

Kalp Yetersizliğinde Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı

Nursing Care in Heart Failure Accordance to Gordon's Functional Health Patterns Model: Case Report

Sevda TÜREN^a

^aİstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 26.06.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 02.07.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:

Sevda TÜREN
İstanbul Mehmet Akif Ersoy Hastanesi,
Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim
ve Araştırma Hastanesi, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
sevdamercahm@hotmail.com

ÖZET Kalp yetersizliği bireylerin yaşam kalitelerini ciddi düzeyde etkileyen, morbidite ve mortalitesi yüksek klinik bir sendromdur. Bu bireylere uygulanacak etkin hemşirelik bakımı ile yaşam kalitesinde düzelmenin yanı sıra; morbidite ve mortalitede azalma sağlandığı yapılan çalışmalarda da gösterilmiştir. Hemşirelik modellerinden biri olan Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeli de; kalp yetersizliği olan hastaları holistik bir yaklaşımla ele alıp, sistematik bir hemşirelik bakımı verilmesini sağlamaktadır. Bu olguda kalp yetersizliği olan bireyin hemşirelik bakımı bu model doğrultusunda planlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetersizliği, hemşirelik bakımı, Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli

ABSTRACT Heart failure is a clinical syndrome severely affecting people's quality of life, with high morbidity and mortality. Morbidity and mortality reduction is achieved has been shown in studies in addition to improvement in quality of life through effective nursing care applied to these individuals. Gordon's Functional Health Patterns model is one of the nursing models which provide systematic nursing care to be given to heart failure patients with a holistic approach. Nursing care of the patient with heart failure in this case is planned in accordance with this model.

Key Words: Heart failure, nursing care, Gordon's functional health patterns model

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2014;18(2):68-73

Kalp yetersizliği (KY), normal dolum basınçlarına rağmen (veya sadece artmış dolum basınçları pahasına), kalbin dokuların metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak ölçüde oksijen sunamamasına yol açan, kardiyak yapısal veya işlevsel bozukluk şeklinde tanımlanabilir. KY prevalansı; nüfusun yaşlanması, özellikle akut koroner sendromların (AKS) başarılı tedavi edilmesi ve mortalite oranlarının azalması sonucunda giderek artmaktadır.¹

Kalp yetersizliğinin sık karşılaşılan nedenlerinden biri dilate kardiomyopati (KMP). Dilate KMP, koroner arterlerin normal durumda olduğu ve başka yapısal ya da sistemik nedenlerin olmadığı bir veya her iki ventriküldeki sistolik fonksiyondaki bozukluk ve kardiyak büyüme ile ka-

rakterize bir sendrom olarak tanımlanabilir. Batı toplumlarında görülen konjestif kalp yetersizliği (KKY) olgularının yaklaşık %10'unun nedeni olarak görülmektedir.²

Kalp yetersizliği tedavisinde farmakolojik ajanların yanı sıra kardiyak resenkrizasyon tedavisi (CRT) cihazları da kullanılmaktadır. CRT'nin sadece pacemaker (CRT-P) veya ölümcül olan ventriküler aritmilerden korunmak amaçlı implante edilebilen kardiyoverter defibrilatör özelliği olan (CRT-D) çeşitleri vardır. KY ve azalmış ejeksiyon fraksiyonu (EF) olan hastalarda daha öncesinde var olan sekonder önlem endikasyonuna karşılık mortalitenin önlenmesi primer endikasyondur. Burada amaç; ventriküllerin aynı anda kasılmasını sağlamaktır.²

Yapılan çalışmalar etkin hemşirelik bakımı ile KY hastalarında mortalite ve morbiditeyi azalttığı ve yaşam kalitesini yükselttiği yönündedir.^{3,4} Hemşirelik modellerinden biri olan Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) modeli, bireylerin gereksinimlerini 11 fonksiyonel alanda ele alarak kapsamlı bakım verilmesini sağlar.⁵ Bu model doğrultusunda hazırlanan bakım planı ile KY'si olan hastaya sistematik hemşirelik bakımının verilmesi sağlanmaktadır.⁶ Bu olgunun hemşirelik bakımı Gordon'un FSÖ modeline göre planlanmış olup, Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği Hemşirelik Bakım Kılavuzu doğrultusunda verilmiştir.

