

## YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TEDAVİ EDİLEN TRAVMALI GERİATRİK HASTANIN GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİNE GÖRE HEMŞİRELİK BAKIMI

### THE NURSING CARE OF THE GERIATRIC PATIENT WITH TRAUMA TREATED IN INTENSIVE CARE UNIT BASED ON THE GORDON'S FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS MODEL

Seda ER<sup>a</sup>, Vildan KOCATEPE<sup>b</sup>, Gamze KAHRAMANTÜRK<sup>c</sup>, Esra UĞUR<sup>d</sup>

**ÖZ** Tüm dünyada 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun artması ile birlikte sağlık hizmetlerinin yaşlı nüfus tarafından kullanımı da artmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) tedavi gören hastaların çoğunu yaşlı hastalar oluşturmaktadır. Yaşa bağlı kardiyovasküler ve solunum sistemi fonksiyonlarında azalmalar, sindirim sistemi ve üriner sistemde meydana gelen değişimler, duyuşal ve motor işlevlerde bozulmalar ve travmalar yoğun bakım sürecini daha karmaşık hale getirmektedir. Bu olgu analizi; araç dışı trafik kazası sonrası YBÜ'de tedavi edilen travmalı geriatrik hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeline göre hemşirelik bakımını gerçekleştirip, bakım süreci ile ilgili literatüre katkı sağlamak amacıyla planlanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik bakımı, travma, yaşlı, yoğun bakım ünitesi

**ABSTRACT** Together with the increase of the elderly population aged 65 and over throughout the world, the use of the healthcare services by the old people has increased. Most of the patients treated in intensive care unit (ICU) are geriatric patients. Due to increased age, decreases in the cardiovascular and respiratory system functions, the changes in the digestive and urinary system, impairment in the sensory and motor functions and traumas make the intensive care process more complicated. This case analysis was designed to carry out the nursing care of the geriatric patient with trauma treated in intensive care unit after an extravehicular traffic accident based on the functional health patterns model of Gordon and contribute to the literature regarding the care process.

**Key words:** Nursing care, trauma, elderly, intensive care unit

## GİRİŞ

Geriatri hemşireliği; yaşlılara özgü bakım gereksinimlerini anlamak, değerlendirmek, yaşlı bireyler ve bakım vericilerini de kapsayan hemşirelik girişimlerini planlamak ve uygulamak ile ilgili bilgi ve becerileri kapsamaktadır.<sup>1</sup> Tüm dünyada 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun artması ile birlikte sağlık hizmetlerinin yaşlı nüfus tarafından kullanımı da artmaktadır.<sup>2</sup> Yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) tedavi gören hastaların çoğunu yaşlı hastalar oluşturmaktadır.<sup>3</sup> Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada YBÜ' de yatan hastaların %60'nın 65 yaş ve üstü hastalar olduğu belirtilmiştir.<sup>4</sup> Ülkemizde ise bu oran %46 olarak bulunmuştur.<sup>5</sup> Yaşlanma ile birlikte hücre, doku, organ ve sistem işlevlerinde azalma görülmektedir.<sup>6</sup> Yaşa bağlı kardiyovasküler ve solunum sistemi fonksiyonlarında azalmalar olmaktadır.<sup>7</sup> Yaşlı bireylerde sindirim sisteminde meydana gelen bağırsak motilitesinin yavaşlaması ve bazı enzimlerin etkinliğinin azalması sonucu hazımsızlık,

diyare, konstipasyon gibi sorunlar görülmektedir.<sup>8</sup> Yaşla beraber böbrek boyutlarında küçülme ve renal kan akımında azalma meydana gelmektedir. Buna bağlı olarak YBÜ'ye yatırılan geriatrik hastalarda görülen diğer önemli sorun da sıvı-elektrolit dengesizlikleridir.<sup>6,9</sup> Travma sonrası görülebilen renal hipoperfüzyon iskemik akut böbrek yetmezliğine sebep olmaktadır.<sup>10</sup> Yaşlılarda böbrek fonksiyonlardaki gerilemeye bağlı olarak gelişen asit-baz bozuklukları da akut böbrek yetmezliğine yatkınlığı artırmaktadır.<sup>10</sup> Bunlara ek olarak derinin kalınlığının ve kanlanmasının azalması yaşlılarda basınç yarası oluşum riskini arttırmaktadır.<sup>7</sup> YBÜ' ye yatırılan yaşlı hastalar genç hastalara göre daha fazla mortalite ve morbitide oranlarına sahip olduğu için ayrıcalıklı ve karmaşık bir hasta grubunu oluşturmaktadır.<sup>7,11</sup>

