

**T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI**

HEMŞİRELİK

**AMPUTASYON, TRAKSİYON VE YATAĞA
BAĞIMLI HASTA BAKIMI**

Ankara, 2012

-
- Bu modül, mesleki ve teknik eğitim okul/kurumlarında uygulanan Çerçeve Öğretim Programlarında yer alan yeterlikleri kazandırmaya yönelik olarak öğrencilere rehberlik etmek amacıyla hazırlanmış bireysel öğrenme materyalidir.
 - Millî Eğitim Bakanlığınca ücretsiz olarak verilmiştir.
 - **PARA İLE SATILMAZ.**

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
ÖĞRENME FAALİYETİ-1	3
1. ORGAN VE EKSTREMİTE KAYIPLARINDA (AMPÜTASYON) HEMŞİRELİK BAKIMI	3
1.1. Amputasyon Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı	4
1.2. Amputasyonlu Hasta ve Yakınlarına Psikolojik Destek	8
1.3. Hastanın Rehabilitasyonu	9
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	12
ÖĞRENME FAALİYETİ-2	13
2. TRAKSİYONLU HASTAYA HEMŞİRELİK BAKIMI	13
2.1. Uygulama Amaçları	14
2.2. Traksiyonun Endikasyonları	14
2.3. Traksiyonda Gelişebilecek Komplikasyonlar	14
2.3. Traksiyonlu Hastada Hemşirelik Bakımı	15
2.4. Traksiyonlu Hastanın Beslenmesi	17
2.5. Traksiyonlu Hastada Psikolojik Yaklaşımın önemi	17
2.6. Pozisyon, Masaj ve Rehabilitasyonun Önemi Hakkında Hasta ve Yakınlarının Eğitimi	18
2.6.1. Postural Drenaj	18
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	22
ÖĞRENME FAALİYETİ-3	23
3. YATAĞA BAĞIMLI HASTADA HEMŞİRELİK BAKIMI	23
3.1. Hareketsizliğin Sistemler Üzerine Genel Etkisi	24
3.2. Hemşirelik Bakımı	25
3.3. Bilinci Açık Yatağa Bağlı Hastalarda Gelişebilecek Komplikasyonlar	27
3.4. Hastanın Beslenmesi	32
3.5. Psikolojik Yaklaşım	32
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	35
ÖĞRENME FAALİYETİ-4	36
4. BİLİNCİ KAPALI (ŞUURSUZ) HASTADA HEMŞİRELİK BAKIMI	36
4.1. Bilinç Seviyeleri ve Bilincin Değerlendirilmesi	36
4.2. Glaskow Koma Skalası	37
4.3. Bilinci Kapalı Yatağa Bağlı Hastalarda Gelişebilecek Komplikasyonlar	38
4.4. Bilinci Kapalı Yatağa Bağlı Hastalarda Hemşirelik Bakımı	38
4.5. Bilinci Kapalı Yatağa Bağlı Hastalarda Beslenme	39
4.6. Bilinci Kapalı Yatağa Bağlı Hastalarda Güvenlik Önlemleri	39
4.7. Bilinci Kapalı Yatağa Bağlı Hastalarda Psikolojik Yaklaşım	40
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	41
DEĞERLENDİRME	42
CEVAP ANAHTARLARI	44
KAYNAKÇA	45

GİRİŞ

Sevgili Öğrenci,

Sağlıklı olmak, gezip dolaşabilmek, kendi ihtiyaçlarını başkasına ihtiyaç duymadan karşılayabilmek tüm bireylerin vazgeçilmez isteğidir. Bireyin tüm gereksinimlerini kendi kendine karşılayabilmesi, yaşamını kendi istekleri doğrultusunda sürdürebilmesi ve yaşam kalitesini yükseltebilmesi için öncelikle bireyin sağlığının korunması ve devam ettirilmesi gerekmektedir. ,

Çeşitli hastalıklar, travmalar, kazalar nedeniyle bireyler amputasyon yapılmış, traksiyona alınmış veya yatağa bağımlı hâle gelmiş olabilir.

Bu modülle amputasyon yapılmış bir hastada gelişebilecek komplikasyonlar ve yapılması gereken hemşirelik bakımı hakkında; yatağa bağımlı olan bilinci açık veya kapalı olan hastada gelişebilecek komplikasyonlar ve uygulanması gereken hemşirelik bakımı hakkında bilgi ve beceri sahibi olacaksınız.

ÖĞRENME FAALİYETİ-1

AMAÇ

Ampütasyonda uygun hemşirelik bakımı verebileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Ampütasyon, hasta psikolojisini nasıl etkileyebilir? Araştırmınız ve elde ettiğiniz bilgileri sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.
- Ampütasyonda hemşirelik bakımı nasıl olmalıdır? Araştırarak elde ettiğiniz sonuçları sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

1. ORGAN VE EKSTREMİTE KAYIPLARINDA (AMPÜTASYON) HEMŞİRELİK BAKIMI

Çeşitli nedenlerle beslenmesi engellenen, hastalık taşıyan ve fonksiyon kaybına neden olan ekstremitelerin kemiği ile birlikte kesilerek distal kısmının vücuttan uzaklaştırılmasına ampütasyon denir. Ampute edilen ekstremitenin bedendeki parçasına güdük ya da kök denir.

- **Ampütasyonun nedenleri**
 - **Vasküler hastalıklar ve diyabet:** Periferik vasküler hastalıklar sonucu gelişen iskemi en sık amputasyon nedenlerdendir. Çoğunlukla diyabetle birlikte gelişir.
 - **Enfeksiyon hastalıkları:** Ekstremitayı kurtarmanın imkânsız olduğu ve yaşam tehlikesi olan durumlarda ampütasyon yapılır.
 - **Travmalar:** Delici, kesici, silahlı yaralanmalar, iş kazaları, elektrik çarpması sonucu oluşan yanıklar, donmalar, termal yanıklar gibi nedenlerle, tedavi edilemeyecek durumda olan ezilmiş ve parçalanmış ekstremitte kısımları, ampute edilir.
 - **Tümörler:** Malign tümörlerin tedavisi amputasyon yöntemiyle yapılır. Bening tümörlerde ise nadir uygulanır.
 - **Konjenital ekstremitte kusurları:** Doğuştan kısa femur, fibula yokluğu gibi durumlarda protez ve yürüme cihazlarının kullanımını güçleştiren ekstremitte kusurlarında ampütasyon gerekir. Doğuştan fazla el ve ayak parmaklı olma durumunda fazla parmak ampute edilir.

➤ **Amputasyon tipleri**

- **Açık (giyotin) amputasyon:** Açık amputasyon, enfeksiyon varsa uygulanır, ampute edilen ekstremitte enfeksiyon tedavi edilinceye kadar deriyle kapatılmaz. Enfeksiyon tedavi edildikten sonra kapatılır.
- **Kapalı (flep) amputasyon:** Bu tip amputasyonlarda güdük deri flebiyle kapatılır. Enfeksiyon yoksa kapalı amputasyon uygulanır.



Resim 1.1: Amputasyon yapılmış bacak (güçük)

1.1. Amputasyon Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı

Ampütasyonda hastanın psikolojik durumu çok önemlidir. Hemşire bunu göz önünde tutarak bakım yapmalıdır.

Amputasyon geçiren hastalarda rehabilitasyon, ameliyat öncesinde başlayan ve uzun bir süre devam eden, hastanın fonksiyonel kapasitesini tekrar kazanmasına yönelik olarak yapılan, fizyolojik ve psikolojik uygulamaları kapsayan bir süreçtir. Ampute rehabilitasyonu ortopedist, protez ya da biomekanik uzmanı, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve aileden oluşan bir ekip tarafından yürütülmelidir.

Cerrah, protez-ortez uzmanı, fizyoterapist, hemşire ve ampute edilen kişi, rehabilitasyon sürecinde, tedavi ekibinin eşit öneme sahip, beş temel üyesidir. Rehabilitasyon sürecinin başarısızlığa dönüşmemesi için bireye, etkin bir role sahip olduğu ve kontrolü sağlamada birincil derecede sorumluluk alması gerektiği bilinci kazandırılmalıdır.

Bireyin ampütasyona hazırlanması evresinde karşılaşılabileceği durumlar hakkında bilgilendirilmesi, yeni umut becerileri geliştirebilmesi, yaşanacaklara hazırlıklı olması ve motivasyonu, ampütasyon sonrası yaşanılacak olası olumsuz tepkilerin şiddetini ve süresini azaltma etkisine sahiptir. Bu nedenle, ekibe bir klinik psikologun katılımı gereklidir.



Resim 1.3: Ameliyat sonrası güdük

Ampüte edilecek birey bir çocuk ya da ergen ise operasyon ve protezle ilgili açıklama yaparken onun gelişimsel özellikleri dikkate alınmalıdır. Yapılacak müdahale ve uygulanacak protez, çocuğun ya da gencin içinde bulunduğu fiziksel gelişimi, psikososyal ve bilişsel gelişim düzeyi, bu döneme özgü uyum davranışları ve başa çıkma yöntemleri ekip tarafından bilinerek uygulanmalıdır.



Resim 1.4: Kolu ve ön kolu ampute olmuş birey

Fizyoterapist, protez-ortez uzmanı, hemşire gibi ampütasyon ekibinde yer alan farklı meslek elemanları, bireyin fiziksel gereksinimleriyle olduğu kadar duygusal sorunlarıyla da ilgilenir ancak psikolojik açıdan daha karmaşık durumlarla karşılaştıklarında, bireye yardımcı olamamanın rahatsızlığını yaşayabilir. Bu nedenle, ampütasyona karar verilmiş ya da ampüte edilmiş bir bireyle bu tür bir görüşmeyi bir klinik psikologun yapması daha uygundur. Hemşire, gerektiğinde hastayı klinik psikologa yönlendirmelidir.

- **Ameliyat öncesi yapılması gereken hazırlıklar**
 - Ameliyat öncesi hastanın klinik ve laboratuvar bulguları doktor tarafından değerlendirilmelidir.

- Hastaya uygulanacak amputasyon hakkında bilgi verilir.
- Ameliyat sonrası gelişmesi olası komplikasyonlar anlatılır.
- Yara iyileşmesini olumsuz etkilediği için sigara (kullanan kişilerce) ameliyattan en az 15 gün önce bırakılmalı, aspirin benzeri kan sulandırıcı ilaçlar ameliyattan 1 hafta önce kesilmelidir.
- Hasta için gerekli olan anestezi konsültasyonu yapılmalıdır.
- Ameliyat öncesi operasyonun planlanması amacıyla çeşitli çizimler ve fotoğraf çekimleri yapılmalıdır.
- Hastanın ekstremitelerinde yara ve osteomyelit varsa istirahate alınır ve antibiyotik verilerek vitamin mineral ve proteinden zengin diyet verilir.
- Hastanın diyabetes mellitusu varsa diyet ve insülinle kan şekeri düzeyi kontrol altına alınır.
- Ameliyat sonrasında hastanın amputasyona uyumunu sağlamak amacıyla egzersiz programına başlanacağı hastaya anlatılmalıdır.
- Hastaya ameliyat sonrası yaşantısında olacak değişiklikler ve rehabilitasyonun önemi açıklanır.
- Ameliyat izin formu doldurularak hastanın veya yakınlarının (18 yaşından küçük, bilinç kaybı olan hastalarda) imzalı ameliyat izni alınmalıdır.