OLGU SUNUMU

75 yaşındaki erkek hasta HD, evinde 3 gün arka arkaya senkop geçirdikten sonra polikliniğe başvurmuş. Holter takibinde bradiaritmi ve non-sustained ventriküler taşikardi (NSVT) saptanmasıyla CRT-D için kardiyoloji servisine yatırılmış. EF'si %25 olan hastanın yaşam bulguları: kan basıncı 120/70 mmHg, radyal nabız: 60/dakika, apikal nabız: 64/dakika, solunum: 27/dakika ve ateşi 36,5°C.

Özgeçmiş: 15 yıl önce 3 damar koroner arter bypass greft (CABG) hikayesi mevcut. İlaç veya bilinen besin alerjisi yok. Alkol ve sigara öyküsü olmayan hastanın 2 yıl önce sol göz katarakt ameliyatı mevcut.

Tıbbi Tanıları: KKY, İskemik dilate KMP, Atriyal fibrilasyon (AF).

Kullandığı ilaçlar: Monodur 60 mg tb 1*1/2 (PO), Ator 20mg tb 1*1 (PO), Panto 40mg tb 1*1 (PO), Desal 40mg tb 1*1 (PO), Clexane 0,6cc 1*1 (SC), Magnezi Calsine (Lüzum Hali-LH).

OLGUNUN FSÖ MODELİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ^{5,8}

1) Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi

Sedanter yaşam şekline sahip hastanın 1. derece yakınında koroner arter hastalığı öyküsü bulunuyor. AF tanısı mevcut ve EF'si %25. Fiziksel muayenesinde düşük kalp debisi saptanan hastada (posterior tibial, dorsalis pedis ve sol femoral +1, karotis, sağ femoral ve sağ popliteal +2 palpe edildi; 0=palpe edilemez, +1 hafif palpe edilebilir, +2 palpe edilebilir, +3 güçlü palpe edilebilir. Kapiller dolum zamanı 5 saniye) dispne ve yorgunluk belirlendi. Hasta günlük yaşam aktivitelerini yardımsız yerine getiremiyor.

Hemşirelik tanısı : "Aktivite intoleransı"

Amaç: Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yorgunluk ve dispne olmadan yerine getirebilmesi.

Girişimler:

- Hareket toleransının değerlendirilmesi (yaşam bulguları, mesafe, ağrı kontrolü);
- Hastaya göğüs ağrısı, nefes darlığı, baş dönmesi ve yorgunluk hissettiğinde aktiviteyi sonlandırması gerektiğinin açıklanması;
- Öncelikli aktivitelerin hastayla birlikte belirlenmesi;
- Enerji tüketimini azaltmak için yatak istirahati sağlanarak fawler pozisyonunun verilmesi; ihtiyacı olan eşyaların yakınına verilmesi;
- Hekim istemine göre oksijen verilmesi;
- Düşük kalp debisi belirti bulgularının takip edilmesi ve raporlandırılması (nabız kontrolü, kan basıncında düşme, nabızda artış, yorgunluk vb.) İhtiyacı olduğunda hastaya aktivitelerini gerçekleştirmesinde yardımcı olunması;
- Aldığı-çıkardığı takibinin yapılması;
- Aritmi açısından acil ilaç ve malzeme bulundurulması;

- Elektrokardiyografi (EKG) takibi yapılması;
- Yaşam bulgularının 2-4 saatte bir (apikal nabız dahil) kontrol edilmesi.

2) Beslenme-Metabolik Durum

Anksiyeteye ve iştahsızlığa bağlı yetersiz besin alımının gözlenmesi, kilo kaybı (her gün yaklaşık 0,5 kg toplamda 7 kg), kardiyak diyet (tuzsuz)

Hemşirelik Tanısı **“Beden gereksiniminden az beslenme”**

Amaç: Bireyin metabolik gereksinimine ve aktivitesine uygun beslenmesi.

Girişimler:

- Malnutrisyon belirti ve bulgularının değerlendirilmesi ve hekime bildirilmesi;
- Günlük kilo takibinin yapılması; hastanın tükettiği öğünlerin takip edilmesi ve raporlandırılması;
- Besin gereksinimlerini karşılayan hoş yiyecek-ışecekleri seçmede yardım edilmesi;
- Az ve sık öğünlerle beslenmesinin sağlanması;
- Erken tokluğu azaltmak için öğünlerde sıvı alımının sınırlandırılması; kardiyak diyetin (tuzsuz) öneminin anlatılması.

Diüretik kullanımı, kardiyak diyet (tuzsuz)

Hemşirelik tanısı **“Elektrolit dengesinde bozulma riski”**

Amaç: Sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması.

