örnek, komplemen yetersizliği ve fagositoz bozukluğudur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 30’dan fazla doğuştan immünyetmezlik hastalıkları tanımlanmıştır. Bu hastalıklar; Bruton hastalığı, nezelof sendromu, glukoz-6-fosfat dehidrogenez yetmezliği gibi hastalıklardır. Doğuştan immünyetmezlik hastalıklarına yüksek morbidite ve mortalite eşlik eder. Hastalar özellikle lenfoid dokular, gastrointestinal epitel ve baş boyun epiteli olmak üzere habeset olduğu kadar tekrarlayan infeksiyona maruz kalırlar. Bazı hallerde çeşitli nedenlere bağlı olarak, immün mekanizmalar zayıflayabilirler ve bu takdirde infeksiyonlara eğilim artar. Her yaşta görülebilen ve sonradan ortaya çıkan edinsel immünyetmezliklerin başlıca nedenleri, kanser, kronik renal yetmezlik, ciddi yanıklar, HIV infeksiyonu ve diğer bazı infeksiyon hastalıkları, diabetes mellitus (özellikle fungal infeksiyonlara ve üriner infeksiyonlara eğilim), siroz (pnömokoksik peritonite eğilim), hipoparatiroidizm (kandidoza eğilim), splenektomi (pnömokoksik sepsise eğilim), radyasyon, sitostatik veya immünsüpresif tedaviler, çinko yetersizliği, kronik alkolizm, aşırı yorgunluk, ileri yaşlılık, debilite, A ve C vitamin eksikliği, kan transfüzyonları, beslenme yetersizliği sayılabilir. Günümüzde gerek hastalığa gerekse tedavisine bağlı immün sistemi baskılanmış geniş bir hasta kitlesi ortaya çıkmıştır.

Disiplinler Arası İşbirliği

Bağışıklık sistemi baskılanmış hasta ve yakınlarına verilecek hizmetler, aşağıda tanımlanan mesleklerin, mesleki sorumlulukları/görevleri dâhilinde gerçekleştirilir;

Hekim, Hemşire, Psikolog, Eczacı, Diyetisyen, Fizyoterapist, Sosyal Çalışmacı,

Hizmet Verilen Bölümler

Yoğun Bakım Ünitesi

Yatan Hasta Klinikleri

Laboratuvar

Hizmet Verilecek Ortam Şartları

Yakın takip gerektiren hastalar, hemşire bankosunun yakınında bir bölüme alınır.

Hasta odasında bulunan tıbbi araç ve diğer ekipmanların (çağrı zili, oksijen vb.) çalışır durumda olması sağlanmalıdır.

Hasta mahremiyetine özen gösterilir.

Düşme riski açısından değerlendirilerek, temel güvenlik önlemleri ve sonuca göre uygun önlemler alınır (Düşme Riski Figürü kullanılması, aydınlatma, yatak kenarlıklarının kaldırılması, vb.).

Havalandırmanın yeterli olması sağlanır.

Enfeksiyon Kontrol önlemlerinin alınması sağlanır.

Hasta yakınları/refakatçi için uygun ortam sağlanır.

Hastanın istemine göre dini vecibelerini yerine getirebilmesi sağlanır.

Gerekli Ekipmanlar

Hemşire Çağrı Sistemi

Kişisel Koruyucu Ekipmanlar

Oksijen

Hasta Yatağı

Acil Müdahale Seti

Gereğinde kullanılmak üzere hasta bakım uygulamalarına yönelik malzemeler.

Gereksinime göre;

