
Sosyal Alanlarda DAS Uygulamaları (Evde Bakım Hizmetleri, Huzurevleri ve Yuvalarda)

Hmş. Neslihan ÜNAL

*Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Toraks Kalp Damar Cerrahisi
Çocuk ve Erişkin Yoğun Bakımları Sorumlu Hemşiresi, ANKARA*

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan taslak raporuna göre; evde bakım hizmeti, hasta, yaşlı, engelli ve kronik rahatsızlığından dolayı bakıma muhtaç kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamlarda eğitilmiş ve tecrübeli sağlık ekibi tarafından fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır.

Evde Bakım Nedir?

Evde bakım hizmeti, hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır.

Evde bakımı planlanan bireyin sağlığının değerlendirilmesi ile birlikte ev ortamının (kalınan mekan) da değerlendirilmesi önemlidir.

Ev ortamının değerlendirilmesinde temel amaç; öncelikle evin sağlıklı yaşam standartlarına uygun olup olmadığının belirlenmesidir.

Sağlıklı konut; sağlık için gerekli olan sosyal, fiziksel ve psikolojik koşulları taşıyan, güvenli, hijyenik, kullanımı rahat, konforlu ve mahremiyeti sağlayan barınma yerleri olarak tanımlanabilir.

Mekan değerlendirilirken hastanın durumu da göz ardı edilemez.

Evde bakım gören hastaların çeşitli hastalıklara sahip olması, değişik tedavi yöntem ve teknolojileri kullanıyor olmaları; evlerde yoğun bakım ortamı oluştu-

rulması, kemoterapi alan hastalar için infeksiyondan korunma önlemlerinin daha özellikli alınması gibi daha kapsamlı ve özel düzenlemelere gidilmesini gerekli kılan durumlar olabilir.

Neden Evde Bakım?

- Toplumda yaşlı nüfusun ve evde bakım gerektiren bireylerin sayısının artması,
- Yataklı tedavi kurumlarında sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetinin artması,
- Ameliyat olan bireylerin erken taburcu edilmesi,
- Tıp ve teknolojideki gelişmelerin evde bakım hizmeti verilmesine olanak sağlaması,
- Günlük cerrahinin artması,
- Kültürel ve sosyal nedenler.

Evde Bakımın Yararları

- Hastanede yatış süresinin ve maliyetin azalması,
- Hastane infeksiyonları riskinin azalması,
- Hastaneden bağımsızlığın artması,
- Bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluk kazanması,
- Aile üyelerinin bakım sürecine aktif katılabilmesi,
- Aile ve sosyal ilişkilerin sürdürülebilmesi,
- İş/Okula devam vb. aktivitelerin sürdürülebilmesi,
- Evde bakımın birey açısından daha konforlu olması.

Evde bakım hemşiresi hangi sorulara cevap aramalıdır?

Hemşire, ev ortamında hasta ve ailenin hijyenik alışkanlıklarını belirlemeli ve doğru hijyen teknikleri ve davranışlarına uyumlarını sağlamalıdır.

- Bireyin öz bakımını sağlamak için gerekli malzeme var mı?
- Bireyin ekonomik durumu hijyen için gerekli olan malzemeleri alabilecek düzeyde mi?
- Bireyin yaşadığı ortam hijyenik gereksinimlerini karşılamada yeterli mi?
- Evin banyo ve tuvaleti var mı? Özellikleri nedir?
- Bireyin yeterli sayıda değiştirebileceği giysisi (iç çamaşırı, çorabı vb.) var mı?
- Evde sürekli sıcak su var mı?
- Hastanın hijyenik alışkanlıkları (yapma sıklığı, yöntemi) nasıl?
- Hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılayabilme durumu nedir?
- Hastanın öz bakım için kullandığı malzemeler (şampuan, sabun, diş fırçası gibi) nelerdir? Tercihleri nelerdir?

- Ailede hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılmasına kim, hangi düzeyde yardım ediyor?

Daha bir sürü soru bulunup eklenebilir.

Hasta ve vücut direnci sağlıklı insanlara göre daha güçsüz olan bireylerin bakımı sırasında dezenfeksiyon sterilizasyon ve antisepsi kurallarına bağlı kalmak hasta, yaşlı ve çocukların geleceğe daha mutlu ve sağlıklı bakmasını sağlar.

Evde bakım hizmetlerinde araç-gereç sterilizasyonu ve dezenfeksiyonu önemlidir, sterilizasyon işlemi için gönderilen malzeme çevreyi kontamine etmeyecek şekilde transfer edilmelidir.

Temiz-steril malzeme uygulanan sterilizasyon-dezenfeksiyon yöntemine göre depolanmalıdır. Tıbbi atıkların depolanması ve transferi uygun olarak yapılmalıdır.

Evde, yuvada, huzurevinde bakım verirken DAS uygulamalarına dikkat etmeliyiz. Bu uygulamalardan bazıları şunlardır:

Temel hijyenik uygulamaların gerçekleştirilmesi:

- Deri temizliği ve bakımı,
- Yüz temizliği ve bakımı,
- Göz temizliği ve bakımı,
- Kulak temizliği ve bakımı,
- El temizliği ve bakım.

