

Yoğun Bakım Tedavisi Alan Yaşlı Hastalarda Sık Görülen Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı

Most Seen Problems and Nursing Care in Geriatric Patients Receiving Intensive Care Treatment: Review

Filiz DİLEK,^a
Deniz Ezgi BİTEK,^b
Özgül EROL^c

^aSağlık Bakım Hizmetleri Bölümü,
Namık Kemal Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,
Tekirdağ

^bSağlık Bakım Hizmetleri Bölümü,
Kırklareli Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,
Kırklareli

^cHemşirelik Bölümü,
İç Hastalıkları Hemşireliği AD,
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Edirne

Geliş Tarihi/Received: 25.11.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 04.01.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:
Filiz DİLEK
Namık Kemal Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,
Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü,
Tekirdağ,
TÜRKİYE/TURKEY
fdilek@nku.edu.tr

ÖZET Yaşlanma; geri dönüşsüz, tüm sistemleri etkileyen, kaçınılmaz fizyolojik bir süreçtir. Teknolojik ve bilimsel gelişmelere paralel olarak doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması sonucu dünyada yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Fizyolojik rezervlerdeki azalma hastalıklarda artan duyarlılığa neden olmakta ve yoğun bakım ünitelerine kabul edilen yaşlı hasta oranını da arttırmaktadır. Yoğun bakım tedavisi alan yaşlı bireylerin bakımının planlanmasında bireye özgü bütüncül bir hemşirelik yaklaşımı, bireyin yaşam kalitesini artırırken yoğun bakımda yatış süresi, komplikasyon gelişimi ve maliyeti azaltma yönünde etkili olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, yaşlanma, hemşirelik bakımı, yoğun bakım ünitesi

ABSTRACT Aging is an irreversible, inevitable physiological process that affects all the system. Scientific and technological advancements in prolong life expectancy, which causes an increase in elderly population. Decrease in physiological reserves cause higher sensitivity and rise in the number of elderly patients at intensive care units. An integrative and individualized nursing approach in care planning of elderly patients at intensive care units will both increase their quality of life and decrease in hospitalization period, development of complications and costs.

Key Words: Elderly, aging, nursing care, intensive care unit

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2015;19(1):29-35

Yoğun Bakım Ünitesi'ne (YBÜ) kabul edilen yaşlı hastalar, karmaşık sağlık sorunları olan ayrıcalıklı bir hasta grubunu oluşturmaktadır. Yaşla birlikte kronik hastalıkların ve fonksiyonel bozuklukların görülme sıklığı da artmaktadır. Yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler çoğunlukla mevcut kapasitenin azalması şeklinde olup kardiyovasküler, nörolojik, metabolik ve endokrin hastalıklar gibi pek çok hastalığın daha kolay ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Ayrıca kronik hastalık sayıları ve buna bağlı gelişen komplikasyonların artması morbidite ve mortalitenin artmasına yol açmaktadır. Yoğun bakım ünitesine yatış nedenleri arasında sıklıkla kronik hastalıkların akut alevlenmeleri, hastalığa bağlı gelişen komplikasyonlar, ev içi ve dışı kazalar yer almaktadır.¹⁻³ Bu yazıda öncelikle artan yaşlı nüfus ve yoğun bakım ünitelerinde izlenen yaşlı hastalarda sık karşılaşılan sorunlar ve hemşirelik bakımı yer alacaktır.

Beklenen yaşam süresi attıkça, yaşlı nüfus sayısında da artış görülmektedir. 1955 yılında doğumdan itibaren 48 yıl olan yaşam beklentisi, 1975 yılında 59 yıla, 1995'de ise 65 yıla yükselmiştir. 2025 yılında yaşam süresinin 73 yıl olması tahmin edilmekte ve 65 yaş üstü nüfusun, dünya nüfusunun %10'unu oluşturması beklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO, 1998) yaşlılıkla ilgili yayınladığı raporlarda ve ülkemizde yaşlılığın başlangıcı 65 yaş olarak belirtilmektedir. Ülkemizde doğumda beklenen yaşam süresi 78 (erkeklerde 75,3 ve kadınlarda 80,7) yıldır. 1990 yılında yapılan genel nüfus sayımı sonucunda yaşlı nüfusun oranı %4,3 iken, 2003 yılında %6,9'a, 2013'te %7,7'ye yükselmiştir. 2025'te bu oranın %10,2'ye, 2050 yılında ise %17,6'ya ulaşılması beklenmektedir.⁴⁻⁶

