

Nursing Care in the Diagnosis of Peripartum Cardiomyopathy

Filiz SELEN

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Hitit University, Çorum, Turkey

ORCID: 0000-0003-0913-9044

ABSTRACT

Cardiomyopathy is a pathological condition in which the heart muscle is structurally and functionally abnormal in the absence of other diseases that can lead to myocardial abnormality. Peripartum cardiomyopathy (PPCM) is an idiopathic cardiomyopathy characterized by a left ventricular ejection fraction (LVEF) <45% that develops in late pregnancy or in the first months postpartum in women without known heart disease. Although rare, it causes severe cardiovascular complications during pregnancy. Precipitating factors include multiple pregnancy, multiple births, genetic predisposition, ethnicity, smoking, alcohol usage, hypertensive and metabolic disorders, advanced maternal age pregnancy and long-term beta blocker usage. Patients with the aforementioned health problem apply to the clinic with symptoms of heart failure, including shortness of breath, palpitations, dizziness, orthopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea and edema. Since these symptoms in many ways resemble the common symptoms of the last trimester or the peripartum period, there is a delay in diagnosis. Early diagnosis, and the management of the treatment and care processes are important because of the fetal and maternal implications. Due to the high likelihood of possible complications in post-pregnancy or subsequent pregnancies, individuals should acquire self-care skills related to lifestyle adjustments and furthermore, professional counseling support should be provided by nurses. In the literature, there are limited resources in which evidence-based nursing interventions for individuals diagnosed with peripartum cardiomyopathy with a high risk of possible complications are examined, and therefore, in this review study, it was aimed to convey a systematic and professional nursing care plan.

Key words: Cardiomyopathy, Peripartum, Nursing care.

Peripartum Kardiyomiyopati Tanısında Hemşirelik Bakımı

ÖZ

Kardiyomiyopati, miyokard anormalliğine neden olabilecek başka hastalıkların yokluğunda, kalp kasının yapısal ve işlevsel olarak anormal olduğu patolojik bir durumdur. Peripartum kardiyomiyopati (PPKM) ise bilinen kalp hastalığı olmayan kadınlarda, hamileliğin sonlarına doğru veya doğum sonrası ilk aylarda gelişen sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun (LVEF) <45% olması ile karakterize, idiyopatik bir kardiyomiyopatidir. Seyrek görülmekle birlikte gebelikteki ağır seyreden kardiyovasküler komplikasyonlara neden olmaktadır. Presipitan faktörler arasında çoğul gebelik, çoğul doğum, genetik yatkınlık, etnik köken, sigara/alkol kullanımı, hipertansif ve metabolik bozukluklar, ileri maternal yaş gebeliği ve uzun süreli beta bloker kullanımı olduğu bildirilmektedir. Olgular nefes darlığı, çarpıntı hissi, baş dönmesi, ortopne, paroksizmal noktürnal dispne ve ödem dahil olmak üzere kalp yetmezliği semptomları ile kliniğe başvurmaktadır. Bu semptomların birçok yönden son trimester veya peripartum dönemin normal bulgularına benzemesi nedeniyle tanıda gecikmeler görülmektedir. Fetal ve maternal etkileri nedeniyle erken tanı, tedavi ve bakım sürecinin yönetimi önemlidir. Gebelik sonrasında ya da ardıl gebeliklerde de olası komplikasyon olasılığının yüksek olması nedeniyle, bireylerin yaşam biçimi düzenlemelerine ilişkin öz bakım becerileri kazanması ve buna yönelik hemşireler tarafından profesyonel bir danışmanlık desteği sağlanması gerekmektedir. Alanyazında, olası komplikasyon riski yüksek olan peripartum kardiyomiyopati tanısı olan bireylere yönelik kanıtla dayalı hemşirelik girişimlerinin incelendiği kaynaklar kısıtlı olup, bu derleme çalışmasında, sistematik ve profesyonel bir hemşirelik bakım planı aktarılması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Kardiyomiyopati, Peripartum, Hemşirelik bakımı.