Temizleyici banyo yöntemleri:

- Hemşire tarafından verilen tam banyo,
- Hemşire yardımı ile hastanın kendisinin gerçekleştirdiği yatak banyosu,
- Kısmi yatak banyosu,
- Küvet banyosu,
- Duş biçiminde banyo.

Ayak bakımında ilkeler:

- Ayaklar ılık su ve sabunla her gün yıkanmalı,
- Ayaklar bol su ile durulanmalı, deride sabun kalmamalı,
- Ayak tırnakları sertse tırnaklar kesilmeden ayak ılık su içinde bekletilerek tırnakların yumuşaması sağlanmalı,
- Hasta bireyin ayak bakımını nasıl yaptığı öğrenilmeli,
- Ayak hijyen yönünden incelenmeli,
- Ayakta var olan/olası durumlar tespit edilmeli,

- Evdeki zeminin düzgün olması,
- Zeminde delici/kesici malzemelerin olmaması,
- Evin aydınlanmasının iyi olması,
- Görme ve duyu problemi olan bireye sahip ailenin diğer üyelerinin zemin temizliğine dikkat etmesi,
- Evde oyuncakların dağınık olmaması,
- Ayakların ıslak tutulmaması,
- Her gün deri bütünlüğü, renk ve ısı kontrolünün yapılması,
- Ev içinde ayağı sıkmayan terliklerin giyilmesi,
- Çorapların pamuklu olması,
- Çorabın yırtık olmaması (dolaşım bozukluğuna neden olmaması amacıyla),
- Günlük çorap değişiminin yapılması önerilmektedir.

Göz bakımı:

- Gözler, iç kantüsten dışa doğru temizlenir.
- Temizliği ılık duru su, el bezi veya gazlı bezle yapılır.
- Kurumuş, kabuklaşmış, göz salgıları varsa ıslak kompresle yumuşatılıp silinir.
- Göz refleksi olmayan hastalarda korneanın kurummasını önlemek amacıyla 4 saatte bir %0.9 NaCl ile göz içi nemlilik kazandırılır.

- Lens veya protez göz kullananlarda bunların bakımı ayrı yapılır.

Kulak bakımı:

- Kulak kepçesi aşağı doğru çekilir.
- Görülür ve gevşek durumdaki kir temizlenir.
- Temizlik için yabancı cisim kulak içine sokulmamalıdır. Kulağın yaralanması ve kulak zarının delinmesine, kulak kirinin içeri doğru itilmesine neden olunabilir.

Saç bakımı:

- Saçları tararken daima saç uçlarından başlayıp yavaş yavaş yukarı doğru çıkmak gerekir.
- Çok gergin bir saç biçimi veya her zaman aynı yerden ayırmak saç kökünü daha çok nazikleştirir ve saçın ölümüne yol açar.
- Saçları çok seyrek ya da çok sık yıkamak aynı derecede zararlıdır. Saçlar çok sık yıkanınca saçlı deri kuruyarak çatlak ve enfeksiyonlar için giriş kapısı oluşturur.

Ağız hijyeninde dikkat edilecek noktalar:

- Öğün aralarında tatlı yiyecek ve içecekler tüketilmemelidir.
- Taze sebze, meyve gibi lifli besinler yenilmelidir. Bu yiyecekler dişlerde plak oluşmasını azaltır.
- Dişte birikmiş taşlar belirli aralıklarla temizlenilmelidir.
- Diş macunları florit içermelidir. Florit, diş asite karşı korur.
- Dişte çürük tespit edildiğinde hemen tedavi edilmelidir.
- Dişlerle fındık gibi sert kabuklu yiyecekler kırılmamalıdır.

Özel ağız bakımı:

- Ağız yolu ile sıvı ve besin alınmaması,
- Daha çok ağız yoluyla solunum yapılması,
- Oksijen tedavisi uygulanması,
- Yutma refleksi olmayan bilinçsiz hastalarda uygulanır.
- Ağız bakımının antiinfektif solüsyonlarla (sodyum bikarbonat) yapılması,
- Solunumu engelleyici mukusun temizlenmesi.

Evde ilaç uygulamasında dikkat edilecek noktalar:

• İnfeksiyonu önlemek için el yıkama önemlidir. Eller bütün işlemlerden önce ve sonra, eldiven giymeden önce ve eldiveni çıkardıktan sonra yıkanmalıdır. El yıkanırken antibakteriyel sabun, %4'lük klorheksidin solüsyonu veya sıvı sabun kullanılabilir. Eller yıkandıktan sonra kağıt havlu ile kurulanmalıdır ve çeşme kağıt havlu ile kapatılmalıdır.

- Periferik intravenöz infüzyon uygulamasında nonsteril eldiven giyilmelidir.
- Parenteral ilaç uygulamalarında santral kateter takılacaksa cerrahi asepsi ilkelerine uyulmalı steril eldiven, steril önlük giyilmeli ve kateteri takacağımız alan tüm malzememizle steril çalışabileceğimiz kadar genişlikte steril örtülerle örtülmelidir.
- Sitotoksik ilaç hazırlarken ve uygularken kalın lateks eldiven giyilmelidir.
- İlaçların hazırlığı için gerekli malzemeler önceden hazırlanmalı, antiseptik solüsyonla dezenfekte edilmiş bir tepsi üzerinde kullanım sırasına göre yerleştirilmelidir.

