

**ACİL SERVİSTE TRAVMATİK PNÖMOTORAKSLI YAŞLI
HASTANIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ MODELİNE GÖRE
BAKIM PLANI: OLGU SUNUMU**

*CARE PLAN OF AN ELDERLY PATIENT WITH TRAUMATIC
PNEUMOTHORAX IN THE EMERGENCY DEPARTMENT ACCORDING TO
THE DAILY LIFE ACTIVITIES MODEL: A CASE REPORT*

Hemşire Nurettin KONAÇ¹ Prof. Dr. Yazile SAYIN²

Gönderildiği Tarihi: 14 Nisan 2025

Kabul Tarihi: 02 Haziran 2025

Makale Atfı

Konaç, N. & Sayın, Y. (2025). Acil serviste travmatik pnömotorakslı yaşlı hastanın günlük yaşam aktiviteleri modeline göre bakım planı: olgu sunumu. *Olgu sunumu. İstanbul Rumeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1): 65-82.

Özet

Göğüs/ toraks travması, politravmalı hastalarda karın yaralanması ve kafa travmasından sonra ikinci en sık görülen ve üçüncü en yaygın ölüm nedenidir. Özellikle yaşlı birlikte artan günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ile ilgili gereksinimler hastaların travmalarla daha fazla karşılaşmasına yol açmaktadır.

Yaşlı hastaların klinik ortamlarda karşılanan ve karşılanmayan GYA ile ilişkili gereksinimlerinin belirlenmesi güvenli bakım ortamı planlanmasına yardım eder. Ayrıca bu hastaların acile tekrarlı yatışların önlenmesinde de önemlidir.

Bu olgu sunumunda travmatik pnömotoraks gelişen yaşlı bir hastanın tedavi ve bakım planı GYA modeli ile değerlendirildi. Bu değerlendirme hastanın acil klinik ve sonrası için GYA gereksinimlerine ait planlama fırsatı sağladı.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, yaşlı hasta, travmatik pnömotoraks, günlük yaşam aktiviteleri modeli, hemşirelik bakımı.

Abstract

Chest/thoracic trauma is the second most common cause of death in polytrauma patients after abdominal and head trauma. The increasing needs for activities of daily living (ADL), especially with the elderly, cause patients to encounter trauma more often.

Determining the needs of elderly patients related to ADL that are met and not met in clinical settings helps to plan a safe care environment. It is also important in preventing these patients from being repeatedly admitted to the emergency room.

In this case report, the treatment and care plan of an elderly patient who developed traumatic pneumothorax was evaluated with the ADL model. This evaluation provided the opportunity to plan the patient's ADL needs for the emergency clinic and beyond.

Keywords: Emergency department, elderly patient, traumatic pneumothorax, daily living activities model, nursing care.

¹Hemşire, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi – Acil Servis, <https://orcid.org/0009-0001-8468-9145>

²Prof. Dr., İstanbul Rumeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Türkiye, yazile.sayin@rumeli.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-5741-754X>

Sorumlu yazar: Sayın, Y., yazile.sayin@rumeli.edu.tr

1. GİRİŞ

Pnömotoraks terimi ilk olarak 1803'te Laennec'in bir öğrencisi olan Itard tarafından ortaya atıldı ve Laennec'in kendisi 1819'da pnömotoraksın klinik tablosunu tanımladı. Primer spontan pnömotoraks modern tanımı ilk kez 1932 yılında Kjaergard tarafından yapılmıştır (Henry, Arnold ve Arvey, 2003; Kjaergaard, 1933; Laennec,1819).

Normal solunum sırasında plevral aralıkta (intraplevral) basınç negatif ve serbest hava olmaması gerekir. Ancak, plevral boşluğa hava girişine yol açan durumlar intraplevral basıncı pozitif çevirerek akciğerin sönmesine neden olur. Bunun nedenlerden biri travmatik toraks yaralanmalarına bağlı gelişen pnömotoraktır. Taşıt kazaları, düşmeler, yanıklar, ateşli silahlar, kesici ve delici alet yaralanmaları travmatik pnömotoraksın en sık nedenleri arasında gösterilmektedir (Tülüce ve Altuntaş, 2020).

Politravmalı bağlı göğüs / toraks travması, karın yaralanması ve kafa travmasından sonra ikinci en sık görülen ve üçüncü en yaygın ölüm nedenidir. Torasik yaralanmalar, travmayla ilişkili ölüm oranının yaklaşık %25'ini oluşturmakta ve bu hastaların %40-50'sinde pnömotoraks gelişebilmektedir. Pnömotoraks gelişen vakalarda da mortalitenin yüksek olduğu gösterilmektedir (Chrysou ve ark., 2017; Olofsson ve Dryver, 2022). Geriatrik bir popülasyon (65 yaş üzeri) üzerinde yapılan bir çalışmada 255 kosta kırığı olan künt toraks travmalı hastalarda mortalite %9.1 (24 hasta) olarak gösterilmiş ve bunların da %29.2'sinin (7 hasta) ilk 24 saat içinde yaşamını kaybettiği bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada travmatik toraks yaralanmalı yaşlı hastaların %51'inin yoğun bakım gerektirdiği rapor edilmiştir. Yaşlı hastalarda kosta kırıklarının pnömotoraks ve hemotoraks gelişmesi mortalitede önemli bir komplikasyon olarak bildirilmiştir (Barry ve Thompson, 2018).

Literatürde pnömotoraks ile ilişkili komplikasyonlar ve morbidite ve mortalite riski göz önüne alındığında, erken klinik tanı, tedavi ve bakımın önemli olduğu vurgulanmaktadır. Özellikle geriatrik travma hastalarında pnömotoraks yönetiminde hasta merkezli bireyselleştirilmiş stratejilerin kritik önemi vurgulanmaktadır. Yaşlı hastalarda fizyolojik değişiklikler ve eşlik eden hastalıkların pnömotoraksın

yönetiminin zorlaştırdığından değerlendirmenin hızla yapılması, ardından acil tedavi ve bakım girişimlerin başlatılması gerektiği bildirilmektedir (Barry ve Thompson, 2018; Nishizawa ve ark., 2023).