GİRİŞ

İlk kez 1971 yılında Demakis ve ark. tarafından tanımlanmış Peripartum Kardiyomiyopati (PPKM), bilinen kalp yetmezliği sebeplerinin olmadığı durumlarda, gebeliğin son ayı veya doğumdan sonraki beş ay içinde gelişen kalp yetmezliği olarak ifade edilmiştir (Demakis ve Rahimtoola 1971). Bu tanımlamaya daha sonraki dönemde ekokardiyografi bulguları (sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun (LVEF) <45% olması) eklenmiştir (Manolia ve ark. 1992). PPKM'li kadınların çoğunun hastane başvurularının, gebeliğin sonlarında veya doğum sonrası ilk haftalarda olduğu bildirilmiştir (Kayıkçıoğlu ve ark. 2018). Başvuru semptomları nefes darlığı, palpitasyon, baş dönmesi, ortopne, paroksizmal noktürnal dispne ve ödem olmak üzere kalp yetmezliği belirtileri ile ilişkilidir. Fakat belirtiler birçok yönden gebeliğin geç dönemi ve peripartum dönemin normal bulgularını taklit edebileceğinden tanıda gecikmelere neden olduğu, bu gecikmelerin de prognozu kötüleştirdiği belirtilmiştir. Olumlu prognoz oranlarının yüksek olması nedeniyle PPKM'nin mortalitesinin, diğer kardiyomiyopati formlarından daha düşük olduğu bildirilmiştir (Kayıkçıoğlu ve ark. 2018). Fakat alanyazında PPKM'nin, pulmoner ödem, tromboembolik komplikasyonlar, kardiyopulmoner arrest, mekanik dolaşım desteği, kalp nakli, beyin hasarı ve ölüm gibi olumsuz sonuçlarla da ilişkili olduğu bildirilmiştir (Kayıkçıoğlu ve ark. 2018; McNamara ve ark. 2018; Sliwa ve ark. 2017).

PPKM semptomları hızlı bir klinik kötüleşmeyle ortaya çıkarken spontan olarak iyileşmeler de gözlenebilmektedir (Kayıkçıoğlu ve ark. 2018). PPKM tanısı olan olguların yaklaşık yarısında sol ventrikül sistolik fonksiyonları düzelerken diğer yarısında ise ciddi morbidite ve mortalite meydana gelmektedir (Kayıkçıoğlu ve ark. 2018; Sliwa ve ark. 2017). Güncel çalışmalarda, etiyolojik risk faktörleri multiparite, ileri anne yaşı, obezite, çoğul gebelik, kokain kullanımı, preeklampsi, viral miyokardit, beslenme yetersizlikleri, otoimmünite, mikrokimerizm, hemodinamik strese patolojik yanıt, vasküler disfonksiyon, hormonal hasarlar ve genetik yatkınlık olarak belirtilmekle birlikte PPKM etiyolojisi tam olarak açıklanamamıştır (Sliwa ve ark. 2017).

PPKM insidansı en yüksek yaklaşık 1:100 ile Nijerya'da, en düşük insidans ise yaklaşık 1:15.000 ile Japonya'da

bildirilmiştir. Ülkemizdeki insidans da bilinmemekle birlikte ilk ulusal PPKM vakalarının kayıt altına alınmasını hedefleyen ARTEMİS (A Registry of peripartum cardiomyopathy in Turkish patients) çalışması yürütülmüştür (Kayıkçıoğlu ve ark. 2018). Bu çalışmada 5 yılda 24 ilde 44 merkezden PPKM tanısı alan 301 dosya incelemesi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, Türkiye'de PPKM prevalansının muhtemelen yüksek olduğu ifade edilmektedir (Kayıkçıoğlu ve ark. 2018).

PPKM prognozuna bağlı riskler ve kötüleşmeler nedeniyle; klinisyen hemşireler ve ebelerin semptomları göz ardı etmeden iyi tanımlamaları önemlidir. Bu bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı PPKM'ye yönelik detaylı çalışmaların yetersiz olmasına vurgu yapmak ve PPKM tanısı olan vakalarda izlenecek hemşirelik bakım planını oluşturmaktır.