- İlaç uygulamamız aseptik kurallara uygun olmalıdır.

Parenteral ilaç uygulamaları:

• Parenteral ilaç uygulaması sindirim kanalı dışındaki yollar aracılığıyla ilaç uygulanmasıdır ve enjeksiyon uygulamalarını kapsar. Enjeksiyon işlemi cerrahi aseptik teknik gerektirir.

- Enjektör ve iğnesi, kullanılacak ilaç steril olmalıdır.

- Enjeksiyon bölgesi çok kirli ise, akıntı ve dışkı ile bulaşmışsa öncelikle sabun ve su ile temizlenip kurulanmalıdır. Daha sonra antiseptik bir solüsyonla temizlenmelidir. Bunun için genellikle %70'lik alkol kullanılır; bunun yanında %2'lik klorheksidin ve povidon iyot da kullanılabilir. Ayrıca iritasyon, inflamasyon ve enfeksiyonlu bölgeler, skar dokusu ve ödemli dokulara enjeksiyon yapılmamalıdır.

Cilt bütünlüğünü sürdürmek: Cilt bütünlüğü denilince akla basınç noktalarının ülserasyonu gelir hatta sakrum ve perianal bölge en çok etkilenen bölgedir. Cilt bütünlüğünü sürdürmek için, her dışkılamadan sonra perianal bölge yıkanıp kurulanmalı ve cilt mutlaka gözlenmelidir. Hasta altı bezleri sık sık kontrol edilmeli, kirlendiğinde hemen değiştirilmelidir. Sürgü kullanılırken, cilt ile temas etmemesine özen gösterilmelidir. Çünkü, sürtünme cilt iritasyonuna neden olabilir. Sürgünün de uygun bir dezenfektanla dezenfeksiyonu unutulmamalıdır.

İnkontinansın Komplikasyonları

İnkontinans, bireylerde bası yarası, enfeksiyon, sepsis ve böbrek yetmezliği riskini artırmaktadır.

İnkontinansa bağlı cilt iritasyonu, bası yaralarının iyileşmesini yavaşlattığı gibi kandidal enfeksiyon gelişimini de kolaylaştırır.

Üriner-Fekal İnkontinansın Evde Bakım Hizmetlerindeki Yeri

İdrar-dışkı inkontinansı, perinede yaralar, bası yaraları, idrar yolu enfeksiyonları, ürosepsis için zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle perine hijyenine önem gösterilmelidir.

Mesane kateterizasyonu uygulanan hastalarda en çok görülen komplikasyon üriner sistem enfeksiyonlarıdır. Bu nedenle idrar sondası aseptik koşullarda takılmalıdır.

İnfeksiyon açısından daha az risk:

İdrar drenajında diğer bir yöntem eksternal (kondom) sondadır. Kadınlar için uygun bir eksternal sonda mevcut değildir. Erkekler için ise çeşitli malzemeler vardır. En sık yapışkan bir şeritle bağlanan penis kılıfları (kondom) kullanılır.

Ostomi

Gastrointestinal sistem, üriner sistem ve solunum sisteminde geçici veya sürekli kalması için oluşturulan açıklıktır.

Ostomi Türleri:

- Kolostomi
- İleostomi
- Ürostomi
- Trakeostomi

Cilt Bariyeri

Karaya ürünleri

Karaya gliserinle birleştiğinde koruyucu formda bir reçinedir. Özellikle ileumdan gelen çıktının tahriş edici etkisini azaltır.

Pudra, mendil formları parasetomal cilde sürülerek bir bariyer sağlanmış olur. Pasta formu ise stoma çevresine, stoma çevresindeki abdominal kıvrımlara dolgu maddesi olarak kullanılır.

Koku giderici ürünler:

- Torba deodorantları (tablet, sıvı, pudra),
- Hava deodorantları (sprey, sıvı, katı),
- Aktive edilmiş kömür (kapsül),
- Gaz filtreleri (torbalara yapıştırmalı), torbanın içinin gazla dolmasını ve kokuyu engelleyicidir.

Stomanın etrafındaki cildin temiz poşet takılıyken duş ve banyo yapılabilir. Eğer stomadan sürekli gelmekte olan idrar cildinize temas ederse çok rahatsızlık verebilir. Bu bakımdan doğru seçilmiş ve uygun ölçülerde malzeme kullanımı şarttır. Stomanın çevresi dikkatle ve zorlamadan yıkanmalıdır. Temiz ve yumuşak bir bez ve az miktarda yağsız sabun kullanılır. Az miktarda kan görülebilir. Bağırsaklarda bol miktarda kan dolaşımı olduğundan bu normaldir. Cildi iyi durulayıp kurulamalıyız, sabun ve yağ artıkları idrar poşetinin iyi tutunmasına engel olur.

