

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞININ EVDE BAKIMI

A HOME CARE OF THE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Mağfiret KARA, Türkinaz AŞTİ

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları (MK) ve İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları (TA) Anabilim Dalları

Özet

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) yalnızca hastayı değil aynı zamanda hastanın ailesi ve çevresini de etkilemektedir. Daha üretken, mutlu, doyumlu ve kaliteli bir yaşam için KOAH'lı hastayı ve hastanın çevresini bir bütün olarak ele alan evde bakım programları son derece önemlidir. Bu makale, KOAH'lı hastanın "Yaşam Modeli" doğrultusunda günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunlarının önlenmesi, çözülmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik bilgi verme ve davranış kazandırmaya yönelik evde bakım konusunu ele almaktadır.

Anahtar kelimeler: KOAH, Yaşam Modeli, Evde bakım

Summary

Chronic pulmonary obstructive disease has effects not only on those suffering from the disease, but also on her/his families and their environment. Because of more productive, happier and more satisfactory life, home care programs dealing with chronic obstructive pulmonary disease with patient and patient's environment as a whole are quite important. This paper, according to "Living Model", has been dealt with home care pertinenting teaching and gaining behaviour preventing, solving the problem of patient's with chronic pulmonary obstructive disease relating living activities, and rising quality of life.

Key words: COPD, Living Model, Home-care

Giriş

Günümüz sağlık bakım sisteminde gerek sağlığın korunması, sağlığın geliştirilmesi ve gerekse hastalıkların bakım ve rehabilitasyonunda bireyin aktif katılımı, bireyin maksimum bağımsızlığı ve sağlıklı/hasta bireyin sağlık bakımında sorumluluk almasının üzerinde durulmaktadır. Kronik bir hastalık olan kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOA) yalnızca hastayı değil aynı zamanda hastanın aile ve arkadaşlarını da etkileyen bir hastalık olduğu için bu hasta grubunda etkili evde bakım programları bireyin maksimum bağımsızlık ve aktif katılımını sağlayarak bireyin yaşamında sorumluluk almasını, bireysel bakım gücünü arttırmasını, daha üretken, doyumlu, mutlu ve kaliteli bir yaşama kavuşmasını sağlayabilir. KOAH, kronik bronşit ve amfizeme bağlı, genellikle geri dönüşsüz, hava akımı obstruksiyonu ile karakterize bir hastalık durumudur. Hava akımı obstruksiyonu çoğu olguda ilerleyicidir ve bronş hiperreaktivitesi ile birlikte bulunabilir. Hava akımını azaltmaya sebep olan hava yolu obstruksiyonu altta yatan hastalığa göre değişir. Kronik bronşitte aşırı mukus ve sekresyon birikimi hava yollarını tıkar. Amfizemde ise, gaz değişiminin bozulma nedeni aşırı gerilmiş alveol duvarının harabiyetidir. Kronik bronşit ve amfizemli hastalarda kronik hava akımı obstruksiyonu gelişmediği sürece KOAH varlığından söz edilemez. KOAH'ta kronik hava akımı obstruksiyonunun nedeni akciğerlerde gelişen inflamasyonun yol açtığı parenkima harabiyeti ve/veya küçük hava yollarındaki daralma ve peribronşiyal fibrozistir (1-3). Son yıllarda yaşam süresinin uzaması, yaşam kalitesi kavramının gündeme gelmesi, birçok kronik hastalığın prevalansı azalmakta iken KOAH prevalansında artış olması ve KOAH'lıların topluma getirdiği sosyoekonomik yükün artması bu hastalığa olan ilgiyi arttırmıştır (4). Günümüzde, sigara içme salgınının yaygınlaşmasına paralel olarak, KOAH da tüm dünyada ivme kazanan bir salgın haline gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre bugün tüm dünyada 600 milyon KOAH'lı hasta bulunmaktadır ve her yıl 2.3 milyon kişi KOAH nedeniyle ölmektedir. KOAH ve diğer hava yolu hastalıkları ile ilgili mortalite hızları, ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Avrupa ülkelerinde KOAH, astım ve pnömoniden oluşan hastalık grubu ölüm nedenleri içinde 3. sırayı alırken, ABD'de KOAH tek başına 4. ölüm nedeni olarak izlenmektedir (1,5). Ülkemizde 2.5-3 milyon KOAH'lı hastanın bulunduğu, bu hastaların 127 bininin her yıl hastanelere yatırıldığı ve 1460'ının hastanelerde öldüğü gözlenmektedir (3).

