

BİR OLGU: AKUT MİYOKARD İNFARTÜSÜNDE NANDA TANILARI VE NIC GİRİŞİMLERİ İLE HEMŞİRELİK BAKIMI

A CASE: NANDA DIAGNOSES AND NIC INTERVENTIONS WITH NURSING CARE IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Yeter Kurt¹ Çiğdem Gamze Özkan¹ Birsal Canan Demirbağ²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı

²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Yazışma Adresi:

Yeter Kurt
KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi
Trabzon – Türkiye

E posta: ykurt6161@hotmail.com

Kabul Tarihi: 19 Temmuz 2016

doi: [10.5505/bsbd.2016.57060](https://doi.org/10.5505/bsbd.2016.57060)

Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi
ISSN: 2146-9601
e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr
www.bau-sbdergisi.com

ÖZET

Akut miyokard infarktüsü, kardiyovasküler hastalıklar içerisinde zamanında tanı konulup uygun şekilde tedavi edilmediği takdirde ölüme sonuçlanabilecek en ağır tabloların başında gelmektedir. Akut miyokard infarktüsü geçirmiş olgularda hemşirelik bakımı oldukça önemlidir. Hastanın bakımında; sürekli hasta değerlendirmesi, olası komplikasyonların önlenmesi ve erken tanınması, anjinal ağrının kontrolü, miyokardın oksijen gereksiniminin karşılanması, optimal kalp debisinin sağlanması, hasta ve ailesinin eğitimi ile rehabilitasyonu gibi konular önemli yer tutmaktadır. Bu nedenle bu hastalara bakım veren hemşirelerin, hastayı bütüncül olarak değerlendirebilmek ve uygun girişimleri planlayabilmek için hemşirelik süreci ve sınıflama sistemlerini rehber olarak kullanmaları gerekir. Bakımın güvenilirliğini sağlayan sınıflama sistemlerinden biri olan Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sisteminin hemşirelik sürecinde kullanılması Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda doğru ve istenilen bakım sonucuna ulaşmada etkili olmakta ve kolaylık sağlamaktadır. Bu olgu sunumunda, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli temel alınarak hazırlanan hemşirelik sürecinde hastanın yaşadığı ve yaşaması olası olan sorunlar incelenmiş, kullanılan Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sisteminin hastayı bütüncül ve sistematik olarak ele almada yönlendirici olduğu, hasta bakımında uygun girişimlerin seçilmesinde kolaylık sağladığı gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: NIC, hemşirelik bakımı, miyokard infarktüsü

SUMMARY

Acute myocardial infarction, which can result in death, comes as the most important in disaster scenarios in cardiovascular diseases when not diagnosed in time and treated appropriately. Nursing care is quite important in cases with acute myocardial infarction. In patient's care; subjects such as continuous patient evaluation, prevention of possible complications and early diagnosis, managing anginal pain, supplying myocardium's oxygen need, maintenance of the optimal cardiac output, education of the patient and his/her family hold such an important place. Thus, the nurses who are meant to deliver health care services to these patients need to use nursing progress and classification systems as guides in order to assess the patient integratively and plan the appropriate interventions. The usage of Nursing Interventions Classification System, one of the classification systems that ensures the reliability of care, provides convenience and efficiency in achieving the desired and appropriate caring result in patients that experienced acute myocardial infarction. In this case presentation, during the preparation of nursing progress where the patient's true life and potential problems were examined, Functional Health Patterns Model was used as base and it was demonstrated that the used Functional Health Patterns Model was found to be directive in assessing the patient in an integrative and systematic way and it provided convenience in choosing the appropriate interventions in patient care.

Keywords: NIC, nursing care, myocardial infarction

GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar, gelişmiş toplumlardaki en sık karşılaşılan ölüm nedenlerindedir. Akut miyokardinfarktüsü (AMİ) bunlar içerisinde zamanında tanı konulup uygun şekilde tedavi edilmediği takdirde

ölüme sonuçlanabilecek en ağır tabloların başında gelmektedir. AMİ aterosklerotik plak rüptürü sonrası oluşan intrakoronertrombosa bağlı gelişen bir klinik tablo olarak karşımıza çıkmaktadır. AMİ geçiren hastaların yarıya yakını belirtilerin başlangıcından sonraki ilk saat içinde kaybedilmektedir. Bundan dolayı erken tanı ve

tedavi önemlidir¹. AMİ belirti ve bulguları kişiden kişiye ve asemptomatikten ani kardiyak ölüme kadar değişebilir. Bu belirtiler; toraks orta kısmında basınç hissi, dolgunluk, sıkışma şeklinde tanımlanan göğüs ağrısı, çene/dişler, omuz, kol ve sirta yayılan ağrı, dispne veya nefes açlığı, aşırı terleme, epigastrik ağrı, bulantı- kusma, anksiyete, ölüm korkusu, diğer nedenler olmaksızın senkop veya presenkop ve kognitif fonksiyon bozuklukları olarak ortaya çıkar. AMİ'nin tanısı ayrıntılı anamnez, fizik muayene sonrası kan testleri ile konulur². Tedavisinde koroner akımı yeniden sağlayacak trombolitik ilaçlar, primerperkutan koroner arter girişimleri(PKG) ve cerrahi yöntemler (CABG) kullanılmaktadır. AMİ olan hastaların %90-95'inde PKG ile koroner kan akımı başarılı bir şekilde sağlanabilir³.