Yaşlılarda görme gibi duyuşal işlevlerin azalması, reflekslerin azalması, denge ve hareket koordinasyonunun bozulması gibi durumlar travmayı önleme ve bu insanlar

Geliş Tarihi/Received:05.12.2018; Kabul Tarihi/Accepted:19.04.2019

<sup>a</sup> Hemşire, Fransız Lape Hastanesi, Geropsikiyatri Servisi, İSTANBUL

<sup>b</sup> Öğr. Gör., Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İSTANBUL

<sup>c</sup> Hemşire, Cıbadem Maslak Hastanesi, Genel Yoğun Bakım Ünitesi, İSTANBUL

<sup>d</sup> Doç. Dr., Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İSTANBUL

Yazışma Adresi/Correspondence: Seda ER

E-posta: sedacengiz534534@gmail.com

arasındaki travmadan kaynaklanan stresle başa çıkma kabiliyetini azaltmaktadır. Travmayı takiben ortaya çıkan metabolik ve endokrin yanıtlar yaşlılarda genç ve yetişkinlere göre farklılık göstermektedir.<sup>12</sup> Travma; geriatrik yaşlı gruplarında en sık ölüm nedeni olmasa da genç hastalarla karşılaştırıldığında, geriatrik hastalarda mortalite oranı daha fazla saptanmıştır.<sup>13</sup> Travma ve yaşlılığın getirdiği problemler yoğun bakım sürecini daha karmaşık hale getirmektedir.

Yoğun bakım üniteleri birçok invaziv ve noninvaziv girişimin uygulandığı, mortalite ve morbitide oranlarının yüksek olduğu ünitelerdir.<sup>14</sup> Bu nedenle sağlık ekibi içerisinde hemşireler; tedavi ve bakım alan hastalara bireyselleştirilmiş ve kanıta dayalı uygulamalara dayanan bakımın sağlanmasında profesyonel bilgi ve becerilerini kullanmak ile sorumludur.<sup>14</sup> Hemşirelik bilgi birikiminde model ve kuramlar, hemşirelik süreci ve hemşirelik sınıflama sistemleri önemli bileşenleri oluşturmaktadır.<sup>15</sup> Hemşirelik sürecinin ilk aşaması olan tanılamının doğru ve eksiksiz yapılması, aynı şekilde verilerin analiz edilmesi ve sürecin diğer aşamalarına geçilmesi hemşirelik modelleri ile mümkün olmaktadır.<sup>15</sup> Gordon tarafından geliştirilen ve bireyin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesini sağlayan Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Modeli hastaların bakım sorunlarını belirlemede etkili bir modeldir.<sup>16</sup> Bireylerin gereksinimlerinin 11 fonksiyonel alanda açıklandığı model; sistematik ve standardize bilgi toplamayı ve bilginin hemşirelik bakış açısı ile analiz edilmesini sağlamaktadır.<sup>17</sup> Bu olgu analizinde YBÜ'de tedavi edilen travmalı geriatrik hastanın hemşirelik bakımı; bireyselleştirilmiş ve kapsamlı veri toplama ve hemşirelik bakış açısı ile verilerin analizini sağlayan FSÖ modeli kullanılarak planlanmıştır. Bu olgu analizi; araç dışı trafik kazası sonrası YBÜ'de tedavi edilen travmalı geriatrik hastanın FSÖ'ye göre hemşirelik bakımını gerçekleştirip, bakım süreci ile ilgili literatüre katkı sağlamak amacıyla yapılmıştır.

