

# Evde Mekanik Ventilatör ile İzlenecek Bebek ve Bakım Vericisinin Taburculuğa Hazırlanması Sürecine Hemşirelik Bakımının Etkisi: Olgu Sunumu\*

## The Effects of Nursing Care to Preparation Process for Discharge of Mechanical Ventilator Dependent -Infant and his Caregiver: Case Study\*

NURAN AYDIN\*\*

Geliş Tarihi: 23.06.2010, Kabul Tarihi: 17.10.2010

### ÖZET

Bakım teknolojisindeki gelişmeler evde mekanik ventilatörle izlenen çocukların sayısını artırmaktadır. Bu çocukların ve ebeveynlerinin sağlık bakım kurumları dışında yaşamlarını kaliteli bir şekilde sürdürebilmeleri hastanede başlayan, evde devam edilmesi gereken bir dizi destek sisteminin olmasına bağlıdır. Bu makalede, evde mekanik ventilatör ile izlemine karar verilen bebek ve bakım vericisine hemşirelik tanıları rehberliğinde uygulanan taburculuk hizmetleri ile ilgili deneyimlerimiz paylaşılacaktır. Taburculuk ile ilgili girişimler iki aşamalı olarak planlanmış ve uygulanmıştır. Birinci aşama, veri toplama ve ailenin özellikle de bakım vericinin durumu anlama ve kabullenme süreçlerini içermektedir. İkinci aşama, çocuğun evde anne tarafından ventilatörle izlenebilmesi için gerekli bilgi ve becerinin kazandırılmasının hedeflendiği bakım vericinin bakımı yönetmeyi öğrenme aşamasıdır. Bu olguda, kronik hastalığı olan çocuklara ve bakım vericilerine planlı hemşirelik bakımı verilmesinin ve kaydının, bakım süreçlerinin planlanması, sürdürülmesi, değerlendirilmesini ve bakım alanların sürece uyumlarını kolaylaştırdığı deneyimlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Bakım verici; bebek; hemşirelik tanıları; mekanik ventilatör; taburculuk.

### ABSTRACT

Home care technology innovations increased the number of children followed with the mechanical ventilator at home. Enhancing the quality of life for these children and their parents without any health care institutions depend on including sustainable support system which starts at hospital and continues at home. In this essay, we will share our experiences related to mechanical ventilator dependent-infant starting from birth and his caregiver discharge plans with the guidance of nursing diagnoses. Discharge process was planned and implemented in two phases. In the first phase, data collection and parents', especially caregiver, understanding and acceptance the outcomes of process was followed. In this process, some interviews were conducted with mother, father and grandmother with the aim of data collection and knowledge-sharing. The second phase is care management of caregiver with the aim of gaining the necessary knowledge and skills by mother's watching infant with ventilator. In this essay, it was being experimented that nursing care plan and record keeping to mechanical ventilator dependent-infant and his caregivers facilitation of planning, maintenance, continuity, evaluation of care processes; and it is observed that patients adaptation to processes are facilitated.

**Key words:** Caregiver; infant; nursing diagnoses; mechanical ventilator; discharge.

\* 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi'nde, "Evde Mekanik Ventilatör ile İzlenecek Bebek ve Bakım Vericisinin Taburculuğa Hazırlanması, Olgu Sunumu" adı ile poster bildiri olarak sunulmuştur (20-23 Nisan 2008, İstanbul).

\*\* N Aydın, Dr  
Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Okutman  
Güzelbahçe Sk. No: 20, 34365 Nişantaşı/İstanbul  
Tel.: 0 212 311 36 25 Faks: 0 212 311 26 02  
e-posta: naydin@ku.edu.tr

**S**ağlık bakım teknolojisindeki hızlı değişim ve gelişim kronik hastalığı olan bireylerin evde bakılmalarına olanak sağlamaktadır. Yaşamlarını karmaşık teknolojik aletler ve / veya medikal girişimlerin desteği ile sürdürmek zorunda olan çocukların sayısı artmaktadır. Sağlık durumları stabilleşmiş, ancak hala mekanik aletlere ve bakıma gereksinim duyan çocukların bakımlarının evde sürdürülmesinin daha ekonomik olması, bu çocukların ve ailelerinin evde bakıma yönlendirilmelerine neden olmaktadır.<sup>[1,2]</sup>