Derinin korunması: Deri irritasyonu varsa ya da idrar sızıntısı olursa torba değiştirilmelidir. İdrar kişinin derisini irrite eder. Deri koruyucu bariyerlerin kullanılması gerekmektedir. Deri su ile yıkanmalıdır. Deri bariyerleri uygulanmadan önce deri kurulmalıdır. Nem ve yağlı deri adezyonu azaltabilir. Kilo alma ya da kaybetme stomanın büyüklüğünü değiştirir. Bu durumda farklı torba sistemleri kullanılmalıdır. Bazı fiziksel aktiviteler torba değişimini gerektirebilir.

Deri irritasyonuna neden olan durumlar:

- Torba çıkarılırken yapılan travma,
- Doğru uygulamama,
- İdrarın deriye sızması,
- Ürüne hassasiyet,
- Nem.

Parenteral Beslenme

Katabolik dönemi ağır ve uzun süren hastalıklarda gastrointestinal sistemin anatomik ya da fonksiyonel bütünlüğünün bozulması sonucu enteral beslenmenin yapılamadığı durumlarda, hasta için gerekli besin maddelerinin tamamının veya bir kısmının damar yolu ile verilmesidir.

Enteral beslenmeye destek amacıyla periferik venler kullanılarak yapılabileceği gibi bütün besin öğelerini parenteral olarak vermek gerektiğinde santral bir ven yoluyla total parenteral beslenme (TPN) şeklinde uygulanabilir.

Kısa süreli verilerek EN'yi desteklemek amacıyla uygulanan parsiyel parenteral beslenmede düşük kalori ve proteinli formüllerin periferik venlerden uygulanması mümkündür.

Ozmolaritesi 800-1000 mOsm/L'den fazla olan solüsyonların verildiği TPN'de mutlaka santral ven yolu kullanılmalıdır.

Periferik Parenteral Nutrisyon (PPN)

• PPN için başta üst ekstremitedekiler olmak üzere yüzeysel damarlar kullanılmaktadır.

• Tromboflebit riski ve hastanın yatağa bağımlı kalmak zorunda olması nedeniyle alt ekstremitte damarları parenteral beslenme amacıyla kullanılmamalıdır.

• Hipertonik solüsyonlar vende tahriş edici etki yaparak ağrı, flebit ve tromboza neden olabilir.

• Yağ solüsyonlarının eklenmesi, hacmin artırılması osmolaliteyi azaltır.

• Yağların eklenmesi damar endotelinde koruyucu etki yapar. Bu nedenle periferik yolla uygun nutrisyon verilebilmesi için, yağların enerji ihtiyacının önemli bir bölümünü karşılaması gerekir.

PPN Endikasyonları

• Kısa süreli parenteral nutrisyon,

• Santral ven kateterizasyonun kontrendike veya olanaksız olması,

• Kateter sepsisi veya bakteremi.

PPN'nin Avantajları

• Deneyimli personel gerektirmeyen kolay erişim yolu,

• Santral venöz kateterizasyon ile ilgili olarak kateterin yerleştirilmesi sırasında yaşanan teknik ve uzun süreli kateterizasyona bağlı infektif komplikasyonların önlenmesi,

• Kateter giriş yerinde infeksiyon olduğunda, erken tanınması,

• İntravenöz yol özellikle 24 saatte değiştirme yöntemi uygulanmadığı hallerde, infeksiyon veya flebit açısından yakından izlenmeli ve inflamasyon belirtileri gelişmesi halinde çekilmelidir.

Santral kateter bakımı:

• Santral kateterin çıkış yeri steril gazlı bez veya havayı geçiren, su geçirmez ürünlerle kapatılmalıdır.

• Pansuman **48 saatte bir** ve ıslandığında veya kirlendiğinde değiştirilmelidir.

- Pansuman sırasında **steril teknik** kullanılmalıdır.
- Santral venöz kateterler her kullanım sonrası **serum fizyolojik** ile yıkanmalıdır.
- İnfüzyonlar arası süre 2-6 saat ise veya kateterin basınca duyarlı valfi varsa kapatılır ve heparinizasyon gerekmez. Daha uzun süreli aralar veriliyorsa, kateter serum fizyolojik ardından 100 IU/mL heparinle doldurularak kapatılmalıdır.
- İnfüzyon ve uzatma setleriyle kapakların değişme süreleri, tipine ve lokal politikalara göre 24 saatten 1 haftaya kadar değişebilir.
- Gereksiz tüp, uzatma seti ve stoper kullanımından kaçınılmalı ve kateter yalnız nütrisyon için kullanılmalıdır.
- TPN için kullanılan kateterler kan almada kullanılmamalıdır.