Günlük yaşam aktiviteleri (GYA), bir kişinin işlevsel durumunun bir göstergesi olarak kullanılmaktadır. Araştırmalar bireyin GYA'sinin değerlendirilmesinin önemli olduğunu bildirmektedir. Hastaneye, terminal dönem bakım evlerine, huzurevlerine yatış, ve evde bakım hizmeti durumunda alternatif yaşam düzenlemelerine ihtiyacın belirlenmesinde öngörücü olarak kabul edilmektedir Bu durum GYA değerlendirmesi hastanın bir başka sağlık bakım alanı ya da evde bakım koşulları için bir yol haritası olacaktır (Cagle ve ark. 2020; Costenoble ve ark. 2021).

Herhangi bir hastada günlük yaşam aktivitelerinde meydana gelen bir değişikliğin etkileri ve rolü, hastanın bakım ekibi paydaşları için önemlidir. Klinik bir ortamda GYA gerçekleştiremeyen hastalar evde daha fazla rehabilitasyona veya yardıma ihtiyaç duyacaktır. Bu nedenle hastaneye yatırılan bir hastanın tedavi ve bakım programı, GYA'lerini dikkate alınarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Özellikle yaşlı hastaların GYA'lerinin değerlendirilmesi, rutin hasta değerlendirmesinin bir parçası olarak kabul edilmektedir (Costenoble ve ark. 2021; Rosenberg ve ark. 2019).

Günlük yaşam aktiviteleri modeli Nancy Roper'ın 1976'daki çalışmalarına dayanmaktadır (Wikipedia, 2025). Model, Roper, Logan ve Tierney'in (1980) birlikte çalışmaları sonucunda 1980 yılında ilk kez GYA modeli olarak yayınlanmıştır. Daha sonra bu model 1985, 1990, 1998 ve 2000'de revize edilmiştir (Wikipedia, 2025). Modelin içinde birbiri ile ilişkili ve birbirini etkileyen 12 farklı GYA bulunmaktadır: çevre-güvenlik, iletişim, solunum, yeme-içme, boşaltım, kişisel hijyen ve giyim, beden sıcaklığının kontrolü, hareket, çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme, cinselliğini ifade etme, uyku ve ölüm (Timmins ve O'Shea, 2004).

GYA dayalı Hemşirelik Modelinin bireyi bir bütün olarak ele alması, soruna holistik ve humanistik yaklaşım sağlaması hemşirelik sürecinin geliştirilmesine ve uygulamasına katkı verdiği bildirilmektedir (Kacaroglu, Karabacak ve Ecevit Alpar, 2015).

Sunulan olguda GYA modeline göre acil servise yatışı yapılan travmatik pnömotoraks gelişen yaşlı bir hastanın acil bakım girişimleri incelendi ve değerlendirildi.

1.1. Etik durumlar

Bu çalışmada yer alan hastaya ait verilerin olgu sunumu olarak yayınlanabilmesi için hastanın tedavi ve bakım aldığı İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı devlet hastanesinden (sayı no: E-45793301-929-272497946) ve hastadan yazılı izin alınmıştır.

2. OLGU SUNUMU

2.1. Sosyodemografik Bilgiler

Adı A. Ç. Olan hasta 74y/ Erkek, Evli, üniversite mezunu, emekli bir öğretmendir. Hastanın boyu 172cm , 70kg ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) kg/metrekare 23.7 dir.

2.2. Klinik Bilgiler

Şikayeti: Ağaçtan düşme sonrası solunum güçlüğüdür.

Hastalık Öyküsü: Hasta bahçe işlerinde çalışırken, 2 m yüksekliğindeki ağaçtan düşme sonrası sağ toraksta ağrı ve solunumda zorlanma şikayeti ile 20.12.2024 tarihinde acilin kırmızı alanına kabul edildi. Hastanın bilinci açıktı, koopereydi ve oryante, karın ağrısı, bulantı kusma yoktu. Kırmızı alanda kaldığı 2 günlük süre içinde GYA modeline göre bakımı yapıldıktan sonra genel cerrahi servisine sevkine karar verildi.

Tıbbi Tanısı: Düşmeye bağlı toraks travması

Tıbbi Geçmişi: Hipertansiyon (140/90-130/80 mmHg), astım, depresyon, prostat bezinde büyüme (Prostat volümü yaklaşık 40 cc. olup artmış olarak değerlendirildi). Bu hastalıklar için ilaç tedaviler alıyor: Benipin film tablet 4 mg, Brequal 50/500 mcg, Fonksera 20 mg, Tamprost mr 0,4 MR.

Alişkanlıkları: Sigara kullanımı veya akciğer hastalıklarına yatkınlık sağlayabilecek diğer faktörler rapor edilmemiştir.

Alerjileri: Yok

Yaşam Bulguları: Hastanın acildeki kabulünden (kırmızı alan) genel cerrahiye sevkine kadar geçen süredeki kan basıncı: 135/75-125/85 mmHg, nabızı: 81-88/dk, SpO₂: %84-97 (oda havasında), solunumu: 27-32/dk aralığında seyretti.

Fizik Muayene Bulguları: Sağ hemitoraksın palpasyonu sırasında hassasiyet ve derin solunumda ağrı, sırtta 5 cm çapında abrazyon saptandı. Cilt altında krepitasyon varlığı tanılanmadı. Batın muayenesi normaldi; defans veya rebound hassasiyeti yoktu. Günlük yaşamında bağımsız, hareket kısıtlılığı yok. Sistem muayenesinde

yaşı özgü karakteristiklere sahip.

2.3. Görüntüleme ve Klinik Bulgular

Toraks Grafisi: Sağda hafif pnömotoraks, çoklu kosta kırıkları (posterior 6.–11. kostalar) izlendi, akciğer laserasyonu izlenmedi.

Toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT): Hastanın 5,6,7,8,9,10,11. Kosta proksimalinde parçalı deplase ve 7,8,9 ve 10. kostaların medialinde deplase kırıklar vardı. Sağ akciğer minimal hemotoraks ve 15 mm çapında plevral efüzyon görüldü. Akciğerde kontüzyon, torakalde hassasiyet ve abrazyon mevcut. Kırıklı bölgelerin yumusak cilt altı dokuları arasında serbest hava var.