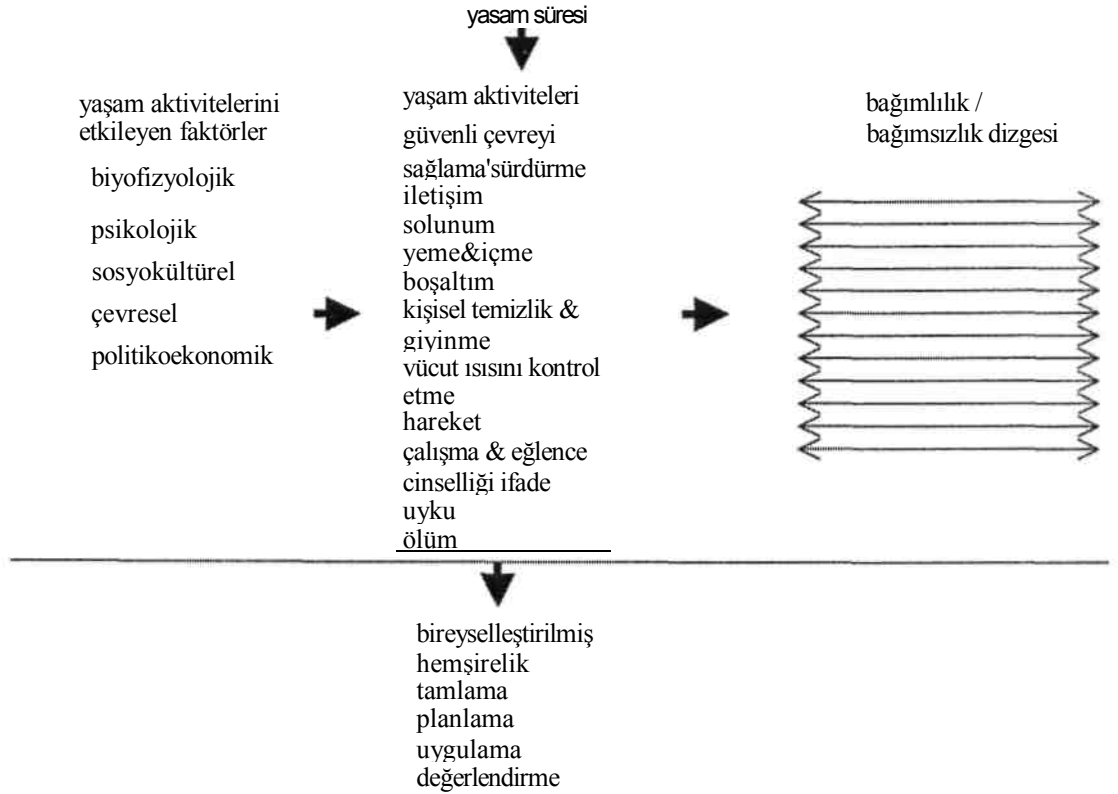
KOA hastalarının eğitimi oldukça kapsamlı olup; bu eğitimin içeriği akciğerlerin anatomi ve fizyolojisi, KOAH'ın patofizyolojisi, ilaç tedavisi, oksijen tedavisi, beslenme, solunum egzersizleri, semptomları

hafifletme, sigarayı bırakma, seksualite, kronik hastalıklarla baş etme, sağlık bakım ekibiyle iletişim ve geleceği planlama gibi bölümlerden oluşmaktadır (6,7,8). Hemşire, çağdaş rollerinden biri olan **"eğitimci rolü"** ile sağlığı sürdürme ve geliştirmede olduğu kadar kronik hastalıkların rehabilitasyonunda önemli rol üstlenmektedir (6,9,10). Başlangıçta hemşirenin; hastanın ev ortamını/çevresini, fiziksel ve psikolojik durumunu, düzenlenen tedavi rejimine uyumunu, yaşam şeklindeki değişikliklerle baş etme yeteneğini, fiziksel durumunu; hasta ve ailesinin KOAH'ın yönetimi, tedavinin komplikasyonları ve yan etkilerini anlama düzeyini belirlemesi önemlidir. Evde bakım ziyaretleri; klinik veya poliklinik bakım ve eğitiminde öğrenilen bilgi ve aktiviteleri güçlendirme fırsatı sağlar (6,7,8,11). Her hastanın pulmoner eğitim programlarına ulaşamadığı ülkemiz koşullarında hastanın fonksiyonel durumunu iyileştirmek için hemşirenin KOAH'lı hasta eğitimi gerçekleştirmesi son derece önemlidir. Roper ve arkadaşlarının Yaşam Modeli'nde günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ile ilgili sorunların önlenmesi, çözümlenmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik bilgi verme ve davranış kazandırmayı amaçlayan eğitimci rol kapsamında KOAH' da evde bakım eğitimi yaş dönemine, bağımlılık-bağımsızlık dizgesine ve bireyselliğe bağlı olarak her birey için farklı şekilde planlanmalı ve her hastanın öğrenme deneyimi, motivasyonu ve gereksinimine göre bireysel olarak gerçekleştirilmelidir (1,7,8,12,13,14). Hemşire; terapötik rejim ve kronik durumla baş etme yeteneklerini iyileştirmeye yardım edecek, değerlilik, umut ve iyilik duygusunu arttıracak pulmoner rehabilitasyon ve sigarayı kesme programlarına hastayı yönlendirmelidir. Öğrenmede esas amaç kısa ve uzun vadeli gerçekçi hedefleri belirlemektir. Hastalık ileri dönemde ise, tedavinin hedefleri şu anki pulmoner fonksiyonları korumak ve mümkün olduğu kadar semptomları hafifletmektir. Hastalık orta derecede ise, hedefler egzersiz toleransını arttırmak ve pulmoner fonksiyonların daha ileri derecede kaybını önlemektir (7,8).

Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi

KOA' da evde bakım eğitimi Roper ve arkadaşlarının "Yaşam Modeli" doğrultusunda yaşamak ve diğer yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için önemli olan güvenli çevrenin sağlama ve sürdürülmesi aktivitesi KOAH' da özellikle önemli olup sigarasız bir ortamda bulunma, zarar verici ve tahriş edici maddelerden uzak durma, enfeksiyonları önleme, ilaç ve oksijen kullanımına ilişkin bilgilendirmeyi içerir. KOAH'lı hastalar giderek artan aktif bir yaşam şekli

Şekil 1. Yaşam Modeli Şeması



benimsemeli, ideal olarak ısı ve nemliliğinde aşırı değişikliği olmayan bir iklimde yaşamalıdır. Hasta mümkün olduğu kadar öksürük nöbetlerine sebep olacak duygusal rahatsızlık ve stresli durumlardan kaçınmalıdır. KOAH'lı hastaların ilaç rejimi çok karmaşık olabilir (7,8,11,15).

Sigarayı bırakma

KOAH tanısı konduğunda, hastaya sigarayı bırakma konusunda eğitim verilmelidir. Sigara içmeye ilişkin nedenler; hastanın bireysel Özelliklerine, hastayı etkileyen biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve ekonomik faktörlere göre değişmekle birlikte nikotin bağımlılığı, sigara içilen ortamda bulunma, stres, depresyon gibi faktörleri de içerebilir. Sigara içme eğitimsiz, sosyoekonomik düzeyi düşük ve psikososyal sorunları olan bireylerde daha yaygındır. Sigara içmeyle ilgili bir çok faktör bir arada olduğu için, başarılı bir bırakma çok yönlü stratejileri gerektirir. Sağlık ekibi üyeleri sigaranın risklerini açıklamalı ve hastaya **"tehlike"** mesajını vermelidir. Sigaraya yönelik güçlü bir mesaj verilmeli ve kesin bir bırakma tarihi belirlenmelidir. *"Sigara kesme programlarına"* başvurma yararlı olabilir. Gereksinildiği gibi sorunları

çözmek ve ilerlemeyi gözden geçirmek için telefon ve klinik ziyaretleriyle devamlı takviye oldukça yararlıdır. Başarısızlıktan ziyade başarıyı vurgulamak önemlidir. Hastanın gereksinimine göre nikotin replasman tedavisi yapılabilir veya diğer tedaviler denenebilir. Sigarayı bırakmaya yönelik girişimler; hastanede, poliklinikte, pulmoner rehabilitasyon ünitesinde, hastanın kendi ortamında başlatılır ve yürütülür (1,2,7,8,16).

Zarar Verici ve Tahriş Edici Maddelerden Uzak Durma

Toz, polen gibi kirliliğe ve tahrişe neden olan maddelere ilişkin kısa bir açıklama yapılarak, hastaya mümkün oldukça trafiğin ve hava kirliliğinin yoğun olduğu saatlerde dışarı çıkmaması, aerosol spreylerden, tozlu ortamlardan uzak durması v.b. konularda eğitim verilir. Hastanın ev ve iş çevresini, irritasyona sebep olabilecek kirlilik yönünden dikkatli bir şekilde değerlendirmesi sağlanarak, önlem alması teşvik edilir. Soğuk ve kuru havaya maruz kalmanın bronkospazmı tetikleyeceği ve kuru havanın balgamı daha da yoğunlaştıracağı, bu nedenle mümkün oldukça soğuk rüzgardan sakınması ve soğuk havalarda dışarı çıkarken ağzını ve boynunu bir atkı

veya maske ile sarması önerilir. Aynı zamanda sıcak da tehlikeli olabileceği için sıcak havalarda dışarı çıkmaması, pencereleri kapalı tutması, klima ya da diğer soğutma tertibatı kullanması için hasta teşvik edilir. Ayrıca hastaya mümkün oldukça % 40-50 oranında nemli bir ortamda bulunmasının önemi açıklanır (2,7,17).