Parenteral Beslenme Karışımı Hazırlama

- Hazırlayacak personelin karıştırma kuralları konusunda eğitilmiş olması ve aseptik çalışma kurallarını bilmesi zorunludur.
- Yüzeyle her gün temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir (Ortamın çeşitli yerlerinden alınan örneklerin mikrobiyolojik incelemeleri yapılarak, rutin monitörizasyon sağlanmalıdır).
- Kontaminasyonu önlemek amacıyla, şişelerin ve ampullerin olası çatlaklar ve sızdırmalar açısından inspeksiyonu yapılmalıdır. İşlem alanına girmeden önce şişe ve ampuller temizlenmelidir.
- Elektrolit, iz element ve vitamin eklemeleri makro besin öğeleri, karışımların stabilitesine ilişkin kurallara ve endüstrinin onayına göre enjektör ile ilave edilmelidir. Uyum sorunu olan maddeler (kalsiyum, fosfat vb.) ayrı eklenmelidir.
- Torba doldurma işlemi sırasında presipitasyon (bulanıklık ve renk değişikliği) bulguları açısından sürekli gözlenmelidir.
- Çökme olup olmadığının izlenebilmesi için lipid emülsiyonu en son eklenmelidir.
- Bütün elemanlar son torbaya konulduktan sonra doldurma seti çıkarılarak kalan hava doldurma portundan dışarı atılmalı, port klemp ile kapatılarak bir kapak ile güvence altına alınmalıdır.
- Torbanın üzerindeki etikette içerdiği tüm besin öğeleri ve miktarları yer almalıdır.
- Doldurulmuş torbalar mümkün olduğu kadar kısa sürede kullanılmalı, gerekiyorsa 4-8°C arasında saklanmalıdır.
- Hastanın bir günlük gereksinimini içeren bir torbanın 24 saatte ve sabit bir hızla tüketilmesi substratların maksimum kullanımına fırsat tanıyıp böbreklerden itrahin minimum olmasını sağlar.

Septik Komplikasyonlar

TPN'ye gereksinimi olan hastaların genellikle malign etyolojiye sahip olması, malnütrisyonun immün yanıtı azaltması, verilen sıvıların hipertonic vasfı nedeniyle çeşitli mikroorganizmaların üremesine uygun olması ve kateterin uzun süre kalması TPN sırasında enfektif komplikasyonların görülmesine neden olabilir.

Kateter sepsisi: Sorumlu mikroorganizmalar çoğunlukla *Candida albicans*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus* ve *streptococcus*'dur.

Pozisyonu iyi verilmiş ve aseptik şartlarda deneyimli personel tarafından yapılan kateterizasyon, günlük pansumanlar ve lokal infeksiyon belirtilerinin fark edilmesiyle kateterin çıkarılması TPN'nin septik komplikasyonlarını minimuma indirir.

TPN alan bir hastanın ateşinin aniden yükselmesi halinde torba (veya şişeler) ve ara setler değiştirilerek kültüre gönderilirken ateşe neden olabilecek diğer kaynaklar da araştırılmalıdır.

Başka bir odak saptanamaması ve ateşin 24 saatten uzun süre devam etmesi halinde ise kateter çıkarılarak kültüre gönderilmelidir.

TPN Alan Hastada Hemşirelik Bakımı ve Hemşirenin Sorumlulukları

TPN solüsyonu alan hastalarda infeksiyon gelişmemesi için hemşire dikkatli olmalıdır. Hemşireler katater takılmasından önce ve sonrasında asepsi ilkelerine uymalıdır. Kateter takmadan önce el yıkama ve takarken aseptik tekniklere uyma infeksiyonu önlemede en önemli yoldur.

• İnfeksiyon kontrol ve önleme merkezinin en son önerisi TPN sıvı setlerinin 24 saatte bir değişimidir.

TPN solüsyonu verilen yoldan;

- Kan veya kan ürünleri verilmemelidir.
- Herhangi bir ilaç uygulanmamalıdır.
- Santral venöz basınç ölçülmemelidir.
- Kan örneği alınmamalıdır.
- Lokal ya da sistemik infeksiyon riskini azaltmak için kateterin uygun bakımı önemlidir.

• Kateter çıkış bölgesi antiseptik ajan ile temizlenmeli, örneğin %70 alkol (!), %10 povidon iyodin ya da klorheksidin.

Kateter çıkış yerine antibiyotikli pomad sürülmemelidir.

Kateter çıkış yerinin temizliği sağlandıktan sonra steril gazlı bez ile tespit edilmelidir.

Kateterin çıkış yerinde bulunan sargı bezleri 48 saatte bir değiştirilmelidir.

Ev Ortamında Beslenme Desteği

Ev ortamında uzun süreli enteral ve/veya parenteral beslenme desteğinin maliyeti, hastanedekine oranla daha azdır.

Enteral nütrisyon sırasında kontaminasyon riskini azaltmak için;

- İlaç verilmeden önce ve sonra tüp 15-30 mL su ile yıkanmalıdır.

- Eğer ilacın boş mideye verilmesi gerekiyorsa mide de artık olup olmadığı kontrol edilir. İlaç uygulamasından 2 saat önce infüzyona ara verilir ve tüp drenaja alınır. İlaç verildikten 1 saat sonra infüzyona başlanır (örn. Epdantoin, Antepsin).

- Tüp yalnızca su ile yıkanır. Kola, meyve suyu vb. sıvılar osmolaliteyi artırdığından tüpü tıkkayabilir.

- Her ilaç ayrı ayrı verilmelidir.

- İlaçlar beslenme torbalarına konmamalıdır.

- Bebek, çocuk ve yaşlılarda ilaç-enteral ürün etkileşim riski yüksektir.