Abdominopelvik BT: Abdomen içinde serbest hava veya sıvı görülmedi.

Spinal BT: L5-S1 epidural hava var; spinal korda basınç yoktu.

Tüm Batın Ultrasonografisi: Safra kesesi, dalak ve mesane yapıları normal olarak değerlendirildi; taş veya çamur ekosu izlenmedi. Sol karaciğer lobunda yaklaşık 30 × 21 mm boyutlarında kistik lezyon mevcuttu. Sağ böbrek doğal görünümde idi. Sol böbrekte en büyüğü yaklaşık 17 × 16 mm ölçülerinde olmak üzere birkaç adet parapelvik kistik lezyon izlendi. Batın içinde serbest sıvı saptanmadı.

2.4. Tedavi

Bu vakada akciğer ve göğüs duvarı yaralanmalarının tedavisi multidisipliner bir yaklaşımı gerektirdi.

Toraks Cerrahisi Konsültasyonu: Pnömotoraksın küçük boyutta olduğu ve hastanın solunumunda hafif güçlük bulunduğu belirtilmiş; ancak solunum durumunun stabil olması nedeniyle konservatif tedavi ve bakım yaklaşımı uygun görülmüştür. Bu kapsamda, torakolomber korse kullanımı, analjezik tedavi ve oksijen desteği öncelikli yaklaşımlar olarak önerilmiştir.

Beyin Cerrahisi Konsültasyonu: L5-S1 seviyesinde epidural hava varlığı saptanmış, bu bulgunun travma ile ilişkisi değerlendirilmiş ve cerrahi girişim gereksinimi olmadığı kararına varılmıştır

Genel Cerrahi Yönetimi: Profilaktik antibiyotik (Sefazolin) ve analjezik (Ketavel) tedavisi uygulanmış, hastanın yakın takibi ve seri radyolojik görüntülemelerle izleminin sürdürülmesi önerilmiştir. Mevcut acil girişimlerin tamamlanmasının ardından, karaciğer sağlığı açısından

genel cerrahiye sevki planlanmıştır.”

Acil Birim İlaç Tedavileri: İprabul 500 mcg/2ml nebül çözelti (sıklık x doz: 4x1 inhaler), Budenosin 0,5 mg/1 ml nebulizasyon süspansiyonu 2x1inhaler, Ketavel 50 mg/2 ml 2x1 intravenöz (IV), Geraşin amp 2x1, %0.9 İzotonik 1000 ml solüsyon 1x1, Sefazol 1 gr 1 flakon 2x1 IV, Fuomid 20 mg 2x1 IV, Zygosin 40 mg 1x1 IV, maske ile oksijen tedavisi önerildi.

Laboratuvar Sonuçları

1. sonuçlar	2. sonuçlar
Alanin aminotransferaz (ALT) 3369 U/L	MON % 69 ↑
Albumin 3.8 g/dL	NE % 64.5
Alkalen fosfataz 43.16 IU/ml	NEU %73.8
Amilaz 20.51 U/L	PDW 162µL
Aspartat transaminaz (AST) 36.86 U/L	MPV 99 µL
Bilirubin (indirekt) 3.9 mg/dL ↑	PCT 1.6 ng/mL
CRP türbidimetrik 57.45 mg/L ↑	PLT 164 µL
D. Bilirubin 3.6 mg/dL ↑	RDW % 13.1
GAMA GT 898	MCHC 32.8 g/dL
Glukoz 132 mg/dl	MCH 31.1 pg
Kalsiyum 8.7 mg/dL	MCV 94.8 fL ↑
Kreatinin 8.2 mg/dL ↑	HCT % 40.7
Potasyum 4.12 mmol/L	HGB 13.3 g/dL
Sodyum 137 mmol/L	WBC 875
Üre 56.7 mg/L ↑	RBC 42.9 mcL
BAS %3 ↑	Total Bilirubin 5.1 mg/L ↑
LYMPH 148 mcL ↑	
EOS 11 mc/L ↑	

3. YAŞAM AKTİVİTELERİNE MODELİNE GÖRE HEMŞİRELİK BAKIMI

3.1. Güvenlik

Veriler: hastanın 74 yaşında, evli ve eşi 74 yaşında, bahçe işleri ile uğraştığı, çocukları ona yakın bir yerde yaşadığı ve ev ve bahçe işlerinde birbirlerine yardımcı oldukları belirlenmiştir. Bahçe işleri ile uğraşırken ağaçtan düşerek kosta kırıkları meydana gelmiş, hastanede kişisel temizlik ihtiyaçlarını karşılayamadığını bildirmişti, acil kırmızı alanda tuvalet-banyo yattığı alana uzak ve düşme kaynaklı bir nedenden dolayı kabul edildiği için düşmekten ve sakat kalmaktan korktuğunu ifade etmişti. İTAKİ Düşme Riski Ölçeği risk puanı 5 üzerinde belirlenmişti.

Tanı: Hastanede düşmeyle ilişkili yaralanma riski

Amaç: Düşme ve yaralanmaların tekrarını önlemek

Girişimler

Klinik kořullar ile ilgili dūřme ve yaralanma riski deęerlendirildi ve yakın takibi saęlandı.

Dūřme riskine “dört yapraklı yonca” figürü ile dikkat çekildi.

Yatak kenarları yukarı kaldırıldı, yatak tekerleklerinin kilitli tutulması sağlandı.

Yatak çevresi/oda aydınlatmasına dikkat edildi.

Yatak içinde dūřmeyi önleyen güvenli oturma ve kalkma aktivitesi konusunda bilgi verildi.

Gerekli durumlarda (yatak içi ve dışı aktivite: hijyen, tanı işlemleri gibi) tekerlekli sandalye ile taşıma sağlandı.

Aktivitelerde yardım istemesi gerektiği konusunda bilgi verildi, yalnız bırakılmadı.

Aktivite öncesi ve sonrası vital bulguları izlendi ve değerlendirildi: kan basıncı, nabız, solunum hızı.

Nörolojik durumu izlendi (bilinç düzeyi ve nörolojik değişiklikler).

