

Nöroşirürji Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Konstipasyon ve Hemşirelik Bakımı

Nursing Care on Patients with Constipation in the Neurosurgery Intensive Care Unit

NURAY TURAN*
TÜRKİNAZ ATABEK AŞTI**
NURTEN KAYA***

Geliş Tarihi: 05.08.2015, Kabul Tarihi: 08.11.2016

ÖZ

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda %15-85 oranında konstipasyon görülmektedir. Konstipasyon ile organ yetmezliği, uzun süreli yatış ve mekanik ventilasyona bağlı olma arasında ilişki olduğu bildirilmektedir. Hastalarda gelişen şok, splenik perfüzyonu etkileyerek gastrointestinal motiliteyi azaltmakta; elektrolit bozuklukları özellikle hipokalemi ve hipomagnezemi bağırsak hareketlerini olumsuz etkilemekte; opioid türevi ilaçlar, bağırsak hareketlerini engellemekte ve venöz dönüşü azaltmaktadır. Nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda konstipasyonu tanılama, konstipasyona neden olan faktörleri belirleme ve konstipasyon sorununu çözmeye, bağımsız hemşirelik girişimleri arasındadır. Bu nedenle nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin, bu sorunu daima her hastada ayrıntılı tanılamaları, bireye özgü hemşirelik girişimlerini belirlemeleri, bu konudaki yayınları izlemeleri ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği içinde çalışmalarını gerekir. Bu derlemede nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda konstipasyon görülme sıklığı, nedenleri, komplikasyonları ve konstipasyon sorununu önlemeye ve çözmeye yönelik hemşirelik bakımı açıklanmıştır.

Anahtar kelimeler: Bağırsak boşaltımı; hemşirelik bakımı; konstipasyon; nöroşirürji.

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), yaşamı tehdit altında olan hastalara, olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç gerecin bulunduğu, disiplinler arası ekip yaklaşımının zorunlu olduğu bakım üniteleri olarak tanımlanmaktadır.^[1] Yoğun bakımlar, genel yoğun bakımın yanı sıra yoğun bakıma kabul edilen tam gruplarına bağlı olarak

ABSTRACT

The incidence of constipation in intensive care unit setting is ranging from 15% to 85%. It is reported that there is a relationship between constipation and organ failure, long-term hospitalization and dependence on mechanical ventilation. The shock developed in patients decreases the gastrointestinal motility by affecting the splenic perfusion, the electrolyte disorders, especially hypokalemia and hypomagnesemia negatively affect the bowel movements, and opioid derivative drugs prevent the bowel movements and decrease the venous return. Nursing intervention have include assessment of constipation, determination factors which causes and solving constipation problem in the patients who are hospitalized in neurosurgery intensive care unit. Therefore nurses who work in neurosurgery intensive care unit always assess detailed this problem in patients, must identify nursing intervention individualized, observe publication about this subject, and work other health care team members in collaboration. In this compilation is to explaining the incidence of constipation, causing, complications, preventing and solving of constipation problems intended to nursing care in the patients who are hospitalized in neurosurgery intensive care unit.

Keywords: Bowel elimination; nursing care; constipation; neurosurgery.

isimlendirilebilmektedir. Tanısal model doğrultusunda yapılan bu sınıflandırma aşağıda yer almaktadır:

Kardiyovasküler Sistem: Komplikeşyonlu akut myokard infarktüsü, kardiyojenik şok, yakın monitorizasyon ve müdahale gerektiren kompleks aritmiler, solunum yetmezliği vb. hastalıklar.^[2]

* N Turan, Yrd. Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Abide-i Hürriyet Cd. 34381 Şişli/İstanbul
Tel.: 0 212 440 00 00 /27086 Faks: 0 212 224 49 90
e-posta: nkaraman@istanbul.edu.tr, nuray_karaman@yahoo.com

** T Atabek Aşti, Prof. Dr
Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
*** N Kaya, Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Solunum Sistemi: Ventilatör desteği gereken akut solunum yetmezliği, homeodinamik instabiliteye yol açan pulmoner emboli vb. hastalık durumları.^[2]

Nörolojik Sistem: Değişmiş mental durumla birlikte akut inme, metabolik/toksik/anoksik koma, herniasyon riski olan kafa içi hemoraji, akut subaraknoid kanama vb. sorunlar.^[2]

Gastrointestinal Sistem: Yaşamı tehdit eden gastrointestinal sistem (GİS) kanaması, hipotansiyon, angina, devam eden kanama veya komorbid durumlar.^[2]