Yaşlı nüfus sayısındaki artışla birlikte, YBÜ'ne yatışı gerektiren yaşlı hastaların sayısında da artış görülmektedir. Yapılan çalışmalarda yoğun bakım ünitesine kabul edilen yaşlı hastaların oranının %26 ile %51 arasında değiştiği belirtilmektedir.⁷ İsveç'te yapılan bir çalışmada 1980 yılında YBÜ'ne yatan 70 yaş üstü hastaların oranı %19 iken, 1995 yılında bu oran %28'e yükselmiştir.⁸ Ülkemizde, Haziran 2014-Mayıs 2015 tarihleri arasında 73 hastanenin yoğun bakım üniteleri verileri incelenmiş ve 65 yaş üzeri yatış oranı %41,5 bulunmuştur.⁹ Topeli ve ark.nın yaptığı çalışmada, 1996 yılında 5 aylık bir dönemde YBÜ'ne yatan hastaların yaş ortalaması 49,5 iken 1998 yılından sonraki 6 aylık dönemde bu oran %58,8'e yükselmiştir.¹ Kekeç ve ark.nın yürüttükleri çalışmada, acil servise başvuran yaş ortalaması yaklaşık 73 yıl olan 3851 olgunun %38,1'inin yoğun bakım ünitelerine yatırılarak tedavi edildiği saptanmıştır. Bu hastalar sırasıyla; nöroloji (%10,2), dahiliye (%9,4), koroner (%7,8) ve cerrahi yoğun bakım (%7,8) ünitelerinde tedavi görmüştür. Bu da her üç yaşlı hastadan en az birinin yoğun bakım koşulları gerektirecek kadar ağır tıbbi sorunlarla acil servise başvurduğunu göstermektedir.²

YBÜ'de yaşlı mortalitesi gençlere göre daha yüksektir. Yaşlının fonksiyonel durumu, primer tanısı ve eşlik eden hastalıkları mortalitenin artışına neden olabilmektedir.¹⁰ Akın ve ark. çalışmalarında

yoğun bakıma kabul edilen 65 yaş ve üzeri 442 hastayı retrospektif olarak incelemiş ve hastaları 65-74 yaş (grup 1), 75-84 yaş (grup 2), 85 yaş ve üzeri (grup 3) olmak üzere üç gruba ayırmıştır. Bu çalışmada invaziv mekanik ventilasyon tedavisi uygulanan hastalarda, mekanik ventilasyon tedavisi yapılmayan hastalara göre mortalitenin 5 kat arttığı görülmüş, ayrıca yaşın mortalite üzerine etkili bir risk faktörü olmadığı tespit edilmiştir.¹⁰ Sodhi ve ark., Belayachi ve ark., Chelluri ve ark. çalışmalarında da alta yatan hastalığın ciddiyetinin önemli olduğu belirtilmektedir.¹¹⁻¹³ YBÜ'nde uygulanan tanı ve tedavi yöntemlerinin maliyetinin yüksek olduğu bilinmektedir. YBÜ'nde yaşlı hasta takibi ve etkin hemşirelik bakımı morbidite ve mortalite oranını azaltacak, dolayısıyla yoğun bakımda kalma süresini kısaltarak yaşam kalitesini atıracak ve maliyeti azaltacaktır.

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ'NDE TEDAVİ GÖREN YAŞLI HASTALARDA SIKLIKLA KARŞILAŞILAN SORUNLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI

YBÜ'ne yatırılan yaşlı hastalar, karmaşık sağlık sorunları nedeniyle yaşamı tehdit altında olan hasta grubunu oluşturmaktadır. Yaşlı hastalarda gelişen sağlık sorunları, gençlerden farklı olarak atipik belirti ve bulgularla görülebilmekte ve bu durum da hastalığın geç tanınmasına yol açabilmektedir. Örneğin, ürosepsis tablosunda genç bir hastada belirti ve bulgular tipik olarak dizüri, göğüs ağrısı, ateş, lökositoz, takipne ve taşikardi şeklinde görülürken; yaşlı bir hastada bilinç kaybı, atriyal fibrilasyon gibi atipik bulgularla seyredilebilmekte ve ateş, lökositoz gibi belirtiler görülmeyebilmektedir.¹⁴ Yaşlı hastalar var olan kronik sağlık sorunlarının akut alevlenmeleri veya birçok organ ve sistemi ilgilendiren sorunlar nedeniyle yoğun bakım ünitesine kabul edilmekte, yaşlılığa veya kronik hastalığa bağlı geliştiği düşünülen fizyolojik rezervlerin azalmasıyla durum daha da karmaşık hale dönüşebilmektedir.¹⁵ Deliryum, sıvı-elektrolit dengesizlikleri, basınç ülserleri ve ilaç farmakokinetiği ve dinamiği kritik hastalığı olan yaşlılarda özellikle dikkat edilmesi gereken konular arasında yer almaktadır.^{14,15}