Ev koşulları ve çalışma alanı dūřme riski açısından değerlendirildi.

Geçmiş anksiyete kaygı bozuklukları ve tedavileri acil tedavi planına eklendi.

Mevcut toraks travması sonra evde olası bakım gereksinimleri değerlendirildi.

Değerlendirme

Acile kabulünden genel cerrahiye sevkine kadar dūřme ya da yaralanma görülmedi. Ancak, dūřme riskine karşı klinikte getirilen sınırlanmalar onun dūřme korkusunu artırdıęı görüldü. Acil kırmızı alandaki ilk günü tekrar dūřme, yaralanma ve özellikle sakat kalmaktan korkmakta. Genel cerrahiye sevk edildięinde İTAKİ dūřme riski puanı 4 idi.

Tanı 2: Hasta ve aile üyelerin mevcut sağlık durumu ile ilişkili güvenlik endişesi.

Amaç: Hasta yakınlarının psikososyal iyilik halini sağlamak ve sürdürmek.

Girişimler

Yařlılarda dūřme riskleri ve güvenli çevre oluřturma konusunda hastanın ve ailenin kendini ifade etmesine yardımcı olundu.

Evde dūřme riskleri ailesiyle ve hasta ile birlikte görüřüldü: ev düzenlemesi ve bahçe işlerinin düzenlenmesi konusunda yardım olanakları deęerlendirildi.

Hastanın ve ailenin duygusal durumu ve kaygılarının değerlendirildi, hasta üzerindeki etkileri tartışıldı.

Hastanın baş etme mekanizmaları araştırıldı: namaz kılma ve / veya dua için ortam sağlandı.

Hastaya ve yakınlarına bakım ve tedavi süreci hakkında bilgi verildi

Hareket durumunda torakolomber korse kullanımı ve bakımı hakkında bilgi verildi.

Genel cerrahi sevki sürecinde düşme riski bilgisi klinikler arasında paylaşımı sağlandı.

Pnömotoraksın olası komplikasyonlar (nefes darlığı, şiddetli ağrı, ateş) hakkında ve acil durumlarda başvurulacak yerler konusunda bilgilendirildi.

Değerlendirme

Yakınları hastane içinde ve dışında tekrarlayabilecek düşme kaynaklı sağlık sorunları için tedirgin. Hastane içinde hastanın aktivitesini tamamen kısıtlayıcı önlemler almak istiyorlar. Bununla birlikte yaralanma süreci doğrultusunda hastanede yatış aile için güvenli bir yer olarak kabul edilmektedir. Hemşireler klinik ortam güvenliğinde gerekli önlemler (kaymayan terlik, tekerlekli sandalye ile taşıma, ıslak zemin uyarıları, yatak kenarı koruyucuları gibi...) konusunda bilgi verdikten sonra daha rahat bir yaklaşım sergilediler. Ev ve bahçe işlerinde tırmanma, ağırlık kaldırmayı gerektiren tüm işlerde yalnız olmaması gerektiğinin farkındalar. Aile üyeleri ev içi ve dışı düzenlemeler konusunda endişe yaratan durumların konuşulması hasta ve yakınları için akıcı bir iletişim ortamı sağladı. Hasta ve yakınlarının tedavi ve bakıma katılımında çok istekli ve katılımcı.

3.2. İletişim

İşitme cihazı kullanıyor. Hastanın iletişim sürecinde bozulma yok, kendini rahat ifade edebiliyor.

3.3. Solunum

Veriler: Hastanın astım öyküsü vardı. Acile çoklu ve parçalı kosta kırıkları ile yatırılmıştı. Hasta, ağırlı solunum bildirmişti ve solunum sayısı 24/dk'nin üzerinde olduğu gözlenmiştir. Sırt üstü düz pozisyonda yatarken solunum güçlüğünün arttığı ifade etmiştir. Oksijen saturasyon (SpO2) değerleri %98'in altına düşerek %84–92 aralığında seyretmiştir.

Tanı: Çoklu kosta kırıkları ve minimal pnömotoraks ile ilişkili solunumda zorlanma.

Amaç: Solunum fonksiyonlarını optimize etmek ve komplikasyonları önlemek.

Girişimler

Göğüs cerrahi konsültasyonu tarafından istenen kontrol hemogramlar yapıldı ve izlendi.

Cilt altı amfizem bulguları izlendi.

Solunumun hızı ve derinliği, SpO2 izlendi

Hekim işbirliği kuruldu: aralıklı oksijen tedavisi, inhaler bronkodilatör tedavi uygulandı.

Yarı oturur pozisyon ile solunum desteklendi.

Akciğer havalanmasının artırılması amacıyla solunum egzersizleri yaptırıldı.

Geçmiş astım öyküsü araştırıldı ve tedavi planına Brequal50/500 mcg eklendi.

Yatak içi ve dışı aktiviteler için torakolomber korse kullanımı gösterildi.

Değerlendirme

Hastanın solunum sayısı ilk 24 saatte 24-27/dk arasında ikinci gün solunum sayısı 22-24/dk seyretti. Siyanoz görülmedi, SpO2 ile 8 saatte %84- 92 arasında, ikinci ikinci gün %92-94, genel cerrahiye sevki önceki %98 üzerindeydi. Kosta kırığı olan bölgelerin cilt altı yumuşak dokuları arasında serbest hava da yayılma görülmedi. Acil birimde kaldığı sürece yarı oturur pozisyonu tercih etti ve sürdürdü. İnhaler bronkodilatör tedavi sırasında nebulizatöre uyumu iyiydi. Torakolomber korsenin sıklığında rahatsız ama kullanma konusunda uyumlu. Soluk alıp verirken toraks çevresinde ve içinde ağrı tarifliyor: 10 skoru üzerinde 4-6 arası. Solunum sırası aralıklı ağrı tarifi olduğu için genel cerrahiye göğüs tüpü gereksinimi izlenmek ve değerlendirmek üzere sevk edildi.