Tekerlekli Sandalye

Sedye

Özel Bakım Uygulamaları ve İşlemler

Yeterli Solunum ve Gaz-Alış Verişinin Sağlanması: İmmün sistemi baskılanmış hastalarda solunum problemi varsa solunum yolu açıklığının sağlanabilmesi için; ağız hijyeni kontrol edilmeli, ağızda kan, kusmuk gibi yabancı cisimlerin varlığında ağız içi temizlenmelidir. Bu hastaların, üst solunum yolu infeksiyonlarından korunması için kalabalık yerlerden ve solunum irritanlarından uzak kalması sağlanmalıdır. Hasta gürültüsüz sakin bir ortama alınıp, varsa takma dişleri çıkartılmalıdır. Hastada yetersiz solunum var ise hekim istemi ile oksijen inhalasyonu uygulanmalıdır. Oksijen inhilasyonu uygulanan aparatların uygun aralıklarla dezenfeksiyonu yapılmalıdır. Hastanın solunumu yeterli değilse, entübasyon için gerekli malzemeler ve acil ilaçlar hastanın yanında hazır bulundurulmalıdır. Hasta entübe ise yatak başı yükseltilerek, ihtiyaca göre hasta aspire edilmelidir. Hastada solunum sistemine bağlı infeksiyonların önlenebilmesi için; hasta aspire edilirken bir kişinin steril, diğer kişinin nonsteril olup aspirasyon işleminin steril koşullarda yapılması sağlanmalıdır. Gerekirse kapalı drenaj ile aspirasyon yapılmalıdır. Hasta entübe değil ise derin nefes alıp vermesi sağlanmalıdır. Hastanın rahat solunum yapabilmesi, pnömoni infeksiyonlarının önlenebilmesi, sekresyonlarını rahat çıkartabilmesi, yeterli gaz alış-verişini sürdürebilmesi için, hastaya ortopne pozisyonu verilmelidir. Hasta rahat sekresyon çıkartabilmesi için derin nefes alma ve öksürme egzersizleri uygulamalıdır. Hastanın solunum ile ilgili değişikliklerini erken belirlemek için; periferler; ısı, renk, nabız açısından kontrol edilmelidir. Ayrıca hastanın klinik tablosunun değerlendirilebilmesi için; solunum sayısı, ritmi, derinliği ve oskültasyonla akciğer sesleri kontrol edilmelidir. İmmün sistemi baskılanmış hastanın akciğer fonksiyonlarının da değerlendirilmesi gerekir. Bilindiği gibi akciğer infeksiyonu olan hastalarda yaygın olarak balgam miktarında artma ve göğüs grafisinde infiltrasyon görülür.Ancak nötropenik hastalarda bu belirti ve bulgular görülmeyebilir. Akciğer infeksiyonu geliştiğini anlayabilmek için, akciğer seslerindeki değişiklik, solunum hızı ve ritmi, ekspirasyon ve inspirasyon sırasında ağrı olup olmadığına dikkat etmek gereklidir. Akciğer infeksiyonunu önlemeye yardım etmek için, hemşire hastayı derin solunum ve öksürük egzersizi yapmaya cesaretlendirmelidir. PEEP kullandırabilir. Hastaya hekim istemi ile ilaç tedavisi uygun şekilde yapılmalıdır.

Sıvı-Elektrolit Dengesinin Sağlanması: Hemşire, immün sistemi baskılanmış hastalarda elektrolit ve sıvı dengesizliğini gösteren belirti ve bulguları gözleyip erken saptamalıdır. Hastanın laboratuar bulgularından plazma elektrolit düzeyleri izlenmelidir. Elektrolit eksikliği veya yüksekliğindeki belirtiler hastada izlenip, hekim istemine göre uygun tedavi yapılmalıdır. Nedene yönelik girişimler planlanıp uygulanmalıdır. Hastada ödem varsa, ödemli ekstiremite elevasyonu sağlanmalı ve hasta yatak istirahatine alınmalıdır. Hastanın ödemli bölgesindeki deri bütünlüğünün bozulmaması için cilt bakımına önem verilmelidir. Cilt infeksiyon belirtileri ve bulguları (ateş, kızarıklık, sıcaklık, ödem, ağrı/hassasiyet, iltihap oluşumu ve işlevde azalma) yönünden sürekli gözlenmelidir. Ödeme bağlı dekübitus oluşumunu önlemek amacıyla; hastanın pozisyonu 2 saatte bir değiştirilmeli, yatak çarşafları düz ve temiz tutulmalı, basınç bölgelerine kan akımını arttırmak için hastaya masaj yapılmalıdır. Hastada sıvı-elektrolit dengesizliğine bağlı

mental bulanıklık varsa, hastanın cilt bütünlüğünün korunabilmesi için, hasta travmalardan korunmalıdır. Hastada sıvı- elektrolit eksikliğine bağlı dehidratasyon bulguları tespit edilmiş ise, cilt nemli ve temiz tutulmalıdır. Dehidratasyon durumunda hastaya aralıklı ağız bakımı verilerek, hastanın oral mukoza infeksiyonlarından korunması sağlanmalıdır. Hastanın sıvı-elektrolit dengesine göre hekimin belirlediği uygun ilaç tedavisi yapılmalıdır.