DELİRYUM VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Deliryum (Organik Beyin Sendromu), ani başlayan, genel olarak bilişsel işlevlerin bozulması, bilinç durumunda değişiklik, dikkat bozuklukları, artmış ya da azalmış psikomotor aktivite ve uyku-uyanıklık döngüsünün düzensizliği ile karakterize, geçici organik mental bir sendromdur.¹⁶⁻¹⁸ Deliryum için belirlenen risk faktörleri; ileri yaş, duyuşal yoksunluk (görme ve işitme sorunları), uyku yoksunluğu, sosyal izolasyon, fiziksel kısıtlama, mesane kateteri kullanma, üç ve daha fazla ilaç kullanma, psikoaktif ilaç kullanma, dehidrasyon, malnütrasyon, hareketsizlik, ameliyat, infeksiyon, elektrolit dengesizliği, aşırı ya da az uyaran, stres, ağrı ve korkudur.^{19,20} Yaşlılarda deliryum gelişmesini belirleyen risk faktörleri arasında var olan mental bozukluk, 80 yaşın üstünde olmak, altta yatan ciddi hastalık veya kırıklar, akut infeksiyonlar, travma, alkol intoksikasyonu ve alkolden kesilme, erkek cinsiyet ve nöroleptik kullanımı yer almaktadır.^{1,21} Deliryum gelişmesi morbiditeyi, yoğun bakım gereksinimini, hastanede yatış süresini ve mortaliteyi arttırmaktadır.¹ Yoğun bakım hastalarının %40-80'inde deliryum geliştiği hastanede yatış süresince deliryum gelişen yaşlı hastalarda ölüm oranının %22-76 arasında olduğu bildirilmektedir.^{16,19,22,23} Klinik olarak üç tip deliryumdan söz edilmektedir.

- Hiperaktif (ajite, hiperalert) tip; sanrı, halüsinasyon, ajitasyon, yönelim bozukluğu ön planda olup tüm olguların yaklaşık %30'unu oluşturmakta ve hastanede kalma süreleri daha kısa, prognozları daha iyidir.

- Hipoaktif (laterjik, hipoalert) tipte; depresif, katatonik belirtiler, laterji ve uyanıklık düzeyinde azalma belirgindir. Hastalar konfüze ve yorgun görünümündedir. Tüm olguların yaklaşık %24'ünü oluşturmaktadır.

- Karışık (mikst) tip; her iki tipin özelliklerini de taşımakta ve tüm olguların yaklaşık %46'sını oluşturmaktadır. Deliryumun şiddeti de değişebilmektedir ve dört evrede sınıflandırılmaktadır (Tablo 1).^{18,19}

Yaşlılarda gelişen deliryum birçok faktöre bağlı olarak atlanabilmektedir. Bu faktörlerden biri deliryumun yaşlılarda genellikle sessiz, atipik ve

TABLO 1: Deliryumun sınıflandırılması.

Evre	Özellikleri
Evre I	Hafıza, dikkat ve konsantrasyon bozukluğu.
Evre II	Bilinçte bozulma, konfüzyon, yer ve zamana yönelik oryantasyon bozukluğu
Evre III	Stupor, nöbetler, gözünü dikerek sabit bir noktaya bakma
Evre IV	Koma ^{20,24}

nonspesifik semptomlarla ortaya çıkabilmesi, organik bir bozukluk veya herhangi bir semptom vermeden tablonun oluşabilmesidir.^{19,24} İdrar yolu infeksiyonu gibi hastalıklar yaşlılarda deliryuma neden olabilmekte ya da yaşamı tehdit eden hastalıklar deliryum tablosuyla ortaya çıkabilmektedir.²¹ Diğer bir önemli faktörde sağlık personelinin, bilişsel işlevlerde meydana gelen sorunları yaşlılığın doğal sonucu olarak görmesi ve meydana gelen değişimleri dikkate almamasına yol açan yaşlı sağlığına yönelik genel bakış açılarıdır.¹⁹ Hastane personeli deliryumu erken evrede tanımak üzere eğitilmelidir. Yatan yaşlı hastalarda bilişsel bozulma, uyku yoksunluğu, işitme bozukluğu, dehidrasyon odaklayan çoklu bir tedavi stratejisi deliryum ataklarında anlamlı önlemler sağlayabilir.²¹