## OLGU

80 yaşındaki erkek NA acil servise araç dışı trafik kazası sebebiyle başvurmuştur. Sistemik bir hastalığı ve bilinen bir alerjisi olmayan NA'nın sürekli kullandığı bir ilacı bulunmamaktadır. Sol iliak kemikte fraktür, yüzde ve orbitada parçalı kırıklar ile gözlerinde laserasyonları mevcut olan NA solunumsal

asidoz nedeniyle entübe edilmiştir. 'Diagnostik Laporektomi ve Kolon Rezeksiyonu' ameliyatı olan NA'ya 'İleus' tanısı konmuş, sigmoid kolon iskemisi sebebiyle sigmoid kolonda kolostomi açılmıştır. Kanda BUN, üre ve kreatinin değerlerinde artış ve oligüri belirlenen NA'da metabolik asidoz tablosu gelişmiş, akut böbrek yetersizliği tanısı konulmuştur. NA'ya hemodiyalizasyon uygulanmaya başlanmıştır. NA'ya renal perfüzyonun ve bronkodilatasyonun sağlanması, analjezik, profilaktik, antibakteriyel amaçlı ve beslenmeye yönelik tedavi uygulanmıştır.

## YÖNTEM

NA, YBÜ'de çalışan bir hemşire ve bir araştırmacı tarafından 14 gün boyunca takip edilmiş ve FSÖ modeli doğrultusunda hemşirelik bakımı verilmiştir. Olgu sunumu için Acıbadem Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

Hastanın değerlendirilmesinde standardize veri toplamayı kolaylaştıran ve bireyleri biyopsikososyal açıdan kapsamlı şekilde değerlendiren Gordon'un FSÖ modeli kullanılmıştır. Hastanın yoğun bakım takibi sürecinde yapılan hemşirelik bakımı, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği "North American Nursing Diagnosis Association NANDA" tarafından onaylanan hemşirelik tanıları kullanılarak NIC hemşirelik girişimleri ve NOC bakım sonuçlarının sınıflandırılması doğrultusunda sunulmuştur. NIC sınıflandırma sistemi kullanımı; hastaya uygulanabilecek girişimlere ulaşılmasına olanak sağlamak ve bakımın planlanmasında kaynak oluşturmaktadır.<sup>18</sup> NOC, uygulanan hemşirelik girişimlerinin hasta üzerinde etkisini saptamak amacıyla hasta sonuçlarının standart hale getirilmiş bir sınıflamasıdır.<sup>19</sup> Günümüzde sağlık alanında sık duyulan Kanıta Dayalı Uygulama (KDU), hemşirelikte profesyonel gelişiminin ayrılmaz bir parçası olduğundan hemşirelik bakım planındaki girişimler kanıt düzeyleri ile birlikte verilmiştir. Kanıt düzeylerinin belirlenmesinde Joanna Briggs Kanıt Düzeyleri (KD) temel alınmıştır.<sup>20</sup>

## Hastanın Sağlık Öyküsü'nün Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Değerlendirilmesi

**1. Sağlık Algılanması ve Sağlık Yönetimi:** NA entübe olduğu için koruyucu sağlık davranışları konusunda bilgi alınamamıştır. NA'nın daha önce hastaneye

yatışı, sistemik hastalık öyküsü ve kullandığı ilaç yoktur. NA'nın pozisyon verme, pansuman değiştirme vb. işlemlerde yüzünü buruşturarak, elleriyle batın bölgesini göstererek ve işlem sırasında direnç uygulayarak ağrı ifade ettiği gözlemlenmiştir. Hastanın bilinç düzeyi Level Of Consciousness (L.O.C) ile 2 olarak değerlendirilmiştir. Davranışsal ağrı skalasına (DAS) göre değerlendirildiğinde NA'nın DAS sonucu 7 olarak saptanmıştır.