Hemşirelik Süreci

Peripartum kardiyomiyopatinin olası semptomları olarak nefes darlığı, palpitasyon, baş dönmesi, ortopne, paroksizmal noktürnal dispne, göğüs ağrısı ve ödem ile karşılaşılmaktadır (Kayıkçıoğlu ve ark. 2018; Mahowald ve ark. 2019). Tanılama sürecinde detaylı bir anamnez alınmalı ve etkin bir fiziksel muayene ile değerlendirilmelidir. Fiziksel muayenede akciğer seslerinin dinlenmesi, elektrokardiyogram (EKG) çekilmesi de doğru tanılama sürecinde önemlidir. Akciğer seslerinde ronküs, EKG'de sol ventrikül değişikliğini gösterecek I, aVL, V4-6 derivasyonlarında artmış R dalga amplitüdü ve sağ taraf EKG derivasyonlarında (III, aVR, V1-3) artmış S dalga derinliğine ve EKG'da ejeksiyon fraksiyonu değerlerine dikkat edilmelidir. Ek olarak tam kan sayımı ve biyokimya testlerinde serum elektrolit ve beyin natriüretik peptid (BNP) değerleri takip edilmelidir. Bu girişimler sürecinde hemşirelerin teorik ve pratik bilgi ve becerilerini kullanması gerekmektedir. Hastalığın ilerlemesini kontrol altına almak, komplikasyon riskini azaltmak ve ani ölümü önlemek için hızlı değerlendirme ve tedavi şarttır (Sliwa ve ark. 2017; Bubshait ve Shanei 2024). Peripartum kardiyomiyopati tanısında hemşirelik bakımı, bireylerin değerlendirilmesi ve tanılanmasından, ilaç tedavisi ve cerrahi müdahaleler gibi tedavilerin sağlanmasına kadar önemli rolleri kapsamaktadır.

Uygulanacak İlaç Tedavisinde Hemşirelik Süreci

Peripartum kardiyomiyopati tanısı ile izlenen olguların ilaç tedavisi, diüretikler, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEi), B blokör, vazodilatörler, antikoagülan ve dijital grubu ilaçlardan oluşan standart kalp yetersizliği tedavilerini içermektedir. PPKM ilaç tedavisine ilişkin alanyazın incelemesinde son yıllarda bromokriptin kullanımının da iyileşme sürecinde etkili olduğu bildirilmiştir. Bu tedavi protokolünde genel amaç artmış sıvı yükünün azaltılması, maternal asidozun önlenmesi, sol ventrikül pozitif inotropik etkisinin artırılması, trombüs oluşumunun önlenmesi ve prolaktin salınımının inhibisyonudur (Carlson ve ark. 2023). İlaç tedavilerinin sağ kalım üzerine olumlu etkileri olmakla birlikte hipotansiyon ve kanama gibi olası komplikasyonların olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca kullanılan ilaçların gebelik ve laktasyon süreçleri açısından kategorileri de hemşireler tarafından iyi bilinmelidir (Sliwa ve ark. 2010; Elkayam 2014).

Hemşirelik Bakım Planı

Kardiyak outputta azalma/riski hemşirelik tanısı, vücudun metabolik ihtiyaçlarını karşılamak için sol ventrikül tarafından yetersiz miktarda kanın pompalandığı bir durum olarak tanımlanmaktadır (Carpenito-Moyet 2010; Wilkinson ve Barcus 2016). PPKM'de LVEF'de azalma ile ortaya çıkan palpasyon, taşikardi, EKG değişiklikleri, aritmi, hipotansiyon, göğüs ağrısı ve yorgunluk ile karakterize semptom kümesi kardiyak outputta azalmayı düşündürmelidir. Hemşirelik bakımında amaç, bireyin yeterli sol ventrikül debisinde olmasını sağlamaktır.