AMPUTASYON SONRASI BAKIM UYGULAMASI

Uygulama Basamakları	Uygulamanın Amacı
➤ Hasta ameliyat sonrası servise geldiğinde yatağına alınır.	➤ Takiplerinin yapılması için güvenli bir ortam sağlamak
➤ Hastanın bilinç düzeyine bakılır. ➤ Yaşam bulgularına bakılır (İlk iki saatte 15 dakikada bir, 2 saatten sonra 30 dakikada bir takip yapılır.). ➤ Cilt rengine, nemli olup olmadığına bakılır.	➤ Şok oluşmasını önlemek
➤ Gündük pansumanı kanama yönünden değerlendirilir. Aşırı kanama varsa 10 dakikada bir pansumanı değiştirilir.	➤ Pansumanları doktor isteminde belirtildiği şekilde ve zamanlarda değiştirmek
➤ Bandaj uygulanmışsa çok sıkı olmamasına dikkat edilir.	➤ Kan dolaşımını engellemek
➤ Gündük çorabı kullanılacaksa yün olmasına dikkat edilir.	➤ Gündük bölgenin sıcaklığını sağlamak
➤ Ameliyattan sonra ampute edilen (gündük) bölge 24-48 saat süre ile yastık üzerinde tutulur.	➤ Ödem gelişmesini önlemek
➤ Hasta ile etkili iletişim kurularak empati yapılmalıdır.	➤ Etkili iletişimi sağlamak
➤ Ameliyattan sonra ilk gün hasta 2-3 kez prone (yüzükoyun) pozisyonuna getirilir.	➤ Kalça kontraktürü oluşmasını önlemek
➤ Gündük 48 saatten fazla yüksekte	➤ Kalça kontraktürü oluşmasını önlemek

tutulmaz.	
➤ Hastaya yaptırılacak ekzersizlere ameliyatın ikinci gününde başlanır.	➤ GÜDÜĞÜN hyperekekstansiyon egzersizleri, üst ekstremitelerin güç kazanmasını sağlamak ve kontraktür gelişmesini önlemek
➤ Hastanın tekerlekli sandalye veya koltuk değnekleriyle yürümesi sağlanır.	➤ Hastanın mobilizasyonunu sağlamak
➤ GÜDÜK yerinde yumuşaklık, duyarlılık gibi durumlar gözlenmelidir.	➤ Enfeksiyon gelişmesini önlemek
➤ IV sıvı varsa takip edilir. Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır.	➤ Sıvı elektrolit dengesini sürdürmek
➤ Kan veriliyorsa takibi yapılır.	➤ Gelişebilecek komplikasyonları gözlemek
➤ Üretral kateteri varsa idrarın rengi, miktarı kaydedilir.	
➤ Doktor istemine uygun ilaç uygulamaları yapılır.	➤ Doktor istemine uygun tedavisini yapmak
➤ Hastada kesilen ekstremitayı unutup hayali ekstremita varlığı oluşur ve bununla ilgili kazalar olabilir. Hemşire bu konuda hastayı bilgilendirmelidir (örneğin; ayağı ampute edilmişse ayağı varmış gibi ayağa kalkmaya çalışması).	➤ Kazalara karşı önlem almak
➤ Hasta, ateş, titreme, yara yerinde kızarıklık gibi enfeksiyon belirtileri yönünden izlenir.	➤ Enfeksiyon gelişmesini önlemek
➤ Antibiyotiğini zamanında almasına ve pansumanın steril şartlarda yapılmasına dikkat edilir.	
➤ Yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanır.	
➤ Hastanın boşaltım ihtiyacı karşılanır.	
➤ Yapılan işlemler kaydedilir.	➤ Sağlık personeli bilgilendirmek ve yasal dayanak oluşturmak
	➤

➤ **Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar**

Hematom, kanama, cilt komplikasyonları, eklem kontraktürleri, güdük ucunda kemik büyümesi gibi durumlar gelişebilir.

1.2. Amputasyonlu Hasta ve Yakınlarına Psikolojik Destek

Ampütasyon, hasta açısından farklı şekillerde algılanabilir. Bireylerin yaşadıkları travmayı anlamlandırma biçimleri ve bununla başa çıkmak için kullandıkları yöntemler bireyler arasında farklılık göstermektedir. Bu nedenle bireylerin ampütasyona verdikleri duygusal tepkilerde (inkâr, öfke, yas, pişmanlık, anksiyete, umut, iyimserlik vb.) farklılık görülmektedir. Ampütasyona verilen tepkilerin ampüte edilmiş kişi, ailesi, yakın çevresi ile ampütasyon ekibi tarafından bilinmesi ve bunlara hazırlıklı olunması önemlidir. Bu durumda Hemşire empati yapmalı ve hastaya en uygun iletişim yöntemi ile yaklaşımda bulunmalıdır.



Resim 1.2: Hastaya psikolojik yaklaşımda bulunma

İşlev kaybı, duyu kaybı ve beden imgesi kaybı içermesi nedeniyle ampütasyon, üçlü bir tehdit olmakla birlikte pek çok ampüte edilmiş birey yeni durumlarına uyum sağlayabilmektedir. Ampütasyon uygulanacak kişinin, yaşı, kişilik özellikleri, ampütasyonun nedeni, ailenin tutum ve davranışları, başa çıkma yöntemleri, iş durumu ve ekonomik koşullar toplumdaki konumu, bireyin inancı gibi etkenler ampütasyona karşı göstereceği tepkileri etkilemektedir.

- Hemşire ekip anlayışı içerisinde hastanın rehabilitasyonunda kendine düşen görevleri yapmalı ve hastanın ampütasyona uyum sağlamasında yardımcı olmalıdır. Hemşire;
 - Hastanın duygularını açıklamasına izin vermelidir.
 - İyi bir dinleyici olmalıdır.
 - Hastanın soruları varsa uygun cevaplar vermelidir.
 - Empati yapmalıdır.
 - Etkin iletişim kurmalıdır.
 - Ameliyat sonrası neler olabileceğini açıklamalıdır.
 - Ameliyattan sonra ampute edilen ekstremitenin varmış gibi hissedilebileceğini (fantom ekstremita-hayali ekstremita) hastaya açıklamalıdır.
 - Hasta daha önce ampütasyon uygulanmış ve durumuna uyum sağlamış hastalarla tanıştırılarak rehabilitasyon sürecine yardımcı olunmalıdır.
 - Ampütasyon uygulandıktan sonra ekip olarak hastanın yanında olunacağı ve bakımında yardım edileceği hemşire tarafından açıklanmalıdır.
 - Ampütasyon yapılacak kişinin ailesiyle görüşülerek onların da duyguları paylaşılmalı ve konu ile ilgili gerekli destek sağlanmalıdır.

1.3. Hastanın Rehabilitasyonu

Amputasyon, bireyin yaşamında ciddi değişim oluşturan önemli bir süreçtir. Amputasyon sonrası el/kol/bacak fonksiyonlarını yerine getirmeye yardım edecek, bireyin yeniden bağımsız hareket etmesini sağlayacak proteze ihtiyaç vardır.

Amputasyon geçiren hastalarda rehabilitasyon ameliyat öncesinde başlar ve sonrasında devam eder. Rehabilitasyon; hastanın fonksiyonel kapasitesini tekrar kazanmasına yönelik olarak yapılan fizyolojik ve psikolojik uygulamaları kapsayan bir süreçtir. Bu süreçte; fizyoterapist, ortopedist, protez ya da biyomekanik uzmanı, hemşire, iş uğraşı terapisti, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve aile yer almalıdır.

➤ Hastanın rehabilitasyonu

- Hasta ve ailesine yapılacak ameliyat ve sonrasında uygulanacak rehabilitasyon konusunda bilgilendirme yapılır.
- Ameliyattan sonra yara iyileşmesi, ağrı ve ödem kontrolü dikkatli bir şekilde yapılır. Gündüğün şekillenmesi takip edilir.
- Hasta, kardiyovasküler hastalıklar, kalça kontraksiyonları, depresyon, beslenme bozuklukları, motivasyon azlığı gibi faktörler yönünden değerlendirilir. Hastanın durumuna uygun iyileştirme programı hazırlanır.
- Ameliyattan sonra ödem oluşmaması için güdük bölgesinin sargısına dikkat edilir.
- Geçici protez uygulamaları kalıcı protezde görülebilecek sorunların önceden değerlendirilmesini sağlar ve rehabilitasyon sürecini olumlu etkiler. Bazı hastalar işine dönebilir ve olumlu bir motivasyon sağlar.



Resim 1.4: Protezli hasta

- Amputasyonlu hastanın yatak içinde dönme ve oturma şekli hakkında bilgi verilir.
- Protez ile yürüme öncesinde tek taraflı ampute durumunda hastanın yataktaki hareketi, tekerlekli sandalyeye transfer şekli, tekerlekli sandalyenin itilmesi, desteksiz ayakta durma şekli öğretilmelidir.



Resim 1.5: Uyluğu ampute olmuş hasta

- Merdivenden inip çıkma, sandalyeye oturup kalkma öğretilmelidir.
- Hasta ve ailesi protez kullanımı konusunda eğitilmelidir.

➤ **Protez kullanımı**

- Hasta yatağa veya güvenli bir sandalyeye oturtulur.
- Protez uygulanacak uzuv üzerindeki giysiler çıkartılır.
- Güdük ödem, kızarıklık, yara, sıyrık, kanama, morarma yönünden değerlendirilir.
- Güdük üzerine, güdük çorabı ya da elastik bandaj takılır.
- Çorap üzerine soket geçirilir. Hasta giysilerini giyer.
- Protez uygulanan uzvun rahat hareket edip etmediği kontrol edilir.
- Protez sonrası yürüme egzersizleri yaptırılır.



Resim 1.6: Proteziyle yürüyen çocuk

➤ **Protezin çıkarılması ve temizliği**

-
- Hasta güvenli sandalyeye veya yatağa oturtulur.
 - Protez geriye doğru çekilerek çıkarılır.
 - Gdđ kızarıklık, morarma açısından gözlemlenir.
 - Gdđ, nemli, sabunlu bezle silinir ve kurulanır.
 - Hasta giydirilir.

Gdđ orabı, elastik bandaj ılık su ve sabunla yıkanır. Soketin i ve dış yüzeyi ılık sabunlu bezle her kullanımdan sonra temizlenir.

Protez takılmış bireye hastanın yeni duruma ve sosyal hayata uyum sağlaması için gerekli psikolojik destek sağlanmalıdır. Amputasyondan sonra hastanın ilk 1-1,5 yıl  ayda bir kontrolü yapılır.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi, amputasyonun nedenlerinden değildir?

- A) Vasküler hastalıklar
- B) Travmalar
- C) Mide hastalıkları
- D) Maling tümörler
- E) Diyabet

2.

- I. Öfke
- II. İnkâr
- III. Pişmanlık
- IV. Yas

Yukarıdakilerden hangisi ya da hangileri, hastanın amputasyona verdikleri duygusal tepkilerdendir?

- A) Yalnız I B) I ve II C) II ve III D) I, II ve IV E) I, II, III ve IV

3. Hemşire, hastanın amputasyona uyum sağlaması;

- I. İyi bir dinleyici olmalı,
- II. Empati yapmamalı,
- III. Etkin iletişim kurmalı,
- IV. Hastanın duygularını açıklamasına izin vermeli, konularında neler yapmalıdır?

- A) I ve II B) I ve III C) I, II ve III D) I, III ve IV E) I, II, III ve IV

Aşağıdaki cümlelerde boş bırakılan yerlere doğru sözcükleri yazınız.

4. Hasta ameliyattan sonra ilk gün 2-3 kez pozisyonu verilir.

5. Hastanın fonksiyonel kapasitesini tekrar kazanmasına yönelik olarak yapılan fizyolojik ve psikolojik uygulamaları kapsayan sürecedenir.

ÖĞRENME FAALİYETİ-2

AMAÇ

Traksiyonlu hastada uygun hemşirelik bakımını uygulayabileceksiniz.

