

Dört olgu sunumuyla yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin karşılaştığı sorunlar

Problems, nurses face within the intensive care units illustrated by four case reports

Giriş

Yoğun bakım (YB) hastaları; iletişim, kendi kararlarını verme, mahremiyetini koruma becerilerini yitirirler. YB hemşireleri; hastasının mahrem, hassas, güçsüz, özel, yönlerini görebilmekte; onların yalnızlık, umutsuzluk, acılı, kederli duygularına ve ölümüne tanık olabilmektedirler. Bu durum bazen hastalar adına karar vermeyi, girişim de bulunmayı gerektirmekte, bazen ise çok basit bir karar; ahlaki ve etik ikilemlerle yüzleşmeyi gerektirmektedir (1). YB hemşireleri hastanın durumu hakkında ortaya çıkan değişiklikleri ilk belirleyen profesyoneldir. YB hemşireleri bir sorunla karşılaştığında; Ortada bir sorun olduğu konusunda beni uyarın nedir? Kendimi nasıl hissediyorum? Olayın olumlu ve olumsuz yönleri nelerdir? Ahlaki, etik, yasal açıdan hasta için en doğru seçenek nedir? Bu sorunun çözümü için nasıl karar alıp ve uygulamalıyım? Bu sorunun çözümü için ne dereceye kadar rol alabilirim? Sorularının yanıtlarını aramalıdır. Mesleki etiğin önem kazandığı günümüzde hemşirelerin, yarar/zarar dengesine ilişkin kritik düşünme ve etik karar verme sorumlulukları artmıştır. Bu makalede hasta ziyareti ve kurum politikaları, terminal dönemdeki hasta-ya bilgi verilip verilmemesi, fiziksel tespit gibi konuların tartışılması amaçlanmaktadır.

Olgu Sunusu 1

Kalp yetmezliği nedeniyle 68 yaşındaki hasta yoğun bakıma alınmıştı. Solunum sıkıntısı vardı. Nazal oksijen kanülü ile O₂ verilmeye başlandı. Hasta yüzeysel ve sık nefes alıp veriyordu; 45/dk. Arteriyel kan gazında Ph: 7,27, PO₂ mm Hg: 43, PCO₂ mm Hg: 60. Hekimler hastayı entübe edip, sedatize etmeye karar verdiler. Mekanik ventilatörü, entübasyon'da gerekli olacak narkotik ve kas gevşetici ilaçları hazırladım (Dormicum®, Norcuron®). İlaçları uygulamaya başladığım sırada hastanın bir şeyler söylemeye çalıştığını fark ettim. Kısık bir ses ile konuşuyordu, sadece oğlum dediğini anlayabildim, birkaç saniye sonra narkotik ilacın etkisi ile uyudu. Cümlesi yarım kalmıştı, acaba oğluna ne söyleyecekti? Vardiya bitiminde durumu nöbetçi hemşireye anlatmıştım. Hasta tekrar gözlerini açtığında oğlu ile görüştürmüşler. Sadece oğlunun elini tutmuş. Hasta gece kaybedilmiş. Oysa bu cümle hastanın son isteği veya önemli bir açıklaması olabilirdi! Hasta bir daha sözel iletişim kuramadan kaybedildi.

Hastalar özellikle akut bir tablo ile yatırılmışsa, panik yaşamakta, yakınları ile görüştürülmemeleri onları yalnızlık ve terk edilmişlik duygusuna itmektir. Ülkemizde yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) hasta ziyareti yasak ya da kısıtlıdır. Uzun yıllar boyunca, ek bir enfeksiyona ve yaşam bulgularında değişikliğe neden olabileceği gibi nedenlerle ziyaret kısıtlı tutulmuştur. Hasta ziyaretinin şekli, süresi, hangi sıklıkla yapılacağı, kimlerle görüştürüleceğine ilişkin tutumların oldukça değişken olduğu bilinmektedir (1). Torun ve ark. (2) yaptığı bir araştırma sonucunda, hastaların sağlık personelinin inisiyatifi doğrultusunda yakınları ile görüşebildikleri, hasta yakınlarının ihtiyaçlarına yeterli önemin vermediği bildirilmiştir. Hastasını en son YBÜ giriş kapısından içeri girerken gören ve bir daha hangi koşullarda göreceğini bilmeden kapı önünde günlerce bekleyen insanların yaşadığı panik ve kaybetme korkusu da dikkate alınması gereken bir sorundur. Ziyaretin engellenmesinin hastaları olduğu kadar yakınlarını da olumsuz etkilediği bildirilmektedir.