Endokrin Sistem: Homeodinamik instabilite, bilinç değişikliği, solunum yetmezliği veya ciddi asidoz ile komplike diyabetik ketoasidoz, homeodinamik instabilite ile birlikte tiroid fırtınası veya miksödem koması vb. sorunlar.^[2-4]

Nöroşirürji yoğun bakım ünitelerinde hastalar genellikle, beyin tümörü ameliyatı sonrası takip, beyin kanaması, omurilik yaralanması gibi beyin ve sinir sistemi ile ilişkili sorunlar nedeni ile bulunmaktadır. Nöroşirürji yoğun bakım ünitelerinde hastaların klinik tablosu ağır seyretmekte, invaziv girişimler sık uygulanmakta, geniş spektrumlu antibiyotikler diğer yoğun bakım ünitelerine göre daha çok kullanılmaktadır.^[5] Hastaların nöroşirürji YBÜ'de kalış süreleri, hastalık sebebi ve uygulanan bakım-tedavi şekline göre farklılık göstermektedir. Nöroşirürji yoğun bakım ünitelerinde, kimi hastalar gözlem, ameliyat sonrası yoğun veya yakın takip gibi amaçlarla kısa süreli olarak yatarken, kimileri de günler hatta haftalarca kalabilmektedir.^[6] Hastalar, geçirilen ameliyat, kullanılan ilaçlar, uzun süreli yatak istirahati ve yoğun bakım ortamı ile ilişkili gastrointestinal sisteme ilişkin semptomlar ile karşı karşıya kalabilmektedir.^[7] Diyare, hazımsızlık, konstipasyon, karın ağrısı ve reflü gastrointestinal semptomların başlıcalarıdır. Bu semptomlardan biri olan ve fekal boşaltım sorunlarının başında yer alan konstipasyon, nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda özellikle kafa içi basıncı artma sendromu (KİBAS)'na yol açmakta bu kapsamda bireyin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmekte hatta ölüm riskine yol açabilmektedir.^[8, 9]

Konstipasyon

Konstipasyon genellikle dışkılama sıklığının azalmasına bağlı, seyrek ve zor dışkılama olarak tanımlanmaktadır.^[9-12] Konstipasyonun belirti ve bulguları; katı, şekilli dışkı ve/veya haftada üç kereden az dışkılama, abdominal ve rektal ağrı, bağırsak seslerinde azalma, rektal dolgunluk hissi, rektumda basınç hissi, dışkılama sırasında zorlanma ve ağrı, dolgunluk hissi, iştah kaybı, baş ağrısı, yorgunluk ve hemoroitir.^[10,12,13]

Uluslararası literatürde konstipasyonun toplumda görülme sıklığının %2-28 arasında olduğu belirtilmektedir.^[9,11,14] Ülkemizde konstipasyonun görülme oranı %29-40 arasında değişmektedir.^[15] Konstipasyon, kadınlarda erkeklere, siyah ırkta beyazlara, çocuklarda yetişkinlere, yaşlılarda gençlere göre daha sık oranda görülmektedir.^[14,16-21]

Konstipasyon; hareketsizlik, depresyon, düşük gelir ve eğitim düzeyi, ilaç kullanımı (Opiatlar [Morfin sülfat], Kodein bazı analjezi [Co-didamol, Ko-codamol], demir preparatları [Demir sülfat], Antikolinerjikler [Oksibutinin], Diüretikler [Furosemid], Antidepresanlar [Amitriptilin, Sitalopram], Antispazmodikler [Propantelin], Antihipertansifler [kaptopril], Antipsikotikler [Risperidon])^[22,23] diyet (rejim yapma, sıvı eksikliği, düşük lif oranı, anoreksiya), fiziksel ve cinsel istismar, pelvik kaslarda zayıflık ve sinir innervasyonunda eksikliğe bağlı hastalıklar (spinal kord lezyonları, spinal kord travması, spina bifida, demans), nörolojik hastalıklar (Multipl skleroz, Parkinson, sebreovasküler olay), gastrointestinal hastalıklar (irritabl bağırsak sendromu, apse, anal fissür, fistül, hemoroid, levator ani sendromu, megakolon, rektal prolapsus, volvulus) ve metabolik hızda azalma (obezite, feokromositoma, diabetik nöropati, hippituitarizm, üremi, hipotiroidizm, hiperparatiroidizm) nedeni ile gelişebilmektedir.^[21,23]

Konstipasyon bir hastalık değil, bireyden bireye farklı şekillerde yorumlanan subjektif bir semptomdur.^[23] Ancak konstipasyon, yaşamı tehdit edici bir durum olmamasına rağmen, yaşam kalitesini düşürmesi, sağlık bakımı maliyetini artırması ve diğer tıbbi sorunlarla birlikte sık görülebilmesi nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur.^[12]

Hastalık durumlarında özellikle YBÜ'de yatış sırasında ve sonrasında konstipasyon gelişme riski çok yüksektir. Bu nedenle konstipasyon ve semptomları, nöroşirürji YBÜ'de yatan hastalarda, üzerinde durulması gereken ve ölüm riski açısından hasta için hayati önem taşıyan bir sağlık sorunudur.