**Hemşirelik Tanısı 1:** Akut Ağrı

**NOC** Ağrı düzeyi, rahatlık düzeyi **NIC**

Ağrı yönetimi, ilaç düzeyinin yönetimi

**İlgili Faktörler:** Kas iskelet sistemindeki bozukluklar, kırıklar, doku travması, enflamasyon

**Belirti ve Bulgular:** Ağrılı vücut bölgesini koruyucu davranma, yüzünü buruşturma, suratını buruşturma, DAS puanı: 7

**Hedefler:** Hastanın ağrı değerinin davranışsal ağrı skalasına göre 5 ve altında bir değer olması

**Girişimler:**

- Hasta 'Davranışsal Ağrı Skalası' na göre değerlendirilecek (KD: III.1).<sup>21</sup>
- Ağrının yeri ve ağrıyı arttıran durumlar hastanın davranışlarıyla belirlenecek (KD: III.1).<sup>22</sup>
- Hastaya ağrı deneyimi yaşatacağını düşünülen işlemler en az ağrı yaşatılacak şekilde destek alınarak uygulanacak (KD: IV).<sup>22</sup>
- Hastanın istem edilen opioid/analjezikleri 8 doğru ilaç ilkesine göre uygulanacak (KD: III.1).<sup>22</sup>
- Analjezik tedaviyi uygularken tedavinin yan etkileri (solunum depresyonu, aşırı sedasyon, bulantı, kusma, konstipasyon) gözlemlenecek (KD: III.1).<sup>22</sup>

**Hemşirelik Tanısı 2:** Düşme Riski

**NOC** Risk kontrolü, güvenlik durumu **NIC**

Düşmeyi önleme, çevrenin yönetimi

**İlgili Faktörler:** Sedatif ilaç kullanımına sekonder çevredeki tehlikelerin farkında olmama, ilerlemiş yaşa sekonder duyuşsal fonksiyonlarda (gözlerde laserasyonlar) bozukluk, travma öyküsü, uzun süre yatak istirahati

**Hedefler:** Hastanın hospitalizasyon süreci boyunca düşme deneyimlememesi

**Girişimler:**

- Düşme riskini önlemek için hastanın kullandığı ilaçlar değerlendirilecek.

- Hastanın kullandığı bilinen, yüksek riskli ilaç varlığı belirlenecek (KD: I).<sup>23</sup>
- Hastanın bilinci değerlendirilecek (L.O.C Skalası:2) (KD: IV).<sup>24</sup>
- Hasta; yaşı, düşme hikayesi, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar gibi kriterlerin sorgulandığı uygun bir skala ile değerlendirilecek (Düşme Riski Skor:19) (KD: IV).<sup>24</sup>
- Yatak kenarlıkları kaldırılacak (KD: IV).<sup>24</sup>
- Yatak en alt seviyede tutulacak (KD: IV).<sup>24</sup>
- Yatak freninin kapalı olduğundan emin olunacak (KD: IV).<sup>24</sup>
- Sedasyon alan hastaya düşme riski kol bandı takılacak (KD: IV).<sup>24</sup>

**2. Beslenme ve Metabolik Durum:** NA total parenteral nutrisyon ile sürekli infüzyon şeklinde beslenmiştir. NA'ya üriner katater ve hemofiltrasyon katateri takılmıştır. NA'nın laboratuvar değerleri; BUN: 36 mg/dl, Üre: 77,04 mg/dl, Kreatinin: 1,07 mg/dl, Albumin: 2.59 g/dl şeklinde bulunmuştur. NA'ya hemodiyafiltrasyon uygulanmış ve Ca<sup>+2</sup>-Sitrat düzeyleri kontrol edilmiştir. NA'da travma sonucu hiperglisemi tablosu gelişmesi nedeni ile (Açlık Kan Glukoz Düzeyi: 400 mg/dl) Humulin-R infüzyon tedavisi başlanmıştır. NA'nın hemodinamik monitorizasyonu arteriyel katater ve santral katater ile yapılmıştır.

