



Çoklu Fasyotomi ve Kalça Dezartikülasyonu Yapılan Bir Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

İpek ÖZER*, Şennur AKÇAY¹, Gülfer USLU¹

¹Etilik Şehir Hastanesi, Hemşire, Ankara, Türkiye

*Yazışma yazarı

Araştırma Makalesi

Bilgi

#11. Ulusal Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi 'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

*Sorumlu yazar
İpek ÖZER

Süreç

Gönderim tarihi: 22/12/2024
Kabul tarihi: 31/12/2024

Öz

Ezilme yaralanmalarında kompartman basıncının artması mikrovasküler dolaşımı bozup, iskemi ve kas nekrozu ile sonuçlanan kısır döngüye neden olan bir durumdur. Tedavide acil fasyotomiyle doku perfüzyonunun sağlanması, kas ve periferik sinir hasarının önlenmesi ve fonksiyonun korunması amaçlanmaktadır. Bu olgu sunumunda ezilme sendromu nedeniyle kompartman sendromu (KS) gelişen çoklu fasyotomi ve kalça dezartikülasyonu yapılan bir hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne (FSÖ) göre değerlendirilmesi ve değerlendirme sonucu ele alınan hemşirelik tanılarının sistematik ve bütüncül bir şekilde sunumu amaçlandı.

Olgu, Ortopedi ve Travmatoloji servisinde 135 gün izlenmiş, FSÖ modeli kullanılarak verileri toplandı. Hastada tanılama sonrası enfeksiyon, akut ağrı, sıvı-elektrolit dengesizliği, etkisiz periferik doku perfüzyonu, bireysel baş etmede yetersizlik, anksiyete, beden imajında bozulma, konstipasyon, fiziksel mobilitede bozulma, özbakım eksikliği, deri bütünlüğünde bozulmaya bağlı enfeksiyon riski, şok riski, düşme riski ve kanama riski hemşirelik tanılarına yönelik hemşirelik bakımı uygulandı.

Sonuç olarak; verilerin sistematik değerlendirildiği, olgunun bütüncül ele alındığı Gordon'un FSÖ Modeli kullanılımasının yararlı olduğu saptandı..

Anahtar Kelimeler: Dezartikülasyon; Fasyotomi; Gordon'un FSÖ Modeli; Hemşirelik Bakımı; Kompartman Sendromu

Nursing Care of a Patient Undergoing Multiple Fasiotomy and Hip Disarticulation According to Gordon's Functional Health Patterns Model: A Case Report

Acknowledgment

#Presented as an oral presentation at the 11th National Orthopedics and Traumatology Nursing Congress

ABSTRACT

Increased compartment pressure in crush injuries disrupts microvascular circulation, causing a vicious circle that results in ischemia and muscle necrosis. The aim of the treatment is to ensure tissue perfusion, prevent muscle and peripheral nerve damage, and preserve function with emergency fasciotomy. In this case report, it was aimed to evaluate a patient who developed Compartment Syndrome (CS) due to crush syndrome and underwent multiple fasciotomy and hip disarticulation, according to Gordon's FHP Model, and to present the nursing diagnoses discussed as a result of the evaluation in a systematic and holistic way.

The case was monitored for 135 days in the Orthopedics and Traumatology service, and data was collected using the FHP model. Post-diagnosis infection in the patient, acute pain, fluid-electrolyte imbalance, ineffective peripheral tissue perfusion, inadequacy in individual coping, anxiety, deterioration in body image, constipation, deterioration in physical mobility, lack of self-care, Risk of infection due to disruption of skin integrity, risk of shock, fall Nursing care was applied for nursing diagnoses of risk of bleeding and risk of bleeding.

As a result, It was determined that using Gordon's FHP Model, where the data is systematically evaluated and the case is handled holistically, is beneficial.