İnfeksiyonun Önlenmesi: İmmün sistemi baskılanmış hastaların infeksiyondan korunmasında nötropeni riski sık sık değerlendirilmelidir. Nötropenik hastalarda infeksiyonlar yaygın olarak deri, solunum yolu, ağız boşluğu, sinüsler ve perianal bölgede, gastrointestinal sistemde ve kanda meydana gelmektedir. Bu hastalarda yeterli inflamatuvar cevap sağlanamadığından genellikle infeksiyon belirti ve bulgularını saptamak çok güçtür. Örneğin hasta pnömoni olduğunda pürülan balgam, üriner infeksiyonda ise dizüri yoktur. Sıklıkla ateş, infeksiyonun tek belirtisidir. Vücut sıcaklığında yükselme en güvenilir bulgudur. Septik şok açısından vücut sıcaklığındaki ani düşmeye de dikkat edilmelidir. Ateş, titreme, üşüme ve hipotansiyonun sepsisin dört etken belirtisi olduğu unutulmamalıdır. Bu hastalarda 24 saat içinde oral olarak alınan ateşin iki defa 38°C'nin üzerinde olması ya da bir kez 38.3°C'nin üzerinde olması ateş olarak kabul edilir. Hastanın vücut ısısı yükseldiğinde fazla giyinmesi ve örtünmesi engellenerek ortam ısısı ayarlanmalıdır. Gerekirse soğuk uygulama yapılmalıdır.Nötropenik hastalarda, infeksiyonun saptanması oldukça güçtür ve hastalarda hızla sepsis ve septik şok gelişebilir. Cilt ve mukoza infeksiyon belirtileri ve bulguları(ateş, kızarıklık, sıcaklık, ödem, ağrı/hassasiyet, iltihap oluşumu ve işlevde azalma)yönünden sürekli gözlenmelidir. Hastaya deri ve mukoz membranında herhangi bir değişiklik gördüğünde bunu hemşireye bildirmesi gerektiği anlatılmalıdır. Hastaya düzenli ağız ve vücut hijyeni sağlanmalı, tırnakları kısa tutulmalı ve odası havalandırılmalıdır. Ciltte infeksiyon bulgusu var ise, cildin temizliğinde antiseptik solüsyon kullanılmalıdır. Hastada var olan infeksiyonların tedavisi için hekim istemine göre planlanan ilaç ve pansumanlar düzenli uygulanmalıdır. Hastaya kateter uygulanmış ise kateter bakımı sağlanmalı, kateter yerinde infeksiyon belirti ve bulguları gözlendiğinde kateter çıkartılmalıdır. Etken mikroorganizmanın tayini için kültür örneği alınmalıdır. Artmış infeksiyon olasılığında hasta tek kişilik odaya geçirilmelidir. Ziyaretçi kısıtlanarak hastanın infeksiyonlu kişilerle teması önlenmelidir.

Üriner ve Bağırsak Fonksiyonlarının İzlenmesi: İmmün sistemi baskılanmış hastalar üriner infeksiyonlar yönünden izlenmelidir. İnfeksiyon durumunda nötropenik hastaların üriner fonksiyonlarında da değişiklik olabilir. Günlük idrar miktarında azalma, idrarda koku ve renk değişikliği, hematüri ya da glikozüri muhtemel infeksiyon belirtileri olabileceğinden izlenmelidir. Aynı zamanda hasta idrar yaparken yanma ve sık idrara çıkma yakınmaları yönünden de gözlenmelidir. Hastada üriner infeksiyon riskini azaltmak için mümkün olduğunca mesane kateterizasyonundan kaçınmak gerekir. Bununla birlikte, hastalara uygun perine bakımı konusunda eğitim verilmelidir. Perine bölgesi kuru ve temiz tutulmalıdır. Hastanın önceki defekasyon alışkanlığı araştırılarak, düzenli olarak bağırsak fonksiyonlarının değerlendirilmesi yapılmalıdır. Dışkı örneği renk, kıvam ve kan olup olmaması açısından değerlendirilmeli ve hasta, bağırsak alışkanlığında bir değişiklik olduğunda haber vermesi konusunda eğitilmelidir. Defekasyon sırasında zorlanma, rektumda ülserasyonlara ve fissürlere neden olabilir. Bu durum bakterilerin vücuda girmesine yol açabilir. Bu neden ile hastanın kabız kalmaması gerekir. Kabızlık oluşumunu önlemek için; hastanın bol meyve yemesi ve fibrinli yiyecekleri alması diyetisyen eşliğinde sağlanmalıdır. Sakıncası yoksa hasta düzenli egzersiz programına alınmalıdır. Gerektiğinde hastaya hekim istemiyle uygun laksatif verilmelidir. Mukozanın tahrişine neden olabileceğinden hastalara lavman yapmak ve rektal derece almaktan kaçınılmalıdır. Nötropenik hastaların rektal apselere yatkın olduğunu unutmamak gerekir. Eğer hastalarda perirektal ağrı varsa, hemen doktora bildirilmelidir.