Konstipasyon, nöroşirürji yoğun bakım hastalarında gastrointestinal sisteme ilişkin önemli bir komplikasyondur.^[23,24] Konstipasyon, nöroşirürji YBÜ'de yatan hastalarda %15-%85 arasında değişen sıklıkta görülmektedir.^[11,12,24,25] Öte yandan nöroşirürji YBÜ'de beyin kanaması geçiren, beyin tümörü ameliyatı olan hastalarda kafa içi basınç artışına neden olabileceği için konstipasyonun önlenmesi oldukça önemlidir. Bu nedenle nöroşirürji kliniğinde yatan hastalarda konstipasyon tanılanmalıdır.^[26]

Nöroşirürji YBÜ'de yatan hastada konstipasyonun patofizyolojisi tam olarak anlaşılacakla birlikte çeşitli faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Sepsis ve şokta endotoksinlerin ve inflamatuvar mediatörlerin artışı gastrointestinal motilitenin bozulmasına neden olmaktadır. Hipotansiyon, hipoperfüzyon ve hipotansiyonu düzeltmek için kullanılan vazoaaktif ilaçların gastrointestinal sistem motilitesi üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Çoğu zaman hastalarda kullanılan opioid türevi ilaçlar, hareketsizlik, diüretiklere bağlı dehidratasyon, antikonvülzan, antidepresan, sedatiflerin kullanımı, lifli besinlerin eksikliği, bağımlı olma ve stres, bağırsak motilitelerini bozmaktadır.^[25,27]

Yoğun bakım hastasında konstipasyonu yönetmek için diğer yaşam aktivitelerine ek olarak özellikle beslenme ve boşaltım

aktivitesinin düzenlenmesi ve kontrol altına alınması gerekmektedir. Bu kapsamda hastanın beslenme ve boşaltım aktivitesinin tanılanarak enteral beslenmeye geçilmesi konusunda en kısa zamanda karar verilmesi gerekmektedir.^[9] Nassar ve arkadaşlarının^[28] yaptıkları çalışmaya göre erken dönemde enteral beslenmeye geçilmesi ile konstipasyon insidansının azalması arasında ilişki bulunmuştur. Deneysel ve klinik çalışmalar enteral beslenmenin gastrointestinal mukozaya ait yapıyı ve fonksiyonlarını daha iyi koruduğunu göstermiştir.^[28,29]

Yoğun bakım ortamında konstipasyon sık karşılaşılan bir sorun olmasına rağmen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda konstipasyon ile organ yetmezliği, hastanede kalış süresinin uzaması, mekanik ventilasyondan ayırmada yetersizlik/ başarısızlık arasında yakın bir ilişki bulunmuştur.^[9,30]

Konstipasyon sorunu, hemşire, hekim, fizyoterapist, eczacı, diyetisyen vb. ekip üyelerini içeren disiplinler arası bir yaklaşım ile çözümlenebilir. Bu sağlık ekibi içinde hemşireler, özellikle konstipasyon sorunu olan birey ile en fazla zaman geçiren sağlık ekibi üyesi olarak sorunun çözümünde etkin rol üstlenmektedir.^[31]

Konstipasyon Sorunu Olan Bireyin Hemşirelik Bakımı

Nöroşirürji YBÜ'de bireyin bakımının öncelikli amacı, sekonder yaralanma ve komplikasyonları önlemek, nörolojik kötüleşme ve komplikasyonların erken dönemde bakım ve tedavisini yapmak, böylece hastanın YBÜ'den en kısa sürede ayrılacak duruma getirilmesini sağlamaktır. Girişimsel işlemlerin yoğun olarak uygulandığı, morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olduğu nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde, konstipasyona yönelik hemşirelik bakımı oldukça önemlidir.^[6] Bu nedenle hemşireler, konstipasyona neden olan faktörlerin belirlenmesi ve etkili çözüm stratejilerinin geliştirilmesinde anahtar role sahiptir.^[26]