PKG sonrasında hastalarda hem hastanede yatarken hem de taburcu olduktan sonra bazı sorunlar gelişebilmektedir. Gelişen komplikasyonlar hastaya ciddi rahatsızlık vermekte, hastanede kalma süresini uzatmakta, ek tanı ve tedavi işlemlerine maruz kalmasına neden olmaktadır. Ayrıca hastane maliyetini ve daha da önemlisi mortaliteyi artırmaktadır^{4,5}. Bu doğrultuda girişimsel tedavi uygulanan hastanın bakımında hemşirenin bazı sorumlulukları vardır. Bunlar; sürekli hasta değerlendirmesi, olası komplikasyonların önlenmesi ve erken tanınması, anjinal ağrının kontrolü, miyokardın oksijen gereksiniminin karşılanması, optimal kalp debisinin sağlanması, hasta ve ailesinin eğitimi ile rehabilitasyonudur^{5,6}. Bu hastalara yönelik hemşirelik bakımını sistematik şekilde vermek için hemşirelik süreci ve sınıflama sistemleri kullanılmaktadır. Hemşirelik sürecini sınıflandırma sistemi ışığında planlamak hasta bakımında istenilen sonuca ulaşmada kolaylık sağlamaktadır. Bu amaçla kullanılan sınıflama sistemlerinden biri NANDA Taksonomi II'dir. Üç düzeyden oluşan NANDA Taksonomi II; alanları, sınıfları ve hemşirelik tanımlarını içermektedir. NANDA tarafından yapılan son düzenlemede bu yapı, toplam 13 alan, 47 sınıf ve 235 hemşirelik tanısından oluşmaktadır⁷⁻¹⁰. NANDA tarafından belirlenmiş hemşirelik tanımlarına yönelik, Hemşirelik Girişimleri Sınıflamasında (Nursing Interventions Classification-NIC) belirtilen girişimlerin hemşirelik sürecinde kullanılması da AMİ hastalarında doğru bakım sonucuna ulaşmada etkili olmaktadır¹¹⁻¹⁵. NIC'de, 554 hemşirelik girişimi vardır. Her bir girişimin, sınıflama içinde bir adı, bir numerik kodu, bir tanımı ve girişime ait aktiviteleri bulunmaktadır. Hemşirelik girişimleri 7 alan ve 30 sınıf altında sınıflanmıştır. NIC tarafından belirlenen girişimlerin değerlendirilmesinde ise Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (Nursing Outcomes Classification- NOC) sistemi kullanılmakta, her bir sonucun, sınıflama içinde tanımı ve kod numarası

bulunmaktadır^{14,15}. Bütün bakım sistemlerini kullanırken bir model üzerinden hareket edilmesi bakım planının hareket noktasını belirlemek açısından gereklidir. Hasta bakımı için izlenecek bu yol uygulamada hemşireye kalıcı sistematik bir bakış kazandırmaktadır.

Bu olgu sunumunda; AMİ ile Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi gören bir hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA tanımları kullanılarak NIC hemşirelik girişimleri doğrultusunda oluşturulan bakım planında seçilmiş hemşirelik tanımları sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

58 yaşındaki hastanın bilinen kronik bir rahatsızlığı yoktur ve herhangi bir cerrahi operasyon geçirmemiştir. Hastanın ailesinde yalnızca erkek kardeşinde kalp hastalığı öyküsü vardır. 15 yaşından beri sigara kullanan hasta günde 1-1.5 paket sigara tüketmektedir. Hasta bir yıl önce kontrol amaçlı kardiyoloji polikliniğinde genel tarama yaptırmış ve hastada herhangi bir sorun saptanmamıştır. Hastaneye yatmadan bir gün önce geçmeyen mide ağrısı şikâyeti ile acil servise başvuran hastaya, yapılan tetkikler sonucunda tanı konulamamış ve ağrı şikâyetleri azalan hasta taburcu edilmiştir. Göğüse yayılan ve geçmeyen şiddetli ağrı tarifi ile bir gün sonra tekrar hastaneye başvuran hastaya AMİ tanısı konulmuş, medikasyon olarak Dispril 300mg (PO), clexan0.6 ml (subkutan), plavix 600mg (PO) verilerek ambulans ile acil olarak anjiyografi imkanı olan daha kapsamlı bir hastaneye sevk edilmiştir. Acil servise geldiğinde kan basıncı 170/100mmHg, nabızı 90/dakika, SaO2:% 90, görsel ağrı skalasına göre ağrı skoru 10 olan hastaya Akut Yaygın AnteriorMiyokardinfarktüsü tanısı konulup kardiyak kateterizasyon için anjiyografilaboratuvarına gönderilmiştir. PKG sırasında önce balon işlemi yapıp sonrasında stent takılan hasta (RCA %90 LAD %100 tam tıkalı, LAD'ye önce balon sonra 3.0x3.0mm DES takıldı) koroner yoğun bakım ünitesine transfer edilip monitörizasyonu sağlanmıştır. Hasta yoğun bakıma geldiğinde kan basıncı 106/76mm Hg, nabızı 71/dakika, SaO2 %90, ağrı skoru 5 olarak değerlendirilmiştir. Hastanın kan tetkikleri yapılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Hastanın Laboratuvar Değerleri

Parametre	22/12/ 2014	25/12/2014	Referans Aralığı
Troponin	7.877↑	2.1↑	(0-0.04) ng/mL
Kütle CK_MB	33.59↑	6.29↑	(0-5)ng/mL
WBC	15.06 ↑	12.7↑	(4-10)10 ³ /uL
HGB	16.2 ↑	15 ↑	(11-16)g/dl
Glikoz	111 ↑	100	(74-106)mg/dl
LDL	144 ↑	129	(60-130) mg/dl
Trigliserid	261 ↑	336↑	(50-150) mg/dl
LDH	646 ↑	659↑	(313-618)U/L

Üre, kreatin, NA, K, CRP, Ca, TSH, T4, hepatit değerleri normal sınırlar içerisinde.

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NIC Hemşirelik Girişimlerine Göre Hastanın Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik Tanısı -1: Yetersiz sıvı alımı, bulantı, sıvı tedavisi, radyopak madde kullanımı, renalperfüzyonun bozulma riskine ve kardiyak outputta azalmaya bağlı **Sıvı Volüm Dengesizliği Riski**

Alan 2. Beslenme Sınıf 5. Hidrasyon Kodu:00025¹⁰

Amaçlar: Hastanın deri turgorunun, kan basıncı, BUN ve hematokrit değerlerinin normal sınırlarda olması, aldığı ve çıkardığı sıvı arasında denge olması, yeterli sıvı volümünün sağlanması (En az 2500cc- 24 saatte)

Hemşirelik Girişimleri (NIC)¹⁴

Sıvı Yönetimi, Sıvı Takibi, Hipovolemi Yönetimi, Hipervolemi Yönetimi, IV Tedavi

Sıvı Yönetimi-Tanım: Anormal sıvı seviyesinden kaynaklanan komplikasyonların önlenmesi ve sıvı dengesinin sağlanması

Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: N Doku Perfüzyon Yönetimi Kod: 4120¹⁴

- Ürinerkateterizasyon, hastanın aldığı ve çıkardığı sıvılar saatlik olarak kaydedilir.
- Hidrasyon durumu takip edilir (Mukozmembran kuruluğu, zayıf nabız, ortostatik kan basıncı).
- Sıvı retansiyonu ile ilgili laboratuvar sonuçları (artmış BUN, azalan hematokrit, artmış üre osmolalitesi) değerlendirilir. Sıvı artışı veya retansiyonuindikatörlerinin takibi (CVP artışı, pulmonerkapillerwedje basıncı, ödem, boyun ven distansiyonu) yapılır.
- Hemodinamik parametreler izlenir ve vital bulgular takip edilir.
- Oral alımın arttırılması, IV tedavinin yönetimi ve sıvı desteği, transfüzyon için gerekli olabilecek kan ürünlerinin yönetimi sağlanır.
- Mental durum kontrolü yapılır.