Girişimler:

- Yaşam bulguların saatlik takip edilmesi, ortalama kan basıncının 60 mmHg'nın üzerinde tutulması
- Bilinç durumunun saatlik değerlendirilmesi
- İdrar çıkışının saatlik izlenmesi (saatlik idrar çıkışı<1-3 ml/kg/saat ise hekime iletilmesi)
- Enerji tüketimini azaltmak için yatak istirahati sağlanarak fowler pozisyonu verilmesi
- Aldığı-çıkardığı takibinin yapılması
- Hekim istemine göre oksijen verilmesi

- Kalp pili takılması planlanıyorsa, kalp pili uygulamaları için hastanın hazırlanması

Doku perfüzyonunda bozulma hemşirelik tanısı, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunda düşüşe bağlı dokulara gönderilen oksijen miktarında düşme olarak tanımlanır (Carpenito-Moyet 2010; Wilkinson ve Barcus 2016). Hemşirelik bakımında amaç, doku ve organlara yeterli oksijen perfüzyonunun sürdürülmesidir.

Girişimler:

- Yaşam bulguların saatlik takip edilmesi
- Oksijen satürasyonunun monitörize edilmesi, önemli bir değişiklik gözleendiğinde hekime bildirilmesi
- Bilinç durumunun saatlik değerlendirilmesi
- Arteriyel kan gazı sonuçlarının takip edilmesi
- Hekim istemine göre oksijen verilmesi
- Periferik nabızların bilateral olarak kontrol edilmesi
- Bilateral ısı takibinin 2-4 saatte bir yapılması
- Laboratuvar değerlendirmesinde hemoglobin seviyesinin kontrol edilmesi
- Hipoksemi bulgularının takip edilmesi (disoryantasyon, konfüzyon, ajitasyon, anksiyete vb.)

Gaz alışverişinde bozulma hemşirelik tanısı, akciğer dokularında oksijen ve karbondioksit değişiminin bozulmasıdır (Carpenito-Moyet 2010; Wilkinson ve Barcus 2016). Hemşirelik bakımında amaç, bireyin dispnesi olmadan yeterli ve etkin solunumunun olmasıdır.

Girişimler:

- Yaşam bulgularının saatlik takip edilmesi, monitörizasyonun sağlanması
- Solunum sayısının ve ritminin değerlendirilmesi, önemli bir değişiklik gözleendiğinde hekime bildirilmesi
- Oksijen satürasyonunun monitörize edilmesi, önemli bir değişiklik gözleendiğinde hekime bildirilmesi
- Akciğer seslerinin dinlenmesi, özellikle ral, ronküs patolojik seslerinin takip edilmesi
- Kalp debisini arttıran girişimlerin (anksiyetenin azaltılması, fowler pozisyon verilmesi) uygulanması
- Hekim istemine göre oksijen verilmesi
- Bilinç durumunun saatlik değerlendirilmesi

- Aktivitelerin izin verildiği ve tolere edebildiği düzeyde kademeli olarak artırılması
- Hekim istemine göre diüretik verilmesi, etki ve yan etkilerinin değerlendirilmesi

Elektrolit dengesinde bozulma riski hemşirelik tanısı, diüretik kullanımı, sıvı retansiyonu gibi ilişkili faktörlerin neden olduğu elektrolit düzeylerinde değişim riski olarak tanımlanır (Carpenito-Moyet 2010; Wilkinson ve Barcus 2016). Hemşirelik bakımında amaç, elektrolit dengesinin sağlanması ve sürdürülmesidir.

Girişimler:

- Yaşam bulgularının saatlik takip edilmesi, monitörizasyonun sağlanması
- Bilinç durumunun saatlik değerlendirilmesi
- Elektrolitlere ilişkin belirti ve bulguların (halsizlik, yorgunluk, bulantı-kusma, sodyumda düşüş, EKG’de değişiklik, potasyumda düşüş, hipotansiyon) değerlendirilmesi ve normalden sapmaların hekime bildirilmesi
- Aldığı-çıkarıldığı takibinin yapılması
- Günlük kilo takibinin yapılması
- Beslenme durumunun düzenlenmesi
- Elektrolitler açısından laboratuvar değerlerinin izlenmesi

Aktivite intoleransı hemşirelik tanısı, kişinin gerekli veya istenen günlük aktiviteleri yapmak veya tamamlamak için yeterli fizyolojik veya psikolojik enerjiye sahip olmaması olarak tanımlanır. PPKM tanısı olan bireyler için azalmış kalp fonksiyonunun doğrudan bir sonucu olarak, istirahatte veya efor sırasında nefes darlığı, yorgunluk ve ortopne klasik bir semptom kümesidir (Carpenito-Moyet 2010; Wilkinson ve Barcus 2016). Hemşirelik bakımında amaç, bireyin günlük yaşam aktivitelerini yorgunluk ve dispne olmadan yerine getirebilmesidir.