Deliryum gelişiminde pek çok faktör rol aldığından değerlendirme sırasında altta yatan hastalıklar değerlendirilmeli, kapsamlı klinik ve geriatrik değerlendirme yapılmalıdır. Deliryum değerlendirmesinde; hastanın hikayesi, fizik, nörolojik ve mental muayenesi ile mevcut durumunda bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilmelidir. Kognitif durumun değerlendirilmesi için Mini Mental Durum Değerlendirme Testinden (MMSE), predispozan ve presipitan faktörlerin tespit edilmesi için klinik bulgular ve laboratuvar testlerinden yararlanılmaktadır. Deliryum tanısı için DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve CAM (Confusion Assessment Method) (Konfüzyon Değerlendirme Metodu) gibi tanı kriterleri kullanılmaktadır.^{21,24,25}

Deliryum için klinik uygulama rehberinde, alkol yoksunluğu tablosu hariç sedasyon sağlamak için benzodiazepinler (lorazepam, midazolam vb) yerine propofol ve deksmedetomidin gibi benzo-

diazepin olmayan sedatifler önerilmektedir.¹⁷ Hastanın mental durumunu bozabilecek ani fizyolojik veya metabolik değişikliklerin erken fark edilerek kontrol altına alınması tedavi için önemlidir.^{2,16} Deliryumun spesifik bir tedavisi olmayıp; hastayla iletişim kurulması, aile üyelerinin ziyaretine izin verilmesi ve tedavisini aksatmayacak şekilde ziyaretçi süresinin uzatılması yararlı olacaktır. Oryantasyonu korumak amacıyla üniteye saat, takvim, televizyon, radyo gibi cihazların bulundurulması, hasta yakınlarının resimlerinin asılması yarar sağlamaktadır.²⁶ Sağlık personeli, özellikle uyku saatlerinde hastaları gereksiz yere rahatsız edecek işlemlerden kaçınılmalı, gece ışıkların hafif açık bırakılması sağlanmalı, gürültüyü azaltıcı girişimlerde bulunmalı, gerekirse cihazların alarm sesleri kısılarak gürültü oranı azaltılmalıdır.¹⁹ Inouye ve ark. yaşlı hastada deliryumu önlemek için risk faktörlerinden; bilişsel bozukluğa, hareketsizliğe, görme ve duyma bozukluklarına yönelik yapılan uygulamaların ve dehidratasyona yönelik müdahalelerin deliryum sıklığını ve süresini azalttığını bildirmişlerdir.²⁷ Yaşlı hastaları çok rahatsız eden ve deliryum gelişmesini etkileyen konstipasyon, ağrı, bulantı gibi semptomlar sıklıkla sorgulanmalı ve gerekli hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır.¹ Marcantonio ve ark.'nın yaşlılarda deliryumun önlenmesine ilişkin yaptıkları çalışmada; oksijen tedavisi, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, ağrının kontrol altına alınması, polifarmasinin önlenmesi, mesane-bağırsak fonksiyonlarının ve beslenmenin düzenlenmesi, erken mobilizasyon ve çevre düzenlemesi gibi bakım girişimlerini daha sık uyguladıkları müdahale grubunda, standart bakım alan gruba göre deliryum sıklığında ve şiddetinde anlamlı derecede azalma olduğu saptanmıştır.²⁸

SIVI-ELEKTROLİT DENGESİZLİKLERİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Yaşlanma ile beraber sıvı ve elektrolit dengelerinde bazı değişiklikler ortaya çıkmaktadır. 70 yaşında vücuttaki su miktarı vücut ağırlığının %53'üne kadar düşer, serum elektrolit konsantrasyonlarında yaşlanma ile herhangi bir değişiklik olmamakla beraber sıvı veya diyet değişikliklerine organizmanın adaptasyonu bozulmaktadır.²⁹ Sıvı ve elektrolit

dengesizlikleri YBÜ'ne yatırılan geriatric hastalarda görülen önemli sorunlardan biridir. Çevre sıcaklığının yükselmesi, diyare veya febril bir hastalık nedeniyle yaşlı hastalar dehidrate kalabilirler. Nörolojik defisiti belirgin olan hastalarda dehidratasyon ve hipernatremi daha da belirgin olabilir. Yaşlı hastalarda hiponatremiye yol açabilecek konjestif kalp yetmezliği, santral nörolojik sorunlar, uygunsuz ADH salınımı sendromu gibi hastalıklar sık görülmektedir.^{1,15} Yaşlı hastanın sıvı elektrolit dengesindeki değişimler yaşam bulgularında değişikliğe neden olmaktadır. Hemşirelik bakımında; sık aralıklarla yaşam bulguları, ödem ve dehidratasyon bulguları değerlendirilmelidir. Vücut sıvısında artışa neden olan durumlarda hasta pulmoner ödem ve kalp yetersizliği gelişme riski olabileceğinden nefes darlığı, öksürük, pembe köpüklü balgam çıkarma gibi belirtiler açısından değerlendirilmeli ve akciğer sesleri dinlenmelidir. Saatlik idrar izlemi ve aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır. Sıvı elektrolit dengesinin tedavisi sırasında eksik olan elektrolitin yerine konulması ya da sıvı hacminin artırılması istenirken tedavinin yan etkilerine/ komplikasyonlarına dikkat edilmelidir. Tedavi süresince hastanın tedaviye yanıtı değerlendirilmeli ve travmalardan korumaya yönelik önlemler alınmalıdır.³⁰⁻³²