- Ürünün torba ve setten oluşan kapalı bir sistemle verilmesidir.

- Torbaya ürünü boşaltırken steril eldiven kullanılmalıdır.

- Ürünün osmolalitesini azaltmak amacıyla dilüe edilmemesidir.

- Torbanın tek kullanımlık olması (24 saat),

- 24 saati aşan sürede kalan ürünün kullanılmaması,

- Toz formüllerin hazırlanması sırasında asepsi kurallarına uyulması ve bu formüllerin 8-12 saat süre içinde verilmesi önerilmektedir.

Solunum hastalıklarının evde bakımı:

- Evde ventilasyon desteği,

- Trakeostomi bakımı,

- Oksijen desteğinin sağlanması,

Yapay solunum kontrol mekanizmasının ana amacı vücudun değişen oksijen ihtiyacı ile karbondioksitin uzaklaştırılmasına olan ihtiyacı karşılayacak şekilde alveol ventilasyonunu sağlamaktır.

İnfeksiyon kontrolü:

- Dikkatli bir şekilde eller yıkanmalıdır. Gerekirse koruyucu bariyerler kullanılabilir.

- Oda havası sık sık değiştirilmelidir.

- Grip gibi akut enfeksiyonu olan kişilerin ziyareti kısıtlanmalıdır.

- Ventilatör setinin mümkünse 1 haftadan önce değiştirilmemesi gerektiği belirtilmektedir.

Trakeostomi bakımı:

- Tüp bakımı,
- Sekresyonların yönetimi,
- Nemin sağlanması,
- Stoma bakımı,
- Ailenin eğitimi.

Tüp bakımı: Tüpün tespit edilmesi ve bakımını içermektedir.

- İşlem öncesi ellerin temizliği sağlanmalıdır.
- Steril eldiven kullanmaya gerek yoktur.
- Ama aspirasyon işlemi aseptik tekniğe uygun olarak yapılır.
- Trakeostomi kanülündeki sekresyonlar aspire edilir.
- İçteki tüp çıkarılır uygun dezenfektanda bekletilir fırça ile temizlenir ve serum fizyolojikle durulanır.
- Dış tüpteki sekresyonlar temizlenir.
- İç tüp yerleştirilir.
- Aspirasyon işlemi bitince dış kanülün altındaki kirli spanç çıkartılır.
- Trakeostomi bölgesi kızarıklık, ödem, sekresyonun niteliği ve kanama açısından gözlenir.
- Steril suyla ıslatılmış pamuklu aplikatörlerle stoma çevresi temizlenir.
- Temizlenen bölge steril spançlarla kurularak nemi alınır.
- Tüpün tesbiti kontrol edilir.
- Temiz gazlı bez tüp kenarına yerleştirilir.
- Odanın nemli olmasının sağlanması özellikle mukoza tahrişini engellemekte önemlidir.
- Tüpte sekresyon yoksa aşağıdaki sekresyonları hareket ettirmek için serum fizyolojik ile yıkama yapılarak aspirasyon yapılabilir.

Periton Diyalizi

Dünyada renal replasman tedavileri içindeki payı % 6-90 arasında değişmektedir.

Ülkemizde ise kullanımı hemodiyalize kıyasla çok düşük (%7) olmasına karşın son yıllarda hızla artmaktadır.

İşlem Basamakları

İşlem yeni torbanın ısıtılması ile başlar.

Değişim için kullanılacak masa dezenfekte edilir.

Maske takılır, eller yıkanır, eldiven ve gömlek kendimizi korumak amacıyla giyilir.

Kateterin ucundaki kapak döndürerek çıkarılıp bulaşma olmamasına dikkat edilerek atılır ve torba bağlantısı yapılır.

PD İnfeksiyona Bağlı Oluşan Komplikasyonları

Peritonit

- Çıkış yeri infeksiyonu (ÇYE),
- Tünel infeksiyonudur (TI).

Kateter Çıkış Yerinin Tedavi ve Bakımı

- Hastanın banyo yapması,
- Ameliyat öncesi deri bakımı yapılması,
- Pansumanın eğer kan, eksüda ve diyalizatla kirlenmediyse sık değiştirilmesi,

• Pansuman sırasında çıkış yeri kızarıklık, hassasiyet, pürülan akıntı gibi infeksiyon belirtileri yönünden kontrol edilmesi,

• Çıkış yeri ilk 1 ay her gün ya da en az haftada 3 gün povidon iyodin gibi antibakteriyel solüsyonla temizlendikten sonra steril gazlı bez kapatılması ve hava geçiren flaster ile tespit edilmesi,

• Daha sonraki dönemde çıkış yerinin antibakteriyel sabunla yıkanıp, durulayıp, steril pansumanla kurulanması.

Kronik yara: Belirli bir süre içinde belirli safhalardan geçmeyen, sonuçta anatomik ve işlevsel bütünlüğün sağlanamadığı yaralara “kronik yara” denir.

Yara tedavisi:

- Ölü dokuları temizlemek,
- İnfeksiyonu kontrol etmek,
- Nemli yara ortamını sürdürmek,
- Ölü boşlukları doldurmak,
- Yara yatağını korumak,
- Yara kenarlarını korumak,
- Yara travmasını önlemek,
- Yara bölgesine kan akımını artırmak.