3.4. Beslenme

Veriler: Hastanın oral alım ilk 8 saat kısıtlandı. Acil yatış sürecinde 2 gün IV sıvı (Serum Fizyolojik) verildi. Günlük total sıvı 2500cc idi. Evdeki beslenme alışkanlıklarına aile yatışın 2. gününde başlatıldı ve sürdürüldü. Travmaya bağlı gelişebilecek mide asidite artışına karşı mide koruyucu yaklaşımla Zygosit 40 mg tb başlandı. Acile kabul edildiği andan itibaren bulantı, kusma karın ya da mide ağrısı bildirmedi. Hastaneye kabul edildiği andan itibaren ağız bakımı aldı. Beslenmeye ilişki herhangi bir sorun saptanmadı.

3.5. Boşaltım

Veriler: Geçmiş sağlık öyküsünde prostat büyümesi, renal parankimal hipertansiyon ve böbrek kisti öyküsü mevcuttur. Üre, kreatinin değerleri yüksek olup yalnızca ilaç tedavisi verilmiş ve hastane öncesi evde kullandığı ilaçları (Benipin tb, Tamprost tb) acil tedavi planına eklenmiştir.

Acil birim kabulünü izleyen ilk gün hastada yatak dışı aktivite sınırlaması uygulanmıştır. Hasta, yatak içinde ve acil birim alanındaki yürüyüş kısıtlılığının boşaltım gereksinimlerinin karşılanmasında önemli bir engel oluşturduğunu ifade etmiştir. Özellikle idrar boşaltımını tam olarak gerçekleştiremediğini belirtmiştir. Oral alım öncesi açlık süresi 8 saat olup, ikinci gün defekasyon gerçekleşmiştir. İlk defekasyonda stres kaynaklı zorlanma yaşadığını bildirmiştir.

Tanı: Boşaltımın yatak içinde karşılanmasına ilişkin idrar ve gaita atılımında zorlanma.

Amaç: Normal boşaltım fonksiyonlarını sağlamak ve sürdürmek.

Girişimler

Günlük boşaltım alışkanlıkları değerlendirildi ve kaydedildi.

İdrar atılımı ile ilgili zorluklar tanındı geçmiş ilaç tedavileri değerlendirildi (Tamprost MR 0.4mg)

Hekim istemi ile tedavi planına Furomid 20 mg ampul IV olarak eklendi.

Mesane palpasyonu ile mesane gerginliği kontrol edildi.

Yatak içinde boşaltımda pozisyon ve mahremiyet önlemleri alındı.

İşemeyi teşvik eden girişimler öğretildi: su sesi, elleri ılık suya daldırma gibi....

Oral alım başlatıldığında konstipasyonu önlemeye yönelik sıvı ve lifli beslenme planı hazırlandı.

Konstipasyona neden olan durumlar konusunda bilgi verildi.

Gerekirse konstipasyon durumunda hekim önerisiyle laksatif uygulanması planlandı.

Üroloji konsültasyonu değerlendirildi.

Ev koşullarında boşaltım alışkanlığı değerlendirildi.

Değerlendirme

Hasta, ilk gün boşaltım konusunda zorlandığını bildirmiştir. Diüretik tedavi ile idrar atılımı sağlanabilmiş, ayrıca pozisyon değişikliği ve su sesi uygulamasının işemeye yardımcı olduğu gözlemlenmiştir.

Hastanın üroloji konsültasyonu acil birimde yapılamamıştı. Genel cerrahi birimine sevinde boşaltımda zorlanma riski olabileceği bilgisi kaydedilmiştir. Özgeçmiş renal sağlık sorunları için Aile sağlığı merkezinde tıbbi yardım almakta ve gerektiğinde de sevk edilmekte olduğu bildirilmiştir.

3.6. Kişisel Bakım ve Hijyen

Veriler: acil kırmızı alanda 2 gün yatak istirahatine alınmıştı, genel vücut hijyeni iyi ancak günlük el, yüz, saç, ağız bakımı gereksinimi olduğu belirlenmişti. Düşerek yaralandığı için giysileri yırtılmış ve kirlenmiş olarak acile getirilmişti. Tuvalet ihtiyacını yatakta karşılamayı istememişti. Evinde kişisel bakımını kendisi karşılayabiliyormuş. Ev işlerini eşiyile birlikte yürütüyormuş.

Tanı 1: Hastanede hareket kısıtlılığı ile ilişkili kişisel bakım eksiliği

Amaç: Kişisel hijyenin sağlamak ve sürdürülmek

Girişimler

Kişisel bakım ve hijyen gereksinimleri değerlendirildi. Giysileri değiştirildi

Yardımcı ekipman kullanılarak el yüz bakımını yapmasına yardım edildi.

Diş hijyeni için diş macunu ve fırçası sağlandı, yapması için teşvik edildi.

Genel çevre hijyeni sağlandı. Yatak takımlarının temizliği, lavabo, etajer temizliği gibi...

Gerektiğinde bakımda aile desteği organize edildi.

Değerlendirme

Temiz giysiler temin edildi ve giydirildikten sonra genel vücut hijyeni karşılanmıştı. Acil birimde günlük el-yüz, saç, diş bakımını ikinci gün kendisi karşılayabiliyordu.

3.7. Beden sıcaklığının kontrolü

Veriler: Acile yattığı ve genel cerrahiye sevk edilene kadar ateş 36.2- 36.5 santigrat derece arasında seyretmişti. Sırtında düşmeye bağlı gelişen abrazyon saptanmıştı, yara çevresi temizliği ve bakım gereksinimi olduğu belirlenmişti. BAS %3, LYMPH 148 mcL , MON % 69 MCV 94.8 fL değerleri CRP türbidimetrik 57.4 normalden yüksekti. Travmaya bağlı enfeksiyon ve inflamasyon için antibiyotik tedavisi (Sefazol 1 gr) başlanmıştı. Beden sıcaklığının korunması ve sürdürülmesine ait bir sorun tanılanmadı.

Tanı: Geniş abrazyon bölgesinde, toprak üstüne düşmeyle ilişkili, enfeksiyon riski

Girişimler

Acil birimde tetanoz profilaksisi sağlandı.

Sırtta düşmeye bağlı gelişen geniş abrazyon çevresinin yara temizliği sağlandı ve pansumanı gereksinimi günlük değerlendirilerek yapıldı. Bölge enfeksiyondan korundu.