BASINÇ ÜLSERLERİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Basınç ülserleri; özellikle kemik çıkıntılarının bulunduğu bölgelerde uzun süreli basınç, sürtünme veya tahrişe bağlı olarak deri ve derialtı dokularda kapiller damarların tamamen kapanması ve o bölgede dolaşımın durması sonucu oluşmaktadır. Derinin üzerindeki eksternal basınç, ortalama kapiller hidrostatik basıncını (30 mmHg) aştığı zaman basınç ülserleri görülmeye başlar. Yatan hastalarda sakrum gibi bölgelerdeki eksternal basınç 100-150 mmHg'yı bulabilmektedir. Hastaneye yatan hastaların %9-13'ünde, yoğun bakımda yatanların %41'inde, dekübit ülserleri gelişebilmekte, mortallite riskini dört kat arttırabilmekte ve yatış süresini en az 18-20 gün uzatabilmektedir. Yaşlanma ile birlikte derinin kalınlığı ve kanlanması azalmakta, yara iyileşmesi gecikmektedir. Fizyolojik değişikliklerin yanı sıra hareketsizlik, nörolojik defisit,

malnütrisyon, çinko, demir ve C vitamini eksiklikleri basınç yarısı gelişimini hızlandırmaktadır. Yaşlı hastalarda çoğunlukla yoğun bakım ünitesine yatıştan sonraki ilk 2 hafta içerisinde basınç ülserleri görülmektedir. Basınç yarısının önlenmesinde ilk adım, riskli hastaların önceden belirlenerek uygun önlemlerin alınmasıdır. Riskli hastaların belirlenmesi için kullanılan ölçeklerin en çok bilinenleri; Norton ölçeği, Gosnell ölçeği, Braden ölçeği, Knoll ölçeği ve Waterlow ölçeğidir. Basınç ülserlerinin evrelendirilmesinde "The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)" uluslararası kabul gören, günümüzde en sık kullanılan sınıflandırmadır. Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli, basınç ülserlerini 4 ana evrede sınıflandırmaktadır (Tablo 2).³³ Subkütan yağ dokusuna ulaşan ülserler debride edilmeli, fasya ve daha derine inenlere ise cerrahi debridman ve gerekirse deri grefti uygulanarak tedavi edilmelidir. Enfeksiyon varlığında sistemik antibiyotikler kullanılmaktadır.^{1,25,30,34-36}

Hemşirelik bakımında; kemiklerin çıkıntıları ile olası basınç alanları değerlendirilmeli ve basınca maruz kalan bölgelere destek aparat kullanarak destek verilmeli ve kan dolaşımını hızlandırmak için masaj yapılmalıdır. İki saat aralıklarla pozisyon değişikliği sağlanmalı ve pozisyon değiştirme esnasında sürtünmeler önlenmelidir. Hastada üriner ve fekal inkontinans varlığı değerlendirilmeli, cildi temiz ve nemli tutulmalıdır. Beslenmesi düzenlenerek malnütrisyon önlenmelidir. Hastada basınç ülseri gelişmesi durumunda ise hemşire, deri bütünlüğünün bozulmasına neden olan faktörleri araştırmalıdır. Tedavide yara iyileşme prensiplerini uygulayarak yara tedavisini yapmalıdır.^{31,37-39} Atıl-

gan ve ark. tarafından yapılan çalışmada, hastaların yatış sürecinin ilk aşamasında risk tanılması yapılarak gerekli girişimlerin uygulanmasının, basınç yaralarını önlemede etkili olduğu belirlenmiştir.³⁷ Vanderwee ve ark. ile Defloor ve ark. çalışmalarında, yatak içi pozisyon değişikliğinin basınç ülseri oluşumunu azalttığını saptamıştır.^{38,39}