Birçok çalışmada, kronik hastalığı olan ve teknolojiye bağımlı olarak yaşamını sürdüren çocuklar evde bakıldığında psikososyal ve gelişimsel sonuçların pozitif yönde arttığı, bakım maliyetlerinin düştüğü belirtilmektedir.<sup>[3-5]</sup> Uzun dönem ventilatör yardımı alan çocukların evde bakım avantajları olmasına karşın ailenin bilgi eksikliği, bakımın getireceği kısıtlılıklar, baş edememe kaygısı, finansal sorunlar, ev koşullarının uygun olmaması, yeterli sağlık bakım desteğinin olmaması, sosyal sorunlar gibi birçok faktör çocukların taburcu edilmesini geciktirmekte ya da güçleştirmektedir.<sup>[1,5-7]</sup>

Evde ventilatör ile izlemine karar verilen çocuğun taburcu edilebilmesi için bazı kriterlerin sağlanması gerekmektedir. En önemli kriter ailenin çocuğun bakımını evde sürdürmeye gönüllü, istekli ve hazır olmasıdır. Ailenin çocuğun bakımına dahil olması ve bu durumun özel yaşamına etkileriyle baş edebileceğine dair gelişmeler göstermesi gerekmektedir. Araştırmalar, başarılı bir taburculuk hizmetinin ailenin bakıma katılımını ve etkinliğini arttırdığını, bununla birlikte maliyetleri düşürdüğünü göstermektedir.<sup>[2]</sup> Çocukların ve ebeveynlerinin sağlık bakım kurumları dışında yaşamlarını kaliteli bir şekilde sürdürebilmeleri hastanede başlayan ve evde sürdürülebilen, ailenin ve sağlık profesyonellerinin tam katılımıyla yürütülen taburculuk ve izlem programları ile mümkündür.<sup>[5,8-11]</sup>

Bu yazıda, evde mekanik ventilatörle izlemine karar verilen bir bebeğin ve bakım vericisinin taburculuk hazırlığına ilişkin planlı hemşirelik bakımı ile ilgili deneyimlerin paylaşılması amaçlanmıştır.

## Olgu Sunumu

Bebek N.Y., 19 yaşındaki bir annenin ilk gebeliğinden 38 haftalık, 2580 gram ağırlığında doğmuştur; siyanoz gelişmesi üzerine entübe edilip ventilatöre bağlanmıştır. Bebek N.Y., 10 günlükken "Konjenital Santral Hipoventilyasyon" tanısı almış ve trakeostomi açılarak ev ventilatöründe izlenmeye başlamıştır. Bebek N.Y.'ye, bir aylıkken sürekli batında distansiyon ve defekasyonda gecikme bulguları nedeniyle yapılan tetkikler sonrası Hirschprung\* tanısı konmuş ve kolostomi açılmıştır. Nazodüedonal sonda (ND) ile beslenmeye başlayan bebek N.Y. 32 günlükken çocuk yoğun bakım ünitesine devredilmiştir. Bu tarihten itibaren bebeğin annesi bakım verici olarak sürekli yanında kalmıştır.

Çocuk yoğun bakım ünitesinde 58 gün izlenen bebek N.Y. ve ailesine üniteye kabulden başlayarak taburculuğa yönelik hemşirelik girişimleri iki aşamalı olarak planlanmış ve uygulanmıştır. Birinci aşama, veri toplama ve ailenin özellikle de bakım vericinin durumu anlama ve kabullenme süreçlerini içermektedir. Bu süreçte anne, baba ve babaanne ile veri toplama ve paylaşım görüşmeleri yapılmıştır. Bu amaçla, çocuk ve bakım

vericiye ait bilgileri toplamak ve sürekli kayıt etmek için veri toplama formu hazırlanmıştır.

**Hirschprung Hastalığı:** Embriyojik gelişim sırasında nöral krest hücre migrasyon defektine bağlı olarak kolon mukozasında ve muskuler tabakada ganglion hücrelerinin olmaması ve buna bağlı motilite yokluğu ve distansiyon olması ile karakterizedir.<sup>[12]</sup>

İkinci aşama, bebeğin evde bakım verici (annesi) tarafından ventilatörle izlenebilmesi için gerekli bilgi ve becerinin kazandırılmasının hedeflendiği, bakım vericinin bakımı yönetmeyi öğrenme aşamasıdır. Bu süreçte, Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnoses Association=NANDA) tarafından hazırlanan hemşirelik tanıları rehber alınarak bebek ve bakım vericiye yönelik tanıları konulmuş ve bu tanıları doğrultusunda beklenen hemşirelik sonuçları, hemşirelik girişimleri ve değerlendirmelerini içeren bir sorun çözme formu hazırlanmıştır.