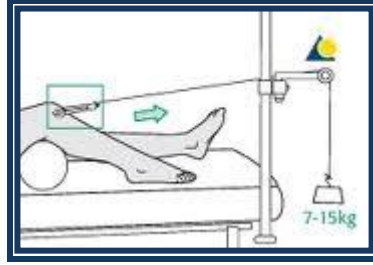
ARAŞTIRMA

- Hastalara traksiyonun uygulama amaçlarını araştırınız. Sonuçlarını sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.
- Traksiyonlu hastaya pozisyon değişikliği ve masaj manevralarını uygulamanın katkılarını araştırınız. Sonuçlarını rapor hâline getiriniz.

2. TRAKSİYONLU HASTAYA HEMŞİRELİK BAKIMI

Traksiyon başın, bedenın ya da ekstremitelerin iki yöne doğru çekilmesine yönelik tedavi yöntemidir. Traksiyon ağırlık uygulamasıyla sağlanır. Traksiyonun tedavi edici özellikte olabilmesi için bir yönde uygulanan traksiyona, karşı (zıt) yönde eşit miktarda traksiyon uygulanması gerekir. Karşı yöndeki ağırlık çoğunlukla hastanın beden ağırlığı ile sağlanır. Traksiyon çeşitli şekillerde uygulanır. Bunlar;

- Manuel (elle çekerek) traksiyon; çıkık gibi durumlarda bedenın bölümlerinin ellerle çekilmesidir.
- Mekanik (ipler, özel çelik teller ve iğneler) traksiyon; kontraktürü önlemek, kas spazmını gidermek amacıyla yapılır. Bu traksiyon, cilt ve iskelet traksiyonu olarak iki şekilde uygulanır. Kırığı nispeten hareketsiz hâle getirmek, ağrıyı ve yumuşak doku hasarını azaltmak için cilt traksiyonu (indirekt traksiyon), kırıkların kademeli olarak redüksiyonunun sağlanması için iskelet traksiyonu (direkt traksiyon) ile uygulanır. Bunun için de kırığa yakın bir bölgeden kemikten geçirilen bir Steinman çivisinin dışta kalan uçlarına nal ve bunun ucuna ağırlık bağlanarak kullanılır.



Resim 2.1: Traksiyonlu bacak

2.1. Uygulama Amaçları

- Kırık kemik uçlarını birbirinden uzaklaştırarak anatomik yapısına getirmek,
- Eklem aralıklarını genişletmek,
- Kırığı hareketsiz hâle getirmek,
- Yumuşak doku hasarını azaltmak,
- Ağrıyı azaltmak amacıyla uygulanır.

2.2. Traksiyonun Endikasyonları

- **Traksiyon**
 - Kırık tedavisi,
 - Dejeneratif eklem hastalığı,
 - Yanıklı hastalarda kontraktür gelişimi önlemek,
 - Sinir kökü sıkışması,
 - Kifoz, skolyozun düzeltilmesi amacıyla uygulanır.

- **Traksiyonun kontrendikasyonları**

Gebelik, akciğer hastalıkları, omurilik basısı, romatoid artrit, osteomyelit, primer kemik tümörü, kardiyovasküler hastalıklar gibi durumlarda traksiyon uygulanmaz.

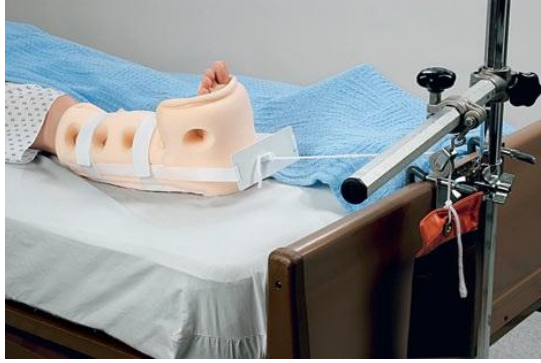
2.3. Traksiyonda Gelişebilecek Komplikasyonlar

- Hareketsizlik nedeni ile gelişebilecek komplikasyonlar
 - Hipostatik pnömoni, atelectazi
 - Abdominal distansiyon, konstipasyon
 - Üriner retansiyon, böbrek taşları
 - Dolaşım bozukluğu, ödem, tromboflebit, emboli
- Motor fonksiyonların azalmasına bağlı gelişebilecek komplikasyonlar
 - Oryantasyon bozukluğu, konfüzyon (zihin bulanıklığı, sersemliği), depresyon, duygusal dengesizlikler, paralizi,
- Kas- iskelet sistemine ait komplikasyonlar

- Osteoporoz, kontraktür, kas atrofisi, eklem sertlikleri, yara enfeksiyonu gelişebilir.

2.3. Traksiyonlu Hastada Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik bakımında temel amaç gelişebilecek komplikasyonları önlemektir. Bakım uygulamaları traksiyonlu hastada komplikasyon gelişimini önlemeye yönelik olarak yapılır.



Resim 2.2: Traksiyonlu hasta

TRAKSİYONLU HASTADA HEMŞİRELİK BAKIM UYGULAMASI

Uygulama Basamakları	Uygulamanın Amacı
➤ Traksiyon yapılmadan önce hasta bilgilendirilir.	➤ Hastayı fiziksel ve fizyolojik olarak hazırlamak
➤ Hemşire hastaya traksiyon malzemesinin ve cihazının nasıl çalıştığını anlatır.	➤ Hangi pozisyon ve hareketleri yapması gerektiğinin öğrenilmesini sağlamak
➤ Hemşire uygulanan traksiyonla ilgili gelişebilecek komplikasyonları anlatır.	➤ Enfeksiyon, şekil bozukluğu, dekübitüs gibi komplikasyonların oluşumunu önlemek
➤ Hastaya yapılacak tedavi ve bakım uygulamaları hakkında bilgi verilir. ➤ Hastanın yatağının pencere kenarında olması sağlanır. ➤ Hastanın odasında radyo ve televizyon bulundurulur. Kitap isterse temin edilir. ➤ Hasta yakınlarının sık ziyaret etmesi sağlanır. ➤ Hasta, günlük bakımını yapmaya teşvik edilir. ➤ Hastanın ailesi, yapılması gereken uygulamalar (egzersiz gibi) ve önemi, hastanın psikolojisi, beslenmesi ve çıkabilecek sorunlar hakkında bilgilendirilir.	➤ Hastaya bakım ve psikolojik destek sağlamak
➤ Hastanın derisi daima temiz ve kuru	➤ Dekübitüs oluşmasını önlemek

<ul style="list-style-type: none"> ➤ tutulur. ➤ Yatak çarşafı temiz ve kırıksız olarak yapılır. ➤ Basınç bölgeleri sürekli gözlenir ve masaj yapılır. Özellikle topuklara koyduğumuz su dolu eldivenler topuklarda oluşabilecek bası yaralarına engel olur. ➤ Hastanın yeterli ve dengeli beslenmesi ve yeterli sıvı alımı sağlanır. ➤ Hasta ve yakınlarına masajın ve egzersizin önemi anlatılarak hemşirenin gösterdiği şekilde yapmaları sağlanır. ➤ ➤ 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hastaya derin nefes alma ve öksürük egzersizleri yaptırılır. ➤ Postural drenaj uygulanır. ➤ Oda yeterli oranda havalandırılır ve nemlendirilir. ➤ 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sekresyon birikimi, hipostatik pnömoni ve atalektazi oluşumunu önlemek
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hastanın sıvı alımı artırılır. ➤ Fizyoterapist ve hemşire iş birliği ile aktif ve pasif hareketler yaptırılır. ➤ Kateterizasyon varsa bakımında steriliteye dikkat edilir. ➤ 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Yatmaya bağlı üriner staz, üriner enfeksiyon ve böbrek taşı oluşumunu önlemek
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hastanın günde 1,5-2 litre su alması sağlanır. ➤ Aktif ve pasif hareketler yaptırılır. ➤ Sürgü kullanımı sağlanır. ➤ Diyetle lifli gıdalar tercih edilir. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Konstipasyon gelişmesini önlemek
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hastaya düzenli egzersiz yaptırılır. ➤ Elastik çorap (varis çorabı) giydirilir. ➤ Yeterli sıvı alımı sağlanır. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolaşım bozukluğu ve trombo emboli oluşumunu önlemek
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hastanın pansumanına, kişisel temizliğine, yatak takımlarının temiz, kuru ve kırıksız olmasına dikkat edilir. ➤ Traksiyondaki çivi yerlerinin günlük bakımına ve sızıntıya göre gece bakımı yapılır. ➤ Sızıntı fazla ise pansuman uygulanır. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfeksiyon gelişimini önlemek
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Yapılan uygulamalar kaydedilir. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sağlık personeli bilgilendirmek ve yasal dayanak oluşturmak

2.4. Traksiyonlu Hastanın Beslenmesi

Traksiyonlu hasta yatağa bağımlı olduğu için temel gereksinimlerinin birçoğunu kendisi yerine getiremeyebilir. Başkasının bakımına ihtiyacı vardır. Özellikle traksiyonlu hastalarda sindirim ve boşaltım sistemine yönelik sorunlar oluşur.

Kırıkların iyileşmesi için hastanın yeterli ve dengeli beslenmeye ihtiyacı vardır. Hastanın protein, kalsiyum, demir ve vitamin yönünden zengin besinlerle beslenmesi gerekir.

Sürekli yatan hastada, fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, normal dışkılama pozisyonunun olmaması, sürgüyü yeterince kullanamama gibi nedenlerden dolayı hastanın iştahı azalır, yemek yemek istemez ve konstipasyon gelişir. Konstipasyonu önlemek için aktif, pasif hareketler, bol sıvı ve posalı gıdalar verilmelidir.

Yatağa bağımlı/ yaşlı/traksiyonlu hastalarda dekübitüs oluşmaması için protein ve vitaminden zengin bir diyet uygulanır. Eğer yatak yarası oluşmuşsa hiponatremiyi önlemek için yine aynı diyet uygulanır.

Yatağa bağımlı/yaşlı/traksiyonlu hastalara beslenme planı yapılırken hemşire, diyetisyen, hasta ve ailesi ile iş birliği sağlanır. Hastanın sevdiği ve alması gereken gıdaları azar azar sık aralıklarla alması sağlanır. Hasta kendisi yiyemiyorsa hemşire yemeği yedirmelidir. Beslenme sonrası kayıt yapılır.

2.5. Traksiyonlu Hastada Psikolojik Yaklaşımın önemi

Hastanın traksiyon işleminden önce psikolojik olarak hazırlanması gerekir. Bazı hastalar, ameliyat öncesinde hastalıkları nedeniyle uzun bir dönem ağrı ve ıstırap çekmiş olabilir. Bu hastalar; ümit ve korku gibi karmaşık duygular içinde olabilir. Hastalar ameliyatın bir taraftan ağrılarını gidereceğini, hareketsizliği önleyeceğini ümit ederken diğer taraftan ameliyatın sakatlığa neden olmasından, sorunlarını artırmasından korkar.

Psikolojik hazırlık, anksiyeteyi gidermeye, ameliyatta az anestezi almaya, ameliyat sonrası az analjezik kullanılmasına postop yaşam bulgularının kısa sürede düzenlenmesini sağlar. Aynı zamanda strese tepki olarak salınan kortikosteroid hormonların az salınması hızlı iyileşmeye neden olur.

Hasta anestezi ve ölüm korkusu, sevdiklerinden, aktivitelerden uzak kalma ve işini kaybetme korkuları yaşayabilir. Ameliyat öncesi bu korkuları giderilmeye çalışılır. Traksiyon ameliyatına psikolojik yönden iyi hazırlanmış hastalarda, komplikasyon gelişimi daha az olmakta ve hastalar kısa sürede iyileşmektedirler.