İLAÇ FARMAKOKİNETİĞİ -DİNAMİĞİNE YÖNELİK SORUNLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI

YBÜ' de çoklu ilaç tedavisi uygulanmaktadır. Bununla birlikte yaşlılarda fizyolojik değişiklikler nedeniyle ilaç eliminasyonu azalmakta, ilacın yarı ömrü uzamakta, toksisite riski artmakta ve ilaçların yan etkileri daha fazla görülmektedir. Yaşla beraber vücuttaki yağ miktarı vücut ağırlığının %15-30'u kadar artarken, tam tersi olarak total vücut sıvısı %12-15 azalmaktadır. Bu değişikliklere bağlı olarak yağda çözünen ilaç dağılım hacmi artarken, suda çözünen ilaç dağılım hacminde azalma görülmektedir. Karaciğer kitlesinin azalması ve kan akımının azalmış olmasına bağlı olarak karaciğerde metabolize edilen ilaçlarda birikme görülebilir. Böbrekteki yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler idrarla atılan ilaç miktarını da önemli ölçüde etkilemektedir. Yaşlılarda en sık yan etki oluşturan ilaç grubu merkezi sinir sistemi depresyonu yapan ilaçlardır. Bunları antibiyotikler, analjezikler, antikoagülanlar, antihipertansifler, bronkodilatörler, diüretikler ve oral hipoglisemik ajanlar izlemektedir. İlaçlara bağlı olarak yaşlılarda sık karşılaşılan advers olaylar ile ilişkili klinik durumlar dermatolojik, gastrointestinal ve nörolojik olarak tespit edilmiştir. Hemşirelik bakımında; yaşlılarda huzursuzluk, konfüzyon, sık sık düşme, depresyon,

TABLO 2: Basınç ülserlerinin evrelendirilmesi.

Evre	Özellik
Evre I	Deri bütünlüğü bozulmamış olup basınç uygulandığında kaybolmayan kızarıklık (eritem) vardır. O bölgede ağrı hissedilir.
Evre II	Derinin epidermis ve dermis tabakası etkilenmiş olup yüzeysel ülserasyon vardır. Klinik olarak abrazyon, kabarcık, bül ve derin olmayan krater mevcuttur. O bölgede ağrı hissedilir.
Evre III	Subkütan doku da dahil olmak üzere tüm dokular etkilenmiştir ve nekroz vardır. Klinik olarak alttaki dokulara kadar giden derin bir krater mevcuttur. Genellikle ağrı hissedilmez. Yaraya enfeksiyon eklenebilir.
Evre IV	Derinin tüm tabakaları etkilenmiş olup aşırı nekroz, kas ve kemik dokuda harabiyet vardır. Yara genellikle infektidir ve ağrı hissedilmez. ³³

deliryum, ekstrapiramidal sendromlar, bulantı-kusma, kabızlık gibi belirtiler ortaya çıktığında ilaç yan etkisi de mutlaka değerlendirilmelidir. Yoğun bakım ünitesinde tedavi alan yaşlı hastalar değerlendirilirken farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikler göz önünde bulundurulmalı ve bakım planlanmalıdır.^{1,7,15,40}

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BÜTÜNCÜL YAŞLI HASTA TAKİBİ

Yaşam bulguları sık aralıklarla değerlendirilmeli, yaşam bulgularındaki değişiklikler anında tespit edilerek gerekli hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır. Solunum sayısı, derinliği, hızı ve bireyin genel görüntüsü sürekli gözlemlenerek değişiklikler kayıt edilmelidir. Birey mekanik ventilasyonda herhangi bir solunum modunda takip ediliyorsa; bu moda uyum durumu, solunum frekansı, tidal volümler, kan gazı bulguları, yaşam bulguları (beden ısısı, kan basıncı ve kalp tepe atımı), periferik oksijen saturasyonu (SpO₂) değerlendirilmelidir. Entübasyon/trakeostomi tüpünün yeri, kaf basıncı, uygulama tarihi kontrol edilmeli ve trakeal sekresyonlar düzenli ve gereksinim olduğu sürece temizlenmelidir. Tüp tespitlerinin deri bütünlüğüne zarar verecek şekilde basınç oluşturması önlenmelidir. Bireyin bilinç durumu değerlendirilmeli ve her gün tarih, yer, saat hakkında bilgi verilmelidir.

Yaşlı hastanın derisi ve ekleri baştan ayağa tanınarak (ağız içi, saçlı deri, cildin tonüsü, nemi vb.) öz bakım gereksinimleri belirlenmeli, bireyin gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik bakımı planlanarak uygulanmalıdır. Deri bütünlüğünde bozulma riski olan bireyin, deri bütünlüğü gözlenerek basınç ülserini önlemeye yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.

Beslenmede değişim ve sıvı volüm eksikliği durumunda; bireyin kilo takibi yapılarak günlük kalori gereksinimi hesaplanmalıdır. Entübe olan ve mekanik ventilasyon desteği alan bireyin orogastrik/nazogastrik/gastrostomi tüpleri ile beslenmesinde beslenme ilkelerine uyulmalıdır.