Kanamanın Önlenmesi: İmmün sistemi baskılanmış hastalarda, kanamanın belirti ve bulgularını erken belirlemek, travmaya bağlı kanamayı engelleyebilmek için; kanamaya yönelik tam kan sayımı, trombosit düzeyi, kanama ve pıhtılaşma zamanı gibi laboratuar bulguları takip edilmelidir. Vital bulgular da yakından izlenmelidir. Hastanın derisi kanama bulguları yönünden gözlenmelidir (peteşi, ekimoz, purpura, diş eti kanaması vs.) Nötropenik hastalarda trombosit sayısı düşük ise, subkütan ya da intramusküler enjeksiyondan kaçınmak gerekir. Çünkü apseye neden olabilir. Aynı zamanda diğer kan elemanlarında da azalma olabileceğinden aşırı kanama riski gelişebilir. Hastaya IV enjeksiyon uygulamalarında dikkatli olunmalı, uygulamadan sonra 1-2 dakika basınç yapılmalıdır. Bu nedenle hastanın tam kan sayımı, özellikle trombosit düzeyi kontrol edilmelidir. İmmün sistemi baskılanmış erkek hastalara, deri bütünlüğünün

korunabilmesi amacıyla; tıraş olurken kesiyi önlemek için jilet yerine tıraş makinesi kullanılması önerilmelidir.Kanama riski olan hasta travma ve yaralanmalardan korunmalıdır. Hastanın idrarı, dışkısı, burnu, diş etleri ve derisi kanama yönünden gözlenmelidir. Travma sonucu kanama meydana geldiğinde, basınç uygulanıp o bölge yükseltilmelidir.Gerektiğinde hekim istemi ile tam kan veya trombosit süspansiyonu transfüzyonu yapılmalıdır.

Yetersiz Beslenme: İmmün sistemi baskılanmış hastalarda yetersiz beslenme; bulantı-kusma, stomatit, diyare, kemoterapi-radyoterapi ve psikolojik nedenler sonucu gelişir. Hastanın yeterli ve dengeli beslenmesini sağlayabilmek için; beslenme yetersizliğini gösteren kilo kaybı, iştahsızlık gibi belirti ve bulguları gözlemek, günlük kilo takibini yapmak gerekir. Hastanın iştahını açabilmek için yiyecek sunumu hoş bir şekilde olmalı, fiziksel ortam düzenlenmeli, ağız ve boğazı irrite etmeyecek yumuşak besinler küçük öğünler halinde sık sık verilmelidir. Hastada bulantı-kusma varsa kusmuğun miktarı, rengi ve içeriği kayıt edilmelidir. Hastanın kendini daha rahat hissedebilmesi, ağız içi infeksiyonların önlenebilmesi için, hastaya bulantı-kusma sonrası düzenli ağız bakımı verilmelidir. Hastanın bulantısı olduğunda derin nefes alıp-vermesi söylenmelidir. Hastanın bulantı-kusması devam ediyorsa, hekim istemi ile hastaya ilaç tedavisi uygulanmalıdır. Hastanın iyi pişmiş yiyecekleri yemesi; bekletilmiş etleri ve meyveleri, pişmemiş sebzeleri yememesi, musluk suyundan içmemesi gerekir. Bu konuda hasta ve ailesine hemşire tarafından gerekli açıklamalar yapılmalıdır.

Ağrı Kontrolü: İmmün sistemi baskılanmış hastaların tanısına bağlı oluşan ağrısını hafifletmek, bireyin rahatlığını sağlamak için; ağrının yeri, süresi, sıklığı ve ağrıyı arttıran veya azaltan faktörler belirlenmelidir. Ağrı bölgesine lokal sıcak veya soğuk uygulama yapılmalıdır. Hasta yatak istirahatine alınarak dikkati başka yöne yoğunlaştırılmalıdır. Örneğin; kitap, gazete okuması, TV seyretmesi, relaksasyon tekniklerini yapması sağlanmalıdır. Hastanın sağlığı açısından sakıncası yoksa hastaya bol sıvı verilerek, düzenli aralıklarla hekim istemiyle analjezik verilmelidir.