**Hemşirelik Tanısı 3:** Elektrolit Dengesizliği Riski

**NOC** Sıvı dengesi, risk yönetimi **NIC**

Sıvı Elektrolit yönetimi

**İlgili Faktörler:** Travma, çoklu ilaç kullanımı, renal perfüzyonda bozulma, hemodiyafiltrasyon

**Hedefler:** Hastada gelişebilecek elektrolit dengesizliği komplikasyonun erken fark edilmesi

**Girişimler:**

- Hastanın yaşam bulguları kontrol edilecek, aldığı/çıkarıldığı sıvı miktarı takibi yapılacaktır (KD: IV).<sup>25</sup>
- Sıvı elektrolit dengesizliklerini gösteren belirti ve bulguları (Hipertermi, uykuya eğilim, halsizlik, deri turgorunda bozulma, nabız ve kan basıncı düzensizlikleri vb.) gözlemlenecek (KD: IV).<sup>25</sup>
- Hastanın boyun venlerinde dolgunluk, belirgin ödem, kalp seslerinde anormal

bulgu ve solunum güçlüğü gibi sıvı volüm artışı bulgularının düzenli izlemi yapılacak (KD: IV).<sup>25</sup>

- Hastanın hemodiyaliz esnasında hipovolemi, hiperpotasemi ve kullanılan diyalizat solüsyonları ile ilişkili elektrolit dengesi düzenli aralıklarla takip edilecek (KD: IV).<sup>26</sup>

**3. Boşaltım:** NA'nın sigmoid kolonunda kolostomi mevcuttur. Bağırsak sesleri 2/dk olan NA'nın gaz çıkışı vardı ancak defakasyon çıkışı sürüntü şeklindeydi.

**4. Hareket/Aktivite:** NA öz-bakım ihtiyaçlarını karşılamada bağımlıdır. NA'nın işlem sırasında üst ekstremitelerinde 5/4 kuvvetinde direnç, sağ alt ekstremitesinde 5/2 kuvvetinde direnç ve sol alt ekstremitesinde 5/1 kuvvetinde direnç uyguladığı gözlemlenmiştir. NA'nın "Diagnostik Laporektomi ve Kolon Rezeksiyonu" operasyonu sonucu ameliyathanede gelişen sol tibia üzerinde, sağ bacak içi ve sol skrotum üstünde evre iki basınç yaraları mevcut idi. Hemofiltrasyon kateterinin çıkma riski nedeniyle hekim tarafından pozisyonla ilgili kısıtlama getirilmiştir ancak NA'nın kısıtlılıkları oranında bir miktar perfüzyona izin verecek şekilde daha sık ve küçük pozisyon değişiklikleri ile hareketliliği sağlanmaya çalışılmıştır. NA BIPAP (İki seviyeli pozitif havayolu basıncı) modda %60 O<sub>2</sub> ile ventile edilmekteydi. Solunum sayısı dakikada 18/dk, oksijen saturasyonu %98 şeklinde idi. Kan gazı değerleri ise pH: 7.42, PaCO<sub>2</sub>: 43.6 mmHg, HCO<sub>3</sub>: 25.7 mmol/L şeklindeydi.

**Hemşirelik Tanısı 4:** Doku Bütünlüğünde Bozulma

**NOC** Deri ve mukoz membranlar **NIC**

Bası yönetimi, bası yaralarının bakımı

**İlgili Faktörler:** Deri vaskülaritesinin azalması, immobilitate ve basınç etkisi, hipoalbumini ve beslenmede değişim, cerrahi operasyon ve mekanik travma, renal yetersizlik

**Belirti ve Bulgular:** Hastanın Basınç Ülseri İyileşme (PUSH) Ölçeği'ne göre dermal dokudaki sol tibia basınç ülseri boyutunun 5.0 cm<sup>2</sup> olması, olgunun PUSH ölçeğine göre dermal dokudaki sağ bacak içi basınç ülseri boyutunun 4.0 cm<sup>2</sup> olması, olgunun PUSH ölçeğine göre dermal dokudaki sol scrotum üstü basınç ülseri boyutunun 5.0 cm<sup>2</sup> olması

**Hedefler:** Hastanın basınç ülsesinde ilerleme olmaması, hastanın PUSH ölçeğine göre dermal

dokudaki sol tibia ve sol skrotum üstü basınç ülseri boyutunun 5.0 cm<sup>2</sup> altında olması, hastanın PUSH ölçeğine göre dermal dokudaki sağ bacak içi basınç ülseri boyutunun 4.0 cm<sup>2</sup> altında olması