Bilinci açık olan yaşlı hastaların, mesane ve bariyer boşaltımını gerçekleştirebilmesi için uygun ortam sağlanmalıdır. Üriner kateter takılı olan has-

talarda saatlik idrar takibi ve aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi yapılmalıdır. Barsak inkontinansına yönelik olarak bireyin dışkılama sayısı, dışkılamanın niteliği araştırılmalıdır.

Yaşlı hasta, YBÜ ile ilgili kaygı ve korkusunu ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir. Beden imgesinde bozulmaya yönelik bireyin kendini nasıl algıladığı ve düşüncelerini açıklaması için fırsat verilmelidir. Mekanik ventilatördeki hastalar, iletişim konusunda en çok sıkıntı yaşanan hasta grubunu oluşturmaktadır. Bu hastalar korku, açlık, susuzluk, iletişim problemleri, bilinç ve kontrol kaybı yaşamaktadır. İletişim kuramama sonucu ağrı tanımlanamamakta, kontrol kaybı, anksiyete ve stres yaşamaktadırlar. Hastalarda sınırlamalardan dolayı yaşanan rahatsızlık ve bağımlılık en çok deneyimlenen sorunlar arasında yer almaktadır. Hasta ile iletişimde sıklıkla vücut dili, yüz ifadesi, göz teması, evet/hayır'lı sorular, kağıt kalem, çeşitli şekil ve işaretler kullanılmaktadır. Tosun ve ark. çalışmalarında, dudak hareketlerinin mekanik ventilatördeki hastalar tarafından kullanılan bir iletişim şekli olduğunu belirtmişlerdir. Patak ve ark. ekstübasyon sonrasında hastaların entübasyon sürecinde yaşadıkları iletişim engellerini azaltmak için geliştirilen iletişim tahtasının hastaların %69'una yardımcı olabileceğini bildirmiştir.

Ağrıya yönelik olarak; ağrının yeri ve şiddeti, ağrıyı arttıran/azaltan faktörler değerlendirilir. Ağrıya karşı oluşan ajitasyon ve huzursuzluk durumları gözlemlenmeli, uygulanacak tüm girişimler öncesinde bireye açıklama yapılmalıdır.

YBÜ'nde kaldığı süre boyunca maruz kaldığı enfeksiyon risk faktörleri (invaziv kateterler, entübasyon/trakeostomi, mekanik ventilatör cihazları, aspiratör vb.) belirlenerek tüm girişimlerde (arteryal/santral venöz kateter, üretral kateter takılması vb.) cerrahi aseptik teknik ilkelere uyulmasına özen gösterilmelidir.^{1,31,32,41-43}

SONUÇ

Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yoğun bakımda tedavi edilen yaşlı birey sayısında da artış beklenmektedir. Yoğun bakım tedavisi alan yaşlı hastaların değerlendirilmesinde var olan hastalıklar ve

altta yatan sorunlar, yaşlılıkta meydana gelen fizyolojik değişiklikler bir bütün olarak ele alınmalı ve bireye özgü hemşirelik bakımı planlanmalıdır. Dikkatli bir izlem ve etkin hemşirelik bakımı ile

yoğun bakım ünitesinde yatış süresi, uzun süreli yatak istirahati ve destek tedavilere bağlı komplikasyon riski azalacak ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlanacaktır.