2.6. Pozisyon, Masaj ve Rehabilitasyonun Önemi Hakkında Hasta ve Yakınlarının Eğitimi

Traksiyon uygulanan hastalar genellikle yatağa bağımlıdır. Bu nedenle yatağa bağımlılıktan dolayı istenmeyen komplikasyonlar gelişebilir. Fakat bu geçici bir durumdur. Sürekli yatmaya bağlı olarak yatak yarası, tromboemboli, konstipasyon ve akciğerlerde sekresyon birikimine bağlı enfeksiyon gelişebilir. Bunları önlemek için hastaya postural drenaj, masaj, aktif pasif egzersizler gibi bakım uygulamaları yapılabilir. Hasta ve yakınlarına egzersizin önemi, nasıl yapılacağı sürekli yatmaya bağlı gelişebilecek komplikasyonları önlemek için neler yapılabileceği anlatılır.

Masajın yatağa bağımlı olan hastada etkileri aşağıdaki gibidir.

Masaj, yatağa bağımlı hastalarda önemli koruyucu sağlık yöntemlerinden biridir. İnsanın yorgunluğunun ve gerginliklerinin giderilmesi, iş yapma isteğinde artma, kabul görme gibi olumlu birçok sonucun, psikolojik yapıyı olumlu etkileyeceği açıktır. Masajın psikolojik etkileri yanında fizyolojik etkileri de vardır.

➤ Fizyolojik etkileri

- Damar, sinir ve hormonal yapıların uyarılması hücresel faaliyetleri hızlandırır.
- Venöz dolaşımın hızlanmasıyla beraber dokuların beslenmesi ve oksijenle zenginleşmesi sağlanır.
- Venöz dönüşümün artırılması ile metabolik atıkların dokulardan uzaklaştırılmasını hızlandırır.
- Kılcal damarların genişlemesini sağlar.
- Deri üzerinde sıvazlamanın etkisiyle deri gerginliği ve parlaklığında artma olur.

Yatağa bağımlı hastada bazı komplikasyonların gelişmemesi için pozisyon değişikliğinin faydaları aşağıda belirtilmiştir.

- Bası yaralarının oluşumunu önler.
- Hücrelere oksijen taşınmasını artırır.
- Akciğer volümünü artırır.
- Kalbin yükünü azaltır.
- Sekresyonların atılımını kolaylaştırır.

2.6.1. Postural Drenaj

Postural drenaj, yer çekimi yardımıyla bronşlardaki sekresyonun dışarı çıkarılmasını sağlar. Sekresyon, bronşiyollerden bronşa ve trakeaya doğru drene olur. Öksürük ya da aspirasyon yoluyla çıkarılır. Hasta devamlı dik oturduğundan, sekresyon akciğerin alt kısımlarında birikir. Hastaya değişik pozisyon verilerek yer çekiminin yardımı ile

sekresyonların ufak bronşiyol hava yolları ile ana bronşlara ve trakeaya hareketi sağlanır. Sekresyon daha sonra öksürük ile çıkartılır.

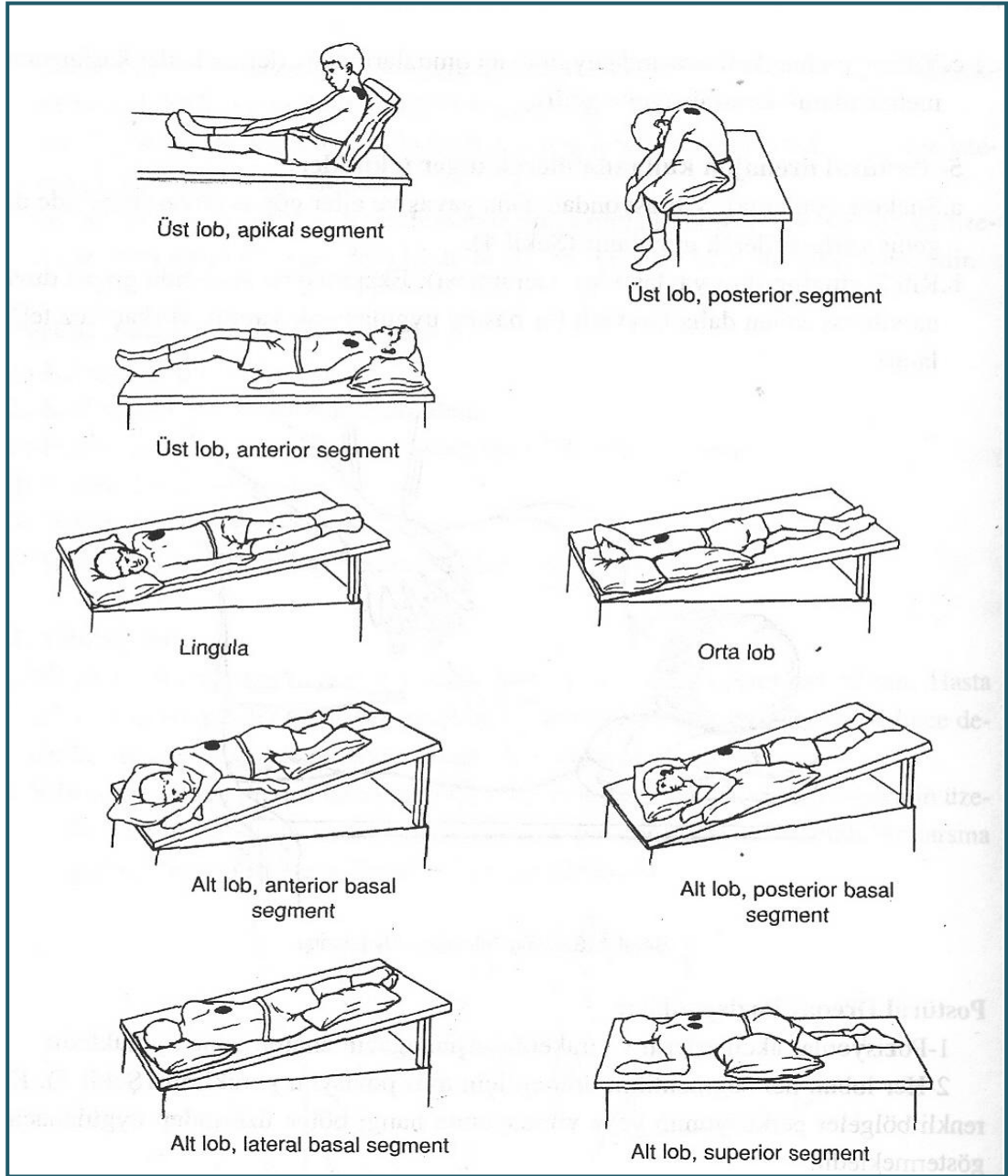
- **Amaç**
 - Postural drenajın doğru ve uygun teknikle yapılmasını sağlamak,
 - Trakea ve ana bronşlarda biriken balgamın çıkarılmasını sağlamaktır.
- **Postural drenajın uygulanmaması gereken durumlar**
 - İntrakranial basınç artması,
 - Baş, boyun yaralanmaları,
 - Pulmoner emboli,
 - Spinal yaralanmalar,
 - Baş ağrısı ve anksiyetesi olan hastalar,
 - Kosta kırıkları gibi durumlarda postural drenaj uygulanmaz.
- **Postural drenajda kullanılan malzemeler**
 - Eldiven
 - Bardak, içme suyu
 - Hasta oturabiliyorsa sandalye
 - Yastık (1-4 adet)
 - Böbrek küvet
 - Aspirasyon hortumu
 - Aspirasyon kateteri

POSTURAL DRENAJ UYGULAMASI

Uygulama Basamakları	Uygulamanın Amacı
➤ Hastaya işlem hakkında bilgi verilir, onayı alınır.	
➤ Eller yıkanır, kurulanır. Eldiven giyilir.	➤ Kontaminasyonu önlemek
➤ Postural drenaj için en uygun zaman sabah uandıktan sonra (gece biriken sekresyondan dolayı) ve yemekten 1-2 saat sonradır (gastroözefajial reflüyü önlemek için).	➤ Balgamın kolay çıkmasını sağlamak
➤ Postural drenaj uygulamadan yaklaşık 20-30 dakika önce solunum yollarını genişletici etkiye sahip ilaçlar kullanılır. Ayrıca bol miktarda sıvı alması sağlanır.	➤ Sekresyon atılımını sağlamak
➤ Hastaya, drenaj uygulanacak alana göre yastıkla desteklenerek pozisyon verilir.	➤ Balgamın çıkarılmasını sağlamak
➤ Akciğerlerde biriken sekresyonun durumuna göre aşağıda belirtilen pozisyonlar hastaya verilir. Pozisyonlar verilirken yatağın ayak kısmı 45-50 derece yükseltilir ve hastaya trendelenburg pozisyonu verilir.	➤ Sekresyonun akciğerlerde bulunduğu yere göre hastaya pozisyon vererek sekresyonun kolay çıkarılmasını sağlamak

➤ Hastanın sırtına perküzyon ve vibrasyon manevraları ile vurularak sekresyonun bronşlardan ayrılması sağlanır.	
➤ Hastanın sırtına perküzyon manevrası 2-3 dakika en fazla 5 dakika uygulanır. Sonra 2-3 dakikada bir vibrasyon manevrası uygulanır. Perküzyon ve vibrasyon manevraları birlikte yapılarak sekresyonun çıkarılması sağlanır. Her pozisyon için 5-15 dakika postural drenaj yeterlidir.	➤ Perküzyon ve vibrasyon manevralarını etkili kullanmak ➤
➤ Hasta öksürüyorsa böbrek kuvvet verilir.	
➤ Hastanın pozisyonlar arası dinlenmesi sağlanır. ➤ Su alması sağlanır.	
➤ Kullanılan malzemeler “Hastane Atıklarının Kaynağında Ayrımı ve Toplanması” talimatına uygun olarak atılır.	➤ Kontaminasyonu önlemek
➤ Eldivenler çıkarılır. Yapılan uygulama kaydedilir.	➤ Sağlık personelinin bilgilendirmek ➤ Yasal dayanak oluşturmak

Postüral drenaj pozisyonları en az 5 dakika olmalı, sekresyon miktarı fazla ve kıvamı koyu ise daha uzun sürmelidir. Tedavinin toplam süresi 40-45 dakikayı geçmemelidir.



Şekil 2.1: Postural drenaj uygulamasında verilen pozisyonlar

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1.

- I. Eklem aralıklarını genişletmek
- II. Yumuşak doku hasarını azaltmak
- III. Kırığı hareketsiz hâle getirmek
- IV. Yumuşak doku travmalarını tedavi etmek

Yukarıdakilerden hangisi veya hangileri, traksiyonun uygulama amaçlarındandır?

- A) Yalnız I B) I ve II C) I, II ve III D) I, II ve IV E) II, III ve IV

2.

Aşağıdakilerden hangisi, traksiyon uygulamasının gelişebilecek komplikasyonlarından değildir?

- A) Hipostatikpnömoni
- B) Glokom
- C) Konstipasyon
- D) Tromboflebit
- E) Abdominal distansiyon

3.

- I. Hastaya aktif ve pasif hareketler yaptırılır.
- II. Diyetle lifli gıdalar verilir.
- III. Yatağın kırışksız, temiz olması sağlanır.
- IV. Günde 1,5-2 litre su alması sağlanır.

Yukarıdakilerden hangisi ya da hangileri, yatağa bağımlı hastada konstipasyon gelişmemesi için alınacak önlemlerdendir?