Laboratuvar bulguları izlendi.

Ateş takibi yapıldı.

Planlanan antibiyotikler uygulandı: Sefazol 1x1gr.

Lokal yara enfeksiyon bulguları izlendi.

Kişisel hijyen gereksinimleri karşılandı ve aseptik akım ortamı sağlandı.

Değerlendirme

Hastanın acile kabulünde yaralı bölge değerlendirilmişti ve %0.09 Sodyum Klorür ile temizliği sağlanmıştı ve yaralı bölge gaz bez ile kapatılmıştı. İlk kan analizlerinde CRP türbidimetrik değeri yüksekliği enfeksiyon durumuna işaret etse de kullanılan antibiyotikler nedeniyle ateş bulgusu belirlenememişti.

Yaralı bölge temizdi, akıntı kızarıklık yoktu, Laboratuvar bulgularında BAS %3, LYMPH 169 mcL , MON % 79 yükseklik genel cerrahiye sevk edildiğinde devam etmekteydi. Laboratuvar bulgularındaki bu değişim travma ve genel olarak hastanın soy geçmiş hastalıkları ile ilişkilendirdi. Genel cerrahi sevk edilinceye kadar hastanın sırtındaki abrazyon bölgesinin pansumanı 3 kez tekrarlandı ve yara temiz görünümdeydi. Toraks travmalarında geç bulgu olarak enfeksiyon açısından ateş takibi önerildi. Genel cerrahiye sevk edildiğinde ateşi yoktu.

3.8. Hareket

Veriler: Hastanın sağ hemitoraksında palpasyonla hassasiyet ve ağrı mevcut olup, solunum ve minimal toraks hareketlerinde de ağrı bildirmişti. Yatak içi ve dışı hareketlerde belirgin korku gözlenmişti. Genel olarak supin pozisyonda, sırt tahtası desteğiyle yatmak zorunda kalmıştı ve yatak içi aktivitelerinde rahat hissetmediği belirlenmişti. Hasta, sırt tahtasının yarattığı rahatsızlığın kendisini yorduğunu ifade etmişti. Evde pnömotoraks ile ilgili bakım gereksinimi yoktu.

Tanı1: Kosta kırıkları ve epidural hava ile ilişkili sağ hemitoraksta solunumsal ağrı

Tanı 2: Ağrıyla ilişkili hareket aktivitesinde azalma

Amaç: Ağrı düzeyini azaltarak aktiviteleri desteklemek

Girişimler

Hastanın ağrısı (sıklık, şiddet, yeri ve karakteri) değerlendirildi.

Hekim istemi ile analjezikleri uygulandı; multimodal analjezik tedavisi (opioidler, nonsteroidal antienflamatuvarlar) yapıldı ve etkinliği izlendi.

Ağrı yönetimi için rahat edeceği pozisyon değişiklikleri ve ağrılı bölgeyi hareket durumunda el ile destekleme gibi rahatlatıcı tekniklerin öğretildi.

Yatak içi hareketleri değerlendirildi ve desteklendi.

Korse ile hareketlerine yardım edildi.

Yatak içi sırt tahtası kullanımı sırasında kol, boyun ve bel bölgesinde destek materyal kullanıldı ve rahat pozisyon ortamı oluşturuldu.

Değerlendirme

Ağrısını ifade edebiliyordu. Acile kabul sonrası ilk saatlerde ağrısını 10 üzerinde 7 olarak gösteren hasta analjezik tedavi sonrası ağrısı olmadığını sadece sağ hemitoraksta hafif bir baskı hissi olduğunu ifade etmişti. Bu his genel cerrahiye sevk yapıldığında da devam etmekteydi. Pozisyon olarak yarı oturur pozisyonda ağrıda şiddetlenme bildirmemişti. Sağ hemitoraks bölgesini yatak içi ve dışı aktivitelerde sağ eliyle destekleyebiliyordu. Acildeki ilk 24 saatte hareket etmek istemeyen hasta ilerleyen günlerde korsesi ile mobilizasyonunu etkili sürdürebildi. Genel cerrahiye sevk edildiğinde de ağrısı yoktu, düşme ve yaralanma riski devam ettiği kayıt altına alındı.

3.9. Çalışma ve Eğlenme

Veriler: Emekli bir öğretmen, eşi ile aynı evde kırsalda yaşıyormuş. Çocuklarının ona yakın yerde yaşadığı bildirilmişti. Zaman zaman arkadaşları ya da eşi ve çocukları ile kısa yürüyüşler yapmaktaymış, bağ-bahçe işleri ile uğraşmaktaymış. Verilere göre çalışma ve eğlenme ile ilgili bir gereksinim belirlenmedi.

3.10. Cinselliğin ifadesi

Veriler: 74 yaşında, evli, 4 çocuk sahibi olan hastanın cinsel sağlık ile ilgili sorun tanılanmadı.

3.11. Uyku ve Dinlenme

Veriler: Evde 5-6 saat geceleri uyuduğu bildirilmişti. Hastanede kosta kırıkları ve ağrı nedeniyle uyku pozisyonu oluşturmada güçlük yaşadı. Acile geldiği ilk gece hiç uyuyamadığını

ifade etmişti. Acilde yattığı alan perde ile ayrılmış olsa da 6 hasta ile aynı ortamı paylaşmak zorunda kalmıştı. Acil birim trafiği uyku düzenini etkilemişti. İlaç tedavi sıklığı uyku düzenini en çok bozan etken olarak bildirilmişti.

Tanı: Kosta kırıklarının yol açtığı ağrı ve acil servis trafiği ile ilişkili uyku düzeninde bozulma

Amaç: Yeterli uyku ve dinlenmeyi sağlamak.

Girişimler

Etkili ve uygun ağrı yönetimi ile uyku kalitesinin artırıldı (analjeziklerin uyku öncesi uygulanması).

Uyku için fizik ortamı düzenlendi (sessiz, karanlık ve uygun sıcaklık).

Uyumadan önce rahat edebileceği pozisyonlar tedavi ve bakımı engellemeyecek şekilde yeniden değerlendirildi.