Taburculuk hazırlığı sürecinde bebek ve bakım verici için aşağıdaki hemşirelik tanıları kullanılmıştır:

**Bakım verici için konulan hemşirelik tanıları;** "Anksiyete, Korku, Bakım Verici Rolünde Zorlanma, Uyku Örtütüsünde Bozulma, Beslenmede Bozulma, Ağrı, Aile İçi Süreçlerde Değişim, Güçsüzlük, Sosyal Etkileşimde Bozulma, Bilgi Eksikliği" gibi hemşirelik tanıları kullanılmıştır.

**Bebek için kullanılan hemşirelik tanıları;** "Büyüme Gelişimde Gecikme, Diyare, Oral Müköz Membranda Bozulma, Enfeksiyon, Hipertermi, Etkisiz Hava Yolu Açıklığı, Deri Bütünlüğünde Bozulma, Aspirasyon Riski" gibi hemşirelik tanıları kullanılmıştır.

Her bir tanı tanımlayıcı kriterler, beklenen sonuçlar, hemşirelik girişimleri ve değerlendirme basamaklarında ele alınmıştır. Her bir tanıda, tanıya yönelik ilişkili faktörler, tanımlayıcı kriterler, beklenen sonuçlar, uygulama ve değerlendirmeyi içeren sorun çözme formları kullanılmıştır. Bu vakada toplam 18 farklı hemşirelik tanısı kullanılmış olup bu tanıları örnek olarak "Bilgi Eksikliği" tanısı Tablo 1'de özetlenmiştir.

## Uygulamanın Değerlendirilmesi

Bebeğin ev ventilatörü ile uyumlandırma sürecindeki hemşirelik bakımı 58 gün devam etmiştir. Taburculuğa hazırlama amacıyla uygulanan planlı bakım beklenen sonuçlara ulaşma kriterleri bebek ve bakım verici açısından değerlendirilmiştir.

### Bakım vericiye yönelik hemşirelik bakımının değerlendirilmesi

Taburculuk eğitimi sürecinde bebeğin temel bakım vericisi anne olmuştur. Anneye destek olarak baba zaman zaman bebeğin bakımında rol almıştır.

Bakım verici evde mekanik ventilatörle izleyeceği bebeğinin gereksinim duyduğu / duyacağı konularda bilgi ve beceriye sahip olduğunu göstermiştir. Bebeğin özbakım gereksinimlerini karşılama, cilt bütünlüğünü sürdürme, yatak içi egzersizleri uygulama, beslenmeyi sürdürme konularında sorun yaşamamıştır.