Keywords: Disarticulation; Fasciotomy; Gordon's FHP Model; Nursing Care; Compartment Syndrome

Yazışma yazarı

e-posta adresi:ipekcozerplay@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-3296-3894>

Giriş

Depremler nerede ve hangi büyüklükte olacağını bilemediğimiz, ülkemizin içinde olduğu coğrafyada şehirlerin, bölgelerin bazen uygarlıkların yaşamlarını derinden olumsuz etkileyebilen büyüklüklerde olabilen doğal afetlerdir. Toplu yaşamın yoğunlaştığı büyük şehirleri etkileyen depremlerde büyük sayılarda insanın yaralanması söz konusu olabilmektedir. Kompartman sendromu, ortopedi ve travmatoloji uzmanlarının acil veya acele müdahale etmesi gereken klinik durumlardan biridir. Tek tek hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde dâhi hâlen karmaşık bilgiler biriktirmektedir. Bu durum deprem gibi kitlesel olaylarda doğru süreç yönetimini daha da zorlaştırmaktadır. Kompartman sendromu (KS) kas, sinir ve damarları çevreleyen kalın bağ dokularında bir travma veya zedelenme sonucunda ortaya çıkan tıbbi bir durumdur. Kısıtlı bir alanda meydana gelen KS, olduğu bölgelerdeki dokuların şişmesi ve basınç altında kalması sonucunda meydana gelir. Bu ekstremite bölgelerinde sıkça görülür (Dağlar, 2022).

Kompartman sendromu tedavisi genellikle cerrahi müdahaleyi içerir. Basınç artışını azaltmak, dokulara kan akışını geri sağlamak amacıyla yapılan cerrahi müdahale, KS vakalarının yönetiminde önemlidir. Ülkemizdeki büyük depremlerdeyse hastaneye nakledilen hastaların %57'sinde ezilme sendromu gelişmiştir (Guner ve Oncu, 2014). Ezilme yaralanmalarında kompartman basıncının artması mikrovasküler dolaşımı bozup, iskemi, kas nekrozuyla sonuçlanan kısır döngüye neden olmaktadır. Tedavide acil fasyotomiyle doku perfüzyonunun sağlanması, kas ve periferik sinir hasarının önlenmesi, fonksiyonun korunması amaçlanmaktadır. Yoksa kalıcı nörovasküler yaralanma, uzuv kaybı gelişebilmektedir. Kompartman sendromu belirtileri arasında ağrı, şişlik, uyuşma, kas zayıflığı, ciltte renk değişiklikleri bulunabilir. Hemşirelerin belirti-bulguları tanıyarak nörovasküler takibi zamanında, doğru yapabilmeleri; komplikasyonların erken dönemde saptanmasını sağlar. Böylece nörovasküler tanılamanın doğru ve zamanında yapılması kaliteli hemşirelik bakımının sağlanmasında etkili olacaktır (Damar ve vd., 2014, Karahan, Bozkul ve Sağdıç, 2023).

Göçük altında kalmaya bağlı oluşan ezici travmanın yanı sıra hastaların göçük altında uzun süre kalması ve hastanelere nakledilmesindeki gecikme de yumuşak doku yaralanmalarının ampütasyonla sonuçlanmasını arttırmaktadır. Crush sendromunda ekstremitede kırık olsun ya da olmasın kötüleşen renal ve kardiyopulmoner fonksiyonlar ve sepsis durumlarında ampütasyonlar düşünülmektedir (Aras ve Yaşar 2023).

Amputasyonda bakım veren hemşirelerin, hastaların genel durumunun izlenmesi, hazırlanan çok yönlü bakımın koordinasyonu ve iletişimin sürdürülmesi, hasta ve bakım verenlere psikolojik

destek sağlanması, gereksinimler doğrultusunda eğitimin verilmesi, semptom kontrolü ve yaşam sonu bakımın hazırlanması gibi önemli rolleri bulunmaktadır (Müller-Staub, 2009). Bu rollerini yerine getirirken çeşitli kuram ve modellerden yararlanmaktadırlar. Bu modellerden birisi de Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Ölümleri (FSÖ) modelidir.

