

Yoğun Bakım Hastasında Gelişen Deliryum Vakasının Roy Adaptasyon Modeline Göre İncelenmesi

The Case of Delirium Developing in the ICU Patient Investigation According to Roy Adaptation Model

Duygu AKBAŞ UYSAL^{1a}, Berna CAFER KARALAR^{2b}, Aynur TÜREYEN^{3c}

ÖZET Yoğun bakım üniteleri, yoğun ve devamlı bakım gerektiren ileri düzey bağımlı hastaların tedaviye alındığı birimlerdir. Birçok uyarının olduğu bu birimlerde, deliryum vakaları sıklıkla yaşanmaktadır. Deliryumun yönetilmesi; hastanın bulunduğu çevreye, kişilere ve tedavi yönetimine uyumunun artırılması ile mümkündür. Deliryumda uyumlu davranışların kazandırılması doğru yönetilen bir hemşirelik bakımı ile gerçekleşmektedir. Bu bağlamda özellikle kuram ve modellerin kullanımı, hemşirelik yönetiminde bir rehber niteliği taşımaktadır. Deliryumda hasta uyumunun artırılmasını sağlamak amacıyla kullanılacak modellerden biri de Roy Adaptasyon Modeli'dir (RAM). Hemşireler bakımında RAM kullanarak, hastanın uyumu artırır, baş etme mekanizmalarını harekete geçirir ve hastanın uyumlu davranış kazanmasına yardımcı olur. Bu bilgiler ışığında çevreye uyumda sorun yaşayan ve deliryum tablosu oluşan bir yoğun bakım hastasının hemşirelik bakımı, Roy Adaptasyon Modeli'nde yer alan uyum alanları doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yanık, deliryum, hemşirelik bakımı

ABSTRACT Intensive care units are units where highly dependent patients who require intensive and continuous care are treated. In these units where there are many stimulus, delirium cases are frequently experienced. Managing delirium; It is possible by increasing the patient's adaptation to the environment, people and treatment management. Acquiring adaptive behaviors in delirium is accomplished with a properly managed nursing care. In this context, especially the use of theories and models is a guide in nursing management. One of the models to be used to increase patient compliance in delirium is the Roy Adaptation Model (RAM). By using RAM in care, nurses increase the patient's compliance, activate coping mechanisms and help the patient gain adaptive behavior. In the light of this information, the nursing care of an intensive care patient who has problems in adapting to the environment and develops delirium was carried out in line with the adaptation areas in the Roy Adaptation Model.

Keywords: Burn, delirium, nursing care.

GİRİŞ

Yanık Yoğun Bakım Ünitesi ve Deliryum

Yoğun bakımda görülen deliryum, çeşitli nedenlerden kaynaklanan, potansiyel olarak önlenilebilir ve sıklıkla geri döndürülebilir bir bilişsel bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Deliryum, dikkat eksikliği, algı bozuklukları ve zihinsel durum dalgalanmasının eşlik ettiği bir tablodur.¹ Deliryum prevelansı risk faktörlerine değişiklik göstermektedir. Yapılan araştırmalarda, hastaneye yatan tüm hastalar için deliryum geçirme oranının %10-30 olduğu belirtilirken; yoğun bakımlarda bu oranın %40'a, yaşlı hastalarda %50'ye, mekanik ventilasyonda olan hastalarda ise %80'e ulaştığı bildirilmektedir. Yanık popülasyonunda görülen deliryum verileri ise net olarak bilinmemektedir.^{1,2}

Deliryumun sınıflandırılması hipoaktif, hiperaktif ve miks tip olarak yapılmaktadır.