**Tablo 1:** Bilgi Eksikliği (özetlenmiş örnek tanı)

İlişkili Faktörler	Beklenen Sonuçlar	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
<p><b>Bakım vericinin aşağıdaki durumlar ile ilk kez karşılaşılıyor/ tecrübe ediyor olması, mekanik aletleri ilk kez kullanmak durumunda kalması, işlemleri ilk kez yapmak durumunda olması nedenleriyle bilgi eksikliği</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hastanede bakım verici olmak,</li> <li>- Yoğun bakımda olmak,</li> <li>- Bebeğin özbakım gereksinimlerinin yatakta karşılanması,</li> <li>- Ev tipi mekanik ventilatör parametrelerini öğrenme,</li> <li>- Manuel ventilasyon (ambu) kullanımı,</li> <li>- Pulse oksimetre kullanımı</li> <li>- Aspirasyon / aspiratör kullanımı,</li> <li>- Trakeostomi bakımı,</li> <li>- Göğüs fizyoterapisi,</li> <li>- Pasif ROM egzersizleri,</li> <li>- Enteral beslenme</li> <li>- Ağrı yönetimi,</li> <li>- Yara bakımı,</li> <li>- Enfeksiyondan koruma ve korunma,</li> <li>- Acil durumlarda yapılacaklar,</li> <li>- Sosyal destek kaynaklarına ulaşma,</li> <li>- Finansal destek kaynaklarına ulaşma</li> </ul>	<p>Bakım verici aşağıdaki işlemlere ilişkin bilgileri sorulduğunda söyleyebilecek, teknik becerileri gerçekleştirebilecek:</p> <p><b>Trakeostomi bakımı ile ilgili;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trakeostomi tüpünü değiştirebilecek Trakeostomi tüpü ile ilgili oluşabilecek anormal durumları tanımlayabilecek</li> <li>• Cilt ve stoma değerlendirmesi ve bakımını yapabilecek</li> </ul> <p><b>Mekanik ventilatör ile ilgili;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mekanik ventilatör bağlantılarını, güç kaynaklarını tanımlayabilecek</li> <li>• Alarmların ne ifade ettiğini tanımlayabilecek</li> <li>• Mekanik ventilatör bağlantılarının değişim ve bakımını yapabilecek</li> </ul> <p><b>Manuel ventilasyon ile ilgili;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambu ile oksijen verme kriterlerini tanımlayabilecek</li> <li>• Ambuyu kullanabilecek</li> <li>• Oksijen tüpünü kullanabilecek</li> <li>• Oksijen tüpünün saklama koşullarını tanımlayabilecek</li> <li>• Oksijen tedavisinin etkin olduğunu gösteren kriterleri tanımlayabilecek</li> <li>• Pulse oksimetreyi kullanabilecek</li> </ul> <p><b>Aspiratör /Aspirasyon ile ilgili;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiratör aletini kullanabilecek</li> <li>• Aspiratör aletinin temizliği ve güvenliği ile ilgili kriterleri tanımlayabilecek</li> <li>• Aspirasyon gereksinimini gösteren bulguları tanımlayabilecek</li> <li>• Aspirasyonu doğru teknikle yapabilecek</li> </ul> <p><b>Acil durumlar yönetimi ile ilgili;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acil durumlara ilişkin kriterleri tanımlayabilecek</li> <li>• Acil durum çantasını hazır bulundurma ve kontrol etmeyi gösterebilecek</li> <li>• Acil durumlarda neler yapabileceğini gösterecek</li> </ul> <p><b>Enteral beslenme ile ilgili;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Makinenin ve bağlantılarının kullanımını gösterebilecek</li> <li>• Beslenme ürününün hazırlanışı ve kullanımı kriterlerini tanımlayabilecek/ gösterebilecek</li> </ul> <p><b>Bakım vericinin olası enfeksiyon kaynaklarını/ koruma/ korunma yöntemlerini tanımlayabilecek</b></p> <p><i>Bakım verici aşağıdaki konularda bilgilendiğini/ gereksinimi olduğunda nelerle/ kimlere başvuracağını bildiğini ifade edebilecek;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finansal kaynaklar</li> <li>• Eğitime ilişkin kaynaklar</li> <li>• Sosyal kaynaklar</li> <li>• Eve transport olanakları</li> <li>• Tedavi ve prosedürler</li> <li>• Kontrol zamanları</li> <li>• Hastane kaynaklarına ulaşım durumları/ koşulları</li> <li>• Acil durumlarda başvurabileceği kaynaklar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bakım vericiye aşağıdaki mekanik donanımın kullanımı ile ilgili yazılı, resimli, göstererek ve uygulatarak bilgi verildi. Olası acil durum senaryoları eşliğinde uygulama yapıldı.</li> <li>• Mekanik ventilatör ve bağlantıları</li> <li>• Aspiratör ve bağlantıları</li> <li>• Pulse oksimetre ve bağlantıları</li> <li>• Oksijen kaynağı ve bağlantıları</li> <li>• Jeneratör</li> <li>• Acil çanta ve içeriği</li> <li>• Enteral beslenme makinesi ve bağlantıları</li> <li>• Ayrıca bu konularla ilgili hazırlanmış yazılı materyal verildi.</li> <li>• Bakım vericiye bakım becerisi ile ilgili eğitim uygulamalı olarak verildi. Yazılı materyal verildi.</li> <li>• Trakeostomi tüp değişimi ve bakımı</li> <li>• Ambu kullanımı</li> <li>• Aspirasyon uygulama ilkeleri</li> <li>• Enteral besin hazırlama ve uygulama ilkeleri</li> <li>• Yara ve cilt bakım ilkeleri ile ilgili eğitim planlandı, uygulandı, bakım verici her bir uygulamayı eksiksiz tamamlayıncaya kadar eğitime devam edildi.</li> <li>• Bakım vericiye oluşabilecek problemler (mekanik ventilatör alarmları, vb) ve acil durumlarda (hastanın aspire etmesi, siyanoz gelişmesi, vb) ile ilgili uygulamalı eğitim verildi, her bir uygulama bakım verici tarafından eksiksiz yapıncaya kadar eğitime devam edildi. Yazılı materyal verildi.</li> <li>• Ev koşullarının düzenlenmesi ile ilgili bilgi verildi. Evin bir odası çocuk için düzenlendi. Eve jeneratör alındı. Yedek ventilatör için kaynak araştırması yapıldı. Ancak ulaşılmadı.</li> <li>• Hastanın hastaneden eve transportuna ilişkin ailenin ekonomik düzeyine uygun kaynak için araştırma yapıldı, aileye öneriler verildi (transport ücretini ailenin sağlık güvencesi karşılamadığından).</li> <li>• Acil durumlarda ya da danışmanlık için aranabilecek hekim, hemşire, acil servis, ambulans numaraları verildi.</li> <li>• Bakım vericiye profesyonel destek alabileceği evde bakım hizmeti veren kurumların adresleri verildi.</li> <li>• Bakım vericiye enfeksiyon kaynakları, belirti bulguları, koruma ve korunma yolları ile ilgili bilgi verildi.</li> <li>• Çocuğun bakımı ve aileye destek sağlayabilecek sosyal ve resmi kaynaklar ile ilgili bilgi verildi.</li> <li>• Kontrol zamanları ve hastane kaynaklarına ulaşım hakkında bilgi verildi.</li> </ul>	<p>58 günlük taburculuk hazırlığı sonrasında bakım vericinin;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mekanik aletlerin kullanımı ile ilgili sorulara kolaylıkla doğru ve yeterli yanıt verebildiği,</li> <li>• Mekanik aletlerin kullanımını kolaylıkla ve doğru yapıyor olduğu,</li> <li>• Evdeki uygulamaya yönelik hazırlanan kontrol listelerini kolaylıkla, doğru ve yeterli doldurabildiği,</li> <li>• Gereksinim duyduğu / duyabileceği konularda yardım alabileceği kişi ve kuruluşları söyleyebildiği sonucuna varıldı.</li> </ul>