Mukozal-Epitelyal Hücrelerinin Değerlendirilmesi: Gastrointestinal sistemin ağızdan başlayarak rektuma kadar olan bölgedeki yüzeylerinde yer alan mukozal epitelyal hücrelerinin inflamatuvar ve nekrotik cevabına mukozit denir. Mukozit kemoterapi uygulamasından sonra 5-7 gün içerisinde solukluk, mukoz membranlarda kuruluk, yanma duygusu, dilde kuruluk gibi belirtiler ile başlayabilir. Bu hasar ciddi inflamasyon ve ağrılı ülserasyon şeklinde ilerleme gösterebilir ve 2-3 hafta içersinde iyileşebilir. Ağız boşluğu gastrointestinal sisteme açılan bir giriş olması nedeniyle özefagus, bağırsaklar ve rektum da etkilenebilir. Mukozit üç başlık altında incelenir. Bunlar; stomatit, özefajit ve enterittir. Hasta özellikle kemoterapi de alıyorsa, oral mukozanın değerlendirilmesi çok daha önemlidir. Oral mukozanın inflamasyonu (stomatit) kemoterapinin en yaygın komplikasyonlarından biridir ve kolaylıkla yutma problemlerine ve sistemik infeksiyona neden olabilir.

Deri Problemlerinin Değerlendirilmesi: İmmün sistemi baskılanmış hastanın derisinin dikkatli bir şekilde gözlenmesi gerekir. Deri ekimoz, peteşi, kuruluk, döküntü ve infeksiyon yönünden gözlenmelidir. Deri döküntüsünün olması, infeksiyonun ya da infeksiyona yatkın olduğunu gösterebilir.

Hasta Aktivite İntoleransı: Hastaların dokularına yeterli oksijenasyonu sağlayarak, uygun aktivite düzeyine ulaşabilmek için; hastanın günlük yaşam aktivitelerine destek olarak aktivite toleransına göre aktivite düzeyini ayarlamak gerekir. İmmün sistemi baskılanmış hastada yeterli aktivite düzeyini sağlamak için, hastada yorgunluk, halsizlik, baş dönmesi, titreme ya da taşipne gibi anemi semptomlarının varlığı araştırılarak hekime bildirilmelidir. Hastaların infeksiyonlardan korunması için; gece en az 8 saat, öğleden sonra 2 saat uyuması ve yeterli dinlenmesi sağlanmalıdır.

Hijyenik Bakımın Sağlanması: Hastanın doku bütünlüğünün ve yeterli hijyenik bakımının sağlanabilmesi için, hijyenik ihtiyaçlarının belirlenmesi gerekir. Hastaya uygun ağız ve cilt bakımı öğretilmelidir. Hastada infeksiyon belirti ve bulguları takip edilmelidir. Hasta, infeksiyonları önleyebilmek için tırnaklarını kısa tutmalı ve etkin bir şekilde el yıkamaya dikkat etmelidir.

Çevresel Önlemler: İnfeksiyon riskini azaltmada, hastane politikasına uygun olarak çevresel önlemlerin alınması gerekir. Savunmada ilk olarak el yıkamaya önem vermek gerekir. Tüm hastane personeli ve hasta ziyaretçileri hasta ile temas etmeden önce ellerini su ve sabunla friksiyon yaparak yıkamalıdır. Hastaya da el yıkama konusunda eğitim verilmelidir. Özellikle üst solunum yolu infeksiyonu geçiren hastane personeli hastaya bakım vermemelidir. Hasta, herhangi bir işlem için üniteden ayrılırken, maske takmalı, bu sırada diğer hastalar ile temasta bulunmamasına dikkat edilmelidir. Hastanın çevresinde yer alan respirasyon malzemeleri, bitki saksıları, çiçek vazoları, sabunluk gibi durgun su kaynaklarının ortamdan uzaklaştırılması gerekir.Ayrıca lavabo ve banyo küvetlerinde su birikintisinin oluşmaması sağlanmalıdır. Respirasyon malzemelerindeki su ve hastanın kullandığı sabunun temizliğine özen gösterilmeli. Hasta için kullanılan eşyalar (çarşaf, pike, havlu, yemek tabakları, çatal, kaşık, bıçak vb.) yeni ya da kendine ait olmalıdır ve temizlikleri özen gösterilerek yapılmalıdır. Ortamda bulunan toz veya partiküllerin içerdikleri bakteriler nedeniyle infeksiyona neden olmalarını önlemek ve diğer hasta odalarından mikroorganizma taşınmasına engel olmak için, hasta odası ıslak paspasla ve diğer odalardan önce temizlenmelidir. Hasta odasında bulunan eşyalar az ve kolay temizlenebilir olmalıdır.