**Girişimler:**

- PUSH Ölçeği ile hastanın yarası değerlendirilecek (KD: IV).<sup>27</sup>
- Basınç ülseri ile karşılaşıldığında ilk değerlendirme yapılacak ve ülser haftada en az bir kez tekrar değerlendirilecek, bulgular kayıt edilecek (KD: IV).<sup>27</sup>
- Her pansuman değişiminde, basınç ülseri tedavinin değiştirilmesini gerektiren belirti ve bulgular açısından gözlemlenecek (Eksüdanın azlığı veya fazlalığı, enfeksiyon belirtileri vb.) (KD: IV).<sup>27</sup>
- Vücut pozisyonunda sık majör değişimleri tolere edemeyen hastada, bir miktar perfüzyona izin verecek şekilde daha sık ve küçük pozisyon değişiklikleri göz önünde bulundurulacak (KD: II).<sup>28</sup>
- Tüpler, sıvı setleri gibi tıbbi araçların deri üzerinde basınç oluşturmamasına dikkat edilecek (KD: IV).<sup>27</sup>

**Hemşirelik Tanısı 5:** Yatak İçi Mobilitede Bozulma

**NOC** Eklem hareketi: aktif, hareket düzeyi **NIC**  
Egzersiz geliştirme: pozisyon verme

**İlgili Faktörler:** Yatak içi amaçlı hareket yeteneğinin olmaması

**Belirti ve Bulgular:** Yatak içi amaçlı hareket yeteneğinin olmaması

**Hedefler:** Hastanın yatak içi mobilizasyonun sağlanması

**Girişimler:**

- Hastanın motor işlevleri değerlendirilip, kayıt edilecek (kas gücü, kas tonüsü, yatakta hareket yeteneği) (KD: IV).<sup>29</sup>
- Hastanın aktivite durumuyla ilgili fizyoterapist ile iş birliği yapılacak.
- Günde bir kere fizyoterapist ile birlikte hastaya pasif Range Of Motion (ROM-Eklem Açıklığı Hareketleri) egzersizleri yaptırılacak (KD: IV).<sup>29</sup>
- Hastaya 2 saatte bir omuzlarından yastıklarla desteklenerek pozisyon verilecek (Yarım sağ/sol dönüşler) (KD: IV).<sup>29</sup>

- Hareketsizliğin diğer sistemler üzerindeki etkileri değerlendirilecek (KD: IV).<sup>29</sup>

**5. Bilışsel Algılama:** NA'nın bilinç düzeyi (Level Of Consciousness- L.O.C) 2 idi. "Elimi sık" emrine amaca yönelik yanıt vermekte ve işlemler sırasında uyarılara direnç gösterebilmekteydi. Travmaya bağlı gözlerinde laserasyonlar mevcuttu.

**6. Uyku/Dinlenme:** NA'nın yoğun bakım sürecinde geceleri gündüzlere göre daha sakin olduğu gözlemlenmiştir.

**7. Kendini Algılama ve Kavrama Biçimi:** NA entübe olduğu için bilgi alınamamış ve değerlendirilememiştir.

**8. Rol ve İlişki:** Hasta emekli ve iki çocuk babasıydı. Ailesi tarafından sık ziyaret edilmemekteydi. Mekanik ventilasyona bağlı olduğu için sözel iletişim kurulamamış ve aile içi rolleri hakkında yeterli bilgi alınamamıştır.

**Hemşirelik Tanısı 6:** Sözel İletişimde Bozulma  
**NOC İletişim:** ifade etme  
**NIC** Aktif dinleme, iletişimi güçlendirme

**İlgili Faktörler:** Travma, endotrakeal entübasyon

**Belirti ve Bulgular:** Konuşma yeteneğinde azalma-kısıtlanma

**Hedefler:** Hastayla iletişimin sağlanması ve sürdürülmesi

**Girişimler:**

- Odadaki gereksiz sesler elimine edilecek. (TV, radyo vb.) (KD: IV).<sup>30</sup>
- İletişimi geliştirmek için hastayla dokunma ve beden hareketleri temas edilecek (KD: IV).<sup>30</sup>
- Hastanın sözel olamayan iletişim yolları değerlendirilecek. (KD: IV).<sup>30</sup>
- Hastaya yapılan işlemler öncesinde hastaya bilgi verilecek, iletişimin devamlılığı sağlanacak (KD: IV).<sup>30</sup>

**9. Cinsellik ve Üreme:** Yapılan genital muayenede testisler hafif kızarıklık ve ödeme bağlı şişlik gözlemlenmiştir.

**10. Baş etme/Stres Toleransı:** Stres düzeyi ve baş etmesi değerlendirilemeyen NA'nın içinde bulunduğu stresörler; yoğun bakım ortamında bulunması, travma kaynaklı akut ağrısı, yatış sürecinde aile ziyareti sayısının az olması şeklinde tanımlanmıştır.