Hipoaktif deliryum, yoğun bakıma kabul edilen kritik hastalarda daha fazla görülmektedir. Hiperaktif deliryuma kıyasla daha fazla mekanik ventilatör ihtiyacı, yoğun bakım ünitesinde uzamış kalış süresi ve mortalite riskinde artış ile karakterizedir.³⁻⁵

Yanık hastalarında deliryum görülme riski, yanık yüzdesinin ve derecesinin ciddiyeti ile doğru orantılı olarak değişmektedir. Yapılan bir çalışmada minör yanıkların (toplam vücut yüzey alanı (TVYA)<%5) üçte birinde, orta derecedeki yanıkların (TVYA=%5-20) üçte ikisinde, ağır derecedeki (TVYA>%20) yanıkların ise hemen hepsinde en az bir ruhsal rahatsızlık geliştiği tespit edilmiştir.² Yanık ciddiyetine bağlı olarak gelişen hiponatremi, hipertansiyon, hipoglisemi, elektrolit dengesizliği ve sepsis olgularında deliryum gelişme olasılığı oldukça fazladır.^{1,2} Yapılan çalışmalarda yanık hastalarının yaklaşık beşte birinde deliryum tablosu görüldüğü bildirilmiştir. Hafif

Geliş Tarihi/Received: 09.12.2022 Kabul Tarihi/Accepted: 15.12.2022

ORCID: 0000-0002-7076-9339^a, 0000-0001-9429-238X^b, 0000-0002-2361-2099^c

¹Uzman Hemşire, Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Yanık Yoğun Bakım Ünitesi, İzmir, Türkiye

²Uzman Hemşire, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İzmir Türkiye

³Profesör Doktor, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı İzmir, Türkiye

Yazışma Adresi/Correspondence: Duygu AKBAŞ UYSAL

E-posta: duygu_akbas55@hotmail.com

Not: Bu çalışma, 9-12 Kasım 2022 tarihinde Antalya'da 3. Uluslararası 9. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireleri Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

derecedeki mental değişiklikler ise hastaların ortalama üçte birinde görülmektedir.⁶⁻⁸ Deliryum psikiyatrik hastalık oluşumunda kritik rol oynamaktadır.¹

Roy Adaptasyon Modeli

Profesyonel hemşireliğin temel amaçlarından biri, meslek uygulamalarında bilimsel bilgileri üretmek, bakımın felsefesinin kavram ve kuram ile beraber açıklanmasını sağlamaktır. Model ve kuram kullanımı, hasta sorunlarının araştırılması ve saptanmasında, çözüm önerilerinin bulunmasında ve hemşirelik uygulamaları ile bakımın uygulanmasında rehberlik etmektedir. Bu modellerden biri de Sister Calista Roy'un Adaptasyon kuramıdır.⁸⁻⁹ Roy, çocuklar ile çalışmış, çocukların yetişkinlere göre fizyolojik ve psikososyal değişimlere daha kolay uyum sağladığını fark etmiştir. Çalışmalarını bu konuda yoğunlaştıran Roy, Harry Helson'un Adaptasyon Kuramı, Genel Sistem Kuramı, Selye'nin Adaptasyon Kuramı'ndan ve Dorothea Johnson'ın Davranışsal Sistem Modeli kuramından ve hemşirelik kavramlarından faydalanmıştır. Roy geliştirdiği Adaptasyon kuramını hem bireysel hem de gruplar halindeki insanları, çevreye uyumu sürdürmek, uyuma teşvik etmek ve bütüncül bir uyum sağlayan bir sistem olarak tanımlar. Her tür sistemde olduğu gibi, insanlar da bireyin veya grubun bütünlüğünü korumak için hareket eden içsel süreçlere sahiptir. Kişi ayrıca duruma ilişkin algılarını işler ve karşıdan karşıya güvenli bir şekilde nereden ve nasıl geçeceğine dair yeni bir karara varır. Dış sistemlerden aile değerleri, aileyi sürdürme sorumluluklarını yerine getirmek için üyelerin çevreye nasıl tepki vereceğini de etkiler. Roy, uyum şekillerini dört başlıkta açıklar. Bunlar fizyolojik yani fiziksel, benlik kavramı-grup kimliği, rol işlevi ve karşılıklı dayanışma olarak adlandırılır. Bu dört ana kategori, çevreye verilen tepkileri ve çevre ile etkileşimi açıklar ve uyumun nasıl gözlemlenebileceğini belirtir.⁹⁻¹⁰

Fizyolojik Adaptasyon Biçimi: Fizyolojik uyumun altında yatan ihtiyaç fizyolojik bütünlüktür. Bu uyum davranışı, insan vücudunu oluşturan tüm hücre, doku, organ ve sistemlerin fizyolojik aktivitelerini içerir. Fizyolojik uyumun ise dokuz bileşeni vardır. Bu bileşenler; oksijenlenme, beslenme, eliminasyon, aktivite ve dinlenme, sıvı-

elektrolit ve asit-baz dengesi, nörolojik fonksiyon ve endokrin fonksiyonu olarak sıralanmaktadır.⁹⁻¹¹