Ev ventilatörünü, aspirasyon cihazını, pulse oksimetreyi kolaylıkla kullanabildiği, acil durumlarda gereksinim duyacağı ambu kullanımı gibi uygulamaları gerçekleştirebildiği görülmüştür. Taburculuk eğitimi sonunda bakım vericinin yaptığı uygulamaları evde bakım izlem formlarına kolaylıkla, doğru ve yeterli şekilde kaydedebildiği belirlenmiştir.

Bu olguda annenin primer bakım verici olarak ailenin en kolay uyum sağlayan ve rol üstlenen üyesi olduğu görülmüştür. Babanın bebeğin bakım gereksinimlerini tamamen anneye bıraktığı, ekonomik katkı dışında görev ve sorumluluk almakta zorlandığı, bebek ile iletişim kurmakta ve anne ile zaman geçirmekte isteksiz davrandığı gözlemlenmiştir. Anne, babanın eskisine göre kendisine soğuk davrandığını ve bebetten uzak durmaya çalıştığını ifade etmiştir. Bebeğin doğumu ile "Aile İçi Süreçlerde Başlayan Değişiklik" tanısında çözüm için grup ebeveynler ile birlikte ve ayrı ayrı görüşülmüş, ancak babanın davranışlarında değişiklik gözlemlenmemiştir. Baba çok az sayıda ve kısıtlı zamanlarda çocuğun bakımına destek vermiş ve mekanik aletleri öğrenmeye isteklilik göstermemiştir. Bu durum annenin uyum sürecini güçleştirmiştir. Ayrıca, anne evde tek başına başatme durumunda kalacağı düşüncesi ile taburculuğu geciktirmiştir. Buna karşın "Bakım Vericide Zorlanma" tanısının beklenen sonuçları doğrultusunda bakım vericinin bebeğin tüm gereksinimlerini zorlanmadan hatasız karşılayabildiği, bebekteki değişikliklere duyarlı olduğu, yeni bilgiler öğrenmede istekli olduğu göstermiştir. Bebeğe yönelik işlemleri yaparken kaçma, şikayet, isteksizlik gibi bakım vermede zorlanmayı gösterecek belirtileri göstermemiştir.