Sıvı Takibi- Tanım: Sıvı dengesini düzenlemek için hasta verilerini toplamak ve analiz etmek

Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: N Doku Perfüzyon Yönetimi Kod: 4130¹⁴

- Deri turgoru ve mukozmembranlar değerlendirilir.
- Serum albumin, total protein değerleri takip edilir.
- Kan basıncı, solunum ve kalp hızının monitör takibi yapılır.
- Ortostatik kan basıncı ve kardiyak ritim değişikliklerinin takibi yapılır.
- Sıvı akış hızını ayarlayan cihazların IV sıvıyı doğru dozda ve hızda hastaya verip vermediği kontrol edilir (özellikle pump cihazı kullanılmayan sıvılar için).

- Sıvı alımı 24 saat içinde 2000 cc den az ise durum doktora bildirilir.

Hipovolemi Yönetimi-Tanım: Volümü azalmış hastanın damar içi sıvı volümünü arttırmak

Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: N Doku Perfüzyon Yönetimi Kod: 4180¹⁴

- Hastada hipovolemi belirtileri gözlemlenir (azalmış deri turgoru, bulantı, susama hissi, kuru mukozmembranlar, postural hipotansiyon, zayıf ve hızlı nabız, kapiller dolum zamanının 2-3 sn fazla olması, BUN ve hematokrit düzeyinde artış, azalmış idrar çıkışı)
- Sıvı kaybı kaynağı takip edilir (kanama, kusma, daire, aşırı terleme, takipne).
- Kateterizasyon yeri gözlemlenir.
- Oral alım yetersiz ise sıvı tedavisi ile sıvı açığı kapatılır.
- Vital bulgular, deri ve laboratuvar bulguları takip edilir.
- Posturalhipotansiyon gelişebileceği için hastanın ambulasyonuna yardım edilir.
- Bulantı varsa antiemetik uygulanır.

Hipervolemi Yönetimi-Tanım: Sıvı yüklenmesi olan hastadaki komplikasyonları önleme intrasellüler ve ekstrasellüler sıvı volümünü azaltmak

Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: N Doku Perfüzyon Yönetimi Kod: 4170¹⁴

- Hastada hipervolemi belirtileri gözlemlenir. (Kan basıncında artış, dispne, ortopne, aldığı sıvının çıkardığı sıvıdan fazla olması, mental durumda değişim, anormal solunum sesleri, BUN ve hematokrit düzeyinde azalma, protein ve albumin artışı, plazma onkotik basıncında artış, pulmoner ödem, plevral effüzyon, periferik ödem)
- Sıvı yüklenmesini engellemek için sıvı akış hızının yavaş olması sağlanır. Sıvıkısıtlaması yapılır. Hekim istemindeki IV uygulanacak bütün ilaçlar en az miktarda sıvı ile dilüe edilip, infüzyonu sağlanır. İzotonik, ringer laktat gibi sıvı alımı varsa bu solüsyonlar değiştirilmeli ya da miktarları azaltılmalıdır. Diyetle sodyum ve sıvı alımı kısıtlanır.

IV Tedavi-Tanım:İntravenöz sıvılar ve tedavilerin izlenmesi ve yönetilmesi.

Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: N Doku Perfüzyon Yönetimi Kod: 4200¹⁴

- IV tedavi için hekim istemi doğrulanır.
- Solüsyon tipi, özelliği, miktarı, son kullanma tarihi, mayi paketinin zarar görmemiş olması kontrol edilir.
- İntravenöz tedavi öncesi intravenöz alan flebit ve lokal enfeksiyonların belirtileri, intravenöz tedavi

- boyunca ise intravenöz alan ve sıvı akış hızı kontrol edilir.
- Hasta fiziksel reaksiyonlar ve sıvı yüklenmesi yönünden değerlendirilir.

Sıvı Volüm Dengesizliği Riski Tanısı için Oluşturulan

Hemşirelik Sonuçları (NOC): Sıvı Dengesi: Hidrasyon

Alan 1: Fonksiyonel Sağlık Sınıf: C Hareket Kodu: 0602¹⁵

Hidrasyon Değerlendirme Çıktıları

- Deri Turgoru (4), MukozMembran Nemliliği (4), Sıvı Alımı (4), İdrar Çıkışı(4), Serum Sodyumu(4), Doku Perfüzyonu(3), Bilişsel Fonksiyon(5)
- *1= Ciddi tehlikede, 2= Önemli derecede tehlikeli, 3= Orta derecede tehlikede, 4= Hafif derecede tehlikede, 5= Tehlike yok
- Susama (5), Koyu İdrar (5), Çökmüş Göz Küresi (5), Düşük Kan Basıncı (5), Hızlı Filiform Nabız (5), Artmış Hematokrit (5), Artmış Kan Üre Nitrojeni (5), Kilo Kaybı (5), Kas Krampları (5), Kas Seğirmesi (5), Diare (5), Artmış Vücut Isısı (5)

*1= Ciddi, 2= Önemli derecede, 3= Orta derecede, 4= Hafif derecede, 5= Sorun yok

Değerlendirme: Hastanın PKG sonrası AÇT (saatlik) yapıldı. Ağrısı nedeniyle oral sıvı alımı az olan hastaya IV sıvı desteği yapıldı. Diyetle yeterli sıvı alması için hasta desteklendi. Sıvı alımının 24 saatte en az 2500cc olması sağlandı. Hastanın deri turgoru, vital bulguları ve kan seviyeleri normal düzeyinde seyretti. Sıvı volüm eksikliği ya da fazlalığı gözlenmedi.

Hemşirelik Tanısı -2: Kardiyak Outputta Azalmaya Sekonder Olarak Sistemik Doku Perfüzyonunda Azalma Ve Etkisiz Solunum Şekline Bağlı **Gaz Değişiminde Bozulma**

Alan 3. Eliminasyon Sınıf 4. Solunum Sistemi Kodu:00030¹⁰

Tanımlayıcı Özellikler: Solunum sayısı 25/dk, siyanoz (el ve ayak parmakları, tırnaklar ve dudaklar), SaO₂ % 83, kalp hızı: 110/dktaşikardik-aritmik, uyku hali

Amaçlar: Dispne ve siyanoz olmaması, solunum sayısının 12-20/dk, kalp hızı /60-100dk olması, her iki akciğerin eşit havalanması, raller, ronküs gibi seslerin duyulmaması, arteriyel kan gazlarının normal sınırlarda olması.