Benlik Kavramı Adaptasyon Biçimi: Bu alandaki uyum bireyin bilgi, inanç, duygu ve düşünceleri ile ilgili psikolojik bütünlüğü içermektedir. Moral, kişisel beklenti, ruhsal durum, sosyal ve beden imajı ile ilgili başlıklar altında toplanmaktadır.⁹⁻¹¹

Rol İşlevlerinde Adaptasyon Biçimi: Bu bileşen ise, bireylerin sosyal rollerini içeren (anne, baba, eş, öğretmen, başkan vb.) kavramları kapsamaktadır. Bireyin herhangi bir rolünü yerine getirememesi, yetersizlik yaşamak bireyde uyum konusunda çatışma yaşamasına sebep olmaktadır.⁹⁻¹¹

Karşılıklı Dayanışma Adaptasyon Biçimi: Dördüncü alan olan karşılıklı dayanışma adaptasyon biçimi olan ilişkilerde uyum ise; sevgi, saygı, değer verme ve alma ile ilgili etkileşimlere odaklanır. Bireylerin temel ihtiyacı olan ilişkilerinde bütünlük, güvenlik hissidir. Karşılıklı dayanışmada, birey için en önemli kişileri, destek sistemleri ve duygusal yeterliliği ile gelişimsel yeterliliği içerir.^{10,11} Roy'a göre hemşirelik bakımı, tüm bu uyum düzeylerini değerlendirmek ve mümkün olan en yüksek uyum düzeyine erişebilmesi için hastayı teşvik etmek ve gerekli bakımı sağlamaktır. Bu bilgiler ışığında, yoğun bakım ünitesinde deliryum tablosu yaşayan bir yanık olgusunun bakımında; uyum süreçlerinin anlatılması amacıyla Roy Adaptasyon Kuramı kullanılması amaçlanmıştır.¹¹⁻¹⁴

OLGU SUNUMU

60 yaşındaki kadın hasta B.Ç kızgın yağ ile haşlanma nedeniyle, yanık yoğun bakıma yatırılmıştır. Hastanın bilateral alt ekstremite arka kısımda, sol kolda ve sırttan gluteal bölgeye uzanan ikinci derece yanıkları mevcuttur. Hastanın anamnezinde hipertansiyon ve iskemik kalp hastası olduğu ve daha önce üç kez anjiyografi işlemi geçirdiği öğrenilmiştir. Hastaya verilen tedavi codivan 80/12,5 mg 1*1, oksapar 0,6 IU 2*1, saneloc 50 mg 1*1, laktatlı ringer1000 ml 1*5, tradolox 100mg 3*1 şeklindedir.

Hastanın yanık pansumanları günlük olarak değiştirilmektedir. Hastanın yoğun bakıma yatışının üçüncü gününde yüksek ateş bulgusu olmuş ve C-Reaktif Protein (CRP) düzeyleri yükselmiştir. Hastanın ilk yatışta laboratuvar

değerleri: Kan glukozu: 90,6mg/dl,üre: 33,4mg/dl, albümin 28,5g/l, Na:134 mmol/L, potasyum:4.41 mmol/L, CRP:97,81 mg/L. olarak kaydedilmiştir. Hastaya enfeksiyon konsültasyonu istenmiş ve konsültan hekim tarafından Tazoject 4,5 mg 3*1 order edilmiştir. Hastanın sıvı elektrolit dengesi yakından takip edilmekte ve günlük olarak aldığı çıkardığı izlemi yapılmaktadır. Hastanın hesaplanan sıvı dengesi, yatışın birinci gününde +3471, ikinci günde +1050, üçüncü günde +1000 olarak kaydedilmiştir.