Klinik koşullarda annenin dinlenmesi ve uyumasının sağlanması için ortam yaratılmamış olması ve sürekli bebekle birlikte olmak durumunda kalması nedeni ile "Uyku Örüntüsünde Bozulma" tanısına çözüm getirilememiştir. Bebeğin tüm bakımını annenin yapmak durumunda kalması, diğer aile üyelerinden sadece saatlik yardım alabilmesi ve klinik koşullarda yardımcı sağlanamaması nedeni tam bir fiziksel dinlenme olmaması, sırt ve eklem ağrılarında sadece azalma ifade etmiştir. Beslenme saatlerindeki düzensizlik, içeriğindeki değişiklik ve fiziksel aktivitedeki artış bakım vericinin iki ayda 4 kilo kaybetmesine neden olmuştur (Beden kitle indeksi=18).

Annenin taburculuk bakımının ilk haftalarında gösterdiği yetersizlik ifadeleri azalmış "artık kendimi her şeyi yapabilecek biri olarak görüyorum" şeklinde güçsüzlük durumundaki değişmeyi ifade etmiştir. Ancak, anne hastanedeyken sorun yaşamadığını eve gidip tek başına kaldığında neler olacağını bilmediğini, bunu düşündüğünde biraz korktuğunu ve gerginlik hissettiğini belirtmiştir. Bebeğin hastalık sürecinde bozulan sosyal etkileşimde pozitif yöndeki gözlemlenebilen tek değişim annenin klinikteki diğer ebeveynler ile olumlu iletişim kurmaya başlamış olmasıdır.

Finansal kaynaklarının kısıtlılığı taburculuk sürecini güçleştiren etkenlerden biri olmuştur. Yeşil kart kapsamında tedavi gören hastanın evdeki düzenlemeleri yapabilmesi için bir yardım kuruluşundan bir defalık maddi destek sağlanmıştır. Bebeğin gerektiğinde hastaneye transportu için belediyeden destek alınması planlanmıştır.

## Bebeğe yönelik hemşirelik bakımının değerlendirilmesi

Bebek ile ilgili belirlenen hemşirelik tanılarının büyük çoğunluğunda beklenen sonuç kriterleri karşılanmıştır. "Oral Müköz Membranda Bozulma, Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski, Doku Bütünlüğünde Bozulma, Etkisiz Hava Yolu Açıklığı, Spontan Solunumda Bozulma, Aspirasyon Riski, Özbakım Eksikliği, Sıvı Volüm Eksikliği ve Hipertermi" tanılarında uygulanan hemşirelik girişimleri ile beklenen sonuçlara ulaşılmıştır. Ancak, "Büyüme Gelişimde Gecikme ve Ağrı" tanılarına kalıcı çözüm getirilememiştir.

## Uygulama Sonrası Bakım Verici ve Bebeğin Durumunun Değerlendirilmesi

Hasta 3 aylıktan taburcu edilmiştir. Şu an 1.5 yaşında olan hasta halen mekanik ventilatör ile evde izlenmektedir. 12 aylık süreçte iki ev ziyareti yapılarak verilen taburculuk hizmetinin etkinliği değerlendirilmiştir.

Bu süreçte çocuk ilk 6 ayda 3 kez, ikinci 6 ayda 1 kez solunum sıkıntısı ile hastaneye başvurmuştur. Bunlardan birinde hastaneye yatarak tedaviye gereksinimi olmuştur. Bebek büyüme açısından boy ve kilo olarak 10. persantildedir. Yatak içinde ve destekle oturabilmekte, etremitelerini kullanabilmektedir. Bebeğin anlama ve yanıtı yaşına göre normal olarak değerlendirilmiştir.

Bu olguda primer bakım verici halen annedir. Bebeğin gereksinimlerini kolaylıkla karşılayabildiği gözlemlenmiştir. Anne sosyal yaşamında herhangi bir değişim olmadığını, eşi ile daha iyi iletişim kurduklarını ifade etmiştir. Bakım verici, bebeğin babasının ve evde yaşayan babaannesinin ailenin diğer işlerini üstlenmeyi tercih ettiklerini belirtmiştir. Anne aralıklarla uyku sorunu, sırt ve eklem ağrısı yaşadığını ama hastaneye göre daha az olduğunu ifade etmiştir.