Bronkopulmoner Enfeksiyonları Önleme

Sağlıklı kişilerde çok önemli olmayan üst solunum yolu enfeksiyonları KOAH'lı hastalarda hayatı tehdit edici olabilir. Bu nedenle akciğerlerin enflamatuvar ödemini azaltmak ve normal siliar hareketin iyileşmesine yardım etmek için bronkopulmoner enfeksiyonlar kontrol edilmelidir. Bronşiyal enfeksiyonlarla birlikte olan öksürük, akciğerlerde daha ileri derecede travma ve harabiyet, semptomların ilerlemesi, bronkospazmın artması ve bronşiyal enfeksiyona artan duyarlılık olumsuz bir şekilde akciğer fonksiyonlarını etkileyerek kısır bir döngü oluşturur. Enfeksiyonların KOAH'lı birey için önemli bir risk olduğu; ateş, balgamın renginde, karakterinde, içeriğinde miktarında değişim, göğüste sıkışma, dispne ve yorgunluk gibi belirtilerin enfeksiyonu gösterdiği ve rapor edilmesi gerektiği özellikle vurgulanmalıdır. Viral ve bakterial enfeksiyonların vakit geçirilmeden tedavi edilmesi önemlidir. Ayrıca, KOAH'lı hastalar solunum sistemi enfeksiyonlarına eğilimli olduğundan, hemşire KOAH'lı hastaların influenza ve pnomoniye karşı aşılmasını teşvik etmelidir (1,17,18).

İlaç Tedavisi

KOAH'lı hastalarda sıklıkla önerilen farmakolojik tedavi kapsamında bronkospazmı düzeltmek ve obstruksiyonu azaltmak için bronkodilatörler verilir. Bronkodilatasyonu sağlamak için albuterol, pirbuterol, metaproterenol, terbutalin ve isoetherin gibi agonistler sıklıkla tercih edilen tedavi şeklidir. Bu ilaçlar epinefrin, isoproterenol ve efedrinde daha selektif olup doğru kullanıldığında daha az yan etkiye neden olmaktadır. Antikolinerjik ajanların kullanımının KOAH'da beta₂-adrenajik agonistlerden daha etkili olduğu gösterilmiştir. Xantine ve beta₂ agonist gibi bronkodilatör ajanlar semptomları azaltır ve solunumun hızı, derinliği, ritmi ve akciğer alanının normale dönmesini sağlayarak solunumu düzeltir. Beta₂ agonist alan hastalarda kontrol edilecek yan etkiler; taşikardi, göğüs ağrısı, huzursuzluk, ajitasyon, sinirlilik ve uykusuzluktur. Antikolinerjik ajanların yan etkileri ise; ağız kuruluğu, konstipasyon, baş ağrısı, sinirlilik, bulantı ve görme bozukluğudur. Xantine derivasyonları palpasyon, taşikardi, göğüs ağrısı, gastrointestinal bozulma, ajitasyon, baş ağrısı, uykusuzluk, ve huzursuzluk yapabilir. Xantine derivasyonlarının yan