Hastanın yatışının beşinci gününde; oryantasyon bozukluğu görülmeye başlanmıştır. Önce, kendi kendine ortamda var

olmayan kişilerle konuşmaya başlayan hastanın uygunsuz davranışları giderek artmıştır. Hasta gece ayağa kalkmaya çalışmış, nevresimleri yere atmış, sondasını ve kataterini çıkarmaya çalışmıştır. Hastaya bakım veren hemşire tarafından, deliryum semptomları gösterdiği şekilde değerlendirilerek sorumlu hekim bilgilendirilmiştir. Psikiyatri konsültasyonu istenen hastaya, 25mg Ketiapin 1*2 başlanmıştır; fakat gece boyunca ajitasyonu geçmeyen hastaya Haloperidol 2x10 damla (1 mg) uygulanmıştır. Hastanın saat başı kaydedilen vital bulguları aşağıda verilmiştir (Tablo-1).

Tablo 1. İzlem sırasında yaşamsal bulgular

<i>Yaşamsal Bulgular</i>	20.00	22.00	00.00	02.00	04.00
<i>Kan basıncı (mm/Hg)</i>	137/80	146/74	144/72	147/75	150/80
<i>Nabız (dk)</i>	84	86	86	90	92
<i>Ateş (°C)</i>	36,4	36,5	36,6	36,6	36,7
<i>Solunum Sayısı (/dk)</i>	12	12	16	20	20
<i>Oksijen Saturasyonu (%)</i>	99	99	98	99	99

Hastanın Roy Adaptasyon Modelindeki Adaptasyon Biçimlerine Göre Hemşirelik Bakımı

A. Olgunun Roy Adaptasyon Modeli'nin Fizyolojik Uyum Alanı ile İlgili Hemşirelik Süreci

1. Davranışın Tanılanması Hastanın İfadesi: Hastanın ağrısı fazla (VAS:8 puan) olduğu için sürekli analjezik isteğini belirtmektedir.

2. Uyararı Tanılama

-Odak Uyarılar: VAS 8 puan, ağrıyı sözel belirti

-Bağlamsal Uyarı: Kaza ile oluşan geniş 2. Derece yanık düzeyi, debritleme, yara bakımının ağırlı olması

-Olası Uyarı: Yoğun bakım ortamı, yüksek stres düzeyi

Hemşirelik Tanısı 1: Akut Ağrı

Hedef: Hastanın ağrı düzeyinin azalması ve kontrolünün sağlanması

Hemşirelik Girişimleri:

- Narkotik analjezikler ve adjuvan ilaçlar hekim istemine göre uygulandı.
- Hastanın ağrısını azaltmak için nonfarmakolojik yöntemler (müzik dinleme, dikkati başka yöne çekme, dua etme vs) kullanıldı.
- Pansumanlar-günlük ve eş zamanlı analjezikler ile aynı saatte yapıldı.
- Hastanın mobilizasyonu ve uygun olduğu dönemde fizik tedavi sağlandı
- Hasta ile umut verici-motivasyonel konuşma yapıldı.
- Yoğun bakım ortamının sakin ve olabildiğince sessiz olması sağlandı.
- Uyku ve dinlenme sağlandı.

- İlaç, pansuman, bakım ve pozisyon saatleri uyku/dinlenme saatine göre ayarlandı.

Değerlendirme: Hasta ağrısının azaldığını, sadece pansuman sırasında ağrısının olduğunu ifade etti.

2. Uyararı Tanılama

-Odak Uyarılar: Halisünasyonlar görme, kataterleri çekiştime

-Bağlamsal Uyarı: Dehidratasyon, ağrı, enfeksiyon tablosu, elektrolit kaybı

-Olası Uyarı: Geniş yanık yarası

Hemşirelik Tanısı 2: Akut Konfüzyon

Hedef: Hastanın gerçekte bağlantısının sağlanması, ortama, yere, zamana kişiye oryantasyonun sağlanması ve ajitasyonunun azalması

Hemşirelik Girişimleri:

- Hekim istemi ile tespit yapıldı, bu tespitler skar ve yanık dokusuna zarar vermemesine özellikle dikkat edildi.
- Tespitlerin sıkı ve dolaşımı etkilemeyecek şekilde olmaması sağlandı.
- 15 dakikada bir dolaşım durumu ve yaşamsal bulguları kaydedildi.
- Tespitin sebebi hastaya açıklandı.
- Hastanın içinde bulunduğu ana ve gerçekliğe çekilmesi için halisünasyonlarının onaylanmamasına dikkat edildi, yer zaman ve kişi oryantasyonu sağlandı.
- Hekim istemine göre antipsikotik ilaçlar başlandı.
- Hasta yalnız bırakılmadı.
- Hasta güvenliği sağlandı.
- Hasta ile iletişimin basit, kısa ve açık cümleler ile kurulması sağlandı.
- Hastanın bakım, beslenme, tedavi, pansuman ve günlük aktivitelerinin aynı saatte yapılarak günlük rutinin değişmemesi, standart zaman dilimlerinde olması sağlandı.
- Hastanın sıvı-elektrolit dengesinin tespiti için, aldığı çıkardığı sıvı takibi yapıldı.
- Uyku hijyeninin devamlılığı sağlandı.

Değerlendirme: Hasta çok ajite olup uygunsuz davranışlar sergilediğinde hekim istemine göre tedavisi yapıp, hastaya açıklama yapılarak kısıtlama yapılmıştır. Hasta farmakolojik yöntemlerle rahatlama sağladığında güvenliğini tehlikeye atacak herhangi bir duruma maruz bırakılmamıştır.

Tespit sonlandırma işlemi olduğunda, hasta sakin ve vital bulguları stabil olarak takip edilmiştir.

-Odak Uyarılar: Geniş yanık yarası

-Bağlamsal Uyarı: Dehidratasyon

-Olası Uyarı: Deriden sıvı kaybı, enfeksiyon riski

Hemşirelik Tanısı 3: Sıvı Elektrolit Eksikliği Riski

Hedef: Sıvı volüm eksikliğinin giderilmesi, kaybın ve komplikasyonların önlenmesi

Hemşirelik Girişimleri:

- Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapıldı.
- Sıvı takviyesi hesaplandı.
- Foley sondanın kotrolu, yıkanması ve seviyesinin kontrolü yapıldı.
- Oral, nazogastrik ve IV desteğinin kontrolü sağlandı.
- Sıvı eksikliği belirtileri-(hipotansiyon, taşikardi, solunum seslerinde artış, oligüri, anüri, ciltte kuruluk) izlendi
- Günlük pansumanları yapıldı.
- Cildin ısı, görünüm, renk açısından değerlendirilmesi yapıldı.

Değerlendirme: Hastaya günlük olarak yapılan aldığı çıkardığı izlemi kayıtlarında sıvı dengesinin yeterli olduğu görülmüştür. Hastanın fizik bulgularında dehidratasyon belirtisine rastlanmamıştır.

-Odak Uyarılar: Hastanın yataktan kendini atma isteği

-Bağlamsal Uyarı: Düşme riski puanı 10 üzeri

-Olası Uyarı: Yardımla mobil olması ve yanık yaralarının mevcudiyeti

Hemşirelik Tanısı 4: Travma riski

Hedef: Travmaya yönelik güvenlik önlemlerinin alınması, hastanın koruyucu önlemleri uygulayabilecek hale gelmesi

Hemşirelik Girişimleri:

- Düşme riski skoru kullanılarak hasta değerlendirildi.
- Hastanın hastaneye oryante olması sağlandı.
- Çağrı cihazlarının yeri ve nasıl kullanılacağına hastaya anlatıldı.
- Rahat kıyafet temini sağlandı.

- Deliryum tablosu sırasında kateter, foley kater ve makine bağlantılarının güvenliği sağlandı

Değerlendirme: Hastanın günlük olarak değerlendirilen İTAKİ ölçeği normal sınırlara gelmiştir. Hastada travma yaşanmamıştır.

B. Olgunun Roy Adaptasyon Modeli'nin Benlik Kavramı Uyum Alanı ile İlgili Hemşirelik Süreci

Davranışın Tanılanması Hastanın İfadesi: Hasta yaralarının kalıcı iz oluşturmasından korktuğunu söyledi.