Ziyaretin yaşam bulguları üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; YBÜ ortamında hastaya yapılacak ziyaretlerin hastayı etkilediği, ancak bu etkinin yaşam bulgularında ciddi bir fizyolojik değişime neden olmadığı bildirilmiştir (3). Avrupa'da yayınlanan bir rehberde resüsitasyon sırasında yakınlarının hastanın yanında bulunması önerilmektedir (4). Ülkemizde yapılan araştırmalarda yakınları ile görüştürmenin hasta ve yakınları üzerine yapacağı olumlu etkiler vurgulansa da bu konu hâlâ tartışmalıdır (3). Pek çok uzman YBÜ'de durumu kritik hastanın ziyaret edilmesini sakıncalı bulmaktadır. İki yüz otuz dokuz hekimin katıldığı bir çalışmada hekimlerin %82,8'i hasta yakınlarının resüsitasyon sırasında yanında olmaması gerektiğini belirtmişlerdir (5). Dört yüz dokuz yoğun bakım hemşiresiyle yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin %83,1'i resüsitasyon sırasında aile varlığının gerekli olmadığını belirtmişlerdir (6). Son yıllarda YBÜ'ler de hasta ziyareti konusunda daha esnek davranılsa da bu konunun önemini henüz anlamadığımız görülmektedir.

Olgu Sunusu 2

Dilate kardiyomiyopatisi olan 22 yaşındaki hasta intraaortik balon pompası (IABP) uygulaması için yoğun bakıma alınmıştı. IABP'nin uygulaması hastanın yatağa bağımlı geçireceği beş aylık sürecin başlangıcı oldu. Kalp nakli için sıra bekliyordu. Kalbi

Yazışma Adres/Address for Correspondence: Aynur Koyuncu, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara-Türkiye Tel: +90 312 304 52 65 E-posta: aynrkoyuncu@yahoo.com.tr

Kabul Tarihi/Accepted Date: 23.10.2013 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 25.11.2013

©Telif Hakkı 2013 AVES Yayıncılık Ltd. Şti. - Makale metnine www.anakarder.com web sayfasından ulaşılabilir.

© Copyright 2013 by AVES Yayıncılık Ltd. - Available on-line at www.anakarder.com

doi:10.5152/akd.2013.5035



o kadar büyümüşü ki (Ao: 21 mm, LA: 48 mm, LAV: 92 mL, RAV: 102 mL, LVIDd/s: 68/60 mm, EDV/ESV: 206/141 mL, LVEF: %20, TAPSE: 13 mm, VCI: 23 mm, VCI kollabsibilite <%50, global hipokinezi, ciddi mitral yetmezliği, VC: 6 mm, 3 (üç) derece triküspit yetmezliği, sağ atrium serbest duvarda minimal perikardiyal effüzyon) beslenmesi sorun oluyordu. Mideye ulaştırılacak fazla miktardaki besin kalbine baskı yapabilir ve kardiyak arreste neden olabilirdi. İlk dört ay az ve sık besleyerek beslenmesini sürdürmüştük. Son bir ay da ise çok az miktarda verilen bir besin (örneğin 1/2 adet tuzsuz kepekli bisküvi) bile öğürme refleksini uyandırıyor, mide bulantısı yapıyordu. IABP ve yüksek dozlarda farmakolojik inotropik desteklere (Dopamin® 30 mcg/kg/dk, Adrenalin® 15 mcg/dk, Dobutamin® 40 mcg/dk) rağmen tansiyonu 50/20 mm Hg'ye düşüyordu. Su içmek istediğinde ağzını ıslatıp sabretmesini söylüyorduk. Artık nefes almakta bile zorlanıyordu, solunum hızı: 55/dk olmuştu. Entübe edildi, sağ ve sol ventrikül destek cihazı takıldı. Gözlerini açtığı anda işaretlerle durumunu sordu. İyileşmeyeceğini bildiğim halde sana kalp bulunacak iyileşeceksin dedim ve tekrar narkotik ilaç yaparak uyumasını sağladım. Yaklaşık on gün ventrikül destek cihazında kaldıktan sonra kaybedildi.

Bu olguda hasta yararına karar verme sürecinde gerçeğin söylenmemesi yasal ve etik açıdan en doğru seçenektir. Günümüz tıp anlayışı ölümün kaçınılmazlığını kabul etmek yerine, tıbbın düşmanı veya başarısızlığı olarak görmeyi tercih etmekte, bu anlayış sağlık personellerinin ölümü anlama ve kabullenilmesini güçleştirmektedir (7). Bu durum hastayı son ana kadar yaşatma isteğine neden olmakta, hastayı yaşatabilmek için insani gereksinimleri kısıtlanabilmektedir. Ölümü yaklaşan hastaların bakımı ve ölüm olayı, hemşirelik mesleğinin en zor yönlerinden biridir. Fakat hemşireler ölüm ve ölmekte olan hasta ile sürekli karşılaşmak zorundadırlar. Yapılan araştırmalarda, terminal dönemdeki hastanın bakımına yönelik sağlık çalışanlarının da korku, kaygı, anksiyete, yetersizlik, çaresizlik, öfke, inkâr, sıkıntı, suçluluk, keder, depresyon gibi duygular yaşadığı belirtilmektedir (8).