etkilerini izlemek kadar terapötik kan düzeylerinin kontrol edilmesi de önemlidir. Teophillin 20 mg/ml toksik etkilere neden olarak ölümle sonuçlanabilir. Cromolyn sodium'un yan etkilerinin; hipotansiyon, ağızda acı tat, baş dönmesi, bulantı, kusma, aritmi ve huzursuzluk olduğu hastaya açıklanmalıdır. Antimikrobiyotik tedavi; pürülan balgam, öksürük ve ateş ile ortaya çıkan solunum sistemi enfeksiyonlarının başlangıcında kullanılır. Koruyucu önlem olarak hastalar her 5-10 yılda pnemococcal aşı ve yılda bir influenza aşısı yapılmalıdır. Kortikosteroidlerin kullanımının yeri amfizemin tedavisinde açık olmamakla birlikte, KOAH'lı hastaların bir bölümünün oral kortikosteroid tedaviye cevap verdiği izlenmektedir. Kortikosteroid tedavinin yan etkileri fazla olduğundan, her hasta için etkililiğinin belirlenmesi tedaviye başlamadan önce belirlenmeli ve hekim önerisiyle etkili en düşük doz seçilmelidir. Bazı hastalarda inhale kortikosteroidler yeterli olabilir (7,19,20). KOAH'da farmakolojik tedaviye ilişkin evde bakım eğitimi; tedavide yaygın olarak kullanılan ilaçlar, ilaçların doğru dozda, doğru yolla, doğru zamanda kullanımı, ilaçların saklanması, korunması, son kullanma tarihi geçen ilaçların atılmasını içeren kullanım bilgilerinin yanı sıra, sıklıkla görülen yan etkiler ve istenmeyen veya beklenmeyen etki görüldüğünde ne yapılacağına ilişkin bilgilendirmeyi kapsar (19,20). KOAH ilaçlarını kullanan hastada hastanın hastalık sürecini, hastalığın belirti ve bulgularını, hastalığa neden olan faktörleri kısaca tanımlaması, önerildiği gibi ilaçları alması, hastalık ve tedavinin yan etkilerine bağlı gelişebilecek kendini yaralama/travma riskini önlemek için alınacak önlemleri ifade etmesi, dinlenmiş olması, çarpıntı, sinirlilik, mizaç değişikliği, uykusuzluk gibi ilaçların beklenen yan etkilerini tanımlaması, ilaçları düzenli olarak alması, dozu artırma ve azaltma yapmaksızın hastalık süreci ve ilaçların yan etkilerine bağlı atak ve komplikasyonları önlemek için tedaviyi bırakmamanın önemini ifade etmesi hedeflenir. Hastalığın belirtilerini önlemek ve kontrol altına almak için bu konular üzerinde önemle durulmalıdır. KOAH'ı önlemek ve tedavi etmek için kullanılan ajanların tedavi edici etkilerinin; normal hız ve karakterde solunum, arterial kan gazlarında (AKG) düzelme, aktivite toleransında artma, semptomların ciddiyeti ve sıklığında azalma ve yaşam kalitesinde artma olduğu hastaya öğretilmelidir (19).

Evde Oksijen Tedavisi

Evde oksijen desteği basınçlı gaz, likit ve konsantratör şeklinde olabilir. Hasta taşınabilir oksijen sistemini; egzersiz, çalışma ve seyahat esnasında yanında taşıyabilir. Oksijen tedavisinin önerildiği gibi

uygulanması için, hemşire tedavi süresini, verilmesi gerekli akım hızını, akım hızındaki değişikliklerin tehlikelerini ve oksijenin yanında sigara içilmemesini, ateş yakmamasını hastaya açıklamalıdır. Ayrıca hasta eğitiminde oksijenin bağımlılık yapmayacağı, pulse oksimetri, arterial kan gazı analizleri ve kan oksijen düzeyinin düzenli olarak değerlendirilmesinin önemi belirtilmelidir (7,8,9,10,21). Kontrollü ve düşük akımlı oksijen tedavisinin sonucu olarak; hastanın egzersiz toleransının artması, pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale riskinin azalması, kronik hipoksinin düzelmesi, sekonder polistemi gelişme riskinin azalması, hastanın iyilik duygusunun artması ve aktivite seçiminde daha bağımsız olması sağlanarak daha kaliteli bir yaşam sağlanabilmektedir (1,2,7,17).

İletişim

KOAH'lı hastalar bireysel bakım gücünün azalması, sosyal aktiviteler için enerjinin tükenmesi ve iş kaybına bağlı olarak yaşam şeklinde bir çok değişiklik yapmak zorunda kalabilirler. KOAH'lı hastalarda sıklıkla anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon, inkar ve bağımlılık görülür. Bu duyguların solunumla ilişkisinden dolayı ifadesi karmaşıktır (7,8,22). Hareketsizlik KOAH'lı hastalarda egzersiz toleransını azaltarak dispneye, bağımlılıkta artmaya ve sonuç olarak depresyonun daha da ağırlaşmasına neden olur (23). Bu yüzden KOAH ilk defa tanı konup hasta hastaneye yatırıldığında hemşire hastanın inkar, suçluluk ve depresyona kadar değişebilen duygusal durumunu değerlendirmelidir. Suçluluk, hastalığın büyük oranda sigaraya bağlı olarak gelişiminin sonucu olabilir. Hastalığın kronikliğini ve ciddiyetini anlama depresyon nedeni olabilir. Hastalık fiziksel sınırlama yapacak kadar ağır değilse inkar görülebilir. Hemşirenin bu durumları anlaması ve bakıma dahil etmesi önemlidir. Solunum ve gevşeme tekniklerini kullanarak duyguları ifade etme, dinlenme periyotları, açık ve dürüst iletişim, önemli kişilerin desteği ve anksiyete oluşturan durumlardan sakınma yararlı olabilir. Gerektiğinde hasta psikiyatrik konsültasyona yönlendirilebilir (7,8).