Nöroşirürji YBÜ'de hemşireler kalp, akciğer, böbrek gibi önemli organları desteklemekte, inotropi yönetmekte, elektrolitleri kontrol etmekte ve gerektiğinde yerine koymakta ve böbrek fonksiyonlarını devam ettirmektedir. Bu karmaşık hemşirelik girişimleri yanında basit bir vücut fonksiyonu olarak algılanan konstipasyon ve semptomlarına yönelik hemşirelik bakımı bazen göz ardı edilebilmektedir.^[9,32]

Konstipasyon tanısı olan hastaya özgü hemşirelik bakımını planlamak ve uygulamak, hemşirenin bağımsız rolleri arasında yer almaktadır. Bunun yanı sıra hemşire; hekim, diyetisyen, psikolog vb. diğer ekip üyeleri ile işbirliği içinde çalışarak bireyin normal bağırsak fonksiyonlarını sürdürmeyi ve sorun olduğunda bu fonksiyonları geri kazandırmayı amaçlamaktadır.^[23]

Nöroşirürji YBÜ'de yatan hastalarda veri toplama, hemşirelik tanısını belirleme, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşan ve bilimsel sorun çözümüleme yöntemi

olan hemşirelik süreci doğrultusunda hastalara bakımın verilmesi, hasta gereksinimlerinin karşılanması ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ile mümkün olan en kısa sürede yeni yaşamına dönmesine katkı sağlayacaktır.^[27]

1. Hemşirelik tanılması

Yoğun bakım ünitesindeki hastayı tanılama; veri toplama, verileri yorumlama ve düzenleme, verileri organize etme ve değerlendirme aktivitelerini içermektedir.^[1,27] Nöroşirürji hastasının tanılanması önemlidir ve kurumun benimsediği bir hemşirelik modeli/kuramı rehberliğinde hazırlanan ve boşaltım aktivitesinin de yer aldığı formlarla hasta kabulünde veri toplanmalıdır.^[33] Hemşirelik model/kuramları, hemşirelik sürecinin her aşamasında kullanılabilir özellikle olması ile birlikte, özellikle verilerin toplanması ve analizinde kullanılmakta, öte yandan hemşirelerin karar vermesine yardım etmektedir. Hemşirelik uygulamalarının sistemli ve bilimsel gerçekleştirilebilmesi için hemşirelik sürecinin bir model/kuram ile birlikte kullanılması önemlidir ve bu şekilde verilen bakım bireyin gereksinimlerini karşılamada yeterli olacaktır. Hemşirelik Sürecinin ilk aşaması olan tanılama aşamasında, uygun bir model kullanılmadan doğru ve eksiksiz veri toplanması mümkün değildir. Aynı şekilde bir model olmadan verilerin analizinin yapılması güçleşecek ve bunu izleyen hemşirelik sürecinin diğer aşamaları gerçekleşmeyecektir.^[24]

Konstipasyon tanılması; hastanın özgeçmişi ve hemşirelik öyküsünün alınmasını, abdominal bölgenin fizik muayenesi ve dışkı özelliklerinin incelenmesini, tanıya yardımcı radyolojik ve laboratuvar testlerinin değerlendirilmesini kapsamaktadır. Ayrıca konstipasyon ve konstipasyon riskini belirlemek üzere geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış ölçekler konstipasyon tanılanmasında sağlık ekibi üyeleri tarafından kullanılmaktadır. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği, Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği bu ölçeklerden bazılarıdır.^[10,12,21,34]

Hemşire, nöroşirürji ameliyatı sonrası yoğun bakıma alınan hastaları konstipasyon ve semptomları açısından takip etmelidir.^[9] Hemşire, konstipasyon ile ilişkili sorunları gidermeye çalışırken, konstipasyonu etkileyen faktörleri ve nedenlerini araştırmalıdır. Bu kapsamda hemşire; hastanın önceki bağırsak boşaltım alışkanlıklarını tanılamalı, bağırsak seslerini dinlemeli, distansiyon yönünden abdomeni palpe etmeli ve bazı tanılama araçlarını kullanarak tanılama yapmalıdır.^[31] Ayrıca hemşire hastayı sürekli izlemeli ve dışkı içeriğini, yoğunluğunu kayıt etmelidir. Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibi düzenli yapılarak yetersiz sıvı alımının dışkıyı sertleştirerek konstipasyona neden olabileceği unutulmamalıdır.^[35]