- A) Yalnız I B) I ve II C) I, II ve III D) I, II ve IV E) I,II,III ve IV

Aşağıdaki cümlelerde boş bırakılan yerlere doğru sözcükleri yazınız.

4.

Postural drenaj için en uygun zamanuyandıktan sonra yemekten 1-2 saat sonradır.

5.

Postural drenajda hastanın sırtına ve masaj manevraları uygulanır.

ÖĞRENME FAALİYETİ-3

AMAÇ

Yatağa bağımlı hastada hemşirelik bakımını yapabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Çevrenizde veya hastanede varsa yatağa bağımlı hastayı ziyaret ediniz. Hemşirelik bakımına olan ihtiyaçlarını belirleyiniz. Sonuçları rapor hâline getiriniz. Sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

3. YATAĞA BAĞIMLI HASTADA HEMŞİRELİK BAKIMI

Sağlıklı olmak, gezip dolaşabilmek, kendi ihtiyaçlarını başkasına ihtiyaç duymadan karşılayabilmek tüm bireylerin vazgeçilmez isteğidir. Bireyin tüm gereksinimlerini kendi kendine karşılayabilmesi, yaşamını kendi istekleri doğrultusunda sürdürebilmesi ve yaşam kalitesini yükseltebilmesi için öncelikle bireyin sağlığının korunması ve devam ettirilmesi gerekmektedir ancak birey pek çok sebeple, yaşamının herhangi bir döneminde hastalanabilir, sakatlanabilir veya yaşamını yatağa bağımlı bir biçimde sürdürmek zorunda kalabilir. Yaşamının herhangi bir döneminde sağlık bütünlüğünü kaybederek fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan yatağa bağımlı hâle gelen hasta bireye bakım verecek hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

Yatağa bağımlılık, bireyin kendi gereksinimlerinin bir kısmının veya tamamını karşılayamaması durumudur. Yatağa bağımlı hasta, banyo yapma, tuvalet gereksinimlerini karşılama, saç bakımı, ağız bakımı, giyinme, yemek yeme, hareket etme, güvenliğin sağlanması, kişiler arası ilişkiler kurma el becerilerini kullanabilme gibi günlük yaşam aktivitelerinin tamamını bir süre için veya sürekli yerine getiremeyebilir. Hastanın yatağa bağımlılığı, hastalığının özelliğine ve hastanın genel durumuna göre değişir. Yatağa bağımlılık kısa ya da uzun süreli olabileceği gibi sürekli de olabilir.



Resim 3.1: Yatağa bağımlı hasta

Yatağa bağımlı hasta, bilinci açık ya da kapalı olabilir. Bilincin en basit tanımı; kişinin, tam uyanık, kendisinin ve çevresinden gelen uyarıların farkında olması hâlidir. Burada bilinci açık olan yatağa bağımlı hastaların hemşirelik bakımı verilecektir.

3.1.Hareketsizliğin Sistemler Üzerine Genel Etkisi

Yatağa bağımlı hastalarda hareketsizlik sistemler üzerinde değişikliklere neden olur. Bunlar;

- Kas-iskelet sistemi,
- Deri,
- Genito-üriner sistem,
- İmmün sistem,
- Endokrin sistem,
- Nörolojik sistem,
- Kardiyovasküler sistem,
- Solunum sistemi,
- Gastrointestinal sistemdir.
- Emosyonel durumdur.

Yatağa bağımlılık, hareketsizliği getirdiği için yukarıda belirtilen sistemlerde olumsuz etkiler oluşturur.

YATAĞA BAĞIMLILIĞIN SİSTEMLER ÜZERİNE ETKİLERİ

Etki	Sistem
➤ Atrofi, kuvvetsizlik, kontraktür, sırt ağrısı, osteoporoz	➤ Kas-iskelet sistemi
➤ Kalbin yükü artar, taşikardi, ortostatik hipotansiyon, trombüs oluşumu	➤ Kardiyovasküler sistem
➤ Göğüs kafesi genişlemesinde azalma, pnömoni, sekresyon birikimi, solunumsal asidoz	➤ Solunum sistemi
➤ İştah azalması, bağırsak hareketlerinde azalma, sıvı alımında azalma,	➤ Gastrointestinal sistem

konstipasyon	
➤ Bası yaraları, ödem	➤ Deri
➤ İdrar yapmada zorluk, üriner staz, böbrek taşı, üriner enfeksiyon	➤ Üriner sistem
➤ Serum insülin düzeyinde artma, paratroid ve troid hormonlarında artma, idrarda kortizon atımında artış, androjenlerde ve sperm yapımında azalma	➤ Endokrin sistem
➤ Lökositlerin fagositoz özelliğinde azalma	➤ İmmün sistem
➤ Uyku bozuklukları, anksiyete, oryantasyon bozukluğu, depresyon	➤ Nörolojik, emosyonel

3.2. Hemşirelik Bakımı

Yatağa bağımlı hastalar günlük gereksinimlerini tek başına karşılayamaz. Günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesine hemşire yardımcı olur. Bakımda amaç; hastanın ihtiyacını belirlemek ve ihtiyacının giderilmesini sağlamak böylece bireyin yaşam kalitesini yükseltmek ve gelişebilecek komplikasyonları en aza indirmektir.

Hemşirelik bakımı, günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda planlanır ve uygulanır. Hemşire önce veri toplar, hemşirelik tanısını koyar, bakımı planlar, uygular ve değerlendirir.

Yatağa bağımlı hastada, bakım planlanırken hasta ailesi de planlamanın içinde yer almalıdır. Çünkü bakımın bir tarafında aile vardır.

- Bakım planı, günlük yaşam aktiviteleri dikkate alınarak yapılır ve uygulanır.
- Günlük yaşam aktiviteleri;
 - Beslenme,
 - Solunum,
 - Dolaşım,
 - Boşaltım,
 - Uyku,
 - Kişisel hijyen,
 - İletişim,
 - Fiziksel aktivite,
 - Çevre güvenliğinin sağlanması,
 - Cinsel yaşamdır.

Yatağa bağımlı hastalara verilecek bakımlar; günlük ve haftalık yapılması gereken bakım ve işlemler olarak ikiye ayrılır:

- **Günlük yapılması gerekenler**
 - Göz, ağız, kulak, burun temizliği,

- Kısmi vücut temizliği,
 - Perine bakımı,
 - Pasif egzersiz ve pozisyon değişikliği,
 - Masaj,
 - Postural drenaj,
 - Aspirasyon ve trakeotomi bakımı,
 - Beslenme ve eliminasyonun sağlanması,
 - Yatak çarşaflarının değişimidir.
- **Haftalık yapılması gerekenler**
- Saç banyosu (9. sınıfta Meslek Esasları Tekniği dersinde verilmiştir)
 - Vücut banyosu (9. sınıfta Meslek Esasları Tekniği dersinde verilmiştir.)

➤ **Günlük yapılması gereken bakım**

- **Göz bakımı**

Göz bakımı, her iki gözün serum fizyolojik (SF) ile irrigasyon yapıp gözler içten dışa doğru kurulanır ya da serum fizyolojikle ıslatılmış yumuşak bir bezle gözler içten dışa doğru (burundan şakak yönüne) silinir. Silme sırasında göze basınç uygulanmamalı, göz içi yapılara (lens, vitreus vb.) zarar vermemek açısından önemlidir.

- **Ağız- kulak-burun bakımı**

Kulaklar; genellikle banyo sırasında kulak kepçeleri silinerek temizlenir. Kulaktan BOS veya kan geliyorsa yalnızca kulak dışına akan sızıntı temizlenir.

Burun içindeki fazla salgılar, su veya serum fizyolojik ile ıslatılarak pamuklu çubukla temizlenir. Nazogastik sonda takılı hastalarda sondanın yarattığı basınç, nazal mukozada duyarlılık, inflamasyon, kabuklanma veya kanamaya neden olabilir. Bu tür sorunlara engel olmak için nazogastrik sonda (burna bası açısından) gözlenir. Tespit için kullanılan flaster ıslanırsa hemen değiştirilmelidir (Islak flaster deriyi yumuşatarak çabuk hasarlanmasına neden olur.).

Hastanın bilinci açıksa en iyi ağız bakımı, diş fırçalama ile sağlanır. Bilinci kapalı hastalarda 2-8 saatte bir ağızdaki sekresyon alınır ve ağız sodyum bikarbonat ile temizlenir. Aft varsa özel gargara çözeltileri kullanılabilir. Mantar enfeksiyonu varsa antifungal suspansiyon kullanılabilir. Genel bir önlem olarak dudakları kuruma ve çatlamaya karşı yumuşatıcı losyonlarla nemlendirilir.

- **Perine bakımı**

Foley kateteri olmayan hastada günde bir kez perine bakımı yeterli olabilir. Vaginal akıntı veya gaita çıkarmı miktarına göre bu sayı değişebilir. Perine bakımı sabunlu su ile yapılır. Temizden kirliye veya yukarıdan aşağıya doğru temizlik yapılır. Foley kateteri olan hastalarda perine bakımı % 0,1'lik savlon çözeltisi ile yapılır. Foley kateterin kendisine de günde en az bir kez % 1'lik savlon ile kateter bakımı yapılır.

➤ **Kısmi vücut temizliği**

Kirli vücut bölgeleri, temizden kirliye doğru silinir. Özellikle koltuk altları, kadınlarda göğüs altları ve perine bölgesi silinir.

➤ **Trakeostomi bakımı**

➤ Aspirasyon işlemi yapılır.

➤ **Yatağa bağımlı hastalara pasif egzersiz sırasında yaptırılacak hareketler**

El ve ayak bileklerine sağa-sola rotasyon; bacaklara fleksiyon-ekstansiyon, kollara fleksiyon-ekstansiyon, abduksiyon-adduksiyon hareketleri en az 5 kez yaptırılır ve her 8 saatte bir tekrarlanır. Kontraktür nedeniyle hareket kısıtlılığı oluşmuş ise hareket sayısı giderek artırılır.

3.3. Bilinci Açık Yatağa Bağımlı Hastalarda Gelişebilecek Komplikasyonlar

Yatağa bağımlılığın hastada, deri ve sistemler üzerinde yaptığı olumsuz etkiler ve uygulanacak hemşirelik bakımı aşağıda belirtilmiştir.



Resim 3.2: Bilinci kapalı yatağa bağımlı hasta

YATAĞA BAĞIMLILIĞIN SİSTEMLER ÜZERİNE ETKİSİ

DERİYE ETKİLERİ	
Hemşirelik tanısı: Deri bütünlüğünün bozulma riski (dekübitüs) Nedenleri: İmmobilizasyona bağlı derinin sürekli basınç altında kalması, yetersiz beslenme Amaç: Dekübitüs oluşmasını engellemek	
Uygulama Basamakları	Uygulamanın Amacı
➤ Yatağa bağımlı hastanın derisinin rengi, ısısı, nemlilik durumunu izlenir.	➤ Deri bütünlüğünün bozulmasını önlemek
➤ Basınç bölgelerine her gün masaj yapılır.	➤ Kemik çıkıntılar üzerine gelen basınç azaltılır.
➤ Her 2 saatte bir hastaya pozisyon değişikliği yaptırılır.	➤ Basınç altındaki derinin sürtünmesini azaltır.
➤ Hareketsiz bölümün altına uygun pedler yerleştirilir.	➤ Dekübitüs oluşmasını önlemek
➤ Hastanın derisi kuru ve temiz tutulur. Çarşafları temiz, kırışksız ve kuru olmalıdır.	
➤ Hastanın yeterli beslenmesi ve yeterli sıvı alması sağlanır.	
➤ Hasta ve yakınlarına sık sık pozisyon değiştirmenin, masajın ve egzersizin önemi anlatılır. Mümkünse hastanın havalı yatak veya su yatağı kullanımı sağlanır.	
➤ Dekübitüs gelişmişse yara bakımı yapılır. (Bkz. 10.sınıf meslek esasları tekniği kitabı)	
KAS- İSKELET SİSTEMİNE ETKİLERİ	
Hemşirelik tanısı: Kontraktür, deformite, osteoporoz, fraktür Nedenleri: İmmobilizasyona bağlı yanlış pozisyonlar, egzersiz ve eklem hareketlerinin azlığı veya olmaması Amaç: Kas- iskelet sistemiyle ilgili komplikasyonları önlemek	
Uygulama Basamakları	Uygulamanın Amacı
➤ Temel koruyucu pozisyonlar (supine, lateral, prone, ve semi-fowler, fowler pozisyonlar) verilir.	➤ Hastanın mobilizasyonunu sağlamak
➤ Yatak egzersizleri fizyoterapi uzmanlarıyla iş birliği sağlanarak uygulanır.	