Hemşirelik Girişimleri (NIC)

Asit Baz Yönetimi, Hava Yolu Yönetimi, Solunum Yönetimi, Oksijen Tedavisi, Ağrı Yönetimi*, Sıvı Yönetimi**, Sıvı İzlemi**¹⁴

*Ağrı yönetimi Akut Ağrı hemşirelik tanısında, **Sıvı yönetimi ve sıvı izlemi Sıvı Elektrolit Dengesizliği Riski tanısında açıklanmıştır.

Asit Baz Yönetimi-Tanım: Asit baz dengesizliği nedeniyle oluşan komplikasyonları önlemek ve asit baz dengesini korumak.

Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: G. Elektrolit ve Asit-Baz Yönetimi Kod: 1910¹⁴

- Yatak başı 30° yükseltilerek yeterli hava yolu açıklığı sağlanır.
- Arteriyel kan gazları izlenir ve sonuca göre doğru tedavinin planlanması sağlanır (arteriyel pH, PaCO₂, HCO₃).
- Hemoglobin değerleri, SaO₂, kardiyak output gibi doku oksijenlenmesi göstergelerini takip edilir.
- Aldığı ve çıkardığı sıvı takibi yapılır.
- Nörolojik durum değerlendirilir.
- Yeterli hidrasyon sağlanır, normal sıvı volümü ve normal elektrolit değerleri yeniden düzenlenir.
- Olası entübasyon ve mekanik ventilasyon için hazırlık yapılır.
- Korku ve anksiyeteden kaynaklanacak hiperventilasyonu engellemek için hastaya yapılacak işlemlerle ilgili bilgi verilir.
- Hastaya doktor istemine göre oksijen verilmesi sağlanır.

Hava Yolu Yönetimi -Tanım: Hava yolu açıklığının sağlanması

Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: KHavayolu Yönetimi Kod: 3140¹⁴

- Potansiyel ventilasyonu arttırmak için hastaya uygun pozisyon verilir.
- Oral ve nazofarengal havayolu sağlanır.
- Solunum sayısı, özelliği ve oksijen saturasyonu değerlendirilir.
- Akciğer sesleri dinlenir.
- Gerekliyse bronkodilatör kullanılır.

Solunum İzlenmesi-Tanım: Yeterli gaz değişimi ve hava yolu açıklığını sağlamak için hasta verilerini toplamak ve analiz etmek.

Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: KHavayolu Yönetimi Kod: 3350¹⁴

- Solunum hızı, ritmi, derinliği ve solunum çabası, göğüs hareketi, yardımcı kasların kullanımı, interkostal kas retraksiyonu yönünden takip edilir
- Sesli solunumu ve solunum örüntüleri (bradipne, takipne, hiperventilasyon, kusmual solunum, Cheyne-Stokes solunum, apne, biot solunum) oksijen saturasyon değerleri izlenir.

Oksijen Tedavisi- Tanım: Oksijenin etkinliğinin yönetimi ve takibi

Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: KHavayolu Yönetimi Kod: 3320¹⁴

- Oral, nazal sekresyonun temizliği sağlanır.
- Oksijen ekipmanları hazırlanır, istem edilen oksijen miktarı ayarlanır.
- Oksijen tedavisinin önemi ile ilgili hasta bilgilendirilir.
- Periyodik olarak oksijen ekipmanını ve oksijen saturasyon düzeyi kontrol edilir.
- Hasta yemek yerken oksijen tolerasyonu izlenir.
- Oksijen zehirlenmesi ve ateletaksi gelişimi yönünden hasta izlenir.
- Sigara yasaklanır.

Gaz Değişiminde Bozulma Hemşirelik Tanısı İçin Oluşturulan NOC-Hemşirelik Sonuçları: Solunum durumu, vital bulgular, asit-baz yönetimi¹⁵

Değerlendirme: Yatışının ilk gününde saturasyonu düşük, kalp hızı taşikardik ve uyku hali olan hastaya 2-4lt/dk olacak şekilde nazal oksijen tedavisi başlandı, saturasyonu, solunum hızı, anksiyete durumu takip edildi, hekim istemine göre ilaç tedavisi uygulandı, hastaya semi fowler pozisyonu verildi. Yatışının 2. ve 3. gününde dispne, siyanoz belirtileri ve uyku hali gözlenmeyen hastada solunum sayısı 16-20/dk, kalp hızı 60- 70/dk arasında ve SaO₂ %95- %98 olarak ölçüldü. Hastada gaz değişiminde bozulma tanısına yönelik yapılan girişimler sonucunda problem çözüldü.

Hemşirelik Tanısı-3: Akut MI bağlı **Kardiyak Outputta Azalma Komplikasyonu Riski**

Alan 4. Aktivite/ Dinlenme Sınıf 4.

Kardiyovasküler/Pulmoner Tepki **Kodu:** 00240¹⁰.

Amaçlar

Kalp hızı ve ritminin normal sınırlarda olması, göğüs ağrısının olmaması, bilincin açık olması, AÇT sonrası toplam balansın 1000ccden az olması, periferik nabızların alınması, kapiller dolgunluğun 2-3 saniyede geri gelmesi, kan gazlarının normal sınırlarda olması, oksijen saturasyonunun %95'in üzerinde vederinin sıcak, olağan renginde ve kuru olması, siyanoz, yorgunluk ve güçsüzlük olmaması, juguler ven distansiyonunun ve ödemin olmaması.