Gerektiğinde hekim önerisiyle uyku düzenleyici ilaçların kullanımı planlandı.

Değerlendirme

Uyku için fizik ortamda ışık ve oda sıcaklığı düzenlenebilmişti, ancak acil servisin trafiğine bağlı gürültü kontrol edilememişti. Hasta genel cerrahiye sevk edildiğinde en fazla 6 saat uyusa da uyku bölünmelerini çok sık yaşadığı kaydedilmişti.

3.12. Ölüm

Ölüm korkusunu ağaçtan düştüğü anda yaşamış. Hastaneye kabulü sırasında yapılan girişim ve açıklamalar ölüm kokusunun devam etmesini engellemiş. Hasta ölüm korkusu yaşamıyor.

4. TARTIŞMA

Birleşik devletlerde acil birimine yılda 17 milyondan fazla yaşlı yetişkin yatışı olduğu bildirilmiştir (Pines ve ark., 2013). Yaşlılık, cinsiyet, ırk ve yalnız yaşamak gibi faktörler acile başvuru artıran durumlar içinde gösterilmiştir (Fan ve ark., 2011; Pallin ve ark., 2013; Shah, Rathouz ve Chin, 2001).

Literatüre göre yaşlıların (özellikle 74 yaş ve üzeri) acile başvuru ve yatış gerektiren durumları arasında birden fazla eşlik eden hastalıkların ve işlevsel engellerin olduğu rapor edilmiştir: bilişsel bozukluk, kalp hastalığı ve diyabet gibi kronik hastalıklar (Fan ve ark., 2011; Gray ve ark., 2013; Hass ve ark. 2017). Yaşlıların acil birim yatış nedenleri içinde en az bir kez %15,9'unun düşme ve yaralanma, %4,4'ünün cilt bozulması ve %11,8'inin

dehidratasyon olduğu gösterilmiştir (Hass ve ark. 2017). Bununla birlikte yapılan bir çalışmada, yaşlı yetişkinlerin acile başvuru nedenleri arasındaki yaralanmalar veya cilt hasarlarının yaklaşık %40'ının potansiyel olarak önlenebilir olduğunu bildirilmiştir (Caffrey, 2010). Sunulan çalışmada ki olguda acil servise kabul edilen hastanın da yaş, birden fazla eşlik eden hastalık ve düşmeye bağlı yaralanma gibi karakteristiklerinin ilgili araştırmalarla benzerlik gösterdiği görölmektedir. Bu bilgiler yaşlıların karşılanan ve karşılanmayan GYA gereksinimleri içinde güvenliği tehdit eden durumların varlığına dikkat çekmektedir. Bu tehdit edici durumların yaşlı hastaların genellikle hareket aktivitesi, geçmiş sağlık öyküsü ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Amerika'da 85 yaş ve üzeri yetişkinlerin %20,7'sinin, 75 ila 84 yaş arasındakilerin %7'sinin ve 65 ila 74 yaş arasındakilerin %3,4'ünün GYA'lerinde yardıma ihtiyaç duyduğu gösterilmiştir (Wolff, Feder ve Schulz, 2016). Birçok çalışmada, karşılanmamış GYA ihtiyacının toplum içinde yaşayan yaşlı yetişkinlerin %20-25'ini etkilediği bildirilmiştir (Allen, Piette ve Mor, 2014 ; Xu ve ark., 2012).

Bir çalışmada, evde yeterli bakım imkanları olmadığı halde her beş yaşlı hastadan birinin acil kliniğinden taburcu edildiği gösterilmiştir (Wilber, Blanda ve Gerson, 2006). Yaşlı yetişkinlerin, hastaneden taburcu olduktan sonra bile karşılanmamış yeni GYA ihtiyacı olduğuna dikkat çekilmektedir. Özellikle karşılanmamış GYA ihtiyacının en yaygın sonuçlarının düşmeler ve cilt yaralanmaları olduğu bildirilmektedir (Allen ve Mor, 1997 ; Hass ve ark., 2017). Karşılanmamış yeni GYA ihtiyacıyla hastaneden eve dönenlerin yeniden yatış riskinin, bu ihtiyacı karşılanmış olanlara göre iki kat daha fazla olduğu rapor edilmektedir. Yaşlı yetişkinlerin daha savunmasız oldukları kabul edilmektedir. Bu nedenle yaşlıları taburcu edilmeden önce karşılanmamış GYA belirlenmesi gerekmektedir (Hass ve ark. 2017).

Sunulan olgunun GYA içinde hareket aktivitesi ile ilişkili düşmeye bağlı yaralanma riskinin taburculuk sonrası da devam ettiği belirlendi. Acile yatış sebebi ve geçmiş sağlık öyküsü, evde bakım olanakları GYA göre değerlendirildiğinde olası bir göğüs tüpü gerekliliğine karşı genel cerrahiye sevk uygun göröldü. Bu sevk hastanın GYA gereksinimlerinin yeniden değerlendirilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

SONUÇ

Bu çalışmadakiolguda yaşlı hastaların GYA gereksinimlerine göre tanılanmasının birincil bakım, akut bakım ve uzun vadeli hizmet koordinasyonunda bakım kalitesi ve hasta güvenliği için yararlı olduğu düşünölmektedir.

Yazar katkısı: Kavramsallaştırma: YS, NK, Tasarım: YS, NK, Denetim: YS, NK, Fon: NK,YS, Materyaller: NK, YS, Veri Toplama ve/veya İşleme: NK, YS, Analiz ve/veya Yorumlama: YS, NK, Literatür İnceleme: NK, YS, Yazma: NK, YS, Eleştirel İnceleme: YS, NK.