Girişimler:

- Hiponatremi belirti ve bulgularının (halsizlik, yorgunluk, bulantı-kusma, sodyumda düşüş) değerlendirilmesi,
- Hipopotasemi belirti ve bulgularının (EKG’de değişiklik, potasyumda düşüş, hipotansiyon) değerlendirilmesi ve normalden sapmaların hekime bildirilmesi;
- Günlük kilo takibinin yapılması; aldığı-çıkarıldığı takibinin yapılması;
- Beslenme durumunun düzenlenmesi.

Diüretik kullanımı, yetersiz beslenme (kilo kaybı, iştahsızlık), yüksek anksiyete

Hemşirelik Tanısı **“Konstipasyon riski”**

Amaç: Hastanın normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapması, rahatsızlık hissetmeyerek rutin barsak alışkanlığının devam etmesi.

Girişimler:

- Diyetle posa ve sıvıya yer verilmesi;
- Valsalva manevrasından kaçınılması için hastaya eğitim verilmesi;
- Barsak peristaltizmi ve motilitesini arttırmak için hastanın toleransına göre aktivite planlaması yapılması;
- Dışkılama zamanının düzene sokulması (özellikle kahvaltı sonrası);
- Hekim istemine göre (LH) laksatif veya dışkı yumuşatıcı ilaç uygulaması.

Kilo kaybı, kaşıntı, kuruluk, turgorda azalma, soluk cilt, sıvı-elektrolit dengesinde değişiklik riski

Hemşirelik tanısı **“Deri bütünlüğünde bozulma riski”**

Amaç: Cilt bütünlüğünün korunması

Girişimler:

- Günlük kilo takibinin yapılması;
- Aldığı-çıkarıldığı takibinin yapılması;
- Cilt bütünlüğünün devamının sağlanması (cildin temiz ve kuru tutulması);
- Beslenme durumunun düzenlenmesi;
- Basınç bölgelerinin değerlendirilmesi;
- Cildin nemlendirilmesinin sağlanması.

Göbek çevresinde ekimoz, antikoagülan tedavi (Clexane).

Hemşirelik tanısı **“Kanama riski”**

Amaç: Kanama belirti ve bulgularının gözlenmemesi.

Girişimler:

- Kanama belirti ve bulgularının (peteşi, ekimoz, hematoma vb.) değerlendirilmesi;

- Laboratuvar bulgularının (PT, INR vb.) Hekim istemiyle kontrolü;
- Vasküler girişlerin azaltılması, intravenöz kataterin tedaviden önce takılması;
- Vasküler giriş bölgelerinin kontrol edilmesi;
- Hasta bakımında kanama ve ekimoza yol açabilecek aktivitelerden kaçınılması;
- Hekim istemine göre lokal topikal tedavi uygulanması (krem vb.).

3) Boşaltım

Hastanın normal barsak alışkanlığı günde bir kez, barsak sesleri 4/dk, iştahta azalma ve yetersiz beslenme mevcut (bazı öğünlerde yemek yemediği gözlemlendi).

Hemşirelik tanısı "Konstipasyon riski"

4) Aktivite-Egzersiz

Günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede yetersizlik, halsizlik, yorgunluk, dispne

Hemşirelik tanısı "Aktivite intoleransı"

Hipopne-taşıpne, dispne, periferik siyanoz, +1-2 arasında palpe edilen nabızlar, soğuk ve soluk cilt. Kalp debisinde azalmaya bağlı doku perfüzyonunda bozulma

Hemşirelik tanısı "Gaz alışverişinde bozulma"

Amaç: Hastanın dispnesi olmadan yeterli ve etkin solunumun olması.

Girişimler:

- Solunum sayısının ve ritminin değerlendirilmesi, önemli bir değişiklik gözlemlendiğinde hekime bildirilmesi;
- Akciğer seslerinin dinlenmesi;
- Kalp debisini arttıran girişimlerin (anksiyetenin azaltılması, fawler pozisyon verilmesi) uygulanması;
- Hekim istemine göre (LH) oksijen verilmesi;
- Aktivitelerinin izin verildiği ve tolere edebileceği düzeyde kademeli olarak artırılması;
- Hekim istemine göre diüretik verilmesi, etki ve yan etkilerinin değerlendirilmesi.