Hemşirelik Girişimleri (NIC)

Akut Kardiyak Bakım, Rehabilitif Kardiyak Bakım, Hemodimamik Düzenleme, Disritmi yönetimi¹⁴

Akut Kardiyak Bakım- Tanım: Kardiyak fonksiyonu bozulmuş hastanın oksijen gereksinimi ve miyokardial

oksijen desteği arasındaki dengesizlik nedeniyle oluşan komplikasyonları sınırlandırmak

Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: N Doku Perfüzyon Yönetimi Kod: 4044¹⁴

- Göğüs ağrısı değerlendirilir (yoğunluğu, yerleşimi, yayılımı yönünden).
- Hasta; göğüste oluşabilecek herhangi bir huzursuzluk/rahatsızlık durumunda acilen haber vermesi gerektiği konusunda bilgilendirilir.
- ST değişiklikleri yönünden EKG izlenir.
- Periferik dolaşım dâhil kardiyak durumun genişçe değerlendirilmesi sağlanır.
- Kardiyak ritim ve hız takip edilir, kalp sesleri dinlenir, oksijen tedavisinin etkileri gözlenir, gerekli ise PaO₂ ve hemoglobin düzeyi, kardiyak out put değerlendirilir.
- Nörolojik durum, AÇT ve günlük ağırlığı izlenir.
- Gerekli durumlarda 12 derivasyonlu EKG çekilir, ritim bozukluklarında hastada ventriküler fibrilasyon varsa defibrilasyon, atriyal taşikardi için kardiyoversiyon uygulanmasına hazır olunmalıdır.
- Serum CK, LDH ve AST değerleri, renal fonksiyon (BUN, Kreatin), karaciğer fonksiyon testleri, disritmiye neden olacak serum elektrolit değerleri (potasyum, magnezyum) izlenir.
- Çevresel uyaranlar sınırlanır.
- Yoğun emosyonel durumlardan kaçınılır.
- Hastanın stresle baş etme metotları tanımlanır, stresi azaltmak için uygun teknikler (rahatlama terapisi gibi) sağlanır.
- Valsalva manevrasına neden olabilecek aktivitelerden kaçınması, aktivitelerden önce ve sonra dinlenme gibi gücünü koruyucu önlemler alması konusunda hasta bilgilendirilir.
- Diğer sağlık çalışanları ile devam eden bakımı desteklemek ve bu amaçlara ulaşmak için devamlı hasta bakımı sağlanır.

Rehabilitatif Kardiyak Bakım-Tanım: Oksijen gereksinimi ve miyokardial oksijen desteği arasındaki dengesizlik nedeniyle kardiyak fonksiyon bozukluğu oluşan hastanın maksimum fonksiyonel aktivite seviyesini arttırmak.

Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: N Doku Perfüzyon Yönetimi Kod: 4046¹⁴

- Hastanın aktivite toleransı izlenir, tolere edebildiği hareket planlaması sağlanır.
- Hasta ve ailesine kardiyak risk faktörleri (sigara, diyet, egzersiz), egzersiz rejimi, kilo sınırlaması, günlük yaşam aktiviteleri, kateterizasyon bölgesinin bakımı ve hastanın göğüs ağrısı olduğunda kendine bakımı ve acil servise ulaşım konusunda hasta bilgilendirilir.

- Hasta sonuçlarına göre, hastayı diyetisyen, sosyal çalışmacı ve fizik tedavi uzmanına yönlendirilir.
- Anksiyete ve depresyon yönünden hasta gözlemlenir.

Disritmi Yönetimi-Tanım: Anormal kardiyak ritimlerini tanımak, önlemek ve tedavisini kolaylaştırmak

Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: N Doku Perfüzyon Yönetimi Kod: 4090¹⁴

- Hasta ve ailesi kalp hastalıkları ve aritmiler yönünden değerlendirilir.
- Aritmiye neden olabilecek asit-baz dengesizliği, elektrolit dengesizliği, oksijen eksikliği için hasta izlenir.
- Elektrokardiyografikmonitörizasyon sağlanmalıdır.
- Hastaya uygun lead seçilir, leadin yerleşimi ve sinyal kalitesinin doğruluğundan emin olunur.
- Monitördeki EKG parametrelerinin alarmları ayarlanır.Aritmi gelişimini gösterecek EKG değişiklikleri (ST segmenti, iskemi, QT aralığı, aritmi) izlenir, 12 leadli EKG çekilir.
- Aritmi başlangıcıyla ilgili aktiviteler belirlenir, disritminin frekansı ve süresi not edilir. Disritmi için hemodinamik yanıt takip edilir.
- Hastanın göğüs ağrısı ve disritmiyle ilişkili senkop olup olmadığı belirlenir. Acil disritmilerdemedikasyona hazır olunur. IV giriş sağlanır ve başlanır. Doktor istemindeki ilaçlar protokollerine göre uygulanmalıdır.

Hemodinamik Düzenleme-Tanım: Kalp hızı, preload, afterload ve kontraktilitenin iyileştirilmesi

Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: N Doku Perfüzyon Yönetimi Kod: 4150¹⁴

- Ayrıntılı bir hemodinamik durum değerlendirmesi yapılır (Kan basıncı, kalp hızı ve ritmi, juguler ven basıncı, santral venöz basınç, sağ-sol atriyal ve ventriküler basınç, pulmoner arter basınç).
- Hemodinamik sistem kaynaklı erken uyarıların belirti ve bulguları (Dispne, ortopne, azalmış egzersiz yeteneği, aşırı yorgunluk, baş dönmesi, sersemlik, ödem, çarpıntı, paroksizmalnoktürnal dispne, hızlı kilo alımı) tanımlanır.
- Hastanın hipervolemik, hipovolemik ya da sıvı dengesi seviyesi belirlenir.
- Perfüzyon durum problemlerinin belirti ve bulguları (Semptomatik hipotansiyon, soğuk ekstremiteler, sürekli uyku hali, bun ve kreatinin değerlerinde artış, hiponatremi, zayıf nabız basıncı) gözlemlenir.
- Kalp sesleri dinlenir, kan basıncı, kalp hızı/ritmi izlenir ve kaydedilir.
- Kardiyak output, kardiyak çalışma indeksi ve sol ventrikül vuruş indeksi, periferel nabız, kapiller geri

dolum, vücut sıcaklığı, ekstremitelerin rengi, periferel ödem, S₃-S₄ kalp sesi, kilo alımı, pulmonerarter arter wedge basıncı, santral venöz ve sağ atriyal basınç, elektrolit dengesini takip ederek, dengesizlik durumunda IV sıvılar ve diüretiklerin kullanımı yönetilir.

Kardiyak Outputta Azalma Komplikasyonu Riski Tanısı İçin Oluşturulan Hemşirelik Sonuçları NOC: Kardiyak pompa etkinliği, dolaşım durumu, vital bulgular, doku perfüzyonu; periferaldoku perfüzyonu: kardiyak¹⁵

Değerlendirme: Hastanın vital bulguları, saturasyonu normal sınırlarda, bilinci açıktı. PKG sonrası ilk 4-5 saat içerisinde hastanın soğuk ve nemli olan derisi ilerleyen saatlerde sıcak ve normal rengine döndü. 24 saatlik AÇT'de 1.gün balansı: 900cc, 2.gün balansı:450 cc, 3.gün balansı:300cc, siyanoz gelişmedi, juguler ven distansiyonu, akciğer ödemi gelişmesi ve disritmi yönünden sık aralıklarla EKG monitörizasyonu sağlandı. Hasta yatışının ilk gününe göre kendisini daha az yorgun ve güçsüz hissettiğini ifade etti. Hastada Kardiyak Outputta Azalma Komplikasyonu Riski gelişmedi.