## Sonuç

Bu olguda kronik hastalığı olan çocuklara ve bakım vericilerine planlı hemşirelik bakımı verilmesinin ve kaydının, bakım süreçlerinin planlanması, sürdürülmesi ve değerlendirilmesini kolaylaştırdığı deneyimlenmiştir. Bakım alanların da sürece uyumlarının kolaylaştırdığı gözlenmiştir. Hasta ve ailenin süreçlerinin düzenli izlenmesi ve kaydedilmesinin olası yeni problemlerin oluşumunu engellediği, erken dönemde fark edilecek müdahale edilebildiği düşünülmektedir. Veri toplama ve sorun çözüme formları hastanın ve bakım vericinin sürekli takibi ve doğru zamanında değerlendirilmesi açısından kolaylaştırıcı olmuştur. Bu formların daha çok sayıda olgu için kullanılarak geliştirilmesi gerekmektedir.

Taburculuğa hazırlık sürecinde bakım vericiden / aileden ya da sağlık sisteminden kaynaklanan finansal problemler ve yasal prosedürler ile ilgili sorunların çözümü zorlanılan konular olmuştur. Bakımının evde mekanik ventilatör ile sürdürülmesine karar verilen bebeklerin ebeveynlerinin kararı kabul etmesi ve süreci yönetebilir hale gelmesi için sağlık personelinin desteği önemlidir. Ancak, klinikte bu tür hastalar için oluşturulmuş ve hemşirelik yaklaşımını içeren prosedür olmayışı en çok zorlanılan konulardan biri olmuştur. Hasta ve bakım verici için oluşturulan



bakım planının diğer sağlık personeli ile paylaşımı ve uygulanması için ek zaman ve enerji gerekmiştir. Sağlık personelinin bu tür vakalarda görevlerinin ve rollerinin açık olarak ifade edildiği düzenlemeler zaman ve enerji kaybını en aza indirebilir.<sup>[13-16]</sup>

Mekanik ventilatörde izlenen çocuklar ve bakım vericileri ile ilgili çalışmalar ülkemizde yenidir. Bununla birlikte Amerika ve Avrupa ülkelerinde konu ile ilgili yapılan teknoloji ve sağlık bakım sunumu ile ilgili çalışmalar bu çocukların yaşamlarını olabildiğince evde sürdürmelerini sağlamaya yöneliktir. Bu çocuklara ve ailelerine sağlanacak evde bakım hizmetlerinin etkinliği hastaneden başlayıp evde devam edecek planlı bir bakım süreci ile artırılabilir.<sup>[17]</sup>

Sonuç olarak, evde bakımına karar verilen hastalar için hazırlanan planlı taburculuk bakımının, çocuğun ve bakım vericinin karşılaşılabileceği olası problemleri en aza indirilmesi ve erken dönemde fark edilerek çözümlenmesine katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda bakım planlarının hazırlanması, uygulanması ve etkilerinin ölçülmesi ile ilgili çalışmalara gereksinim vardır.

#### KAYNAKLAR

1. Noyes J. Comparison of ventilator-dependent child reports of health-related quality of life with parent reports and normative populations. *J Adv Nurs* 2007;58(1):1-10.
2. Office of technology dependent children: Hospital vs. home care a technical memorandum (Report No: OTA- TM- H- 38). US Government Printing Office, Washington DC. 1987 (Erişim tarihi: 21. 06. 2010).
3. Kuster PA, Badr LK. Mental health of mothers caring for ventilator-assisted children at home. *Issues Ment Health Nurs* 2006;27:817-35.
4. Montagnino BA, Mauricio RV. The child with a tracheostomy and gastrostomy: parental stress and coping in the home--a pilot study.

*Pediatr Nurs* 2004;30(5):373-80, 401.