2. Hemşirelik tanısı

Hemşirelik sürecinin tüm aşamaları aynı öneme sahip olmasına karşın hemşirelik tanısı, ilk sınıflandırılan aşama ve hemşirelik sürecinde temel bir öge olması özelliği ile dikkate alınması

gerekli konulardan biri olmalıdır.^[27]

Yoğun bakım ünitesinde bulunan hastaya özgü veriler toplanarak gruplandırılır, yorumlanır ve “konstipasyon” hemşirelik tanısı konur. Bunun için NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association-International) sınıflama sisteminden yararlanılabilmektedir. Nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalara konstipasyon tanısı koyabilmek için aşağıda belirtilen tanımlayıcı özelliklerin birinin ya da bir kaçının var olması gerekmektedir.

Tanımlayıcı Özellikler:

- Sert/ katı ve şekilli gaita
- Defekasyonun haftada üç kezden daha az olması,
- Uzun sürede ve güç defekasyon,
- Bağırsak seslerinde azalma,
- Hastanın rektal dolgunluk hissini ifade etmesi,
- Defekasyon sırasında ağrı ve zorlanma,
- Fekal tıkaç (fekal impaction) palpasyonu,
- Yetersiz dışkılama hissi.^[36,37]

Öte yandan aşağıda sıralanan ilişkili faktörler sorunu çözmede dikkate alınması gereken bir öge olduğu için bireye özgü bakım planı yazılırken mutlaka hemşirelik tanısında belirtilmelidir.

İlişkili Faktörler:

- Sepsis ile ilişkili gastrointestinal hareketlerde azalma,
- Spinal kord lezyonları, spinal kord travması, spinal bifida, demans, serebrovasküler olay, inme,
- Nörolojik hastalıklar (multiple sklerozis, parkinson hastalığı), obezite, diyabetik nöropati, üremi, hipotroidizm, hiperparatiroidizm,
- Bağırsak miyopatisi nedeniyle primer/ birincil motor fonksiyon bozuklukları,
- Yaralanma veya sedasyona bağlı hareketsizlik ve yaşam tarzında değişim,
- Düşük kalori alımı,
- Kullanılan ilaçlar (antidepresanlar, antiepileptikler, antihistaminikler, antiparkinson ilaçlar, antipsikotik, antispazmatikler, kalsiyum kanal blokerleri, diüretikler, semptomimetikler, trisiklik antidepresanlar),
- Beslenme alışkanlığı ve şeklinde değişim,
- Sıvı ve lif eksikliği,
- Dışkı içeriği ve yoğunluğu,
- Çoklu vajinal doğum ve kronik zorlanma,
- Uygun tuvalet olanaklarına/ koşullarına erişememe/ sahip olamama,
- Sürgü kullanımı,
- Bilinci kapalı hastaların defekasyon gereksinimini

hissedememesi veya bu gereksinimi ifade edememesi.^[9]

Nöroşirürji YBÜ’de yatan hastalar, tüm yaşam aktivitelerinde bağımlı/ yarı bağımlı olduklarından konstipasyon hemşirelik tanısına ek olarak birçok hemşirelik tanısı (akut ağrı, anksiyete, rahatta/ konforda değişim, uyku örüntüsünde rahatsızlık, vb.) konulabilmektedir.

3. Sonuç belirleme/hedef

Veri toplama ve hemşirelik tanılarının formüle edilmesi hemşirelik sürecinin sonuç belirleme/hedef aşamasını başlatmaktadır. Bu aşamada hasta merkezli amaçlar oluşturulur ve hemşirenin karar verme ve sorun çözme yeteneğini kullanması oldukça önemlidir. Sonuç belirleme bakımın bireye özgü olmasını, sağlık bakımına gereksinimi olan bireyin bakıma katılımını ve bakımın gerçekçi ve ölçülebilir olarak planlanmasını sağlamaktadır. Sonuç belirleme/hedef aşamasında “önceliklerin belirlenmesi”, “kısa/uzun vadeli beklenen sonuçların belirlenmesi” etkinlikleri gerçekleştirilir.^[27]

Yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavisi devam eden hastanın, yaşam aktiviteleri ile ilişkili olarak belirlenen hemşirelik sorunlarını gidermede aşağıdaki hedefler doğrultusunda planlama yapılmalıdır. Ayrıca tanılama verilerine dayanarak oluşturulan hemşirelik tanıları ve girişimlerinde bireye özgü değişimler göz önüne alınmalıdır.^[33,38] Bu hedefler;

- Hastanın ameliyat sonrası dönemde, bağırsak boşaltımını gerçekleştirmesini sağlamak,
- Hastanın normal sıklıkta ve kıvamda defekasyon yapabildiğini sağlamak,
- Hastanın yeterli sıvı alımını sağlamak,
- Hastanın konstipasyon ve semptomlarını gidermek,
- Hastanın laksatif/ lavman ya da supozitüvara gereksinimini azaltmak,
- Hastanın abdominal kaslarını güçlendirecek egzersizleri düzenli yapabildiğini sağlamak,
- Hastanın tolere edebildiği yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebilmesine yardımcı olmaktır.