Girişimler:

- Hareket toleransının değerlendirilmesi (yaşam bulguları, mesafe, ağrı kontrolü)
- Bireye 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

fowler 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-çıkarıldığı takibinin yapılması
- Aritmiye acil müdahale için gerekli ilaç ve malzemelerin bulundurulması
- EKG takibi yapılması
- Yaşam bulgularının 2-4 saatte bir (apikal nabız dahil) kontrol edilmesi

Kanama riski hemşirelik tanısı, antikoagülan türü ilaç kullanımı gibi ilişkili faktörlerin neden olabileceği bir durum olarak tanımlanır (Carpenito-Moyet 2010; Wilkinson ve Barcus 2016). Hemşirelik bakımında amaç, kanama belirti ve bulgularının gözlenmemesidir.

Girişimler:

- Kanama belirti ve bulgularının (peteşi, ekimoz, hematoma, epistaksis, hematüri, melena, hematokezya, hematemez, hemoptizi, diş eti kanamaları, oküler kanama vb.) değerlendirilmesi
- Laboratuvar bulgularının (PT, INR vb.) kontrol edilmesi
- İnvaziv vasküler girişlerin azaltılması
- Enjeksiyon bölgelerinin kontrol edilmesi
- Enjeksiyon uygulamalarında rotasyon yönteminin uygulanması
- Enjeksiyon sonrasında bölgeye 5-10 dakika bası uygulanması
- Valsalva manevrasından kaçınılması
- Rektal uygulamalardan kaçınılması
- Bireyin öz bakımında kullanılacak malzemelerin seçiminde dikkat edilmesi ve bireye eğitim verilmesi (yumuşak diş fırçası, jilet kullanmaması gibi)

Ebeveynlikte yetersizlik/riski hemşirelik tanısı, hastalığa ilişkin süreçte yenidoğan bebek ve/veya diğer çocuklardan uzakta olma ile ilişkili ortaya çıkabilecek bir durum olarak tanımlanır (Carpenito-Moyet 2010; Wilkinson ve Barcus 2016). Hemşirelik bakımında amaç, bireyin yenidoğan ile

bağlanmasını kolaylaştıracak ortamın sürdürülmesi ve varsa diğer çocukları için aile üyelerinden destek alınacak ortamın oluşturulmasıdır.

Girişimler:

- Bebek ve annenin görüşmesi için uygun ortamın sağlanması
- Emzirme sürecinde olağanüstü bir durum yoksa bebek ve annenin buluşturulması
- Aile üyelerinden destek alınması ve süreç ile ilgili annenin bilgilendirilmesi
- Anne-bebek buluşmasından önce ağrı, dispne gibi semptomların etkisinin en az düzeyde olmasının sağlanması (hekim istemi ile analjezik, fowler pozisyon vb.)
- Süt akışının sağlanması için süt sağımının teşvik edilmesi ve sütün uygun koşullarda saklanması
- Bireyin ebeveynlikle ilişkili sorularının yanıtlanması gerekiyorsa profesyonel psikolojik destek ekibinin konsültasyonunun sağlanması
- Bireyin iyilik halinin yükselmesi için cesaretlendirilmesi

Uyku örüntüsünde bozulma/riski hemşirelik tanısı, hastanede kalma, anksiyete, dispne, ağrı gibi ilişkili faktörler nedeniyle uyku miktarı ve kalitesinin bozulması olarak tanımlanır (Carpenito-Moyet 2010; Wilkinson ve Barcus 2016). Hemşirelik bakımında amaç, bireyin sirkadyen ritme göre uyku düzeninin sürdürülmesidir.