Hastada Anksiyetenin Önlenmesi: İmmün sistemi baskılanmış hastalarda anksiyete durumu, atipik hücreleri harekete geçirdiği için önemlidir. Hastanın anksiyete belirtilerinden; gerginlik, huzursuzluk, baş ağrısı gibi semptomların giderilmesi için, hastaya psikolojik destek verilmelidir. Hasta ve ailesi olumlu iletişim ve işbirliği içinde kısa sistemli eğitim programları ile eğitilerek, hastanın hastalığa uyumu sağlanmalıdır. Hastanın hastalığı kabul dönemine özgü savunma mekanizmalarına ilişkin davranışları izlenmeli ve değerlendirilmelidir. Hastanın hastalığa tepkisi gözlenmeli ve anksiyete durumu (inkar, sessiz kalma, saldırganlık, korku, gerileme) belirlenerek hastaya ona göre yaklaşılmalıdır. Gerektiğinde profesyonel bir kişi ile işbirliğine geçilmelidir.

Özellikli Hasta Gruplarına Özgü Ulusal-Uluslararası Geçerliliğe Sahip Değerlendirme ve Bakım Kılavuzları

İstismara Uğramış Hastaların Bakım Uygulamaları

Amaç: Yaşanan olumsuzluklar sonrasında ortaya çıkabilecek fizyolojik ve psikolojik sorunların tıbbi bakım ve tedavi ile birlikte önlenmesine yönelik uygulamalar ile birlikte gerekli psiko-sosyal desteğin verilmesidir.

Hizmet Sunum Süreçleri

İstismara uğramış hastanın tanılanması için öncelikle, istismarın olduğunun bildirilmesi ya da anamnez/muayene sırasında durumun belirlenmesi ile gerçekleşir.

İstismara uğramış hastalar, hekimler tarafından değerlendirilmesi yapıldıktan sonra, Acil Servis, Poliklinikler veya bölümler arası transferle, Adli Vaka kapsamında, Servisler, Yoğun Bakım Üniteleri, Ameliyathane Ünitesinden hizmet alırlar.

Tetkik ve tedaviler hekim kararına göre uygulanır.

Yattığı süre içinde gelişen/tespit edilen bir istismar olayı yaşandığında, gerekli güvenlik önlemleri ile birlikte hastane polisine bildirim yapılarak adli süreç başlatılır.

Hekim istemine göre profesyonel psikolojik destek alması sağlanır.

Sosyal hizmetler mesleki sorumlulukları kapsamında uygulamalarını gerçekleştirir ve süreci takip ederler. Sevk, gerektiğinde birimler arası transfer, taburcu işlemleri, yaşam sonu uygulamalar; adli vakalar olduğu dikkate alınarak ve gereksinime göre gerekli güvenlik tedbirleri ve yaklaşımları ile ilgili bölümün diğer işlemleri gibi yapılır.

Disiplinler Arası İşbirliği

İstismara uğramış hastasının bakımında, hasta ve yakınlarına verilecek hizmetler, aşağıda tanımlanan mesleklerin, mesleki sorumlulukları/görevleri dâhilinde gerçekleştirilir;

Hekim, (Çocuk hastalar için Çocuk Psikiyatristi gereğinde Çocuk Cerrahi Uzm.), Hemşire, Psikolog, Sosyal Çalışmacı, Eczacı, Kolluk Kuvvetleri, Savcılık.

Hizmet Verilecek Ortam Şartları

Gerekli güvenlik tedbirleri alınır.

Hasta mahremiyetine özen gösterilir.

Ani gelişebilecek durumlarda acil müdahale edebilmesi için, mümkünse hemşire bankosunun yakınında bir odaya yatırılır.