Sunumumuzda KS gelişen ve çoklu fasyotomiyle, kalça dezartikülasyonu yapılan hastada, hemşirelerin hasta bakımında bütüncül değerlendirme yaparak tanımlanmış hemşirelik sürecini uygulayabilmeleri amacıyla geliştirilmiş model olan Gordon'un FSÖ Model'ine göre değerlendirilmesi ve ele alınan hemşirelik tanılarının sistematik, bütüncül şekilde sunumu amaçlandı.

Etik Boyut: Hastadan çalışma hakkında bilgi verilip sözlü-yazılı onam alınmış, kişisel bilgilerinin korunacağı belirtilmiştir. Kurumdan yazılı- sözlü izin alınmıştır.

Bulgular

Olgu Sunumu

Hasta 22 yaşında, bekar, ailesiyle il merkezinde yaşayan bir kadındır. 06.04.23'teki depremde enkazdan 48 saat sonra çıkartılmıştır. İl merkezinde hastanın sağ alt ekstremitesinde travmatik amputasyon, sağ-sol üst ve alt ekstremitelerinde ezilme yaralanmalarına bağlı fasyotomiler açılarak ilk müdahale yapılmıştır. 08.04.23'te ambulans uçakla başka hastanemize nakledilen hastanın ilk değerlendirilmesinde bilincinin açık olduğu, uykuya meyilli, genel durumunun iyi olmadığı, tüm ekstremitelerde belirgin çap farkının bulunduğu, tüm vücutta ciddi ve yaygın abrazyonlarının olduğu, sağ alt ekstremitede uyluk ve kruris bölgelerinde his kaybının olduğu, dolaşımının olmadığı, belirgin derecede renk değişikliğinin olduğu görülmüştür. Pelvik bölgesindeyse kompartman sendromunun geliştiği saptanmıştır. Deprem nedeniyle oluşan yaralanmaları dışında uzun süre immobilizasyona bağlı sakral ve lumbal bölgede 2.-3. evre basınç yarası gelişmiştir. Basınç yaralarından ve cerrahi insizyon alanlarından alınan kültürlerde enterokok ve klebsiella üremesi olmuştur. KS'nun önüne geçilemediğinden sağ kalçasına dezartikülasyon yapılmıştır. Hasta tedavi sürecinin ilk 94 günü Anestezi Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde, 135 gününü ise Ortopedi-Travmatoloji Kliniği'nde tamamlanmıştır.

Postoperatif Tedavi

Deksketoprofen Trometamol 2x1, Parasetamol 2x1, Tramadol Hidroklorür 2x1, Enoksaparin Sodyum 0,4 ml 1x1, Pantoprazol 40 mg 2x1, Fentanil (ağrı

bandı) LH, Morfin Hidroklorür LH, Farklı gruplarda antibiyotik tedavisi uygulanmıştır (LH).

Gordon'nun Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi

1. Sağlığı Algılama- Sağlık Yönetimi

Hasta durumunu kötü, çaresiz tanımlıyordu. Korkulu, endişeli yüz ifadeleri, davranışları gözlemlendi. Cerrahi sonrasında ağrılarının olduğunu, baş edemediğini, enfeksiyonun ilerleyeceği endişesini, bacaklarını kaybetmek istemediğini, özbakımını gerçekleştirmekte zorlandığını, bunun ileride de devam edeceğini ifade etti.

Hemşirelik Tanısı: Özbakım Eksikliği

Girişimler: Hastanın özbakımına ne kadar katılabileceği değerlendirildi (yardımsız karşılayamadı). Özbakımının gerçekleştirilmesi için yakınlarından destek alındı. (Kişisel temizlik, bakım vb. tüm aktiviteler).

Değerlendirme: Tüm bakımlarını kısmen yapabilir hale geldi. Sözlüsü ve sağlık personeli destek verdi.

2. Beslenme- Metabolik Durum

Hasta yorgun hissettiğini, gücünün olmadığını, el-baş titremelerinin olduğunu ifade etti. Cildi değerlendirildiğinde sakral ve lumbal seviyelerde 2.-3. Evre basınç yaralarının olduğu, yaralarında akıntısı belirlendi. Debride edilen insizyon bölgelerinden, basınç yaralarından alınan kültürlerde enterokokla klebsiella üremesi görülmüştür.