Girişimler:

- Dinlendirici, sessiz ve sakin ortam sağlanması
- Uyku kesintilerine ya da uykuya dalmanın engellenmesine neden olan faktörlerin tanımlanması ve bu durumlara yönelik girişimlerin oluşturulması
- Bilinci açıksa gündüz uyuma ve sürekli yatak içinde bulunmanın engellenmesi
- Geceleri monitör alarmlarının alt seviyede tutulması
- Geceleri aydınlatmaların azaltılması
- Mümkünse geceleri invaziv girişimlerin en aza indirilmesi
- Gece-gündüz ayırdımı için duvar saati gibi eşyaların kullanılması
- Uykuya geçişi kolaylaştıracak ve anksiyeteyi azaltacak hafif, yavaş klasik müzik dinleme, kitap okuma, hayal kurma gibi gevşeme tekniklerinin kullanılması

Beden gereksiniminden az beslenme hemşirelik tanısı,

oral alımın kısıtlanması, iştahsızlık, ilaç yan etkileri gibi nedenlerle ilişkili olarak bireyin metabolik gereksinimlerini karşılayacak şekilde kalori alımının engellenmesi olarak tanımlanır (Carpenito-Moyet 2010; Wilkinson ve Barcus 2016). Hemşirelik bakımında amaç, bireyin metabolik gereksinimine ve aktivitesine uygun beslenmesidir.

Girişimler:

- Besin gereksinimlerini karşılayan bireyin tüketebileceği yiyecek-içecekleri seçmede yardım edilmesi
- Üç ana üç ara öğün şeklinde besin desteğinin sağlanması
- Bulantı-kusma semptomlarının takip edilmesi
- Ana öğünlerden 30 dakika önce antiemetik uygulamalarının planlanması
- Erken tokluğu azaltmak için öğünlerde sıvı alımının sınırlandırılması
- Kardiyak yükün önlenmesi için tuz kısıtlaması planlanması ve yemeklerin tatlandırılması için farklı aromatik baharatların kullanılması
- Ağız hijyeninin sağlanması, gerekiyorsa öğün öncesinde de ağız bakım solüsyonu ile bakım verilmesi
- Bireyin öğün tüketiminin değerlendirilmesi, besin alımını reddetme durumunda bireyin cesaretlendirilmesi ve teşvik edilmesi

Deri bütünlüğünde bozulma riski hemşirelik tanısı, ödem, hareketsizlik, yatağa bağımlılık gibi ilişkili faktörler nedeniyle deri bütünlüğünün tehdit altında olması ile tanımlanır (Carpenito-Moyet 2010; Wilkinson ve Barcus 2016). Hemşirelik bakımında amaç, deri bütünlüğünün sürdürülmesidir.

Girişimler:

- Derinin kuru ve temiz tutulması
- Uygun ölçüm araçlarıyla derinin değerlendirilmesi
- Deri üzerinde uygulanan her türlü girişim bölgelerinin sıyrılmama, açılma, kanama açısından takip edilmesi
- Deri ile temas eden oksijen uygulama aparatları, EKG kabloları, üriner kateter gibi gereçlerin bası alanlarının gözlenmesi
- Kan basıncı ölçüm manşonunun en az iki saatte bir farklı ekstremiteye alınması
- Perine hijyeninin sağlanması
- Haftada en az bir defa vücut banyosunun yaptırılması, uygun ve kontrendike değilse bireyin ihtiyaç duyduğu anlarda duş almasının sağlanması/teşvik edilmesi

- Nemli vücut bölgelerinin kuru tutulması
- En az iki saatte bir olacak şekilde pozisyon verilmesi, basınç bölgelerinin gözlenmesi
- Mobilizasyon için bireyin değerlendirilmesi ve cesaretlendirilmesi
- Yatak çarşaflarının kuru ve gergin tutulması
- Beslenme durumunun değerlendirilmesi, beslenmeyi engelleyecek faktörlere ilişkin bireyin değerlendirilmesi
- Bireyin öğün tüketiminin değerlendirilmesi, besin alımını reddetme durumunda bireyin cesaretlendirilmesi ve teşvik edilmesi

Konstipasyon riski hemşirelik tanısı, yatağa bağımlılık, beslenmede değişim gibi nedenlere bağlı olarak bağırsak peristaltizminde azalma riski ile ortaya çıkma olasılığı olan bir durum olarak tanımlanır (Carpenito-Moyet 2010; Wilkinson ve Barcus 2016). Hemşirelik bakımında amaç, bireyin normal sıklıkta ve kıvamda defekasyon yapması, rahatsızlık hissetmeyerek bağırsak alışkanlığının devam etmesidir.