KARDİYOVASKÜLER SİSTEME ETKİLERİ

Hemşirelik tanısı: Ortostatik hipotansiyon, trombüs

Nedenleri: Yavaş venöz kan akımı, dik duruş pozisyonunun azlığı, kalbin iş yükünün artması

Amaç: İmmobilizasyona bağlı dolaşım sistemiyle ilgili komplikasyonları önlemek, hastalığın seyrinin uzamasını engellemek

Uygulama Basamakları	Uygulamanın amacı
<ul style="list-style-type: none">➤ Hastaya düzenli olarak egzersiz yaptırılır ve pozisyon değiştirilir.➤ Yeterli sıvı alması sağlanır ve kanın viskozitesi artırılır.➤ Bacaklara elastik bandaj veya varis çorabı uygulanır.➤ Sakıncası yoksa hastaya semifowler ya da fowler pozisyonu verilir.➤ İki saat arayla pozisyon değişimi yapılır.➤ Hastanın konstipasyon olması önlenir.➤ Fizyoterapistin önerileri doğrultusunda egzersizler yaptırılır.	<ul style="list-style-type: none">➤ Komplikasyon gelişimini önlemek

SOLUNUM SİSTEMİNE ETKİLERİ

Hemşirelik tanısı: Göğüs kafesi genişlemesinde azalma, sekresyon birikimi, hipostatik pnömoni

Nedenleri: İmmobilizasyona bağlı uzun süre yatakta yatmak zorunda kalan hastalarda solunum kaslarının kuvvetsizliği, göğüs kafesinin genişlemesi, hareketsizliğe bağlı akciğerlerde sekresyon ve müküsün birikmesi

Amaç: İmmobilizasyona bağlı solunum sistemiyle ilgili gelişebilecek komplikasyonları önlemek

Uygulama Basamakları	Uygulamanın Amacı
<ul style="list-style-type: none">➤ Derin nefes alma ve öksürme egzersizleri yaptırılır.➤ Masaj manevraları uygulanır.➤ Hipostatik pnömoni belirtileri yönünden hasta gözlemlenir (Ateş, öksürük, yeşil balgam, lökositöz, vb. belirtiler.).➤ Odanın havası nemlendirilir.➤ Sık sık ağız bakımı yapılır.➤ Sekresyonların atılımını artırmak için sıvı alımı artırılır.➤ Postüral drenaj uygulanır.➤	<ul style="list-style-type: none">➤ Yatağa bağımlı olan hastada gelişebilecek solunum sistemi komplikasyonlarını önlemek

<p>GASTROİNTESTİNAL SİSTEME ETKİLERİ Hemşirelik tanısı: Konstipasyon, hiponatremi, malnütrisyon, anoreksiya Nedenleri: Fiziksel aktivitenin azalması, diyetin değişmesi, hastanın sürgü kullanımından rahatsız olması, metabolizmanın yavaşlaması, iştahsızlık Amaç: Hastanın yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamak, gelişebilecek komplikasyonları önlemek</p>	
<p>Uygulama Basamakları</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hastanın aldığı-çıkarıldığı takibi yapılır. ➤ Çiğnemesi ve yutması kolay olan yiyecekler yemesi önerilir. ➤ Sık aralarla azar azar yemesi önerilir. ➤ Sakıncası yoksa hastanın günde 1,5-2 litre sıvı alımı sağlanır. ➤ Hasta malnütrisyon belirtileri yönünden gözlenir. ➤ Sürgü kullanımı için hasta teşvik edilir. ➤ Defekasyona çıkıp çıkmadığı kontrol edilir. ➤ Fizyoterapi uzmanları iş birliği ile aktif-pasif hareketler yaptırılır. ➤ Yüksek protein karbonhidrat ve sıvı içeren besinlerin verilmesi sağlanır. ➤ Konstipasyonu önlemek için posalı (lifli) gıda alımı artırılır. ➤ Beslenme planı günde 6-8 defa olacak şekilde planlanır. 	<p>Uygulamanın Amacı</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gastrointestinal sistemle ilgili gelişebilecek komplikasyonları önlemek
<p>RENAL SİSTEME ETKİLERİ Hemşirelik tanısı: İdrar yapmada zorluk, üriner staz, böbrek taşı, üriner enfeksiyon Nedenleri: Ördek ve sürgü kullanımında hastaların zorlanması, kateterizasyonun olması, supine pozisyonda idrarın renal pelviste toplanması ve durgunlaşıp partiküller, kristaller hâlinde çökerek böbrek taşı meydana gelmesi, immün sistemin zayıflaması, böbrek taşlarının enfeksiyonlara neden olması Amaç: Gelişebilecek komplikasyonlar yönünden hastanın kontrol altında tutulması</p>	
<p>Uygulama Basamakları</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hastaya fizyoterapi uzmanları iş birliği ile aktif-pasif hareketler yaptırılır. ➤ Kateterizasyon yerine ördek ya da sürgü kullanımı için hasta teşvik edilir. ➤ Sıvı alımı artırılır. ➤ Aseptik kurallara dikkat edilir. 	<p>Uygulamanın Amacı</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Renal sistemle ilgili gelişebilecek komplikasyonları önlemek

MENTAL SİSTEME ETKİLERİ

Hemşirelik tanısı: Uyarıcı yoksunluğu, duygusal ve sosyal izolasyon, yalnızlık, yakını kaybetme, statü ve çevresini kaybetme korkusu, bağımlılık psikolojisi (sürekli başkalarına ihtiyaç duyma)

Nedenleri: Bireyin yaşadığı hastalıklar, kayıplar

Amaç: Hastanın rahatlamasını sağlamak

Uygulama Basamakları	Uygulamanın Amacı
<ul style="list-style-type: none">➤ Hastayla konuşularak düşüncelerini açıklaması için olanak sağlanır.➤ Yapılan tedavi ve uygulamalar hakkında hastaya bilgi verilir.➤ Hasta ve ailesi ile olumlu ilişkiler kurulur ve iş birliği yapılır.➤ Hastanın bakım planına, mümkün olduğu oranda katkıda bulunması için verilerek hastanın kendisini aktif bir katılımcı hissetmesi sağlanır.➤ Gerekirse psikiyatristten konsültasyon istenmesi sağlanır.➤ Mümkünse hasta etraftakilerle ilgilenebileceği bir odaya alınır.➤ Yalnızlık ve dünyadan kopmuşluk hissinin en aza indirecek şekilde hastayla ilgilenilir.➤ İleri dönemlerde davranış bozukluğu görüldüğü zaman; gördüğü şeylere ve işittiği seslere önem vermemesi tavsiye edilerek meşguliyetler önerilir.	<ul style="list-style-type: none">➤ Hastanın ruhsal yönden rahatlamasını sağlamak

HİJYEN GEREKSİNİMİ

Hemşirelik tanısı: Kişisel hijyenini yapamaması

Nedenleri: Yatağa bağımlı olması

Amaç: Kişisel hijyenini sağlamak

Uygulama Basamakları	Uygulamanın Amacı
<ul style="list-style-type: none">➤ Hastaya sabah-akşam tuvaleti, duruma göre haftada iki veya daha fazla vücut banyosu ve saç banyosu yapılır.➤ Kirlenen yatak takımları, giysileri değiştirilir.➤ İnkontinansı olan hastaların yatağı ve giysilerinin kuru olmasına dikkat edilir.➤ Göz bakımı yapılır.➤ Burun mukozası temizlenip yağlanır.➤ Yemekten sonra ağız bakımı verilir ve dudakları vazelinle yağlanır.	<ul style="list-style-type: none">➤ Kişisel hijyenini sağlayarak enfeksiyon gelişimini önlemek

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Haftada iki defa el ve ayak tırnakları kesilir.➤ Perine ve koltuk altı gerektiği zaman temizlenir. | |
|---|--|

3.4. Hastanın Beslenmesi

Beslenme; vücuda enerji sağlamak ve dokuların yapımı ve onarımı için besinlerin kullanıldığı yaşam dönemlerine, sağlık ve hastalık durumuna göre değişiklik gösteren bir yaşam aktivitesidir. Beslenmenin temel kuralı besinlerin yeterli ve dengeli bir şekilde alınmasını sağlamaktır.

Hastalık durumu beslenmeyi etkiler. Hastanede yatan hastaların, kol ya da el hareketlerinde sınırlılık, hareketsizlik, görme bozukluğu, beyin hasarı ya da sırtüstü yatış pozisyonunda kalma zorunluluğu gibi durumlar nedeniyle hasta kendini besleyemez.

Hastaya yemek yerken yapılacak yardımın biçimi, bireyin fiziksel ve mental sınırlılıklarına bağlıdır. Gereksinimi olan bireyin yemek yemesine yardım çeşitli biçimlerde olabilir. Bazı hastalara sadece pozisyon verilip yemeklerine rahat ulaşmasını sağlamak yeterli olurken bazı durumlarda da hastayı tamamen bir başkasının beslemesi gerekebilir.

Hasta yemeğini kendisi yiyebiliyorsa yemesi sağlanır. Yiyemiyorsa yemeği yedirilir (9. Meslek Esasları Tekniği dersinde beslenme konusuna bakınız.).

Diyeti olup olmadığı, yemek alışkanlığı gibi durumlar dikkate alınarak beslenmesi sağlanır.

Yatağa bağımlı hastada beslenme normal şekilde sağlanamıyorsa enteral veya total parenteral beslenme yöntemlerinden faydalanılır.

3.5. Psikolojik Yaklaşım

Bireyin yatağa bağımlı hâle gelmesi kendisi ve yakınları için üzüntü verici bir durumdur. Yaşamı tehdit altında olan bilinci açık hastaların durumlarını kavramaları, monitörizasyon, ventilatör, infüzyon setleri, idrar sondası vb. araçlar hareket kısıtlılığı, gece-gündüz ayırımının kaybedilmesi, personel ve ziyaretçilerin hastayla iletişim kuramaması, izolasyon, sık tekrarlanan ağırlı manipülasyonlar gibi faktörler hastalarda ajitasyon, anksiyete, depresyon, disoryantasyon, deliryum gibi çeşitli psikolojik semptomların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Hemşire, hastanın bu durumuna dikkat ederek terapötik iletişim kurmalıdır.

Terapötik (tedavi edici) iletişim, yardıma ihtiyacı olan bireyle ilişki kurmayı sağlayan, bireyin gereksinimlerine odaklanan, endişelerini ya da problemlerini anlamayı ve bilgi elde etmeyi kolaylaştırmak amacıyla sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerinin kullanıldığı amaçlı ve planlı iletişimi ifade eder. Sözel ve sözel olmayan mesajların anlamını kavrayarak bireye ulaşma sanatıdır. Terapötik iletişimde kabul, saygı, dürüstlük, güven, ilgi ve destek olması

gereken temel özelliklerdir. Böylece bireyin problemine yeni bir bakış açısından bakmasına, duygularını kabullenmesine ve paylaşmasına olanak sağlar.