4. Planlama

Planlama aşamasında konstipasyon hemşirelik tanısına yönelik girişimlere karar verilmektedir. Hastaya uygun hemşirelik girişimlerinin seçiminde, sorunun etiyojisi ve beklenen sonuç dikkate alınmalıdır. Sağlık bakımına gereksinimi olan yoğun bakım hastasının bakım aktivitelerini yönetmek, bakımın sürekliliğini sağlamak, gereksinimlerini düzenlemek ve odaklanmak, özel aktivitelerin gerçekleştirilmesini sağlamak hemşirelik girişimlerinin planlanması aşamasının amaçlarıdır.^[27]

Hemşirelik Girişimleri:

- Konstipasyona neden olan risk faktörleri değerlendirilir.

- Hastanın normal bağırsak boşaltımı alışkanlığı değerlendirilir.
- Bağırsak sesleri dinlenir.
- Kilo ve boyuna göre sıvı alımı artırılır.
- Diyetisyenle işbirliği içinde beslenme programı hazırlanır.
- Lifli gıdalar alması sağlanır.
- Sakıncası yoksa sıvı alımı konusunda hasta cesaretlendirilir.
- Kullanılan ilaçların gastrointestinal sisteme yan etkileri değerlendirilir.
- Hastanın bağırsak boşaltımı için düzenli bir zaman (her gün aynı saat) ayırması konusunda bilgi verilir.
- Hastanın defekasyon sırasında yatak içinde uygun pozisyonu (semi-fowler) almasına yardım edilir.
- Abdominal bölgeye masaj yapılır.
- Bilinci açık ise, hastaya normal boşaltım süreci hakkında bilgi verilir.
- Hasta vagal stimülasyon (baş dönmesi, nabızda yavaşlama) yönünden izlenir.
- Lavman ve hacim genişletici olmayan laksatifleri sık kullanmanın tehlikeleri açıklanır.
- Yatak içinde sakıncası yok ise hastanın düzenli egzersiz yapması sağlanır.
- Boşaltım sonrası perine temizliğine özen gösterilir.^[36,39,40]
- Bilinci kapalı/oral alımı olmayan hastalarda enteral beslenmeye geçilmesi konusunda hekimle iş birliği yapılır.^[9,28,29]
- Bilinci açık ise hastaya konstipasyon gelişiminin kendisi için ilave sağlık sorunlarına neden olabileceği açıklanır ve bunu önlemeye yönelik yapılacak uygulamalarda hemşire ile işbirliği yapması gerektiği belirtilir.^[27]

5. Uygulama

Uygulama aşaması, bakım planında belirlenen amaçlara ulaşabilmek için bakım planının uygulamaya konmasıdır. Uygulamaya geçmeden önce hastanın yeniden değerlendirilmesi, hastanın durumunda veya hemşirelik tanısında değişiklikler olduysa hemşirelik girişimlerinde değişiklikler yapılması gerekmektedir. Öncelikler belirlendikten sonra planlanan hemşirelik girişimleri uygulanmaktadır.^[27,33]

Uygulama aşamasında hasta, uygulanacak girişimler ile ilgili bilgilendirilerek gerekli izin alınmalı, hedefler ve planlanan girişimler gözden geçirilmeli, hastanın gizliliğine özen gösterilmeli, uygulama yöntemleri gözden geçirilmeli, öncelikler belirlenmeli, farmakolojik (laksatifler, lavmanlar, suppozituarlar ve cerrahi girişim) ve nonfarmakolojik (egzersiz, sıvı alımını artırma, lifli beslenme/lif alımını artırma, abdominal masaj, biofeedback, akupunktur, refleksoloji) yöntemlerden planlanan girişimler uygulanmalı ve hastanın uygulamaya verdiği yanıtlar değerlendirilmeli ve kayıt edilmelidir.^[21,27,41]