Hemşirelik Tanısı -4: MI belirtilerinin hastada yaşattığı hislere, yaşam stili ve yaşamdaki rollerin değişimine, tedavi rejimini, tanı ve işlemleri anlamamaya ve gelecek kaygısına bağlı **Korku*** ve **Anksiyete****

***Alan 9: Başetme-Stres Toleransı Sınıf 2:Başetme Tepkileri Kod:00148**

****Alan 9: Başetme-Stres Toleransı Sınıf 2:Başetme Tepkileri Kod: 00146¹⁰**

Tanımlayıcı Özellikler: Erken öleceği ve bunun önemli yaşam sonuçlarına neden olacağı korkusu, hastalık durumunun hasta için önemli diğer kişiler üzerine olan olumsuz etkilerinden kaygılanma, uykusuzluk, güçsüzlük, yorgunluk, taşikardi, terleme

Amaçlar: Hastanın daha az endişeli olduğunu ifade etmesi, endişelerini açıklaması, günlük yaşam aktiviteleri yönetiminde işbirliği yapması, aktif olarak rehabilitasyon programlarına katılması, normal uyku örüntüsü, rahatlamış yüz ifadesi ve vücut hareketleri, stabil vital bulgular, diğer kişilerle etkileşim sağlama.

Hemşirelik Girişimleri (NIC)

Duygusal Destek, Başa Çıkma Teknikleri, Ağrı Yönetimi*, Çevre Yönetimi¹⁴

*Akut Ağrı hemşirelik tanısında açıklanmıştır.

Duygusal Destek-Tanım: Stresli zamanlar boyunca bireyi kabullenme, destekleme ve karşılıklı güvence sağlama

Alan 3. Davranışsal Sınıf: R Baş etmeye yardım Kod:5270¹⁴

- Bireyin durumu nasıl algıladığı, endişeleri, korkuları ve ikilemleri paylaşılır ve hasta duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir. Hastanın konuşmaktan utanmadığı ve suçlu hissetmediği konular tartışılır (Neler yaşadığınızı benimle paylaşın, en çok hangi konuda kaygılanıyorsunuz?).
- Hastayı destekleyici şekilde dokunulur. Korku ve anksiyete belirtileri gözlenir.
- Stresi azaltmada kullanılacak yöntemler anlatılır. Stresin azaltılması miyokardın iş yükünü azaltacağı gibi, miyokarda oksijen sunumunun azalmasına yardımcı olur.
- Ağrıyı azaltıcı girişimler planlanır.

Başa Çıkma Teknikleri-Tanım: Akut distres yaşayan hastanın anksiyetesini azaltmak

Alan 3. Davranışsal Sınıf: T: Psikolojik Rahatlığı Sürdürme Kod: 5880¹⁴

- Hastayla göz teması kurulur ve konuşulur.
- Aksiyete ya da korkuyu artıran durumlar azaltılır ve hastanın öfke ve korkularını ifade etmesi sağlanır. Hasta için önemli olan kişilerin varlığı tanımlanır ve ihtiyaç duyulduğunda hastanın yanında bulunması sağlanır.
- Anksiyete ile başa çıkma teknikleri (yavaş nefes alma teknikleri, dikkatini başka yöne çevirme, kasrelaksasyonu, dinleme, sakinleştirici müzikler) konusunda hasta bilgilendirilir ve tercih ettiği bir uygulama beraber yapılır.

Çevre Yönetimi-Tanım: Hastanın çevresini teropatik yarar, duyuşal itiraz ve psikolojik iyilik hali için değiştirme

Alan 4: Güvenlik Sınıf: V Risk Yönetimi Kod: 6480¹⁴

- Hastanın fiziksel ve bilişsel fonksiyon ile geçmiş davranışlarının hikâyesini belirleyerek hastanın güvenlik ihtiyaçları tanımlanır.
- Çevresel zararlar, uyarılar, aşırı gürültü kontrol altına alınarak mümkünse müzik dinlemesi sağlanır.
- Teropatik yarar sağlanması için ışıklandırma ayarlanır. Çevre ısısı hastanın ihtiyacına göre ayarlanır. Ziyaretçiler kısıtlanır.
- Monitor hastanın görüş alanı dışına çevrilir ve mümkün olduğunca ses uyarı azaltılır.
- Mümkünse hastanın tek odada yatması sağlanır.

Korku ve Anksiyete Hemşirelik Tanısı için Oluşturulan Hemşirelik Sonuçları (NOC): Anksiyeteyi kontrol etme, anksiyete düzeyi, korku kontrolü, korku düzeyi, ağrı düzeyi¹⁵

Değerlendirme: Hastanın göğüs ağrısı olduğu sırada anksiyetesinin daha da çok arttığı gözlemlendi. Hasta hayatını kaybetmekten ve ailesinin bu durumdan olumsuz etkilenmesinden çok korktuğunu belirtti.

Yatışının ilk gününde yoğun bakım çalışanlarına tedavi ve takiplerini yaptırma konusunda endişeli olan hasta, sonraki günlerde tedaviye uyum sağladı. Bu konudaki uyum ve davranış değişikliği izlemeye devam edilen hastanın anksiyetesi ve korkusu kısmen azaldı. Kardiyoloji kliniğine transferi sırasında klinik hemşirelerine hastanın durumu ile ilgili detaylı bilgilendirme yapıldı.

Hemşirelik Tanısı -5: Arteriyal damarın kanülizasyonu sonrası (postoperatif dönem) antikoagulan kullanımına bağlı **Kanama Riski¹⁰**

Alan 11. Güvenlik /Korunma Sınıf 2. Fiziksel Yaralanma Kod:00206

Amaçlar: Kanama durumu riskinin en aza indirilmesi

Hemşirelik Girişimleri (NIC)

İnsizyon Bölgesinin Bakımı, Kanama Önlemleri¹⁴

İnsizyon Bölgesinin Bakımı-Tanım: Sütür ve zımba ile kapatılan yaranın iyileştirilmesinin tanınması, temizlenmesi ve izlenmesi

Alan :2Fiziksel: Karmaşık Sınıf: L. Cilt / Yara Yönetimi

Kod: 3440¹⁴

- İnsizyon alanı enfeksiyon belirtileri, kızarıklık, akıntı, eviserasyon ya da açılma yönünden gözlemlenir.
- Drenajın özelliği kaydedilir ve insizyon alanının iyileşme süreci gözlemlenir. Uygun temizleme solüsyonu ile insizyon bölgesi temiz alandan kirli alana doğru temizlenir. Steril gazlı bezle insizyon alanı kapatılır.