Hemşirelik Tanısı: Sıvı Elektrolit Dengesizliği

Girişimler: Hastanın günlük elektrolit takibi yapıldı. Düşük elektrolit düzeyleri, isteme göre sıvı içinde karşılandı edildi. Elektrolit dengesizliğini gösteren; halsizlik, kusma, bulantı, diyare, kas güçsüzlüğü, EKG değişiklikleri, tetani, gibi mental değişiklikler gözlemlendi. Laboratuvar değerleri yakından izlendi. Günlük AÇT-ödem- kilo takibi yapıldı.

Değerlendirme: Mevcut durum servis ve yoğun bakım süreçlerinde beslenme desteğiyle ortadan yüksek oranda kaldırıldı, tetkiklerle takibi sağlandı. Hastane çıkış sürecine kadar tamamen ortadan kaldırıldı.

Hemşirelik Tanısı: Deri Bütünlüğünde Bozulmaya Bağlı Enfeksiyon Riski

Girişimler: Plastik cerrahi, yara bakım ve servis hemşireleriyle beraber pansumanları yapıldı. Yatak içi pozisyon değişiklikleri yapıldı. Protein açısından zengin diyetle beslendi. Yatak örtülerinin temiz, sabit, gergin olması sağlandı. Ameliyat bölgesi enfeksiyon belirti-bulguları yönünden değerlendirildi. Ameliyat bölgesi temiz tutuldu, günlük pansumanı yapıldı. Pansumanın hasta tarafından yerinden çıkarılmaması için takibi yapıldı. Tedavideki antibiyotikleri uygulandı. Yeterli beslenmesi sağlandı.

Değerlendirme: Basınç yaraları, yara bölgeleri iyileşti ve akıntılar ortadan kalktı. Kültürlerinde üreme görülmedi. CRP değeri (<10 mg/dl) düştü.

3. Boşaltım

Hasta karnında doluluk olduğunu tuvalete çıktığında yapamadığını rahatsızlık duyduğunu ifade etti.

Hemşirelik Tanısı: Konstipasyon

Girişimler: Boşaltımı değerlendirilen hastanın 7 gün gaita çıkışı olmadığı belirlendi. Hastanın diyetine lifli besinler eklendi, günlük sıvı alımı artırıldı. Yatak içi mobilizasyonu artırıldı (pozisyon değişiklikleri), aktif hareketler konusunda teşvik edildi. Hekim istemi doğrultusunda lavman uygulandı, laksatif verildi.

Değerlendirme: Boşaltımı sağlandı.

4. Hareket-Aktivite

Hasta immobil durumda, beslenmesi bozuk. Dezartikülasyon mevcut. Başının döndüğünü, bacağına olmamasından dolayı durumuna oryante olmadığını, ağrı varlığını ifade ediyor. Hastaya tedavisi boyunca 22 defa cerrahi işlem uygulanmıştır. (Fasyotomi-amputasyon-seviye yükseltme-dezartikülasyon) Cerrahi işlemlerin hepsi kanama riskini doğurmaktadır.

Hemşirelik Tanısı: Fiziksel Mobilitede Bozulma

Girişimler: Ağrı değerlendirmesi yapıldı, girişimler uygulandı. Mobilizasyon için desteklendi. Yatak içi ROM egzersizleri yaptırıldı. Rahatladığı pozisyonlar desteklendi (supine). Enerji kaybı yaşamaması için beslenme ve sıvı desteği sağlandı. Hastaya saat başı derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırıldı.

Değerlendirme: Hasta mobil hale geldi.

Hemşirelik Tanısı: Düşme Riski

Girişimler: Oda kapısına ve yatağına düşme riski yüksek hasta figürü yerleştirildi. Hastaya-yakınına düşme önlemleri bilgi ve eğitim verildi. Yatağı alçak seviyede ve korkulukları kapalı tutuldu. Hemşire çağrı sistemi anlatıldı. İhtiyacı olabilecek eşyalar yakınında tutuldu. Çevresel risk faktörleri 12x1 değerlendirildi. Hastanın düşme riski puanı yüksek olarak değerlendirildiği için gūnaşırı risk değerlendirilmesi yapıldı. (10 ve ↑)

Değerlendirme: Düşme öyküsü gerçekleşmedi.