Solunum

Havayolu Açıklığını Sağlama ve Gaz Değişimini Arttırma

Balgamın viskozite ve miktarını azaltma hava yollarını temizler, pulmoner ventilasyonu artırır ve gaz değişimini düzeltir. Başta sigara olmak üzere bütün pulmoner iritanlar azaltılmalı veya kesilmelidir. Hemşire hastaya direkt ve kontrollü öksürmeyi öğretir. Yönlendirilmiş öksürük birkaç saniye kadar öksürüğün tutulması ile izlenen yavaş iki veya üç öksürükten

oluşur. Özellikle "huff" öksürük hava yollarının kollapsını önler ve bronkokonstriksiyon oluşumunu azaltır. Ayrıca; sıvı alımını arttırma, postüral drenaj ve göğüs masajı gibi girişimler KOAH'lı hastalarda önemli yararlar sağlar. Bu girişimler hastanın yanıtına ve toleransına göre bireysel olarak planlanır ve gerçekleştirir (6,7,8,11,15,24).

Solunum Egzersizleri

KOAH hastalarının çoğunda solunum yüzeysel, hızlı ve yetersizdir. Üst göğüs solunumu diyaframatik solunuma değiştirilebilir. Diyaframatik solunum; solunumun hızını azaltır, alveolar ventilasyonu artırır ve ekspirasyon esnasında mümkün olduğu kadar çok havayı dışarı atmayı sağlar. Hasta diyaframatik solunumu öğrendiğinde, inspiratuar kasların eğitimine geçilebilir. Solunum kaslarının kondüsyonu uzun zaman aldığı için, uygulamaya evde devam edilmesi çok önemlidir. Büzük dudak solunum ekspirasyonu yavaşlatmaya yardım eder, küçük hava yollarında kollapsı önler ve hastanın solunum hızını ve derinliğini kontrol etmesini sağlar. Aynı zamanda relaksasyon sağlar. Bu solunum yöntemi hastanın dispne ve panik duygularını kontrol etmesine yardım eder (7,8,10,15,24,25).

Yeme ve İçme

KOAH'lı hastalarda amfizeme bağlı olarak kilo kaybı ve malnütrisyon yaygın olarak görülür. Kilo kaybının sebebi bilinmemekle birlikte kilo kaybı nedeninin enerji harcaması olduğu hastaya açıklanmalı ve yeterli kalori alımının önemi öğretilmelidir. Özellikle KOAH'ın ileri dönemlerinde beslenme aktivitesi çaba gerektirir. Yetersiz beslenmenin diğer sebepleri tat ve koku duyusunun azalması ve gastrointesetinal bozukluklar olabilir. Dispneyi azaltmak ve enerji korumak için hastalar yemekten önce en az 30 dakika dinlenmeli ve kolay hazırlanan yiyecekler seçilmelidir. Yemekten 1 saat önce ve 1 saat sonra egzersiz ve tedavi aktivitelerinden sakınılmalıdır. Yemek hazırlama ve yemek yeme yorgunluğa sebep olur. KOAH'lı hastalarda şişkinlik ve erken tokluk hissi vardır. Bunun sebebi yemek yerken hava yutma, özellikle kortikosteroid ve teofilin gibi ilaçların yan etkileri ve hyperventilasyona bağlı olarak diyaframın anormal pozisyonu olabilir. Dolu mide diyaframa baskı yapar ve akciğer ekspansiyonunu azaltır. Sıvı ve yiye parçalanmış yiyeceklerden oluşan bir beslenme biçimi yararlı olabilir. Çiğneme gerektiren yiyeceklerden sakınılmalı ve bu tür yiyecekler püre halinde hazırlanmalıdır. Soğuk yiyecekler sıcak yiyeceklerden daha az tokluk hissi verir. KOAH'lı hastalar normalden

daha çok protein ve kalori gereksindiği için yüksek kalorili ve yüksek proteinli bir diyet önerilmeli ve günde 5-6 küçük öğüne bölünmelidir. Karbonhidratlar karbondioksit birikimine neden olduğu için yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden sakınılması gerekir. Gaz oluşturan yiyeceklerden sakınılmalı ve gerekiyorsa yemek esnasında burun kanülü ile oksijen desteği yapılmalıdır. Kalp yetmezliği gibi bir nedenden dolayı sakıncalı değilse günde en az 3 litre sıvı alımı sağlanmalıdır. Sıvı yiyecekler mide distansiyonunu önlemek ve diyafram basıncını azaltmak için öğünler arasında alınmalıdır. Balgam ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak iştah kaybı ve bulantı görülebilir. Bu yüzden yemeklerden yaklaşık 1 saat önce bronşiyal drenaj yararlı olabilir. Özellikle kronik bronşitte görülen vücut gereksinimlerinden daha fazla beslenme durumu düşük yağlı bir diyetle tedavi edilmelidir (6-8,11).