Kanama Önlemleri-Tanım: Hemoraji ya da kanamayı tetikleyen uyarıların azaltılması

Alan:2 Fiziksel: Karmaşık Sınıf: N.DokuPerfüzyonYönetimi

Kod: 4010¹⁴

- Hasta kanama yönünden yakından takip edilir. Venöz giriş yerleri, kanama bulguları yönünden izlenir. Ortostatik vital bulgular izlenir. Aktif kanama boyunca yatak istirahati sağlanır. Şok belirti ve bulguları yönünden izlenir. Bireye öksürürken hapşırırken ya da kusarken insizyon bölgesini desteklemesi öğretilir.
- Kan kaybından önce ve sonra hemoglobin ve hematokrit değerleri kaydedilir. İsrarcı kanamanın belirti ve bulguları gözlemlenir. Gerekliyse kan ürünlerinin temini sağlanır (taze donmuş plazma, trombositler v.s.).
- Antikoagulan tedavide hasta; ekimoz, burun kanaması, dişeti kanaması, hematüri, siyah kırmızı renkli dışkı ve şiddetli kanama yönünden izlenir. Gerekliyse protrombin zamanı, parsiyeltromboplastin zamanının, fibrinojen, platelet sayımı testleri yapılır.

- Ağız bakımı yapılırken yumuşak uçlu diş fırçası kullanılır. Konstipasyondan kaçınılır ve hasta kanama belirtileri yönünden bilgilendirilir.

Kanama Riski Hemşirelik Tanısı için Oluşturulan Hemşirelik Sonuçları (NOC): Risk Kontrolü¹⁵

Değerlendirme: Hastanın PKG sonrası yoğun bakım takibinde sağ femoral arterde bulunan sheati 4. saatinde çekildi. El basısı ile kanaması durdurularak pansumanı yapılan hastanın sheat bölgesine 4 saat boyunca kum torbası konularak bölge sık aralıklarla kanama açısından takip edildi. Sheat bölgesinde herhangi bir kanama, ekimoz ve hematoma komplikasyonu gelişmedi.

Hemşirelik Tanısı -6: Periferik vasküler hastalık, vazospazm (iskemi), cerrahi girişim ve invaziv damar yolları, ilaç tedavileri, anksiyete ve stres olmasına bağlı **Akut Ağrı**

Alan 12:Konfor/ Rahatlık Sınıf 1:Fiziksel Konfor Kod: 00132¹⁰

Tanımlayıcı Özellikler: Ajitasyon, anksiyete, iritabilite, iç çekme, sıkışmışlık, terleme, kan basıncı ve nabızda değişimler, görsel ağrı skalası skoru 5.

Amaçlar: Kişi doyum veren yeterli, uygun önlemlen sonra ağrısının geçtiğini ve rahatladığını sözlü ve sözsüz olarak ifade etmesi.

Hemşirelik Girişimleri (NIC)

Ağrı Yönetimi, Analjezi Yönetimi¹⁴

Ağrı Yönetimi-Tanım: Hastanın ağrısını azaltmak ya da konfor düzeyi için ağrıyı hafifletmek

Alan 1: Fizyolojik: Temel Sınıf: E.Fiziksel Rahatlığı Sürdürme Kod: 1400¹⁴

- Göğüs ağrısının özelliği (yeri, süresi, sıklığı, şiddeti, yayılımı, ağrıyı başlatan, arttıran ve rahatlatan faktörler) değerlendirilir.
- Sözel olmayan ağrı göstergeleri gözlemlenir. Hastanın ağrı deneyimi ve baş etme yöntemleri hastayla değerlendirilir.
- Anksiyeteyi azaltmak için çevresel uyaranlar azaltılır.
- Yatak istirahati sağlanır.
- 12 Derivasyonlu EKG çekilir ve oksijen desteği sağlanır.
- Ziyaretçi sayısı azaltılır.
- Önerilen nitrogliserin ve morfin sülfat uygulanır.

Analjezi Yönetimi-Tanım: Ağrıyı azaltmak ve yok etmek için farmakolojik ajanların kullanımı.

Alan 1: Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: H İlaç Yönetimi Kod: 2210¹⁴

- İstem edilen analjezik ilaçların dozu, sıklığı kontrol edilir. Hastanın ilaç alerjisi öyküsü değerlendirilir.

Ağrının şiddetine göre uygulanacak analjezik belirlenir.

- IM enjeksiyonlardan ziyade IV enjeksiyonlar tercih edilir.
- Uygun protokollere göre analjezik hazırlanır. İlk doz analjezik uygulamasından önce ve sonra vital bulgular değerlendirilir. Analjezik uygulamalarından sonra belirli aralıklarla analjezinin etkisi değerlendirilir. Beklenmeyen bir etki görüldüğünde (özellikle baş dönmesi, solunum depresyonu, bulantı, kusma, ağızda kuruluk, konstipasyon) kaydedilir. Gelişen yan etkilere karşı girişimler belirlenir ve hekimle ile işbirliği içinde olunur.
- Hastanın sedasyon seviyesi değerlendirilir.

Ağrı Hemşirelik Tanısı için Oluşturulan Hemşirelik Sonuçları (NOC): Ağrı düzeyi, ağrı kontrolü, rahatlık düzeyi¹⁵

Değerlendirme: Hasta yoğun bakıma geldiğinde ağrı düzeyi görsel ağrı skalasına göre beş olarak değerlendirildi. Hastaya IV medikasyon olarak nitronal infüzyonu uygulandı. Hasta ağrısının azaldığını ve kendisini daha iyi hissettiğini belirtti. PKG sonrası 4. saatte sheat çekilirken kanama gelişmesini engellemek için uygulanan bası sırasında ağrı skoru 10 olan hastada bilinç kaybı gelişti ve hasta vagotoniye girdi (Kan Basıncı: 78/43 mmHg, kalp hızı:48/dk). Trandelenburg pozisyonu verilerek, hızlı izotonik sıvı desteği sağlanan hastanın hemodinamik durumu düzeldi. Yoğun bakım ikinci gününde göğüs ağrısı artan hastaya IV analjezik uygulandı. Hasta yatışının üçüncü gününde ağrı şikâyetinin olmadığını ifade etti.