Hasta odasında bulunan tıbbi araç ve diğer ekipmanların (çağrı zili, oksijen vb.) çalışır durumda olması sağlanmalıdır.

Hasta mümkün ise tek kişilik odaya yatırılır.

Mümkün olmadığı durumlarda mahremiyet ve bilgi gizliliği de dikkate alınarak uygulamalar gerçekleştirilir. Kurumun sağladığı güvenlik önlemleri dışında ayrıca güvenlik önlemlerine gereksinim duyulduğunda hastane polisi ile iletişime geçilerek önlemlerin artırılması istenebilir.

Hasta odası, mümkün ise hastanın yaş grubuna göre (çocuk hastalar için oyuncak, resimler vb.) düzenlenmesi sağlanır.

Düşme Riski açısından değerlendirilerek, temel güvenlik önlemleri ve sonuca göre uygun önlemler alınır (Düşme Riski Figürü kullanılması, aydınlatma, yatak kenarlıklarının kaldırılması vb.).

Havalandırmanın yeterli olması sağlanır.

Enfeksiyon Kontrol önlemlerinin alınması sağlanır.

Ziyaret uygulamaları, hasta/yakının talebi ve yasal uygulamalar çerçevesinde; ilgili bölümün ziyaret uygulamaları dikkate alınarak yapılması sağlanır.

Hasta yakınları/refakatçi için uygun ortam sağlanır.

Televizyon, dergi, gazete, kitap vb. hasta istemine ve yattığı bölüme göre hasta odasında bulunması sağlanır. Hastanın istemine göre dini vecibelerini yerine getirebilmesi sağlanır.

Gerekli Ekipmanlar

Hemşire Çağrı Sistemi

Aspiratör

Oksijen

Acil müdahale seti

Gereğinde kullanılmak üzere hasta bakım uygulamalarına yönelik malzemeler

Gereksinime göre;

Tekerlekli Sandalye

Sedye

Tutunma Barı

Çocuk hastalar için oyuncak, kitap vb.

Özel Bakım Uygulamaları ve İşlemler

Tüm süreçlerde hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği/gizliliği uygulamalarına özen gösterilir. Hasta ile ilgili bilgilerin gizliliği mahkeme kararı ile de talep edilmiş olabileceğine dikkat edilir.

İstismara uğrayan hastalarda bakım uygulamalarının amacı; hastanın ve yakının olay öncesi fonksiyon düzeyine dönmesi ve olaya ilişkin duygularını ifade edebilmesi ve baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesidir.

Özellikle Tecavüz Sonrası Sendromunda Hastada Aşağıdaki Belirtiler Gözlenebilir;

Akut Dönemde	**Psikolojik Tepkiler**	**Cinsel Tepkiler**	**Psikolojik Tepkiler**
Somatik tepkiler, Gastrointestinal irritabilite (Bulantı, Kusma, anoreksiya) Genitoüriner rahatsızlık (ağrı, kaşıntı) Kas iskelet siteminde gerginlik (ağrı, spazmlar)	İnkar Şok, Öfke Yalnız Kalma Korkusu, Suçluluk Duyma, Cezalandırılmaktan Korkma Yeniden Tecavüze Uğramaktan Korkma Tecavüzcünün Geri Geleceğinden Korkma Saldırganı ya da saldırı yerini-koşullarını görme konusunda panik	Kurban kadın ise erkeklere güvensizlik Cinsel davranışlarda değişim	Fobiler Kabus Uyku Bozuklukları Anksiyete Depresyon

Bu nedenle hasta bakımına yönelik bakım planları bu yönde planlanmalı ve uygulanmalıdır. Hastanın kendini güvende hissetmesi, duygularını paylaşması, tedavi süreçlerini ve gerekçelerini tanımlaması, somatik şikâyetlerinin azalması ya da olmaması, aile ilişkilerinin olay öncesi fonksiyon düzeyine gelmesi bakım/tedavi uygulamalarından beklenen sonuçlardır.

Özellikli Hasta Gruplarına Özgü Ulusal-Uluslararası Geçerliliğe Sahip Değerlendirme ve Bakım Kılavuzları

Hemşirelik Tanıları El Kitabı –NANDA

6. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

Terminal Dönem Hastalar Klinik Bakım Uygulamaları

Geriatri Hastalar Klinik Bakım Uygulamaları

Kemoterapi Hastaları Klinik Bakım Uygulamaları