Hemşirelik Tanısı: Etkisiz Doku Perfüzyonu

Girişimler: Hastanın ekstremitelerine dolaşım takibi yapılarak elevasyonu sağlandı. Kanama takibi ve AÇT yapıldı. LH monitörize edildi. Bilinç takibi yapıldı. Ağrısı sorgulandı ve skorlandı (skor: 7 ve ↑). Yaşam bulguları izledi.

Değerlendirme: Bilinç durumunda olumsuzlukla karşılaşılmadı. Yaşam bulgularında aksi bir durum gözlenmedi. Ağrısı analjeziklerle ortadan kaldırıldı, takibi yapıldı. Serviste bulunduğu sürede aktif kanama gelişmedi.

Hemşirelik Tanısı: Kanama Riski

Girişimler: Dr. istemindeki analjezikler uygulanmıştır. Kanama riskini önlemek için hastaya cerrahi işlem öncesi 1gr Transamin verilmiştir. Cerrahi işlem sonrası dren takibi yapılmış, pansumanlar kanama yönünden izlenmiştir. Hasta kanama belirti ve bulguları yönünden (hipotansiyon, filiform nabız, taşikardi, idrar outputunda azalma vs.) yakından takip edilmiştir.

Değerlendirme: Pansuman ve dren takibinde kanama saptanmadı. Cerrahisinde gerçekleşen kanamalara müdahale edildi. (Her cerrahi öncesi hastaya IV destek sağlanıp transanemik asit (1 gr.) uygulandığı için aktif kanama gerçekleşmedi)

Hemşirelik Tanısı: Şok Riski

Girişimler: Sıvı elektrolit dengesizliğine yönelik yakın takip edildi. (Laboratuvar sonuçları, EKG sonuçları). Cerrahi işlemlerde kanama kontrolleri dikkatli yapıldı. Aldığı çıkardığı takibi yapıldı.

Değerlendirme: Şok durumu yaşanmadı.

5. Uyku-Dinlenme

Hasta cerrahi işlemlerinden sonra ağrıdan uyuyamadığını ifade etti. Ağrıyı önlemeye yönelik analjezikler uygulanarak uyku sağlandı.

6. Bilişsel Algılama

Hastanın ilk hali bilinci açık, uykuya meyilliydi. YTÜ'nde sedasyon uygulandı. Servisteyken oryanteydi. Kişi-yer-zaman algısında bozulma yaşanmadı. Ailesini kaybettiğinden yalnız, kötü hissettiğini belirtiyordu. Duyusal sorun yaşadığında sözlüsüyle konuşup kimseyle konuşmadığı zamanlar oldu. Ağrısının olduğunu söyledi, ağrı yaşadığı bacak-bel bölgelerini ovuşturuyor, ağrılı yüz ifadesi sergiliyordu.

Hemşirelik Tanısı: Akut Ağrı

Girişimler: Hastanın dezartikülasyona ve basınç yaralarına bağlı ağrıları olmuştur. (İlaç tedavisi ve pozisyon değişikliği sağlanmıştır). İstemdeki analjezikler uygulandı. Maksimum ağrı düzeyi postop 1. ve 2. gün olarak değerlendirildi. Hastaya supine pozisyon verildi. Ağrıya yönelik psikolojik destek sağlandı. Tüm ekipten destek alındı.

Değerlendirme: Ağrısı en baştaki süreçte en aza indirildi. Bası yaraları ve dezartikülasyon bölgesi iyileştikten sonra tüm ağrısı ortadan kalktı.

7. Kendini Algılama-Benlik

Hastadaki korku, endişe, umutsuzluk, amputasyon ve uygulanan cerrahi işlemlerden dolayı öleceği korkusunun anksiyetesini artırdığı gözlemlendi. Endişe ve korkularını aşmaya yetemediğini söyledi. Bacağının olmayışının eksikliğini çok yaşadığını, bundan ve vücudundaki izlerinden rahatsızlık duyduğunu ifade ediyordu.