Girişimler:

- Bağırsak peristaltizmi ve motilitesini arttırmak için bireyin toleransına göre mobilizasyon, fiziksel aktivite planlaması yapılması
- Beslenme programına posa eklenmesi için sağlık bakım ekibiyle iletişime geçilmesi
- Günlük kısıtlanmış sıvı miktarının alındığına emin olunması
- Defekasyon zamanının düzene sokulması (özellikle kahvaltı sonrası)
- Hekim istemine göre (LH) laksatif ilaç uygulanması, sonrasında defekasyon durumunun takip edilmesi
- Günde en az 2 defa bağırdak hareketlerinin oskulte edilmesi
- Karında distansiyon durumunun değerlendirilmesi

Anksiyete hemşirelik tanısı, ortaya çıkan hastalığın bireyde yoğun korku, panik, bilinmezlik duygularını ortaya çıkarması ile karakterize bir durumdur (Carpenito-Moyet 2010; Wilkinson ve Barcus 2016). Hemşirelik bakımında amaç, anksiyete duygusunun bakım ve tedavi sürecini engellemesini önlemektir.

Girişimler:

- Anksiyete belirti ve bulgularının (huzursuzluk, takipne,

taşikardi vb.) belirlenmesi

- Bireyin kendisini ifade etmesine izin verilmesi
- Bireye hastalığı, tedavisi ve yapılan girişimler ile ilgili bilgi verilmesi
- Sakin, destekleyici ve güvenli ortamın sağlanması
- Bireyin soru sormasına teşvik edilerek iletişiminin güçlendirilmesi
- Stresle baş etme yöntemlerinin sorgulanması

Cinsel örüntülerde değişim hemşirelik tanısı, ortaya çıkan hastalığın bireyde neden olduğu sınırlılıklar, akut semptomlar, korku veya anksiyete gibi faktörlerle ilişkili olarak ortaya çıkan bir durumdur (Carpenito-Moyet 2010; Wilkinson ve Barcus 2016). Hemşirelik bakımında amaç, bireyin cinsel aktiviteye ve partneri ile doyuma geri dönme isteğini belirtmesidir.

Girişimler:

- Güven verici bir hemşire/hasta ilişkisinin kurulması
- Cinsel yaşama ilişkin öykünün alınması
- Cinsellik ve cinsel fonksiyonlar hakkında bireyin soru sorması için cesaretlendirilmesi
- Partneri ile ilişkisini inceleyip tanımlamasının sağlanması
- Cinsel aktivitede doyum almayı engelleyen nedenlerin tanınması
- Cinsel fonksiyonlara ilişkin ilgi, aktivite, tutum ve bilgilerin incelenip tanınması
- Kronik hastalıkların cinsel işlevselliğe etkilerinin tartışılması
- Birey ile cinsellik hakkında konuşurken yeterli zamanın ayırması ve mahremiyetine, gizliliğe dikkat edilmesi
- Birey ile cinsel fonksiyonlar üzerine etkili olabilecek fizyolojik ve emosyonel konular hakkında konuşulması, duygularını dile getirmesi ve soru sorması için cesaretlendirilmesi
- Görüşme ortamında cinsellikle ilgili eğitim materyallerinin bulundurulması

SONUÇ

Sonuç olarak, bu çalışmada ele alınan PPKM tanısı bireyin ve ailesinin yaşam kalitesini birçok boyutta olumsuz etkileyen akut bir hastalıktır. Hemşirelik bilimi açısından, olguların bütüncül ve sistematik değerlendirmesi amacıyla bu çalışmada özetlenen hemşirelik tanıları ve girişimleri ele alınmalıdır. Bu çalışma,