5. Tearl DK, Hertzog JH. Home discharge of technology-dependent children: evaluation of a respiratory-therapist driven family education program. *Respir Care* 2007;52(2):171-6.
6. DeWitt P, Jansen MT, Davidson ward SL, Keens TG. Obstacles to discharge of ventilator-assisted children from the hospital to home. *American College of Chest Physicians* 2008;103:1560-5.
7. Feudtner C, Villareale NL, Morray B, Sharp V, Hays RM, Neff JM. Technology-dependency among patients discharged from a children's hospital: a retrospective cohort study. *BMC Pediatr* 2005;5(1):8.
8. Edwards EA, O'Toole M, Wallis C. Sending children home on tracheostomy dependent ventilation: pitfalls and outcomes. *Arch Dis Child* 2004;89(3):251-5.
9. Glendinning C, Kirk S, Guiffreda A, Lawton D. Technology-dependent children in the community: definitions, numbers and costs. *Child Care Health Dev* 2001;27(4):321-34.
10. Noyes J. Health and quality of life of ventilator-dependent children. *J Adv Nurs* 2006;56(4):392-403.
11. Hewitt-Taylor J. Children who require long-term ventilation: staff education and training. *Intensive Crit Care Nurs* 2004;20(2):93-102.
12. Ball JW, Bindler RC. *Clinical handbook for pediatric nursing*. New Jersey: Pearson Education; 2006. p. 388-9.
13. Bach JR, Intintola P, Alba AS, Holland IE. The ventilator-assisted individual. Cost analysis of institutionalization vs rehabilitation and in-home management. *Chest* 1992;101(1):26-30.
14. Carnevale FA, Alexander E, Davis M, Rennick J, Troini R. Daily living with distress and enrichment: the moral experience of families with ventilator-assisted children at home. *Pediatrics* 2006;117(1):48-60.
15. Kirk S. Negotiating lay and professional roles in the care of children with complex health care needs. *J Adv Nurs* 2001;34(5):593-602.
16. Lobosco AF, Eron NB, Bobo T, Kril L, Chalanick K. Local coalitions coordinating services to children dependent on technology and their families. *Child Health Care* 1991;20(2):75-86.
17. Aydın N. Mekanik ventilatördeki çocuklara yönelik hemşirelik bakımı. [Doktora Tezi] İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.

## Kendi Kendini Değerlendirme

### SORULAR

**(1) Mekanik ventilasyon tedavisi alan bir çocuğun ve ailesinin evde bakıma hazırlanmasındaki en önemli kriter nedir?**

- a. Çocuğun eve gönderilebilecek durumda olması
- b. Ekonomik koşulların yeterli olması
- c. Hekimlerin çocuğun eve gidebileceğine karar vermesi olması
- d. Ailenin çocuğun bakımını evde sürdürmeye istekli ve hazır olması

**(2) Bakım verici ya da çocuk için belirlenen hemşirelik probleminin çözülüp - çözülmediğine aşağıdakilerden hangisine bakılarak karar verilebilir?**

- a. Çocuğun gösterdiği gelişmeye göre
- b. Bakım vericinin gösterdiği gelişmeye göre
- c. Uygulanan hemşirelik girişimlerine göre
- d. Beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığına göre

**(3) Aşağıdakilerden hangisi hemşirenin bakım verici için yerine getirmekte yükümlü olduğu sorumluluklardan değildir?**

- a. Bakım vericinin çocuğun hastane fizik koşullarından en az etkilenmesini sağlamak
- b. Bakım vericinin mekanik ventilatör kullanımını eğitiminde rol almak
- c. Bakım vericinin aile üyeleri ile bozulan ilişkilerini düzeltmek
- d. Bakım vericinin aile üyeleri ile ilgili ilişkilerini düzenlemesinde danışmanlık vermek

**(4) Aşağıdakilerden hangisi mekanik ventilatörle taburculuğa hazırlanan bebeğin bakımında yer alması gerekli hedeflerden değildir?**

- a. Deri bütünlüğünün sürdürülmesine yönelik önlemlerin bakım vericiye öğretilmesi
- b. Acil durumlarda gereksinimi olacak malzemelerin kullanımının bakım vericiye öğretilmesi
- c. Spontan solunumu sürdürmesine yardımcı olacak uygulamaların bakım vericiye öğretilmesi
- d. Büyüme geriliği oluşmaması için gerekli beslenme içeriği ile ilgili bilgi verilmesi

**5. Aşağıdakilerden hangisi planlı taburculuk bakımı için kullanılan hemşirelik süreci uygulamalarının yararlı olduğunu gösteren kriterlerden değildir?**

- a. Klinik çalışanlarının uygulanan prosedürden memnun olması
- b. Çocukta / bakım vericide bakıma ilişkin komplikasyon oluşmaması
- c. Beklenen hemşirelik sonuçlarına ulaşma oranının yüksek olması
- d. Maliyet etkinliği sonuçlarının pozitif çıkması

Yanıtlar 1d 2d 3c 4c 5a