- Hastayla siz ve bey/hanım olarak iletişim kurunuz. Tokalaşabiliyorsa tokalaşın. Bu her iki taraf için yakınlık oluşturur.
- Hastanın ağrı, işitme ve konuşma gücü vb. problemlerinin olup olmadığını belirleyiniz.
- Hastanın yer, kişi oryantasyonu bozulmuş olabilir. Bu durumda hasta yakınlarından bilgi alınız.
- Hastaya uygulanan tedavi, bakım ve isterse hastalığı hakkında bilgi verilir. Güven duygusunun oluşması ve tedaviye olumlu cevap alınabilmesi için hastayla etkili iletişim kurulur.
- Hastaya açık uçlu sorular sorarak hastanın duygu, düşünce ve sorunlarını anlatmasını sağlayınız.
- Hastanın anlattıklarını dikkatlice dinleyerek ona önem verdiğinizi hissettiriniz.
- Gerektiğinde hastanın elini tutunuz ya da ona dokununuz ve sessizliği kullanınız. Dokunma sessizliği kullanma sözle ifade edilemeyen birçok duyguyu ve düşüncüyü aktaran iletişim yöntemidir.



Resim 4.3: Hastaya psikolojik yaklaşım

Hastaya güvenilir bilgi vermek bilinci açık hastalarda anksiyeteyi azaltır ve oryantasyon bozukluğunu önler. Bazı hastalarda bilinç ve hafıza değişiklikleri olabilir. Bu hastalara ay, yıl, tarih, saat, nerede olduğu sorulur ve yapılan uygulamalar hakkında bilgi verilerek anksiyeteyi azaltılması sağlanır.

Hastanın kültürel yapısına, dinî inançlarına, yaşına uygun olarak seçilen, hoşlandığı bir müzik ya da ziyarete gelemeyen yakının sesi kasetten dinletilebilir. Müzik terapisinin; anksiyete ve stresin azaltılmasında, ağrı ve rahatsızlığın ilaç dışı kontrolünün sağlanmasında, duygu durumunda olumlu değişikliklerin sağlanmasında ve hastanede kalış süresinin kısaltılmasında rolü vardır.

Hastalanmak, hastaneye yatmak hasta üzerinde olduğu kadar hastanın aile üyeleri ya da yakınları üzerinde de stres ve kaygı gibi olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Ailede stres ve kaygı nedenlerinin başında, sevdikleri birini kaybetme korkusu, yer değiştirme sorunları, mali kaygılar, rol değişiklikleri ve diğer aile üyelerinden ayrılma gelmektedir. Aile üyeleri, aileden biri hastaneye yattığı zaman, başka birinden destek alma olanağına sahip olmayabilir. Sağlık ekibi üyeleri aileye destek sağlasalar da aileler bu destek gereksinimlerinin sıklıkla hemşireler tarafından karşılanmasını beklemektedir. Hemşirenin, soruları yanıtlaması, umut vermesi ve aile üyelerini dinlemesi aileye güven verir.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi, yatağa bağımlılığın kas-iskelet sistemine olan olumsuz etkilerindendir?
A) Taşikardi B) Sekresyon birikimi C) Kontraktür D) Asidoz E) Pnömoni
2. Yatağa bağımlı hastalarda haftalık yapılması gereken bakım aşağıdakilerden hangisidir?
A) Göz bakımı
B) Ağız bakımı
C) Burun temizliği
D) Vücut banyosu
E) Perine bakımı
3. I. Kalbin yükünü azaltır.
II. Bası yaralarının oluşumunu önler.
III. Akciğer volümünü artırır.
IV. Sekresyonların atılımını kolaylaştırır.
Yukarıdakilerden hangisi ya da hangileri, hastaya verilecek pozisyon değişikliğinin faydalarındandır?
A) Yalnız I B) I ve II C) I, II ve III D) I, II ve IV E) I, II, III ve IV

Aşağıdaki cümlelerde boş bırakılan yerlere doğru sözcükleri yazınız.

4. Konstipasyonu önlemek için.....gıdalar yenmelidir.
5. Akciğerlerden sekresyonların atılımını arttırmak içinalımı artırılır.

ÖĞRENME FAALİYETİ-4

AMAÇ

Bilinci kapalı (şuursuz) hastada hemşirelik bakımını yapabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Yatağa bağımlı bilinci açık hasta ile bilinci kapalı hastaya verilen hemşirelik bakımında farklılıklar var mıdır? Araştırınız. Sonuçlarınızı sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

4. BİLİNCİ KAPALI (ŞUURSUZ) HASTADA HEMŞİRELİK BAKIMI

Bazı hastalıklarda bilinç değişikliği oluşabilir. Bilinç; kişinin kendisinin ve çevresinde olan olayların farkında olmasıdır. Bilinci oluşturan başlıca bileşenler uyanıklık hâli, bellek, yürütücü işlev, dikkat olarak sıralanabilir. Bilinç kaybına veya değişikliğine neden olan faktörler; beyin lezyonları, beyin travmaları ve kanamaları, elektrolit dengesizlikleri, hiperozmolarite, hiperkalsemi, asidoz, hypoglisemi, üremi, karaciğer hastalıkları, alkol ve bazı ilaçların neden olduğu metabolik değişiklikler, fonksiyonel veya psikiyatrik hastalıklardır. Bilinçsiz hastalarda bakım verebilmek için bilinç seviyelerini bilmek gerekir.



Resim 4.1: Bilinci kapalı hasta

4.1. Bilinç Seviyeleri ve Bilincin Değerlendirilmesi

Koma bilinçlilik (consciousness) hâlinin tam karşıtıdır. Bu iki ucun arasında ise ara kademeler vardır. Bunlar;

- **Somnolans (letarji):** Hasta uykuya eğilimlidir. Sesli uyarılarla uyanıp sorulara doğru cevaplar verir. Fakat kendi hâline bırakılınca yeniden uyuklamaya başlar.
- **Stupor:** Sesli uyarılara cevap alınmaz. İletişim kurabilmek için kuvvetli uyarı uygulamak gerekir. Tekrarlanan uyarılarla hasta gözlerini açar. Bu sırada sözlü emirleri yerine getiremez veya emri yavaş ve yetersiz şekilde uygular.
- **Koma:** Hasta dış uyarılarla uyandırılmaz. Hafif ve orta dereceli komada hasta ağrılı uyarıyı lokalize edip eliyle uzaklaştırmak ister yahut yüz buruşturma gibi genel bir cevap verir. Derin komada ise her türlü uyarıya refleks düzeyinde bir cevap bile alınmaz.

Bilinç kaybı çeşitli seviyelerde olabilir. Bunun sık sık değerlendirilip kaydedilmesi gereklidir.

1. **seviye (bayılma durumu):** Kişi kolay uyarılabilir, uyarılara cevap verebilir.
2. **seviye (letarji, somnolans):** Bu seviyede hastada yarı uyku hâli, küntlük, davranışlarda ağrışma vardır. Genellikle uyarılara cevap verir.
3. **seviye (stupor, yarı uykulu bilinçsizlik):** Bu seviyede fiziksel ve mental aktiviteler çok az görülür. Sözlü uyarılara cevap yetersizdir veya çok zor anlaşılır. Hasta canlı ışık, gürültülü ses veya ağrılı uyarana mimiklerle cevap verir.
4. **seviye (yarı koma hâli):** Normal uyarılara cevap yoktur fakat ağrılı uyarılara cevap alınabilir. Refleksler devam edebilir.

5. **seviye (derin koma):** Ekstremiteler gevşek ve hareketsizdir. Kas, tendon ve plantar refleks genellikle yoktur. Ağrılı uyarılara cevap yoktur. İnkontinans vardır, pupillalar dilate veya konstrükte olabilir, kornea ve farengeal refleksler yoktur veya çok azdır.

4.2. Glaskow Koma Skalası

Hastanın bilinç düzeyinin değerlendirilmesinde Glasgow koma skalası kullanılır.

Göz Hareketleri Puan		Motor Cevap Puan		Sözel Cevap Puan	
Spontan göz açma	4	Emirlere uyar	6	Hasta oryante	5
Sözel uyarı ile göz açma	3	Ağrıya lokalize	5	Hasta konfüze	4
Ağrılı uyarı ile göz açma	2	Ağrı ile çekme	4	Anlamsız kelimeler	3
Hastada tepki yoksa	1	Anormal fleksiyon	3	Anlamsız sesler	2
		Anormal ekstansiyon		Cevap yok	1

	2 Cevap yok 2	
Toplam puan 13-15 ise hasta uyanık, 8-12 arasında prekoma, 8 ve altında ise koma olarak değerlendirilir.		

4.3. Bilinci Kapalı Yatağa Bağımlı Hastalarda Gelişebilecek Komplikasyonlar

Bilinci kapalı olan ve yatağa bağımlı olan hastalarda gelişebilecek komplikasyonlar bilinci açık yatağa bağımlı hastalarda gelişen komplikasyonlarla aynıdır. Üstte bununla ilgili verilen konuya bakınız.

4.4. Bilinci Kapalı Yatağa Bağımlı Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Bilinçsiz hasta bakımında, normal yaşam aktivitelerini sürdürmek ve bunlara yardımcı olmak gerekir. Hasta bilincine kavuştuğunda yaşamını engelleyecek komplikasyonların gelişimi önlenir.

- Bilinçsiz hasta bakımı:
 - Hastanın yaşam bulguları kontrol edilir. Bu işlem beyin hastaları için özellikle önemlidir. Yaşam belirtileri sık sık kontrol edilir ve kaydedilir. Örneğin; nabızın azalması ve kan basıncının artması intrakranial basınç artmasını düşündürür. Bilinçsiz hastada ısı kontrolü rektal yolla yapılır.
 - Solunum yollarının açık tutulması özellikle beyin hastaları için önemlidir. Çünkü kan CO₂ düzeyinin yükselmesi beyin damarlarının permeabilitesini artırır ve vazodilatasyon yaparak beyin ödemi kolaylaştırır. Hava yollarının açık olması için gereken sıklıkta aspirasyon yapılır, hastaya lateral pozisyon veya yarı oturur pozisyon verilebilir. Yarı oturur pozisyon ile beyinden venöz drenaj sağlanarak beyin ödemi önlenebilir. Aspirasyon özellikle trakeotomiden veya endotrakeal tüpten yapılıyorsa aseptik tekniğe uyularak yapılması, akciğer enfeksiyonlarını önlemek bakımından önemlidir.
 - Cilt rengi, ağız, burun ve kulaktan sekresyon geliyor mu gözlemlenir ve kaydedilir.
 - Glaskow koma skalasına göre hasta değerlendirilir. Işık reaksiyonu ve pupilla büyüklüğü, ekstremitelerin duyu ve motor cevabı sık sık kontrol edilir ve bulgular kaydedilir. Hastaya çeşitli sorular sorularak bilinç durumu, el feneri ile karanlık ya da loş bir ortamda pupillaya ani ışık tutarak büyüüp küçülmesi gözlenir. Normalde ışık tutulduğunda pupillaların büzülmesi, ışığı çekince genişlemesi gerekir. Bazı hastaların pupillaları normalde de eşit olmayabilir veya takma gözü olabilir. Doğru değerlendirme yapmak için bu durumu da bilmek gerekir.
 - Normal ve anormal refleksler değerlendirilir ve kaydedilir.