5) Uyku-Dinlenme

Tek yastık kullanan hasta sabahları dinlenmiş olarak uyanmadığını ve uykuya dalmada zorluk yaşadığını ifade ediyor. Gece 2-4 saat uyuyan hasta, gündüz ara ara (20-30dk) uyukluyor. Hastanede kalış süresinin uzamasıyla artan anksiyete düzeyi

Hemşirelik tanısı: "Uyku biçiminde bozulma"

Amaç: Yeterli uyku uyuması ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirecek enerjiye sahip olması.

Girişimler:

- Hastanın uyku düzeninin ve alışkanlıklarının belirlenmesi;
- Hastanın anksiyetesini ifade etmesine yardımcı olunması;
- Dinlendirici, sessiz ve sakin ortam sağlanması;
- Gündüz uyuma ve sürekli yatak içinde bulunmanın engellenmesi;
- Hastanın durumunun stabil olduğunda yaşam bulguları kontrolü için gece sık uyandırılmaması;
- Odaya giriş sıklığının azaltılması.

6) Bilişsel-Algısal Durum

Bilinci açık olan hasta kişi, yer ve zamana oryante. Sol gözde görme kaybı ve ortostatik hipotansiyon mevcut.

Hemşirelik tanısı "Yaralanma riski"

Amaç: Hastanın yaralanmadan korunması.

Girişimler:

- Her iki koldan da kan basıncının ölçülmesi (yatarken, otururken);
- Aldığı-çıkarıldığı takibinin yapılması (idrarcı renk ve miktar yönünden kontrol edilmesi, 30 ml altına indiğinde hekime bildirilmesi);
- Hasta ayağa kaldırıldığında hipotansiyon belirtilerinin (baş dönmesi, gözde kararma, solukluk vb.) değerlendirilmesi;
- Yavaş pozisyon değiştirme ve kalkmasının sağlanması;

- Güvenlik önlemlerinin sağlanarak yatak kenarlarının kaldırılması;
- Hastaya gerektiğinde yardım edilmesi;
- Yakınına çağrı zili yerleştirilmesi;
- Sık kullanacağı eşyaların yakınına getirilmesi.

7) Kendini Algılama-Benlik Kavramı

Kendini çok yorgun hissettiğini ifade eden hasta bu nedenle günlük işlerini yapamadığını dile getiriyor. Endişeli yüz ifadesi ve uyku bozuklukları mevcut. CRT-D işleminin erteleniyor olması (servis işleyişi nedeniyle bekliyor) anksiyete düzeyinin yüksek olmasına neden oluyor. Ayrıca bilgi eksikliğine bağlı olarak hastada bakım ve tedaviye uyumsuzluk gözlemlendi.

Hemşirelik tanıları: “Bilgi eksikliği” “Anksiyete” “Tedavi planını yönetmede yetersizlik”

Amaç: Hastaya ihtiyacı olan bilgiyi vererek anksiyete düzeyini azaltmak, tedaviye uyum sağlanması.

Girişimler:

- Anksiyete belirti ve bulgularının (huzursuzluk, takipne, taşikardi vb) belirlenmesi;
- Hastanın kendisini ifade etmesine izin verilmesi;
- Hastaya hastalığı, tedavisi ve yatış süresinin neden uzadığının açıklanması;
- Sakin, destekleyici ve güvenli ortamın sağlanması;
- Hastanın soru sormasına teşvik edilerek iletişiminin güçlendirilmesi;
- Stresle baş etme yöntemlerinin sorgulanması;
- CRT-D ve hastaneden taburculuk sonrası hakkında bilgi verilmesi.

8) Rol-İlişki

Ailesi ile birlikte yaşayan HD, işlemin üst üste ertelenmesi nedeniyle huzursuz. Ailesi ve sağlık çalışanları ile iletişimde sorun yaşanmıyor.

Hemşirelik tanısı “Anksiyete”

9) Cinsellik-üreme

HD evli ve cinsel yaşamında her hangi bir sorun ifade etmedi.

10) Başetme-Stres Toleransı

Sakin bir yapıya sahip olan HD, işlemin ertelenmesi nedeniyle yoğun anksiyete yaşamakta ve huzursuzluk gözlenmektedir.

Hemşirelik tanısı “Anksiyete”

10) Değer-İnanç

HD, “dua ederek hastalığıyla baş ettiğini ve her şeyin Allah’tan geldiğine inandığını” ifade ediyor.

OLGU ANALİZİ

Hastadan alınan anamnez doğrultusunda “**Aktivite intoleransı**” tanısı konuldu. Yapılan fiziki değerlendirme (nabız kontrolü ve kapiller dolma zamanı) ile kalp debisinde azalma saptandı. Ayakta uzun süre durduğunda ve yürüdüğünde halsizlik hissedilen hastada yatak istirahati uygulandı. Uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında aktivite düzeyi artırılmış olsa da, sorun devam ediyor.