Çıkar çatışması: Yazarlar hasta ve kurum ile ilişkili bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

KAYNAKLAR

- Allen, S.M., & Mor, V. (1997). The prevalence and consequences of unmet need. Contrasts between older and younger adults with disability. *Med Care*, 35(11): 1132-48.
- Allen, S.M., Piette, E.R., & Mor, V. (2014). The adverse consequences of unmet need among older persons living in the community: dual-eligible versus Medicare-only beneficiaries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, 69 Suppl 1(Suppl 1): S51-8.
- Barry, R, & Thompson, E. (2018). Outcomes after rib fractures in geriatric blunt trauma patients. *Am J Surg.*, 215(6):1020-1023.
- Caffrey, C . (2010). Potentially preventable emergency department visits by nursing home residents: United States, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Cagle, J.G., & Lee, J., Ornstein, K.A., Guralnik, J.M. (2020).Hospice utilization in the United States: A prospective cohort study comparing cancer and noncancer deaths. *J Am Geriatr Soc.*, 68(4):783-793.
- Chrysou, K., Halat, G., Hokschi, B., Schmid, R.A, & Kocher, G.J. (2017). Lessons from a large trauma center: impact of blunt chest trauma in polytrauma patients-still a relevant problem? *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.*, 20, 25(1):42.
- Costenoble, A., Knoop, V., Vermeiren, S., Vella, R.A., Debain, A., Rossi, G., Bautmans, I., et al. (2021). A Comprehensive Overview of Activities of Daily Living in Existing Frailty Instruments: A Systematic Literature Search. *Gerontologist*, 61(3):e12-e22.
- DePalma, G., Xu, H., Covinsky, K.E., A. Craig, B.A., Stallard, E., ASA , et al. (2013). Hospital readmission among older adults who return home with unmet need for ADL disability. *The Gerontologist*, 53(3): 454–461.

- Fan, L., Shah, M., Veazie, P., & Friedman, B. (2011). Factors associated with Emergency Department use among the rural elderly. *Journal of Rural Health*, 27, 39–49.
- Gray, L.C., Peel, N.M., Costa, A.P., Burket, E., Dey, A.B., Jonsson, P.V., & Lakhan, P. (2013). Profiles of older patients in the emergency department: findings from the interRAI Multinational Emergency Department Study. *Ann Emerg Med*, 62(5): 467-474.
- Hass, Z., DePalma, G., Craig, B.A., Xu, H., & Sands, L.P. (2017). Unmet need for help with activities of daily living disabilities and emergency department admissions among older medicare recipients. *The Gerontologist*, 57 (2): 206–210.
- Henry, M., Arnold, T. & Harvey J. (2003). BTS guidelines for the management of spontaneous pneumothorax. *Thorax*, 58 (Suppl II): ii39–ii52. doi: 10.1136/thorax.58.suppl_2.ii39.
- Kacaroglu, V.A., Karabacak, B.G., & Ecevit Alpar, Ş. (2015). 2012-2014 NANDA-I Hemşirelik tanılarının Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline göre sınıflandırılması. *International Journal of Human Sciences*, 12(2): 1626-1636.
- Kjaergaard, H. (1933). Pneumothorax simplex. *Acta Medica Scandinavica*, 80(1-2): 93-104.
- Laennec, R.T.H. (1819). *Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur* (Aracılı oskültasyon ve akciğer ve kalp hastalıkları üzerine tez). Tome Second. Paris, 1819.
- Lookinland, S., Tiedeman, M.E., & Crosson, A.E.T. (2005). Nontraditional models of care delivery. Have they solved the problems? *J Nurs Adm.*, 35(2):74–80.
- Nishizawa, S., Tobino, K., Murakami, Y., Uchida, K., Kawabata, T., Ota, H., Hiramatsu, Y., et al. (2023). Mortality and prognostic factors for spontaneous pneumothorax in older adults. *PLoS One*, 18(9): e0291233.
- Olofsson, H., & Dryver, E. (2022). Management of pneumothorax in the emergency department. *Läkartidningen*, 119:21108.
- Pallin, D.J., Allen, M., Espinola J.A., Camargo C.A., & Bohan, J.S. (2013). Population aging and emergency departments: Visits will not increase, lengths-of-stay and hospitalizations will. *Health Affairs*, 32, 1306–1312.
- Pines, J.M., Mullins, P.M., Cooper, J.K., Feng, L.B., & Roth K.E. (2013). National trends in emergency department use, care patterns, and quality of care of older adults in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61: 12–17.
- Rosenberg, T., Montgomery, P., Hay, V., & Lattimer, R. (2019). Using frailty and quality of life measures in clinical care of the elderly in Canada to predict death, nursing home transfer and hospitalisation - the frailty and ageing cohort study. *BMJ Open*, 9(11): e032712.

Roper N., Logan W.W. & Tierney A.J. (1980). *The Elements of Nursing*. Churchill Livingstone.

ISBN 0-443-01577-5.

Shah, M.N., Rathouz, P.J., & Chin, M.H. (2001). Emergency department utilization by noninstitutionalized elders. *Acad Emerg Med*, 8(3): 267-273.

Solberg, L.I., Reger L.A., Pearson, T.L., Pearson, T.L., Cherney, I.M., O'Connor, P.J., Freeman, S.L., et al. (1997). Using continuous quality improvement to improve diabetes care in populations: the IDEAL model. *Jt Comm J Qual Improv*, 23:581-592.

Tiedeman, M.E., & Lookinland, S. Traditional models of care delivery. What have we learned? *J Nurs Adm*, 2004;34(6):291-7.

Timmins, F., & O'Shea J. (2004). The Roper-Logan-Tierney (1996) model of nursing as a tool for professional development in education. *Nurse Education in Practice*, 4: 159-167.

Tülüce, K. & Altuntaş, G. (2020). Travmatik pnömotorakslı 127 Hastanın Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(4): 655-660.

Wikipedia (2025). Roper-Logan-Tierney model of nursing.

https://en.wikipedia.org/wiki/Roper%E2%80%93Logan%E2%80%93Tierney_model_of_nursing. Access: 05 Feb 2025.

Wilber, S.T., Blanda, M., & Gerson, L.W. (2006). Does functional decline prompt emergency department visits and admission in older patients? *Acad Emerg Med*, 13(6):680-682.

Wolff, J.L., Feder, J., & Schulz, R. (2016). Supporting Family Caregivers of Older Americans. *N Engl J Med*, 375(26):2513-2515.

Xu, H., Covinsky, K.E., Stallard, E., Thomas, J., & Sands L.P. (2012). Insufficient help for activity of daily living disabilities and risk of all-cause hospitalization. *J Am Geriatr Soc*, 60(5): 927-33.