KAYNAKLAR

- Topeli A. Yoğun bakım ünitesinde geriatrik hasta. *Geriatri* 2000; 3(4):151-54.
- Kekeç Z, Koç F, Büyük S. Acil serviste yaşlı hasta yatışlarının gözden geçirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2009; 8 (3):21-24.
- Akın G. Her yönüyle yaşlılık. *Palme Yayıncılık*; 2006.
- Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi* 2010; 49 (3): 39-45.
- Türkiye istatistik kurumu hayat tabloları, 2013-2014. <http://www.tuik.gov.tr>, Erişim tarihi: 29.12.2015
- Danış MZ. Türkiye'de yaşlı nüfusun yalnızlık ve yoksulluk durumları ve sosyal hizmet uygulamaları açısından bazı çıkarımlar. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2009;20 (1): 67-83.
- Gülhan R. Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı. *Ok Meydanı Tıp Dergisi* 2013; 29(2):99-105.
- Ülger Z. Cankurtaran M, Yoğun bakımda yaşlı hasta. *Yoğun Bakım Dergisi* 2006; 6(2): 94-100.
- Yoğun bakım üniteleri Araştırması , 2015. tkhk.istatistik.gov.tr, Erişim tarihi: 29.12.2015
- Akın S, Gündoğan K, Çoşkun R. Yoğun bakımda yaşlı hasta mortalitesi: yaş risk faktörü mü?. *Yoğun Bakım Dergisi* 2014; 5: 26-29.
- Sodhi K, Singla MK, Shrivastava A. Do intensive care unit treatment modalities predict mortality in geriatric patients: an observational study from an indian intensive care unit. *Indian J Crit Care Med.* 2014; 18 (12): 789-795.
- Belayachi J, El Khayari M, Dendane T, et al. Factors predicting mortality in elderly patients admitted to a Moroccan medical intensive care unit. *South Afr J Crit Care* 2012;28 (1):22-27.
- Chelluri L, Pinsky MR, Donahoe MP, Grenvik A. Long-term outcome of critically ill elderly patients requiring intensive care. *JAMA* 1993;269(24):3119-23.
- Topeli A. Effect of changing organization of intensive care unit from "open policy without critical care specialist" to "closed policy with critical care specialist". *Am J Resp Crit Care Med* 2000; 161:A397.
- Erden İA, Kara D, Ayhan B, Uzun Ş. Geriatrik hasta ve yoğun bakım. *Akademik Geriatri* 2012 ;3(4): 115-119.
- Akıncı SB, Şahin A. Yoğun bakımda deliryum. *Yoğun Bakım Dergisi* 2005;5(1):26-35.
- Özdemir L. Yoğun bakım hastasında deliryumun yönetimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014; 1 (1): 90-98.
- Simon L, Jewell N, Brokel J. Management of acute delirium in hospitalized elderly: A process improvement Project. *Geriatric Nursing* 1997; 18(4): 150-154.
- Güner P, Geenen O. Atlanması kolay bir bozukluk: deliryum. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 11(1): 37-46.
- Yaşayacak A, Eker F. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum ve risk faktörlerinin belirlenmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2012;20(2):265-274.
- Kaya E, Sönmez S, Barlas F. Deliryum. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2013;29(2):70-74.
- Şenoğlu N, Köse I, Zincirlioğlu Ç, Erbay RH. Yoğun Bakımla Hızlı Kucaklaşma (Fast Hugs). *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2014;12:72-81.
- Türkcan A, Deliryum. *Psikiyatri Dünyası* 2001;5,15-23.
- Halil M. Deliryum ve dahiliye kliniklerinde önemi. *İç Hastalıkları Dergisi* 2007; 14(1):39-44.
- Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı geriatrik değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi* 2010; 49(3):19-30.
- Küçük L, Kaya H. Koroner yoğun bakım sürecinde yaşanan psikiyatrik bir durum: deliryum ne kadar tanıyor?. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2011;4(1): 161-166.
- Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine* 1999; 340(4): 669-676.
- Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. *Journal of American Geriatrics Society* 2001; 49(5):516-522.
- Altun B. Böbrek ve Yaşlanma. *Turkish Journal of Geriatrics* 1998; 1(2):68-71.
- Özen AT, Enç N. Kritik hastalıklarda sıvı elektrolit dengesi değişikliklerinde hemşirenin rolü. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2013;4(5): 9-13.
- Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. *Sistem Ofset*; 2004.
- Enç N. İç Hastalıkları Hemşireliği. 50.Yıl Yayınları; 2014.
- Saygın H. Basınç yaralarında hemşirelik yönetimi. *İç Hastalıkları Dergisi* 2008;15(3):141-4.
- Karadağ A. Basınç ülserleri: değerlendirme, önleme ve tedavi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu* 2003;7(2): 41-48.
- Akın S, Karan MA. Bası yaraları. *İç Hastalıkları Dergisi* 2011; 18: 83-90.
- Beğler T. Yoğun bakımda dekübit ülserleri: risk faktörleri ve önlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi* 2004;4(4):244-253.
- Atılğan Y, Karadeniz B, The evaluation of the effects of the decubitus prevention attempts in the patients. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2007;11(2):62-66.
- Defloor T, De Bacquer D, Grypdonck MH. The effect of various combinations of turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers. *J Adv Nurs.*, 2005;42:37-46.
- Vanderwee K, Grypdonck MH, De Bacquer D, Defloor T. Effectiveness of turning with unequal time intervals on the incidence of pressure ulcer lesions. *J Adv Nurs.* 2007;57(1):59-68.
- Bodur HA. İlaçlara bağlı olarak yaşlılarda karşılaşılan advers olaylar. *Turkish Journal Of Geriatrics* 2006; Özel Sayı: 49-52.
- Tosun N, Yava A, Ünver V, Akbayrak N, Hatipoğlu S. Experience of patients on prolonged mechanical ventilation: a phenomenological study. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009; 29(3): 648-658.
- Patak L, Gawlinski A, Fung NI, Doering L, Berg J, Henneman EA. Communication boards in critical care: patients' views. *Appl Nurs Res* 2006; 19(2006): 182-90.
- Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Derg.* 2011;1:21-25.