HD’de dispne, yüzeysel solunum ve hipopne mevcut. Kalp debisindeki azalma doku perfüzyonunda bozulmaya neden olduğundan “**Gaz alışverişinde bozulma**” tanısı konuldu. Oksijen gereksinimi olmayan hastada sorun devam ediyor.

Hastaneye yatışından beri yaklaşık 7 kg veren ve yetersiz beslenme gözlenen hastaya “**Dengesiz beslenme- beden gereksiniminden az beslenme**” tanısı konuldu. Beden kitle indeksi 23.5 olan hastanın beslenme düzeyi artırıldı.

HD’nin anksiyetesini sözel olarak ifade etmesi, endişeli yüz ifadesi ve uyku bozukluklarının görülmesi nedeniyle bilgi eksikliğine bağlı “**Anksiyete**” tanısı konuldu. Hastanın kendi baş etme yöntemi olan “dua” yöntemine yönlendirme yapıldı. Hastaya bilgi verildikten sonra rahatladığını ifade etse de, gün içerisinde anksiyete düzeyinde dalgalanmalar devam ediyor. Bilgi eksikliğine bağlı “**Tedavi planını yönetmede yetersizlik**” tanısı konulan hastada tedaviye uyum arttırılırsa da anksiyeteye bağlı uyumsuzluklar yaşanıyor.

Uykudan dinlenmeden uyandığını ve yeterli düzeyde uyuyamadığını ifade eden HD'ye **“Uyku biçiminde bozulma”** tanısı konuldu. Hastaya bilgi verildikten sonraki takiplerde diğer günlerden daha fazla uyuduğunu (yaklaşık 5-6 saat) ve dinlenerek uyandığını ifade etti.

Antikoagülan (Clexane) kullanımına bağlı **“Kanamaya eğilim”** tanısı konuldu. Göbek çevresinde ekimoz olan hastada alınan önlemler neticesinde diğer kanama belirtileri gözlenmedi.

HD'ye diüretik tedavi ve kardiyak diyet uygulaması nedeniyle **“Elektrolit dengesinde bozulma riski”** tanısı konuldu. Hipopotasemi veya hiponatremi belirtileri gözlenmedi. Aldığı-çıkarıldığı dengede. Yine bu tanıyla paralel olarak kilo

kaybı, kaşıntı, kuruluk ve turgorda azalma gözlenmesi nedeniyle **“Deri bütünlüğünde bozulma riski”** tanısı konulan hastada yapılan hemşirelik girişimleri sonucunda deri bütünlüğünün devamı sağlandı.

Sol gözde görme kaybı ve ortostatik hipotansiyon mevcut olan HD'ye **“Yaralanma riski”** tanısı konuldu. Takip süresince yaralanma gözlenmedi.

Diüretik kullanımı, yetersiz beslenme ve yüksek anksiyete nedeniyle HD'ye **“Konstipasyon riski”** tanısı konuldu. Uygulanan hemşirelik girişimleri neticesinde takip süresince konstipasyon gözlenmedi.

Kalp seslerinde pulmoner odakta üfürüm tespit edilmiş ve hekime bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Ulusal kalp sağlığı politikası ana ilkeleri. Türk Kardiyoloji Derneği. Erişim:21.04.2015 176-7. http://www.tkd-online.org/UKSP/TKD_Ulusal-KalpSagligiPolitikasi_Taslak.pdf
2. Abraham W, Krum H. Kalp Yetersizliği: Tedaviye pratik yaklaşım. 1. Baskı. AND Yayıncılık. 2007; 23,31,182.
3. Strömberg A, Mårtensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE, Dahlström U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial. Eur Heart J 2003;24(11):1014-23.
4. Johansson P, Dahlström U, Broström A. Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. Eur J Cardiovascular Nursing 2006;5(1):5-15.
5. Gordon M. Functional Health Patterns, Nursing Diagnosis Process and Application, New York: Mc Graw- Hill Book Comp; 1982. p.81.
6. Enç N, Can G. İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Öğrenci Eğitim Modülü. Nobel Tıp Kitabevleri, 2. Baskı 2015.
7. Enç N. Kalp yetersizliği. İç Hastalıkları Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. p.103-8.
8. Türk Kardiyoloji Derneği-Ulusal Kılavuz. Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. 2.Basım, 2007.