TARTIŞMA

MI ve PKG sonrası hastanın ilk 72 saat içerisindeki izlemi, hastada gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ve kritik bir zaman dilimi olması sebebiyle, hemşirelerin hemodinamik monitörizasyon, kardiyak bakım, hemostazın sağlanması ve sonuçların değerlendirilmesinde yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir. Bu nedenle, MI sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için yapılması gereken değerlendirmeler arasında; fiziksel değerlendirme (ağrı durumu, deri, solunum, diğer fiziksel bulgular), psikolojik değerlendirme (anksiyete, konfüzyon) ve fizyolojik değerlendirme (kan basıncı, EKG, idrar çıkışı, kan şekeri) önemli yer tutmaktadır. Bu değerlendirmelerin doğrultusunda yoğun bakım izleminin ilk 72 saati boyunca akut ağrı, gaz değişiminde bozulma, korku ve anksiyete, kanama riski, kardiakoutputta azalma komplikasyonu riski, sıvı volüm dengesizliği riski ve kanama riski tanıları ile takip edilmiştir.

58 yaşındaki olguda AMİ belirtileri; geçmeyen mide ağrısı şikâyeti ile ortaya çıkmıştır. Hastaya, hastaneye başvurusunda yapılan kan tetkikleri, EKG ve koroner anjiyografi sonucunda Akut Yaygın AnteriorMİ tanısı konulmuş ve acil kardiyak kateterizasyonu ile balon ve stent uygulaması yapılmıştır. PKG sonrası koroner yoğun bakıma transfer edilen hasta sheat çekimi işlemi sırasında vagatoniye girmiş ve yapılan müdahale sonrasında hastanın hemodinamik durumu düzelmiştir. Sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişmeyen ve durumu stabilize olan hasta, yatışının üçüncü gününde kardiyoloji kliniğine transfer edilmiştir.

SONUÇ

Ülkemizde morbidite nedenlerinin ilk sırasında yer alan kalp hastalıkları, sağlık alanında güncelliğini korumaya devam etmektedir^{16,17}. Vücutta kalbin fonksiyonel görevinin öneminden dolayı kalp sağlığı ile ilgili problemleri kısa sürede çözmek hasta sağlığındaki başarıyı yükseltmede son derece önem arz etmektedir. AMİ hastasında oluşan komplikasyonların çözülmesi, risk faktörlerinin azaltılabilmesi, hastanın yaşama uyumunun kolaylaştırılması, hastalığın semptomlarından duyulan rahatsızlığın ve stresörlerin tanınarak iyi ve kaliteli bir bakımın sağlanmasında hemşirenin bütüncül sağlık anlayışı ile bakım vermesi çok önemlidir. Yeterli, yerinde ve kaliteli bakım için hemşirelerin sistematik yaklaşım ile standardize edilmiş bir bakım süreci kullanması gerekmektedir⁷. Bunun için her alanda ve her ortamda hemşirelerin yerine getirdiği işlemleri-girişimleri tanımlamak üzere yaygın olarak NIC sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır. NIC sınıflandırma sistemi kullanımı; hastaya ilişkin hemşirelik girişimlerinin planlanmasını kolaylaştırmakta, hastaya uygulanacak bütün girişimlere aynı anda ulaşılmasına olanak sağlamakta ve bakımın sürdürülmesinde bir rehber olarak güvenilir bir kaynak oluşturmaktadır. Bu olgu sunumunda AMİ geçirmiş bir hastanın yoğun bakım sürecinde tanımlanan hemşirelik tanıları Gordon'nun Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre ele alınmış ve NIC ışığındaki hemşirelik girişimleri kullanılarak açıklanmaya çalışılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Kudat H, Erzenin F. Akut Miyokard İnfarktüsünde Klinik. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences. 2007;3(7):7-11.
2. Kurtul A. Akut Miyokard İnfarktüsünde Patofizyoloji Nedir? Klinik Bulguları Nelerdir? Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology Special Topics. 2009;2(2):1-6.
3. Akut Miyokard İnfarktüsü Tedavi Kılavuzu [20.10.2015]. Available from: <http://old.tkd.org.tr/kilavuz/k07.htm>.
4. Katırcıbaşı T, Çamsarı A, Döven O, Pekdemir H, Akkuş N, Çiçek D, et al. Perkütan koroner girişimler sonrası femoral vasküler komplikasyonlar. Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2004;4(1):39-44.
5. Lins S, Guffey D, VanRiper S, Rogers EK. Decreasing vascular complications after percutaneous coronary interventions

- partnering to improve outcomes. American Association of Critical Care Nurses. 2011;26(6).
6. Enç N, Umman S, Ağırbaşı M, Altıok M, Şenuzun F, Uysal H. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde hemşirelik bakım kılavuzu. İstanbul: Türk Kardiyoloji Derneği. 2007:13.
7. Erdemir F. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri: Klinik Uygulama, Eğitim, Araştırma ve Yönteminde Kullanımı (Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı). In: Firdevs Erdemir EY, editor. Hemşirelik tanıları nedir ve ne değildir? NANDA hemşirelik tanıları taksonomisi: Taksonomi II. Ankara: Başkent Üniversitesi Basın Yayın Halkla İlişkiler Bürosu 2003. p. 17-41.
8. Ay F. Uluslararası alanda kullanılan hemşirelik tanıları ve uygulamaları sınıflandırma sistemleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2008;28:555-61.
9. Birol L. Hemşirelik süreci: hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. 10 ed: Dumat Ofset Matbaacılık; 2009. 180-99 p.
10. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2015-17 10 ed. Oxford: WILEY Blackwell; 2014.
11. Lunney M. Helping Nurses Use NANDA, NOC, and NIC: Novice to Expert. Journal of Nursing Administration. 2006;36(3):118-25.
12. Kautz DD, Van Horn ER. An Exemplar of the Use of NNN Language in Developing Evidence-Based Practice Guidelines. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 2008;19(1):14-9.
13. Hwang J-I, Park H-A. Exploring the usability of the ISO reference terminology model for nursing actions in representing oriental nursing actions. International Journal of Medical Informatics. 2009;78(10):656-62.
14. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JMMC, Wagner C. Nursing Interventions Classification (NIC): Elsevier Health Sciences; 2013.
15. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes: Elsevier Health Sciences; 2014.
16. Tosun N, Erkoç Y, Buzgan T, Keskinlik B, Aras D, Yardım N. Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik stratejik plan ve eylem planı (2010-2014). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. 2010:9.
17. Şencan İ, Keskinlik B, Ekinci B, Öztemel A, Sarıoğlu G, Çobanoğlu N, et al. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Programı (2015-2020). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. 2015:6.