Hemşirelik Tanısı: Bireysel Baş Etmede Yetersizlik

Girişimler: Hastanın, mevcut durumu, uzuv kaybı, aile bireylerini kaybetmesiyle ilgili kendini ifade etmesi

sağlandı. Günlük işlerinde refakatçisi ve sağlık personelinin desteği alındı.

Değerlendirme: Hastadan olumlu dönüt alınamadı.

Hemşirelik Tanısı: Anksiyete

Girişimler: Anksiyete belirti-bulguları değerlendirildi. (Ağlama, ajitasyon, iletişimi kapama). Sessiz çevre sağlandı. Akut dönemde hastanın yanında olundu. Duyularını söylemesine izin verildi. Tedavi yöntemleri açıklandı, soruları yanıtlandı. Yaşadığı korku-kaygı konusunda hastanın kendini ifade etmesi sağlandı. Tedavi süreci hakkında bilgi verildi. Mümkün olduğunca yakınının bakımına katılması sağlandı. Geçmişteki baş etme yöntemleri değerlendirildi. (Müzik dinleyerek, yürüyüşle rahatlıyormuş). Sakin, destekleyici ve güvenli şekilde bakımı sağlandı. Hastanın ortama oryantasyonu sağlandı. Gerekli olan zamanlarda diğer sağlık bakım çalışanları ile görüşmesi sağlandı (psikiyatrist, psikolog, liyazon hemşiresi...) Hekim istemine göre sedasyon verildi.

Değerlendirme: Anksiyetesi tamamen ortadan kaldırılamadı. Verilen desteklerle, yapılan uygulamalar hastanın anlık rahatlamasını sağladı. Hastane çıkışında anksiyetesi %80 oranında azalmıştı.

Hemşirelik Tanısı: Beden İmajında Bozulma

Girişimler: Hasta düşüncelerini söylerken mümkün oldukça sonuna kadar dinlendi. Uzun kayıplarına yönelik psikolojik-mental destek klinik hemşireleri, psikiyatrist ve psikolog tarafından sağlandı. Moral açısından hastaya sosyal destek sağlandı. (Doğum günü kutlaması, hediyeleşme vb.)

Değerlendirme: Ne kadar destek sağlansa da yapılan uygulamalar uzun bir süre olumlu yanıt oluşturmadı. Protez bacak takıldıktan sonra kötü beden imajı algısı büyük oranda ortadan kalktı.

8. Rol- İlişki

Hastanın hastaneden çıktıktan sonra rol ve sorumluluklarının tamamen değişeceğini ifade etti. Sözlüsüyle hastane çıkışı yaşamlarını birleştireceklerini, süreci nasıl yürüteceklerini planlayacaklarını belirtti. Bacağa eklem düzeyinde amputasyon yapıldığı için, ailevi sürecinin bundan nasıl etkileneceğini bilmediği için endişeliydi.

9. Cinsellik- Üreme

Utandığından konuşmak istemedi, değerlendirilemedi.

10. Baş Etme- Stres Toleransı

Hasta yakınlarını kaybetmenin yaşattığı üzüntüleri sözlüsünün desteğiyle, bol dua ederek azalttığını ve yaşama tutunmak için sözlüsünden güç aldığını ifade etti.

11. İnanç-Değer

İnancı konusunda kaybının olmadığını depremde sevdiklerini kaybetmesinin hüznünü yaşadığını, beraberken yapmadıkları şeyler için pişmanlığını dile getirdi.

Tartışma

Hemşirelik süreci, sistematik olarak tanımlanan verilerin düzenlenerek mevcut veya olası sağlık problemlerin belirlenmesi ve doğru hemşirelik tanısı konmasıdır. Ancak hemşirelik süreci yapılırken kullanılacak tanı sistemi, bir hemşirelik modeli ile birlikte uygulanırsa bireyin ihtiyaçlarına uygun bakım alma olasılığı artmaktadır (Ünal vd., 2018).