Olgu Sunusu 3

Down Sendromlu 8 yaşındaki hasta ventriküler septal defekt (VSD) ameliyatı nedeniyle yoğun bakıma alınmıştı. Nöbetçi hemşire hastanın uyanma sürecinde çok hareketli ve ajite davrandığını hemşire gözlem notunda belirtmişti. Nöbetçi hemşire; doktorun EKG istediğini, çok hareketli olduğu için bir türlü EKG çekemediğini ve ellerini bağlamak zorunda kaldığını anlatmıştı. Hastayı teslim aldığımda sakin bir şekilde uyuyordu. Hekim direktiflerini ve hasta dosyasını kontrol ederken beni izlediğini fark ettim. Gözlerini kocaman açmış, masum bir şekilde bana bakıyordu. Ellerin halen bağlı olduğunu fark ettim ve hemen yanına gidip ellerini çözdüm. Elleri çözmem ile entübasyon tüpünü çekmesi bir oldu. Yardım istedim, doktora ve anestezi teknisyenine haber verdim. Ventilator alarmından ve yardım isterken ki yüksek ses tonumuzdan çok korkmuştu. Hızlı ve derin, nefes alıyordu. Ağzı içindeki sekresyonlar temizlendi ve nazal kanül ile oksijen verildi. Arteriyel kangazları ve yaşam bulguları normal olarak değerlendirildiğinden yeniden entübe edilmedi.

Fiziksel tespit uygulama sonucunda hastada görülebilecek psikolojik zararların; korku, konfüzyon, panik, kızgınlık, ajitasyon, anksiyete, bilişsel ve davranışsal sorunlarda artma, itibar kaybı, uykusuzluk, deliryum, utanma, direnme, işlemlere karşı gelme, geri çekilme, disorganize davranışlar, kendini yokmuş gibi hissetme, kendine güvende ve saygıda azalma, duyu yoksunluğu, öfke demoralizasyon ve beden imajında bozulma olduğu belirtilmektedir (9, 10). Fransa'da 121 yoğun bakım ünitesinde yapılan bir araştırmada mekanik ventilasyon uygulanan hastaların %50'sine en az bir kez fiziksel tespit uygulandığı, uygulama kararının verilmesinde hasta-hemşire oranının önemli olduğu, bu kararların yarısından fazlasının tıbbi gereklilik olmadan hemşireler tarafından verildiği bildirilmiştir (10).

Ülkemizdeki çalışmaların ortak sonucu fiziksel tespit edicilerin bilinçsiz hastalar için sıklıkla kullanıldığı, hemşirelerin fiziksel tespit öncesinde uygulanması gereken alternatif yöntemleri bilmedikleri, hekim istemi olmadan kullandıklarıdır. Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına yönelik bilgi ve tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada hemşirelerin büyük bir bölümü; eğer ben hasta olsaydım tespit edici kullanılacağı zaman, bunu kabul etme ya da reddetme hakkım olmasını isterdim, hemşirelerin %24'ü hastama fiziksel tespit edici uyguladığımda kendimi suçlu hissederim yanıtını vermişlerdir (9). Hastanın bakımından birinci derecede sorumlu olan hemşireler, hastaya fiziksel tespit uygulanmasına karar vermek durumunda kalmaktadırlar. Bu konuda yasal düzenlemelere ve uygulama rehberlerine gereksinim vardır.

Olgu Sunusu 4

Koroner baypas ameliyatı olan 72 yaşındaki erkek hasta ameliyat sonrası birinci günde ajite davranışlar gösteriyor, bağıcıyor, tedaviyi kabul etmiyor, yataktan inmeye çalışıyordu. Bağırmaması ve ajite davranması nedeniyle tansiyonu yükselmişti. Tansiyonu düşüren ilaçların (Perlinganit®, Nipruss®) dozlarının artırılmasına rağmen tansiyonu düşmüyordu. Tansiyonun yükselmesi nedeniyle göğüs tüplerinden gelen drenaj miktarı artmıştı. Hasta yakınlarıyla görüşürülmesine rağmen "Buradan gitmek istiyorum" diye bağıarak yataktan inmeye çalışıyordu. Hastanın kol ve bacaklarından yatağa tespit edilmesi ajitasyonunu iyice arttırmıştı. Hastanın kabul etmemesine rağmen 3-4 kişinin hastayı tutması sonucunda yapılan antipsikotik ilaçtan (Nörodol® amp) yaklaşık 30 dk sonra sakinleşti ve bir saat sonra uyudu. Yoğun bakım süreci iki gün uzayan hasta ameliyat sonrası üçüncü günde servis bölümüne alındı.