PPKM tanısı ile izlenen olgularda fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla bütüncül bir bakım sürecini sürdürmesine dikkat çekme açısından önemlidir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

FİNANSAL DESTEK

Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

- Bubshait JA, Shane SA. (2024). An unusual presentation of peripartum cardiomyopathy complicated by a pulmonary embolism: A case report. *Cureus*, 16(1): e51768. doi: 10.7759/cureus.51768.
- Carlson S, Schultz J, Ramu B, Davis MB. (2023). Peripartum cardiomyopathy: Risks diagnosis and management. *J Multidiscip Healthc*, 16: 1249-1258. doi: 10.2147/JMDH.S372747.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2010) *Handbook of Nursing Diagnosis*. 13th Edition, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Demakis JG, Rahimtoola SH. (1971). Peripartum cardiomyopathy. *Circulation*, 44: 964-8. doi: 10.1161/01.cir.44.5.964.
- Elkayam U. (2014). Risk of subsequent pregnancy in women with a history of peripartum cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol*, 64(15):1629-1636. doi:10.1016/j.jacc.2014.07.961.
- Kayıkçıoğlu M, Tokgözoğlu L, Mutluer FO, Ural D, Biteker M. (2018). The rationale and design of the national peripartum cardiomyopathy registries in Turkey: The ARTEMIS-I and ARTEMIS-II studies. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 46(1): 39-46. doi: 10.5543/tkda.2018.53248.
- Manolio TA, Baughman KL, Rodeheffer R, Pearson TA, Bristow JD, Michels VV, Abelmann WH, Harlan WR. (1992). Prevalence and etiology of idiopathic dilated cardiomyopathy (summary of a National Heart, Lung, and Blood Institute workshop). *Am J Cardiol*, 69: 1458-66. doi: 10.1016/0002-9149(92)90901-A.
- Mahowald MK, Basu N, Subramaniam L, Scott R, Davis MB. (2019). Long-term outcomes in peripartum cardiomyopathy. *The Open Cardiovascular Medicine Journal*, 13(1): 13-23. doi: 10.2174/1874192401913010013.
- McNamara DM, Elkayam U, Alharethi R, Damp J, Hsich E, Ewald G, Modi K, Alexis JD, Ramani GV, Semigran MJ, Haythe J, Markham DW, Marek J, Gorcsan J 3rd, Wu WC, Lin Y, Halder I, Pisarcik J, Cooper LT, Fett JD; IPAC Investigators. (2015). Clinical outcomes for peripartum cardiomyopathy in North America: Results of the IPAC study (Investigations of Pregnancy-Associated Cardiomyopathy). *J Am Coll Cardiol*, 25; 66(8):905-14. doi: 10.1016/j.jacc.2015.06.1309.
- Sliwa K, Mebazaa A, Hilfiker-Kleiner D, Petrie MC, Maggioni AP, Laroche C, Regitz-Zagrosek V, Schaufelberger M, Tavazzi L, van der Meer P, Roos-Hesselink JW, Seferovic P, van Spandonck-Zwarts K, Mbakwem A, Böhm M, Mouquet F, Pieske B, Hall R, Ponikowski P, Bauersachs J. (2017). Clinical characteristics of patients from the worldwide registry on peripartum cardiomyopathy (PPCM): EURObservational Research Programme in conjunction with the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Study Group on PPCM. *Eur J Heart Fail*, 19(9): 1131-1141. doi: 10.1002/ejhf.780.
- Sliwa K, Hilfiker-Kleiner D, Petrie MC, Mebazaa A, Pieske B, Buchmann E, Regitz-Zagrosek V, Schaufelberger M, Tavazzi L, van Veldhuisen DJ, Watkins H, Shah AJ, Seferovic PM, Elkayam U, Pankuweit S, Papp Z, Mouquet F, McMurray JJ; Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Working Group on Peripartum Cardiomyopathy. (2010). Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of peripartum cardiomyopathy: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Working Group on peripartum cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail*, 12(8): 767-78. doi: 10.1093/eurjhf/hfq120.
- Wilkinson, J. M., Barcus, L. (2016). *Pearson nursing diagnosis handbook*. 11th ed., Pearson, United States.