-Odak Uyarılar: Yanık yaraları

-Bağlamsal Uyarı: Yara pansumanlarının varlığı

-Olası Uyarı: Yaraların gözle görülür yerde olması

Hemşirelik Tanısı 5: Beden İmgesinde Bozulma

Hedef: Bireyin beden imajındaki değişikliklere uyum sağlaması ve etkili baş etme becerileri göstermesi

Hemşirelik Girişimleri:

- Hasta aşırı duygusal tepkiler yönünden gözlemlendi.
- Bireysel güçlü yanlarının farkına varması sağlandı.
- Aile ile iletişime geçilerek desteğin öneminin anlatıldı ve mevcut duruma hastanın ve ailenin uyum artırıldı.
- Hasta mevcut sağlığındaki olumlu gelişmeler ile ilgili bilgilendirildi.
- Tedavi ve bakım sürecine yönelik bilgileri değerlendirilerek hastanın eksik ya da yanlış bildiği durumlar düzeltildi.
- Hastaya taburcu olurken cilt lekesi kalmaması için iyileşen yara yerlerini sık sık nemlendirmesi gerektiği bunun için kullanacağı krem ile ilgili bilgi ve yanık yerlerini güneşten koruması gerektiği bilgisi verildi.

Değerlendirme: Hasta beden imgesiyle ilgili durumunu kabullendiğini ve bu sürecin geçici olduğunu, mevcut durumunun değişeceğine inandığını belirtti.

C. Olgunun Roy Adaptasyon Modeli'nin Rol Fonksiyon Uyum Alanı ile İlgili Hemşirelik Süreci

Davranışın Tanılanması Hastanın İfadesi: Hasta eskisi gibi hareket edemeyeceğini ve normal hayatına dönüş yapamayacağını ifade etti.

-Odak Uyarılar: Bakım verenlere yük olma duygusu

-Bağlamsal Uyarı: Yaşam kararları üzerinde kontrol kaybı düşüncesi

-Olası Uyarı: Günlük işlerini yerine getirirken yardım alma isteği

Hemşirelik Tanısı 6: Rol Performansında Etkisizlik

Hedef: Bireyin kendini yetersiz hissetmemesi ve aile içi rollerini yerine getirebilmesi için olumlu düşüncelere sahip olması

Hemşirelik Girişimleri:

- Tedavi ile ilgili izlenecek süreç, hasta ve aile üyelerine açıklanarak hasta ile aile içindeki bireylerin rolleri hakkında görüşüldü.
- Etkili ve güven verici bir ortam sağlandı.
- Hasta korku ve endişelerini dile getirebilmesi için teşvik edildi.
- Hastanın rol performansı ile ilgili değişiklik konusundaki duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlandı.
- Aile üleriyle etkili vakit geçirmesi ve var olan rollerine ilişkin düzeni devam ettirebilmesi için desteklendi.
- Hastanın yaşadığı endişe ve stres en aza indirildi.

Değerlendirme: Hasta servise geçti ve servise geçtiğinden beri üstlendiği rollerini ve sorumluluklarını sürdürebilmesi için olumlu düşüncelere sahip olduğunu belirtti.

D. Olgunun Roy Adaptasyon Modeli'nin Karşılıklı Dayanışma Uyum Alanı ile İlgili Hemşirelik Süreci

Davranışın Tanılanması Hastanın İfadesi: Hasta tedirgin ve odak noktası ağrı olduğu için iletişimi sürdürmede yetersiz.

-Odak Uyarılar: Hemşireler ile iletişime isteksiz olması

-Bağlamsal Uyarı: Ailesinden uzak kalması, tanıdığı biriyle iletişiminin olmaması,

-Olası Uyarı: Ağrılı tedavi ve bakım girişimlerine maruz kalması

Hemşirelik Tanısı 7: İletişimde Bozulma

Hedef: Klinik ortamda sağlık profesyonelleri ile iletişimin artması ve ilerlemesi

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın duygu, düşünce ve isteklerini belirtmesi için hasta teşvik edildi
- Hemşireler bakım öncesi kendisini tanıttı, hastanın yer, kişi ve zaman oryantasyonu sağlandı.
- Yoğun bakım ortamı, pandemi şartları ve yüksek enfeksiyon riski sebebiyle ziyaretin yasak olduğu hastaya anlatıldı.
- Hasta ile destekleyici ve umut verici ilişki kuruldu.
- Hastayı strese sokacak ve ankisyeteye sebep olacak durum ve olaylardan uzak duruldu
- Kısa, net, açık cümleler ile iletişime devam edildi
- İletişimin bozulmasına sebep olan durumlar belirlendi ve çözüm üretildi
- Ağrı palyasyona devam edildi

Değerlendirme: Hasta klinik ortama alıştıktan ve ekibi tanıdıktan sonra uyumlu davranışlar sergiledi.