Çalışmada ele alınan olguda; kompartman sendrom sonrası ampütasyon yapılan hastanın bakım gereksinimleri Gordon'un FSÖ modeline göre değerlendirildiğinde sağlığı algılama- sağlık yönetimi, beslenme- metabolik durum, boşaltım, hareket-aktivite, uyku-dinlenme, bilişsel algılama, kendini algılama-benlik, rol- ilişki, cinsellik- üreme, baş etme- stres toleransı, inanç ve değer alanlarında sorun yaşadığı belirlenmiştir. Çalışmadaki bu bulgular literatürle benzerlik göstermektedir (Ünal ve diğerleri,2018, Hends vd., 2021, Aras ve Yaşar 2023).

Aras ve Yaşar'ın (2023) yapmış oldukları bir çalışmada, bir ekstremitenin ampute olmasının, kişinin hareketliliği ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğini ciddi şekilde azalttığı belirtilirken, kişinin günlük yaşam aktivitelerine katılımını ve topluma entegrasyonunu da geciktirdiğini belirtmektedir. Bizim çalışmamızda da hasta ampütasyon sonrası ailevi sürecinin nasıl etkileneceğini bilmediğini, endişeli olduğunu rol ve ilişkilerinde kaygı yaşadığını belirtirken, hastaya yaşadığı sorunlarla baş etmesini kolaylaştırmak için klinik hemşireleri, psikiyatrist ve psikolog tarafından psikolojik-mental destek sağlandığı saptanmıştır. Fasyotomi sonrası yara enfeksiyonları, hastane sürecinde karşılaşılan yaygın komplikasyonlardandır. Yapılan çalışmalarda, fasyotomi sonrası enfeksiyon oranlarının %16-22 arasında değiştiği ve bu durumun yara bakım süreçlerini zorlaştırdığı belirtilmiştir (Hines vd., 2021). Bu olguda da basınç yaraları ve insizyon alanlarında gelişen enfeksiyonlar antibiyotik tedavisi ve pansumanlarla başarılı bir şekilde yönetilmiştir. Akut ağrı yönetimi, hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan yaklaşımların entegre edilmesiyle etkili bir şekilde gerçekleştirilebilir.

Literatürde, analjeziklerin akut ağrıyı azaltmada temel bir yöntem olduğu ve özellikle postoperatif dönemde opioidlerin ile non-steroid anti-inflamatuvar ilaçların (NSAİİ) ağrı kontrolünde etkili olduğu belirtilmiştir (Schung vd., 2016). Bu olguda da hekim istemine uygun olarak uygulanan analjezikler, ağrının kontrol altına alınmasında başarılı bir yöntem olmuştur. Ayrıca pozisyonlandırma, ağrının azaltılması ve doku perfüzyonunun iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Literatür, uygun pozisyonlandırmanın ağrıyı hafifletmekle kalmayıp aynı

zamanda yara iyileşmesini de desteklediğini göstermektedir (Macintyre vd., 2020). Bu doğrultuda, hastaya supine pozisyon verilmesi ağrı yönetiminde etkili bir girişim olmuştur. Ayrıca, psikolojik destek ile stres ve anksiyete düzeyi azaltılarak ağrı algısı üzerinde olumlu etkiler sağlanmıştır. Olgumuzda 7 gün boyunca defekasyon olmaması üzerine konstipasyon tanısı konmuş ve hastaya diyet düzenlemeleri ve farmakolojik müdahaleler uygulanmıştır. Literatür, bu gibi durumlarda konservatif yaklaşımların (lifli gıdalar ve sıvı alımını artırmak) ilk basamak tedavi olduğunu vurgulamaktadır (Farber vd., 2012). Gerekli durumlarda lavman ve laksatif kullanımı ile dışkı çıkışının sağlanması önerilmektedir. Ayrıca, mobilizasyonun artırılması, bağırsak motilitesini destekleyen önemli bir girişimdir (Han vd., 2015). Bu olguda da beslenme düzeninin iyileştirilmesi, sıvı alımının artırılması ve mobilizasyonun teşvik edilmesi ve laksatif uygulanması ile konstipasyon yönetilmiştir. Bu durum, konstipasyonun etkili bir şekilde yönetimi için hemşirelerin proaktif ve multidisipliner bir yaklaşım benimsemesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sonuç

Sistematik bir yaklaşımla değerlendirilen olgumuzda, hasta psikososyal olarak da değerlendirilmiş, bütüncül bir bakış açısıyla hemşirelik tanılarıyla girişimler açıklanarak uygulanmıştır. Hastamızda tedavi-bakımının multidisipliner ekip yaklaşımıyla planlanıp uygulanması hastanın iyileşmesinde çok önemli bir faktör olduğunu düşünmekteyiz.