Türkiye’de Doğum Sonu Evde Bakım Hizmetleri

1961 yılında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanuna göre, doğum yapan kadının evde bakımının yürütülmesinden sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan ebe ve hemşireler sorumludur.

Yenidoğana yönelik eğitim konuları:

- Cilt bakımı ve banyo,
- Umbilikal kord bakımı,
- Sünnet bakımı,
- Vajinal akıntı ve meme bakımı,
- Pişik bakımı,
- Bebeğin yatış ve tutulma pozisyonları,
- Ağız ve burun temizliği,
- Vücut ısısı ölçümü.

Postpartum infeksiyonlar

- Endometrit,
- Yara yeri infeksiyonu,
- İdrar yolu infeksiyonu,
- Trombofilebit,
- Mastit.

Yaşlanma: Ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, devam eden, evrensel ve biyolojik bir süreç olarak tanımlanabilir.

Organizmada molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümüdür.

Yaşlılık: Yaşlanma ve yaşlılık aynı şey değildir.

Yaşlılık, olgunluk sonrası dönem, ölüm olasılığının arttığı bir yaşam evresidir ve iç dengeyi (homeostazis) koruma yeteneğinin bozulmasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı; “Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak tanımlamıştır.

Yaşlıda en sık rastlanan infeksiyonlar:

- Pnömoni,
- Üriner infeksiyonlar,
- Divertikülit,
- Endokardit,
- Bakteremi,
- Cilt ve yumuşak doku infeksiyonları (bası yaraları ve diyabetik ayak gibi).

Yaşla İlgili Normal Değişiklikler ve Önemi

- Dermis tabakası incelik, kollajen azalır, deri daha az esneklik.
- Salgı bezlerinde, epidermal büyüme ve bölünmede, kol ve bacaklardaki subkütan yağlarda azalma olur.

- Saç incelir ve beyazlaşır.
- Adipos doku (yağ dokusu) bel ve uyluk bölgelerine doğru dağılır. Kırıksıklık, infeksiyon potansiyeli ve bası yarası riski artar.
- Sıcak ve soğuk düzenlemesi bozulur.
- Yara iyileşmesi, deri bariyer kapasitesi.
- Beden imajı değişir.

Evde Bakım

Yaşlıların hastane ortamında uzun dönem bakılmasının ülkelere getirdiği maddi yük, günümüzde hızla artan nüfus, kişi başına düşen hastane yatak sayısında azalma, hastanın hastaneye yatış ile ilgili yaşadığı fiziksel (hastane infeksiyonlarına maruz kalma), psikolojik ve sosyal sorunlar, yaşlıların çok büyük bir bölümünün kendi ev ortamında kalmayı tercih etmesi yaşlıların ev ortamında bakımını gündeme getirmiştir.

Yaşlının Evde Hemşirelik Bakımı

Kapsamlı veri tabanı oluşturmak için yaşlının sağlık durumu çok yönlü değerlendirilmelidir. Bunlar;

- Kapsamlı sağlık hikayesi,
- Fizik muayene,
- Zihinsel durumun değerlendirilmesi,
- Fonksiyonel durumun değerlendirilmesi,
- Çevrenin değerlendirilmesi,
- Sosyal kaynakların değerlendirilmesi.

Yaşlılıkta Sık İnfeksiyon Görülme Nedenleri

Geriatrik fizyolojik değişiklikler: Sistemik değişiklikler; immün sisteme ait değişiklikler söz konusudur. Özellikle makrofaj azalması, hücrel immünitede azalma görülür. Yaşlı bireyde immün sisteme ait değişikliklerin en önemli sonucu ateş yanıtındaki yetersizliktir. Santral sinir sistemi regülasyonda dolayısıyla termoregülasyonda bozulma, hipotalamus duyarlılığında azalma gibi nedenlerle ateş yanıtı gecikebilir ya da daha az olur. Yapılan çalışmalarda infeksiyon varlığında yaşlıların gençlere göre ateş yanıtının daha az olduğu, yaşlıda görülen ateşin çoğunun %62'sinin ciddi infeksiyon belirtis olduğu ortaya çıkmıştır.

Yapısal değişiklikler; yaşlılarda görülen BPH, uterus prolapsusu gibi üriner değişiklikler, solunum yolundaki mukosilyer klerenste azalma pulmoner infeksiyonlara neden olur, enzim ve peristaltizmdeki değişiklikler gastrointestinal sistem infeksiyonlarına neden olur.

İlk sırada mortalite oranı yüksek olan tüberküloz vardır. Pnömonilerde ciddi seyreden infeksiyonlardır. Yaşlı popülasyonda toplum kökenli pnömoni (TKP),

mortalite ve morbiditenin önde gelen sebepleri arasındadır. Özellikle geriatrik ve immün yanıtı baskılanmış olanlarda silik ve atipik klinik tablonun oluşabileceği bilinmelidir.