Boşaltım

KOA'H hastaları aktivite sınırlamasına, kullanılan özellikle antkolinerjikler olmak üzere ilaçların yan etkilerine ve yaşlanma sürecine bağlı olarak boşaltımda sorun yaşayabilirler. Her hastanın boşaltım aktivitesine özgü gereksinimleri değerlendirilerek uygun girişimlerin planlanması ve uygulanması önemlidir (19,20).

Kişisel temizlik ve Giyinme

Hastanın bireysel bakım aktivitelerini üstlenmesi; gaz değişimi, havayolu temizliği ve solunumu rahatlatmak için önemlidir. Özellikle banyo olmak üzere bir çok hijyenik gereksinimin ve giyinme aktivitesinin yerine getirilmesinde; yürüme, eğilme ve merdiven çıkma gibi aktivitelerin gerçekleştirilmesinde diyafram solunumunu koordine etme hastaya öğretilmelidir. Aşırı dispne ve yorgunluktan kaçınmak için hasta gerek duyduğunda dinlenmelidir. Sıvı yanında hazır olmalı ve hatırlatılmaksızın içmeye başlamalıdır. Evde postüral drenaj yapılacaksa, hemşire taburculuktan önce hastaya öğretmeli ve öğrenip öğrenmediğini kontrol etmelidir (6,11,15,22).

Vücut Isısını Sürdürme

Hemşire hastaya aşırı sıcak ve soğuktan kaçınmasının önemini anlatmalıdır. Çünkü ısı vücut ısını/sıcaklığını artırır ve bunun sonucu olarak da oksijen gereksinimi artar. Soğuk ise bronkospazmı tetiklemektedir. Yüksek rakım hipoksemiye artırabilir (7).

Hareket

Enerjiyi koruma KOA'H hastalarının bakımında oldukça önemlidir. Bu hastalar tipik olarak üst göğüs

solunumu yaparlar ve diyaframdan ziyade yardımcı solunum kaslarını kullanırlar. Bu yüzden KOA'H hastaları genellikle kolun baş üzerine kaldırılmasını gerektiren üst ekstremitte aktivitelerinde zorlanırlar. Üst ekstremitte kaslarının egzersizi, fonksiyon kapasitesini artırarak dispneyi azaltabilir (7,8,23). Genellikle hastalar GYA için alternatif enerji-koruma uygulamalarına adapte olmuşlardır. Saç bakımı, tıraş, duş ve ulaşım yöntemlerinin değerlendirilmesi gerekir. Hastalar günlük işleri yaparken bir plan yapma ve yeterli dinlenme periyodu için teşvik edilmelidir. Mümkün oldukça aktiviteleri yaparken oturarak yapmak yararlıdır. KOA'H hastaları için en iyi egzersiz yürüyüştür. Yavaş ve büzük dudak solunumu korordine eden yürüyüş zordur ve bilinçli bir çaba ve teşvik gerektirir. Yürüme ve solunumu koordine etme hastaya öğretilmelidir. Yürüyüş esnasında oksijen kullanmak gerekebilir. Hasta yürüme ve büzük dudak solunumu koordine ettiğinde diyafram solunumu öğretilir. KOA'H hastaları günün belli saatlerinde egzersiz gücünde azalma yaşayabilirler. Bronşial sekresyonlar gece boyunca akciğerlerde toplandığı için, egzersiz gücünde azalma özellikle sabah saatlerinde daha belirgindir. Hasta banyo ve giyinme aktivitelerinde zorlanabilir. Omuzların desteklenmesini gerektiren aktiviteler yorgunluk ve dispne oluşturur. Bu sınırlamalardan dolayı, hastaya bireysel bakım aktivitelerini planlamada ve banyo ve giyinme aktiviteleri için en uygun zamanı belirlemede yardımcı olunmalıdır (7,8).

Çalışma ve Eğlence

KOA'H'lı hastalarda aktivite sınırlamasına bağlı olarak iş kaybı ve aile içi süreçlerde değişim sıklıkla görülür. Hastaların çoğu erken yaşta sosyoekonomik olarak başkalarına bağımlı olurlar. Yaşlı ve emekli insanlar anlamlı, ilginç bir işe gerek duyduklarından hastanın imkanları ölçüsünde dikiş, boyama gibi çeşitli işler yapması ve arkadaş gruplarına katılması teşvik edilir (8,24).

Cinselliği İfade Etme

Seksüel aktiviteyi tamamen ertelemek yerine bazı değişiklikler yapmak yararlı olabilir. Seksüel aktiviteden önce bronkodilatör kullanmak ventilasyonu artırabilir. Solunumun en iyi olduğu zamanda seksüel aktiviteyi planlama, aktivite esnasında büzük dudak solunum yapma, yemek ve yorucu bir işten sonra seksüel aktiviteden kaçınma, alışılmış pozisyonun yerine yan yana yatma gibi daha az enerji gerektiren pozisyonu deneme KOA'H'lı hastalarda yararlı olabilir. Gerekteğinde hasta üroloji konsültasyonuna yönlendirilebilir (7,22).