Beyanlar

Destek ve Teşekkür

Destekleyen Kuruluş: Etlik Şehir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji 7B Kliniği

Teşekkür: Katkılarından ve desteklerinden dolayı çok değerli Sn. Ayşe Gül ATAY DOYGACI'ya, Sayın hocam Şerife KURŞUN KURAL'a, klinik hocalarımız Sn. Prof. Dr. Yalın ATEŞ'e, Sn. Dr. Mutlu AKDOĞAN'a, Sn. Dr. Halis Âtil ATİLLA' ya, Etlik Şehir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji 7B Kliniği ekibine teşekkürlerimi sunarım.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

Dağlar, B. (2022). Deprem yaralanmalı hastada kompartman sendromu. TOTBİD Dergisi, 21, 283-288.

Guner, S. I., & Oncu, M. R. (2014). Evaluation of crush syndrome patients with extremity injuries in the 2011 Van Earthquake in Turkey. Journal of Clinical Nursing, 23(1-2), 243-249. <https://doi.org/10.1111/jocn.12398>.

Damar H.T., Bilik Ö. (2014). Buzdağının görünmeyen yüzünü keşfetmek: ortopedi hastalarında kompartman sendromu ve hemşirelik yaklaşımları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7(3), 223-229.

Karahan S, & Bozkul G, & Sağdıç Ç.B. (2023) Depreme bağlı yaşanan ezilme sendromu ve hemşirelik bakımı. Journal of Health Sciences Institute, 8(1): 99-104.

Aras B., Yaşar E. (2023) Deprem ilişkili amputasyonlarda rehabilitasyon ve protez uygulamaları. TOTBİD Dergisi.22:625-630. DOI: 10.5578/totbid.dergisi.2023.92

Müller-Staub, M. (2009). Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. International Journal Of Nursing Terminologies And Classifications, 20(1), 9-15.

Ünal, ŞB. Genç, B. Kaplan, S. Özkan, B. (2018) Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre amiyotrofik lateral sklerozda hemşirelik bakımı: bir olgu sunumu. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 1(1), 69-76.

Hines, E. M., Dowling, S., Hegerty, F., Pelecanos, A., & Tetsworth, K. (2021). Bacterial infection of fasciotomy wounds following decompression for acute compartment

syndrome. Injury, 52(10), 2914-2919. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2021.06.018>.

Schug, S. A., Palmer, G. M., Scott, D. A., Halliwell, R., & Trinca, J. (Eds.). (2020). Acute pain management: scientific evidence (Vol. 1). Melbourne, Australia: Australian and New Zealand College of Anaesthetists.

Macintyre, P. E., Scott, D. A., Schug, S. A., Visser, E. J., & Walker, S. M. (2020). The role of positioning in pain relief and tissue perfusion. Acute Pain Management: A Practical Guide.

Farber, A., Tan, T., Hamburg, N., Kalish, J., Joglar, F., Onigman, T., Rybin, D., Doros, G., & Eberhardt, R. (2012). Early fasciotomy in patients with extremity vascular injury is associated with decreased risk of adverse limb outcomes: a review of the National Trauma Data Bank. Injury, 43 (9):1486-9. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2011.06.006>.

Han, F., Daruwalla, Z. J., Shen, L., & Kumar, V. P. (2015). A prospective study of surgical outcomes and quality of life in severe foot trauma and associated compartment syndrome after fasciotomy. The Journal of Foot and Ankle Surgery, 54(3), 417-423. <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2014.09.015>.