Çoğu kez yaşlıyı ölüme götüren terminal bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Tek bir patojen ajanla meydana gelen pnömoni dışında çeşitli şekillerde yaşlıda pnömoniyi görmek mümkündür (lobüler pnömoni, aspirasyon pnömonisi, viral pnömoni vb.). Toplum kökenli, bakım evi veya hastaneye bağlı nozokomiyal pnömoniler gelişebilir. Örneğin; bakım evinde yaşayanlarda *Klebsiella*, *Haemophilus influenzae* veya *Pseudomonas*'lara bağlı pnömoniler daha sıktır.

Yaşlıda Üriner Sistem İnfeksiyonları

Yaşlı kadınların üretralarının kısa olması, sfinkter adalelerin gevşemesi, mesane kapasitesindeki azalma, idrar akışındaki azalma, idrarı konsantre ve asidite etme özelliğini yitirmeleri, çoğunlukla glikozürinin varlığı ve hijyen şartlarına uymadaki güçlük üriner enfeksiyona yatkınlıklarını artırmaktadır. Yaşlı erkeklerde ise prostat hipertrofisi, üriner staz, sonda kullanımı veya aletle müdahale gibi gerekli şartların varlığı üriner enfeksiyonun oluşması için uygun ortam yaratır.

Üriner enfeksiyonlardan korunma:

- Hijyene dikkat edilmeli,
- Kateter takılmasından kaçınılmalı,
- Aseptik teknikle takılmalı,
- Kapalı sistem bozulmamalı,
- İdrarın geri kaçıışı önlenmeli,
- İhtiyaç ortadan kalkar kalkmaz çıkarılmalı.

İnfeksiyondan Korunma

Bilindiği gibi DSÖ'nün 21. yüzyıl hedefleri doğrultusunda yaşlı sağlığını korumak ve sürdürmek üzerinde durulmuştur. Bu bağlamda;

Sağlıklı yaşlıyı enfeksiyondan korumak; sağlıklı yaşam davranışları kazandırmak enfeksiyonun bulaşma yolları, bulaş zincirinin kırılması, korunma ilkeleri anlatılmalı, yeterli hijyen, bulunduğu ortamın oksijenizasyonu, yeterli dengeli beslenme, aşılama konularında bilgi verilmeli, yaşam değişiklikleri için cesaretlendirilmelidir.

Sağlık sorunu olan yaşlıyı enfeksiyondan koruma: Tedavi ve bakım sırasında bütün girişimlerde standart önlemlere uyulmalı özellikle invaziv girişimlerde aseptiye uyulmalı. Konuya halk sağlığı bakış açısıyla yaklaşıldığında, yaşlıların gereksinimleri değerlendirilerek öncelikler belirlenmeli ve yaşlı nüfusun sağlığını geliştirmeye yönelik maliyet-etkili müdahaleler yapılmalı, izlenmeli ve etkileri değerlendirilmelidir. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında özel bir yer teşkil eden yaşlılara sunulacak bu hizmetlerin planlanması ve uygulanmasında geniş bir ba-

kış açısı sağlanmalı ve mortalite ve morbidite ölçütleri, yaşam kalitesi ölçütleriyle birlikte bir bütün olarak değerlendirilmelidir.

Huzur evleri ve yuvalarda hasta bireylerin bakımına ek olarak;

Burada yaşayan bireylerin bakımlarının hijyenik kurallara uygunluğu önemli olmakla birlikte yaşadıkları ortam, mutfak, banyolar, tuvaletler vb. nasıl temizlenmeli hangi düzey dezenfektan kullanılmalı, temizlik periyodu ne olmalı çok iyi karar verilmesi gereken konulardır.

Öncelikle su-sabun veya dezenfektan kullanarak temizlenecek bölge ayırımı yapılmalıdır. Temizleme yöntemi, kullanılan ürünlerde renk ayırımı belirlenmelidir.

Tozları hareketlendirmemek için ıslak vakum uygulanmalıdır.

Çocuk ve yaşlı bireyler yetişkin bireylere göre enfeksiyona direnç ve davranış olarak daha yatkın olduklarından dolayı DAS uygulamalarına dikkat edilmesi zorunluluk gerektirir.

KAYNAKLAR

1. 4. ulusal sterilizasyon dezenfeksiyon kongresi, 2005.
2. Aydın ZD. Yaşlanan Dünya ve Geriatri Eğitimi Geriatri Turkish Journal of Geriatrics. 1999;2:179-87.
3. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ Tarihi: 14.09.2005 Sayısı: 9304 R.G. Tarihi: 13.09.2005 R.G. Sayısı: 25935.
4. Royal College of Nursing. Standards for Infusion Therapy. November 2005.
5. Turhan B, Özcan O. Nörojenik Mesane ve Bağırsak Rehabilitasyonu, IN: Nörorehabilitasyon, Özcan O, Arpacıoğlu O, Turhan B, (editörler) Güneş&Nobel Tıp Kitabevi, Bursa 2000:249.
6. Ulusoy MF, Görgülü RS. (1995) Hemşirelik Esasları-Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler, Cilt: 1, Ankara: Çağın Ofset.
7. Woodley S, Briggs J, Read D. Policy for Administration of Intravenous Antibiotic Therapy to Adults in the Community and Community Hospitals. 2005.