Uyku

KOAH'lı hastaların yeterli süre ve kalitede uyku uyuması oldukça güçtür. İlaçlar huzursuzluk ve uykusuzluğa yol açabilir. Ayrıca KOAH'lı hastalarda gece öksürük ve hışıltıya sebep olan postnazal akıntı ve burun tıkanması vardır. Bu yüzden uykudan önce ve sabahları serum fizyolojik kullanımı yarar sağlayabilir. Bununla birlikte uzun etkili teofilin preparatları bronkospazm ve hava yolu obstrüksiyonunu azaltarak uykuya yardımcı olabilir (8,19,20).

Sonuç

Sigarayı bırakma, gaz değişimini düzeltme, hava yolu temizliğini sağlama ve sürdürme, solunumu rahatlatma, aktivite toleransını ve baş etme yeteneğini arttırma ve tedavi programına yönelik KOAH'da evde bakım ile hastanın maksimum düzeyde kendi kendini yönetmesi ve yaşam kalitesinin artırılması mümkün olabilir.

Kaynaklar

1. ACCP/AACVPR. Pulmonary rehabilitation guidelines panel. Pulmoner rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR evidence-based guidelines. Chest 1997;112:1363-1396
2. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152 (Suppl 5): 77-120
3. Toraks Derneği. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Rehberi. Toraks Dergisi 2000; Sayı 1(Ek 2).
4. Kocabaş A. Kronik obstruktif akciğer hastalığı: Epidemiyoloji ve doğal gelişim. İçinde: Umur S. Ertürk E (eds). Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı. Toraks Kitapları, Sayı 2 İstanbul: 2000:8-25
5. Antohinsen N. Epidemiology and the lung healthy study. Eur Respir Rev 1997; 7: 502-205
6. Gwendolyn J. A home care program for patients with chronic lung disease. Nurs Clin North Am 1981; 16. 259-273
7. Smeltzer SC Bare BG. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 9th ed., Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2000: 446-460
8. Weillitz PC, Sciver TV. Nursing role in management obstructive pulmonary disease. In Lewis SM, Collier IC, Heitkemper MM (eds). Medical Surgical Nursing 4th ed., St. Louis: Mosby Year Book, Inc., 1996;701-730
9. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing. St Louis: Mosby Year Book Inc., 1997:3-13
10. Timby BK. Fundamentals Skills and Concepts in Patient Care. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001: 89-95
11. Canobbia M. Mosby's Handbook of Patient Teaching. St Louis: Mosby Year Book Co., St Louis: 1996: 200-204
12. Roper N, Logan WW, Tiemeijer AJ. The Elements of Nursing 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999:3-60.
13. Ross-Plummer B. Best practice: Preparing patients with asthma for discharge. Respiratory care. Nurs Times Plus 2000; 96:13-15
14. Joyse MB, Matassarin-Jacobs E. Lukmann and Sorensen's Medical Surgical Nursing. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993: 1027-1038
15. Green W. Patient Education. Springhouse Corporation, 1998:61-68
16. Britton J, Knox A. Helping people to stop smoking: the new smoking cessation guidelines. Thorax 1999; 54:1-2
17. The national lung health education program. Chest 1998; 113 (Suppl 2): 123-163
18. Hogg J. Latent adenoviral infections in the pathogenesis of COPD. Eur Respir Rev 1997; 7: 216-220
19. Abrams AC. Clinical Drug Therapy. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000; 41-59
20. Lilley LL, Aucker RS. Pharmacology and the Nursing Process. Mosby Inc. 2nd ed. Philadelphia: 1999: 472-491
21. Weaver TE, Therese SC, Narsavage GL. An explanatory model of functional status in chronic obstructive pulmonary disease. Nurs Res 1997;46:26-31
22. Poirrier GP, Oberleitner MG. Clinical Pathways in Nursing. Pennsylvania: Springhouse Corporation, 1997:21-27
23. Basia B, Steele BG, Hunziker J, Lakshminaryan S, Holt L, Buncher D. Correlates of physical activity in chronic obstructive pulmonary disease. Nurs Res 2001; 195-202
24. Monahan FD, Neighbours M. Medical Surgical Nursing 2nd ed. U.S.A.: WB. Saunders Company.1998: 668-679
25. European Respiratory Society Consensus Statement. Optimal assessment and management of COPD. Eur Respir J 1995; 8:1398-1420

Yazışma adresi:
Mağfret KARA

Atatürk Üniversitesi HYO
Hemşirelik Esasları Anabilim
Dalı, Erzurum