- Hastanın öz bakım gereksinimleri karşılanır. Bunun için günlük cilt temizliğinin yapılması gerekir. Göz bakımı özellikle önemlidir. Bilinçsiz hastaların gözleri açık kalabilir. Bu durum kornea kuruluklarına ve ülserlerine ve hatta körlüklerine neden olabilir, bunun için gözlere her gün serum fizyolojik ile irigasyon uygulanır, göz çevresi silinir ve hafif yağlandıktan sonra göz kapakları nemli bir spanç ile kapatılır. Bilinçsiz hastanın burun mukozası kurur ve tıkanabilir; temizlenip yağlanması gerekir.
- Solunum yolları kurur. Odanın nemlendirilmesi üst solunum yolları için özellikle yararlıdır.
- Kafa travması geçiren hastanın burun ve kulağından BOS sızabilir veya kan gelebilir bu durumda doktor istemi olmaksızın burun ve kulak temizlenmez. Kulak ve burundan olabilecek bu tür akıntıların hemşire gözlem kâğıdına kaydedilir ve hasta sırtüstü yatırılır.
- Bilinçsiz hasta ağızdan soluk alıp verdiği ve ağızdan beslenmediği için ağız kuruluğu olur. Bu nedenle her iki saatte bir özel ağız bakımı yapılır. Aksi hâlde bilinçsiz hastanın ağızda kolaylıkla enfeksiyonlar gelişir hatta bu enfeksiyon alt solunum yollarına inebilir (örn; moniliazis).
- Yatak içinde yatak banyosu ve saç banyosu doktor istemine uygun yapılır. Ciltteki mikroorganizmaları ve atıkları ortadan kaldırmak, enfeksiyon gelişimini önlemek, dolaşımı canlandırmak ve hastayı rahatlatmak için vücut banyosu yaptırılır.
- El ve ayak tırnakları tekniğine uygun olarak kesilir. Diyabetli hastalarda özel ayak bakımı yapılır.
- Basınç yaralarının oluşmaması için doktor istemine uygun pozisyon değişikliği ve masaj manevraları uygulanır. Yatak takımları kuru, kırıksız olarak yapılır.
- Bu hastalarda üriner ve fekal inkontinans olabilir. İnkontinansı olan hastalarda böbrek taşı ve enfeksiyonu kolay gelişir. İdrar kateteri olacağı için kateter bakımının yapılması gerekir.

4.5. Bilinci Kapalı Yatağa Bağımlı Hastalarda Beslenme

Bilinci kapalı hastanın beslenmesinin sağlanması gerekir. Hasta en fazla 2-3 gün IV yolla beslenir. Bilinçsizlik devam ediyorsa yutma refleksi yoksa nazogastik (NG) yol ile beslenmeye geçilir. Her beslenmede tüpün yerinde olup olmadığının kontrolü yapılır. Beslenme sırasında hastanın başı yükseltilir. Gavaj sıvısı çok sıcak veya soğuk olmamalıdır. Gavaj sıvısı tüm besin öğelerini içermelidir. Beslenmeden sonra bir miktar sıvı verilerek nazogastrik tüp temizlenir. Beslenme sıklığı ve gavaj sıvısının miktarı hastanın yaşına ve durumuna göre planlanır, verilen sıvı miktarı ve defakasyon sıklığı kaydedilir.

4.6. Bilinci Kapalı Yatağa Bağımlı Hastalarda Güvenlik Önlemleri

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin hasta üzerindeki olası zararını önlemek ve ortaya çıkan zararların tekrarlanmaması amacıyla çalışanların aldığı önlemler olarak tanımlanır. Bilinçsiz hastaların kendisine zarar vermemesi için yatak kenarlıkları yukarı kaldırılır. Yataktan düşmemesine dikkat edilir.

Hastaya ilaç verirken, kan ya da kan ürünü transfüzyonu yapılırken, kan veya diğer test örnekleri alınırken ve her türlü tedavi prosedürü uygulamasında hastaya ait en az iki kimlik bilgisi kullanılır.

Hastaneye kabul edilen hastalara “hasta isim bileziği” takılır. Bu bileziklerde; hastanın adı ve soyadı, protokol numarası, doğum tarihi yazılır. Alerjisinin olup olmadığı sorgulanır.

Hastanın güvenli transferi talimatta belirtilen ve tanımlanan esaslar doğrultusunda gerçekleştirilir. Metal alanlara hasta cildinin teması önlenmelidir. Hasta ısıtıcıları yanıklara neden olabileceğinden dikkatli kullanılmalıdır.

4.7. Bilinci Kapalı Yatağa Bağımlı Hastalarda Psikolojik Yaklaşım

Hastaların bilincinin kapalı olması sağlık hizmetinin sunumunda, iletişim ve ilişkilerin kurulmasında, sürdürülmesinde hemşirelerin zorlanmasına sebep olmaktadır. Ancak etkili iletişimin kurulması bakımında olumlu etkiler yaratmaktadır.

Bilinci kapalı hastalar, iletişimde kullanılan ve sözsüz iletişimin bir şekli olan dokunmaya en çok gereksinimi olanlardır. Dokunmayla birlikte sözel iletişimin olması hastanın uyanıklık düzeyinin sürdürülmesinde son derece önemlidir. Dokunma yoluyla hastalara yakınlık, ilgi, güven, cesaret, empati, saygı, destek, anlayış, kabul etme, yardıma isteklilik gibi mesajlar iletilir. Etkili dokunma terapötik olup algılama-kavrama yetenekleri üzerinde olumlu; ağrı, yalnızlık, ümitsizlik duygularını azaltma; hasta-hemşire etkileşimini artırma gibi etkileri vardır. Ayrıca yer, zaman ve kişi tanımlamalarını yapabilmeye ve gerçeğe oryante olmalarını sürdürmede ve artırmada dokunma önemli bir rol oynamaktadır. Dokunmayla birlikte sözel iletişim olması hastanın uyanıklık düzeyinin sürdürülmesinde son derece önemlidir.

Bilinci kapalı bireylerin ailelerine hastalarının onları anlayabilme olasılığı olduğu anlatılmalı, hasta ile konuşmaları desteklenmeli ve onlara dokunmaları için cesaretlendirilmelidir. Bu yaklaşım işitme olasılığı olan hastanın yararına olduğu kadar hastaları için bir şeyler yapma çabası olan ailenin de yararındadır. Aile de bilgilendirilmeli, duyguları paylaşılmalı, sorunlarıyla baş etmelerine yardım edilmelidir.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Hastada yarı uyku hâli ve davranışlarında ağırlaşma hangi bilinç seviyesinde oluşur?
A) 1. seviye
B) 2. seviye
C) 3. seviye
D) 4. seviye
E) 5. seviye
2. Glaskow koma skalasında toplam puan 13-15 arasında ise hastanın durumu nedir?
A) Hasta uyanık
B) Hasta prekomada
C) Hasta komada
D) Hastada uyku hâli
E) Hasta derin komada
3. Bilinci kapalı hastada nabzın düşük, kan basıncının yüksek olması hastada hangi durumun gelişebileceğini düşündürür?
A) Akciğerlerde sekresyon birikimi
B) Kalbin yükünün artması
C) Gözlerde glokom oluşması
D) Kafa içi basıncın artması
E) Yatak yarasının oluşması

Aşağıdaki cümlelerde boş bırakılan yerlere doğru sözcükleri yazınız.

4. Bilişsiz hasta ağızdan soluk alıp verdiği ve ağızdan beslenmediği için her iki saatte birbakımı verilir.
5. Hastadahâlinde sesli uyarılara cevap alınamaz.

DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1.

- I. Hyperglisemisi varsa
- II. Osteomyeliti varsa
- III. Ekstremitelerde yara varsa
- IV. Şaşılık varsa

Yukarıdakilerden hangisi ya da hangileri, amputasyon ameliyatı yapılmasına engel bir durumdur?

- A) Yalnız I
- B) I ve II
- C) I, II ve IV
- D) I, II ve III
- E) I, II, III ve IV

2. Amputasyon ameliyatından sonra aşağıdakilerden hangisi gelişebilecek komplikasyonlardan **değildir**?

- A) Hematom
- B) Eklem kontraktürü
- C) Kanama
- D) Cilt komplikasyonları
- E) Cildin kirlenmesi

3. Aşağıdakilerden hangisi, postural drenajın uygulanmaması gereken durumlardandır?

- A) Ana bronşta balgamın varlığı
- B) Bronşlarda sekresyonun varlığı
- C) Polmonel emboli varlığı
- D) Trakeada balgamın varlığı
- E) Sekresyon birikimi

4. Aşağıdakilerden hangisi, traksiyonda motor fonksiyonların azalmasına bağlı gelişebilecek komplikasyonlardan **değildir**?

- A) Depresyon
- B) Kas atrofisi
- C) Duygusal dengesizlikler
- D) Konfüzyon
- E) Paralizi

5. Aşağıdakilerden hangisi, immobilizasyona bağlı solunum sistemiyle ilgili gelişebilecek komplikasyonlardandır?

- A) Yeşil balgam
- B) Ciltte döküntü
- C) Taşikardi
- D) Bradikardi
- E) Böbrek taşı

Aşağıdaki cümlelerde boş bırakılan yerlere doğru sözcükleri yazınız.

6. Güdük.....saatten fazla yüksekte tutulmaz.
7. Ameliyattan sonra hastaya secresyon birikimini önlemek içinnefes alma veegzersizleri yaptırılır.
8. Hastaya güvenilir bilgi vermekazaltır ve oryantasyon bozukluğunu önler.
9. Hemşirenin, soruları yanıtlaması, umut vermesi ve aile üyelerini dinlemesi aileyeverir.
10. Bilinçsiz hastaların kendine zarar vermemesi içinyukarı kaldırılır.

CEVAP ANAHTARLARI

ÖĞRENME FAALİYETİ-1'İN CEVAP ANAHTARI

1	C
2	E
3	D
4	prone
5	rehabilitasyon

ÖĞRENME FAALİYETİ-2'NİN CEVAP ANAHTARI

1	C
2	B
3	D
4	sabah
5	perküzyon, vibrasyon

ÖĞRENME FAALİYETİ-3'ÜN CEVAP ANAHTARI

1	C
2	D
3	E
4	posalı
5	sıvı

ÖĞRENME FAALİYETİ-4'ÜN CEVAP ANAHTARI

1	B
2	A
3	D
4	özel ağız
5	stupor

DEĞERLENDİRME'NİN CEVAP ANAHTARI

1	D
2	E
3	C
4	B
5	A
6	48
7	derin, öksürük
8	anksiyeteyi
9	güven
10	yatak kenarlıkları

KAYNAKÇA

- AKÇA AY, Fatma, **Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler**, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2011.
- ÇAKIRCALI, Emine, **Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar**, 3. Baskı İzmir Güven&Nobel Kitapevleri, İzmir, 2000.
- Gazi Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, **Hemşirelik Genel Uygulama Standartları**, Ankara, 2012.
- KARATAŞ GÜNER, Ayşe, Semanur AĞRALI KEBAPÇI, İlknur KÜÇÜKALP, Aysel GÜMÜŞ, Türkan AKAR EMSAL, Ayşe UZ, Sağlık Meslek Liselerinin Hemşirelik Bölümü, **Meslek Esasları ve Tekniği XII. Sınıf**, Palme Yayıncılık, Ankara, 2011.
- SABUNCU, Necmiye, Fatma AKÇA AY, **Klinik Beceriler: Sağlık Değerlendirilmesi, Hasta Bakımı ve Takibi**, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2010.
- ŞÇ YÜCEL hemsirelik new.maltepe.edu.tr (13.6.2012 saat 12.00)
- www.als.org.tr/forum/uploads/15/yataktahastabak.doc (18.6.2012 saat 10.00)
- 27http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/fizik_tedavi/ozlem_gultekin.pdf(20.6.2012 saat 15.00)