TARTIŞMA

Roy Adaptasyon Modeli kullanılarak yapılan vaka yönetimlerinde hastaların uyumun arttığı ve hemşirelik bakım süreçlerinde aktif rol oynadığı saptanmıştır. Farklı kronik hastalıklarda da uygulanmış ve hastalarda uyumu arttırdığı belirlenmiştir.¹⁴⁻¹⁸

Pek çok olgunun yönetiminde kullanılan bu model bakım standartlarını artırmaktadır. Atasay ve ark. bir yanık vakasının yönetiminde RAM'ı uyarlayarak yaptıkları girişimlerle, yanık sebebiyle fiziksel ve psikososyal kayıplar yaşayan, rehabilitasyona ihtiyaç duyan bireylerin yeni yaşamlarına uyum sağlamalarında bireye özgü girişimlerin faydalı sonuçlar sağladığını tespit etmişlerdir.¹⁸⁻²⁰ Benzer şekilde Frazao ve ark. son dönem böbrek hastalarında hemodiyaliz uygulanan olgularda RAM'ın hastaların uyumunu sağlamada etkili bir model olduğunu rapor etmiştir.²¹

Hamzehpour ve ark. yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada; RAM üzerine dayalı planlı hemşirelik bakımı alan hastaların deliryum şiddeti ve yoğun bakımda kalış

süreleri değerlendirmiştir. RAM modeline dayalı planlı hemşirelik bakımı alan hastalarda deliryum insidansının ve şiddetinin azaldığı, yoğun bakımda kalış süresinin kısaldığı saptanmıştır.²²

SONUÇ

Yoğun bakımlarda sıklıkla görülen deliryum tablolarında hemşirelik yönetimi önem arz etmektedir. Diğer yandan, hemşirelik bakımında model kullanılması ve girişimlerin bu doğrultuda uygulanması, hemşirelik bağımsız rollerinin ve ilgili literatürün gelişmesine ve rehber oluşturulmasına katkıda bulunmaktadır.

Bu çalışmada RAM'a göre yapılan planlı hemşirelik bakımında; hemşirelik tanılamasında uyum alanlarına göre hemşirelik tanısı belirlenmiştir. Fizyolojik alanda akut ağrı, akut konfüzyon, sıvı elektrolit eksikliği riski ve travma riski; benlik kavramı alanında beden imgesinde bozulma, rol fonksiyonu alanında rol performansında etkisizlik; karşılıklı dayanışma alanında ise iletişimde bozulma tanıları konulmuştur. Bu tanılara göre hemşirelik hedefleri belirlenerek girişimler uygulanmıştır.

Yoğun bakım ünitesine yatışının sekizinci gününde, dezoryante ve ajite davranışları gerileyen hastanın günlük yaşam aktivitelerine katılımının arttığı ve bilişsel süreçlerinin düzeldiği gözlenmiştir. Hasta pansumanlara destekle yürüyerek gitmeye başlamış, yapılan fizik tedavi egzersizlerine aktif katılım sağlamıştır. Yanık yaralarının da iyileşmeye başlamasıyla birlikte on beşinci günde hasta yoğun bakımdan servise geçirilmiştir.

Sonuç olarak, Sister Calista Roy'un Adaptasyon Modeli'nin tüm adaptasyon alanlarına odaklanması, biyopsikososyal sorunların tespit edilerek hastaya bütüncül bir bakım sağlanmasında etkili olduğu görülmüştür. Bu açıdan modelin farklı hastalarda kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Agarwal V, O'Neill PJ, Cotton BA, Pun BT, Haney S, Thompson J et al. Prevalence and risk factors for development of delirium in burn intensive care unit patients. J Burn Care Res 2010 Sep-