Bu olguda etik ve yasal açıdan bir sorun olmamasına rağmen hasta istemediği halde, hemşire enjeksiyon yapmak zorunda kalmıştır. Hemşirelerin etik karar verebilme düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada; tedaviyi kabul etmeyen bir psikiyatri hastasına zorla intra müküler sakinleştirici ilaç uygulanması konusunda hemşirelerin görüşleri sorulduğunda, %50'si uygulanmalıdır, %30'u uygulanmamalıdır, %20'si kararsızım yanıtını vermişlerdir (1). Hasta tercihlerinin önem kazandığı günümüzde bu durum hemşireleri zorlayan ve tartışılması gereken bir sorundur.

Sonuç ve Öneriler

Sağlık bakım sistemi hastayı merkeze alan bir değişim geçirmektedir. Hastalar sağlık hizmetlerinde ve tıbbi uygulamalar sırasında haklarını talep etmekte, kendileriyle ilgili kararlara katılmak istemektedirler. YBÜ'lerde yaşanan sorunların çözümü için bizlerin de onları vaka değil insan olarak görmesi gerekmektedir. YBÜ'lerde deneyimli, yoğun bakım eğitimi almış hemşirelerin görevlendirilmesi, ülkemizdeki hemşire istihdamı ile ilgili sorunların çözümü önem ve öncelik taşımaktadır. Hemşirelerin bu süreçte yapacağı katkılar; kendi işlevleri konusunda sorumluluk üstlenmesi, mesleki konularda özerk karar verebilme yetkinliğini arttıracak bir unsurdur. Ülkelerin kendi kültürel ve sosyal özelliklerine uygun etik karar verme rehberleri geliştirilmesi önerilmektedir.

Teşekkür

Bu makalenin yazılmasında değerli katkıları nedeniyle, Hocam Prof. Dr. Fatma Eti Aslan'a ve Prof. Dr. Ufuk Demirkılıç'a teşekkür ederim.

**Aynur Koyuncu, Fatma Eti Aslan¹, Yasemin Uslu¹,
Ufuk Demirkılıç
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kalp Damar Cerrahisi
Anabilim Dalı, Ankara-Türkiye
¹Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, İstanbul-Türkiye**

Kaynaklar

1. Cerit B, Hemşirelik etik ikilem testinin geçerlilik-güvenilirlik çalışması ve hemşirelerin etik karar verebilme düzeyi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010; 17: 47-67.
2. Torun S, Kadioğlu S, Öztunç G. Yoğun bakımda yatan bilinci açık hastaların ziyaret edilme hakkı. Cumhuriyet Med J 2012; 34: 33-40. [CrossRef]
3. Karabacak Ü, Şenturan L, Özdelek S, Şimşek A, Karateke Y, Eti Aslan F, et al. Cerrahi yoğun bakım hastalarında ziyaretin yaşam bulguları üzerine etkisi: Pilot çalışma. Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi 2012; 18: 18-22. [CrossRef]
4. Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, et al, ERC Guidelines Writing Group. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 section 1. Executive summary. Resuscitation 2010; 81: 1219-76. [CrossRef]
5. Yanturalı S, Ersoy G, Yürüktuman A, Aksaray E, Süner S, Sönmez Y, et al. A national survey of Turkish emergency physicians perspectives regarding family witnessed cardiopulmonary resuscitation. Int J Clin Pract 2005; 59: 441-6. [CrossRef]
6. Badir A, Sepit D. Family presence during CPR: a study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. Int J Nurs Stud 2007; 44: 83-92. [CrossRef]
7. Keskin GÜ. Ölmekte olan hastaya kognitif davranışsal hemşirelik yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 21: 125-34.
8. Gürkan A, Babacan Gümüş A, Dodak H. Öğrenci hemşirelerin terminal dönem hasta sorunları hakkındaki görüşleri: hemşirelik girişimleri, hasta hakları ve etik sorunlar kapsamında bir inceleme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011; 4: 1-13.
9. De Jounghe B, Constantin JM, Changues G, Capdevila X, Lefrant JY, Outhin H, et al. Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: a survey of French practice. Intensive Care Med 2013; 39: 31-7. [CrossRef]
10. Çelik S, Kavrazlı S, Demircan E, Güven N, Durmuş Ö, Duran ES. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi tutum ve uygulamaları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 3: 176-83.