6. Değerlendirme

Değerlendirme hem bir son hem de bir başlangıçtır.^[27] Değerlendirme, hastanın durumundaki değişikliklerin, gelişmelerin ve komplikasyonların belirlenebilmesine yardımcı olmaktadır. Nöroşürji yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda yaşam tehdidi söz konusu olduğu için değerlendirmenin oldukça sık aralarla tekrarlanması gerekmektedir.^[33] Değerlendirme, beklenen sonuç/hedeflere göre gerçekleştirilmektedir. Değerlendirmede hem belirlenen sorunlar hem de gelişebilecek riskler dikkate alınmalıdır. Planlanan girişimlerin uygulanması sonucunda belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilmektedir. Gerekirse değişen gereksinimleri belirlemek üzere odaklanmış tanılama ile süreç tekrarlanmalıdır.^[27]

Sonuç

Nöroşürji YBÜ'ye bakım ve tedavi amacı ile kabul edilen hastanın taburculuğuna dek geçen sürede konstipasyona yönelik risk faktörlerinin belirlenmesi, bireye özgü hemşirelik bakımının uygulanması ve uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda;

- Bir hemşirelik modelinin kullanılarak hemşirelik süreci doğrultusunda bakım verilmesi,
- Özellikle tanılama aşamasında hemşirelerde konstipasyon sorununa yönelik farkındalık oluşturulması,
- Hemşirelere konstipasyonun tedavisinde nonfarmakolojik yöntemler (örn: abdominal masaj) konusunda bilgi verilmesi ve bu konuda hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Nöroşürji YBÜ'de yatan hastanın tüm boyutlarının tanınması, bu amaç ile hasta tanılama formlarının kullanılması veya oluşturulması,
- Nöroşürji YBÜ'de çalışan hemşirelerin konstipasyon ve hemşirelik bakımı ile ilişkili yayınları izlemeleri ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yapmaları önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi* 2011; 1:21-25. <http://dx.doi.org/10.5152/dbybd.2011.05>.
2. Akan M, Küçükebe B, Okuyucu R. Yoğun bakıma kabul ve taburcu etme kriterleri. <http://slideplayer.biz.tr/slide/3205757> (Erişim Tarihi: 17/02/2017).
3. Leary T.S, Ridley, S.A. Organization, staffing and admission criteria for critical care in the UK. *Surgery*, 2004; 22(1): 76-82. <http://dx.doi.org/10.1383/surg.22.4.76.33487>.
4. Türedi D. Yoğun bakım hastalarının akut fizyolojik durum değişikliklerinin hasta yakınlarının psikolojileri üzerine etkileri. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi: Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Ankara: 2011.
5. Taşbakan MI, Sipahi OR, Pullukçu H, Aydemir Ş, Tünger A, Yurtseven T, Büke Ç. Nöroşürji yoğun bakım ünitesinde görülen hastane enfeksiyonlarının değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2006; 45(2):127-130.
6. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimleri. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim* 2011;