- Oct;31(5):706-15. doi: 10.1097/BCR.0b013e3181eebee9.
2. Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell FE Jr et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*. 2004 Apr 14;291(14):1753-62. doi: 10.1001/jama.291.14.1753.
 3. Perry S, Blank K. Delirium in Burn Patients, *The Journal of Burn Care&Rehabilitation* 1984; 5(3): 210–4.
 4. Akarsu S, Durmuş M, Yapıcı AK, Öznur T, Öztürk S. Yanık Hastalarının Psikiyatrik Yönden Rehabilitasyonu *Türk J Plast Surg* 2017; 25(1): 20-7.
 5. Palmu R, Suominen K, Vuola J, Isometsä E. Mental disorders after burn injury: a prospective study. *Burns* 2011; 37(4): 601-9.
 6. Arumugam S, El-Menyar A, Al-Hassani A, Strandvik G, Asim M, Mekdodithal A, Mudali I, Al-Thani H. Delirium in the Intensive Care Unit. *J Emerg Trauma Shock*. 2017 10(1):37-46.
 7. Van Loey NE, Van Son MJ. Psychopathology and psychological problems in patients with burns: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4(4): 245-72.
 8. Vicdan AK, Karabacak BG. Hemşirelik Modellerinden: Roy Adaptasyon Modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; (4): 255-9.
 9. Gigliotti E. The Value of Nursing Models in Practice. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2008;1(1): 42–50.
 10. Vicdan AK. Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: modifiye radikal mastektomi olmuş bir bayanın, Roy adaptasyon modeline göre incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanat Dergisi* 2010;2(3):106-18.
 11. Senesac P, Roy SC. Sister Callista Roy's adaptation model. In: Smith MC, Parker ME, editors. *Nursing Theories and Nursing Practise*. 4th ed. Philadelphia: Davis Company; 2015.
 12. Pektekin Ç. Sister Callista Roy ve adaptasyon kuramı. In: Pektekin Ç, ed. *Hemşirelik felsefesi kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar*. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013. s. 111-8.
 13. Veliöğlü P. Adaptasyon Kuramı. In: Veliöğlü P, ed. *Hemşirelikte kuram ve kavramlar* 2. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012. s. 364–94.
 14. Uzun Ş. Sister Calista Roy: Adaptasyon Modeli. In: Karadağ A, Çalışkan N, Göçmen Baykara Z. Eds. *Hemşirelik teorileri ve modeller* 1. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2017 s. 369–442.
 15. Şen Atasayar B, İşeri Ö. Yanığı olan bireyin roy uyum modeline göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Samsun sağlık bilimleri dergisi* 2020; 5(1):73-89.
 16. Çaylar TH, Terzi B. Roy adaptasyon modeli'ne göre covid-19 şüpheli bir hastanın bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2021; 25(2): 102-7.
 17. Menekli T, Eyi S. Obez Bir Bireyin Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modeli'nin Kullanımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2017; 25(3): 237-46. DOI: 10.17672/fnfn.343263.
 18. Yoldaş G, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, Şenuzun Aykar F. Esansiyel hipertansiyon'u olan bir hastada Roy Adaptasyon Modeline göre hemşirelik yaklaşımı. *Türk J Cardiovasc Nurs* 2019;10(21): 33-9. DOI: 10.5543/khd.2019.63626.
 19. Özkaraman A, Serap Ö, Alpaslan, GB. Romatoid artritli bir vakanın hemşirelik bakımında roy adaptasyon modelinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;1(3): 138-52.
 20. Yılmaz M, Yılmaz P. Bariatrik cerrahi geçiren hastaların Roy'un Uyum Modeline göre değerlendirilmesi: İki olgu sunumu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2019;6(1): 65-73. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.544146>.
 21. Frazão CMF, Fernandes MI, Nunes MD, de Sá JD, Lopes MV, Lira AL. Components of a Roy's Adaptation Model in patients undergoing hemodialysis. *Rev Gaúcha Enferm* 2013;34(4):45–52. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000400006>
 22. Hamzehpour H, Valiee S, Majedi MA, Roshani D, Seidi J. The Effect of Care Plan Based on Roy Adaptation Model on the Incidence and Severity of Delirium in Intensive Care Unit Patients: A Randomised Controlled Trial. *Journal of Clinical & Diagnostic*

Research 2018; 12(11): 21-5.
DOI:10.7860/JCDR/2018/36366.12
256.