- 9(1):34-45. <http://dx.doi.org/10.5152/dcbybd.2015.955>.
7. Fennessy GJ, Warrillow SJ. Gastrointestinal problems in intensive care. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine* 2012; 13(4):152-156. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpaic.2012.01.004>.
 8. İlçe A, Totur B, Özbayır T. Beyin tümörlü hastaların uluslararası NANDA hemşirelik tanılarına göre değerlendirilmesi: Bakım önerileri. *J Neurol Sci (Turk)* 2011; 27: 178-184.
 9. Mostafa SM, Bhandari S, Ritchie G, Gratton N, Wenstone R. Constipation and its implications in the critically ill patient. *Br. J. Anaesth.* 2003; 91(6):815-819.
 10. Kaya H. Bağırsak boşaltımı. In: Aştı TA, Karadağ A. editör. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012. p.941-969.
 11. McCrea GL, Miaskowski C, Stotts NA, Macera L, Paul SM, Varma MG. Gender differences in self-reported constipation characteristics, symptoms and bowel and dietary habits among patients attending a specialty clinic for constipation. *Gender Medicine* 2009; 6(1): 259-270. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genm.2009.04.007>.
 12. Turan N, Kaya N, Kaya H, Öztürk A, Eskimez Z, Yalçın N. Hemşirelik öğrencilerinin bazı değişkenler açısından konstipasyon sorunları. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2011; 19(3):168-178.
 13. Marples G. Diagnosis and management of slow transit constipation in adults. *Nursing Standard* 2011; 26(8):41-48.
 14. Rigby D, Powell M. Causes of constipation and treatment options. *Primary Health Care* 2005; 15(2):41-50. <http://dx.doi.org/10.7748/phc2005.03.15.2.41.c539>.
 15. Dedeli Ö, Turan İ, Fadiloğlu Ç, Bor S. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *MN Dahili Tıp Bilimleri* 2007; 2(1-2):36-43.
 16. Frank L, Flynn J, Rothman M. Use of a Self-Report Constipation Questionnaire with older adults in long-term care. *The Gerontologist* 2001; 41(6):778-786.
 17. Ünal N, Turan İ, Özküttük N, Bor S. Konstipasyon: Mitler ve doğmalar sanatı. *Sendrom* 2008; 20(Özel Ek 6):93-102.
 18. Satish SC. Constipation: Evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders. *gastrointestinal endoscopy clinics. North America* 2009; 19(1):117-139. <http://dx.doi.org/10.1016/j.giec.2008.12.006>.
 19. Türkay C, Aydoğdu T, Özden A. Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji* 2005; 9(1):48-52.
 20. Yönt GH, Türk G, Khorshid L, Eşer İ. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde konstipasyon tanısının değerlendirilmesi. *İ.Ü. F.N. Hem. Derg* 2011; 19(2):83-88.
 21. Turan N, Aştı TA. The effect of abdominal massage on constipation and quality of life. *Gastroenterology Nursing* 2016; 39(1):48-59. <http://dx.doi.org/10.1097/SGA.0000000000000202>.
 22. İlce A. Fecal incontinence. In: Catto-Smith G. Editor. *Fecal incontinence-causes, management and outcome.* InTech Publish; 2014. p.1-16.
 23. Bolat E. Konstipasyonlu hastaya yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji* 2006; 10(1):116-9.
 24. Kaya N, Roper, Logan, Tierney'in Hemşirelik Modeli. In: Babadağ K, Aştı TA. editör. *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012. p.1-7.
 25. Korfalı S. Yoğun bakımda diyare konstipasyon. *J Turk Soc Intens Care* 2008; 6(2):51-55.
 26. Kaya H, Kaya N, Turan N, Şirin K, Güloğlu S. Identifying constipation risk in neurosurgery patients. *Pielegniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2013; 2(3): 96-103.
 27. Kaya N. Hemşirelik süreci. In: Durna Z. editör. *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2013.p.45-78.
 28. Nassar AP, Silva FMQ. Constipation in intensive care unit: Incidence and risk factors. *Journal of Critical Care* 2009; 24(4):9-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrr.2009.03.007>.
 29. Martindale RG, Maerz LL. Management of perioperative nutrition support. *Curr Opin Crit Care Med* 2006; 12(4):290-294.
 30. Van Der Spoel JI, Schultz MJ, Van Der Voort PHJ. Influence of severity of illness, medication and selective tract decontamination. *Intensive Care Med* 2006; 32(6):875-880. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-006-0175-9>
 31. Ling J. Constipation, patients and lifestyles. *European Journal of Pain* 1999; 3(Suppl.A):17-22. [http://dx.doi.org/10.1016/S1090-3801\(99\)90171-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1090-3801(99)90171-4).
 32. Ritchie G. Preventing constipation in critically ill patients. *Nursing Times* 2008; 104(46):42-44.
 33. Kaya H. Yoğun bakım ünitesinde yatan spinal kord yaralanmalı hastaların hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2004; 8(1):32-37.
 34. Korkmaz M, Yüksel F, Ünlülacık M, Ünlüoğlu İ. Kabızlık yakınması olan hastanın birinci basamakta yönetimi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2011; 3(1):35-41.
 35. Ralph SS, Taylor CM. *Nursing diagnosis pocket guide.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p.72-73.
 36. Erdemir F. *Hemşirelik tanıları el kitabı.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.p.221-227.
 37. Kaya H. Bağırsak boşaltımı ve gastrik entübasyon. In: Aştı TA, Karadağ A. editör. *Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri.* Adana: Nobel Kitabevi; 2011.p.1116-1145.
 38. Kaya N. Yoğun bakım ünitesinde hastanın taburcu edilmesinin planlanması ve uygulanması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2003; 7(2):109-115.
 39. Bulechek GM, Butcher HK, Docterman JM. *Nursing interventions classification (NIC).* 5th ed. St. Louis: Mosby Company; 2008. p.234.
 40. Carpenito L J. *Handbook of nursing diagnosis.* 13th. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.p.104-111.
 41. Turan N, Aştı T A. Konstipasyon yönetiminde abdominal masajın önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 18 (2):148-154. <http://dx.doi.org/10.17049/ahsbd.70117>.