**11. İnanç-Değer:** NA'nın İslam dinine mensup olduğu öğrenilmiştir. Mevcut tedavisi sırasında ailesinin tedavisini etkileyecek herhangi bir dini uygulama yaptığı saptanmamıştır.

## OLGU ANALİZİ

Araç dışı trafik kazası sonucu YBÜ'de tedavi ve takip edilen geriatrik hastanın FSÖ modeline göre 11 fonksiyonel alanda değerlendirilmesi yapılmıştır. Sağlığın değerlendirilmesi kapsamında olguya "Akut Ağrı" tanısı konulmuştur. Olgunun pozisyon verme sürecinde ağrı deneyimlediği DAS'a göre gözlemlenmiştir. Pozisyonun bir hemşire ve bir sağlık destek personeli tarafından, olgunun kısıtlılıklarına uygun ve yastıklardan destek alınarak verilmesi sağlanmıştır. Olgunun tedavi planında yer alan analjezikler uygulanmıştır ancak pozisyon verme sürecinde olgunun DAS puanı 6 ve üzerinde gözlemlenmiştir. Hedefe ulaşılamamıştır. Hastaya sedatif analjezik uygulanmıştır. Bununla beraber ilerlemiş yaş, uzun süreli yatak istirahati ve orbitada leserasyon ve kırıklar sonucu "Düşme Riski" hemşirelik tanısı ele alınmıştır. Olgunun uyanık ve "Elimi sık, elini indir" gibi sözlü emirlere yanıt verdiği gözlemlendi, L.O.C değerlendirmesi yapıldı. Hastanın takip edildiği süre boyunca, olgu düşme deneyimlememiştir. Ancak risk devam etmektedir.

Hastada akut böbrek yetmezliği ve hemodiyafiltrasyona bağlı "Elektrolit Dengesizliği Riski", beslenme ve metabolik durum fonksiyonel alan içinde ele alınmıştır. Tedavi planı çerçevesinde 4 saatte bir hastanın arterial kan gazı sonucu değerlendirilmiştir. Mevcut tanısı, hemodiyafiltrasyon nedeniyle volüm kaybı, diüretik kullanımı gibi nedenlerle gelişen metabolik alkaloz tablosu hastanın hekimine bildirilmiş ve takibi yapılmıştır. Hastada takip süresi boyunca başka asit-baz dengesizliği tablosu gözlemlenmemiştir.

Hastada var olan basınç yaraları nedeniyle "Doku Bütünlüğünde Bozulma" tanısı konmuştur. Takip edildiği süre içerisinde pozisyon verme ve pansuman değişimleri sırasında basınç yaraları değerlendirilmiştir. 2 hafta sonunda mevcut basınç yaraları PUSH ile değerlendirildiğinde, basınç yaralarında iyileşme ya da boyutlarında ilerleme gözlemlenmemiştir. Hastada yeni basınç yarası oluşmamıştır. Hareket/aktivite fonksiyonel alanında, olgunun amaçlı yatak içi hareketinin olmaması nedeni ile "Yatak İçi Mobilizasyonda Bozulma" tanısı konulmuştur. Hastaya takip edildiği süre boyunca 2 saat aralıklarla pozisyon verilmiş, fizyoterapist ile beraber ROM egzersizleri uygulanmıştır. Hastanın yatak içi amaçlı hareket yeteneği olmamakla birlikte,

yapılan egzersiz ve pozisyon değişimleri ile yatak içi mobilizasyonu sağlanmıştır.

Rol ve ilişki kapsamında hastaya “Sözel İletişimde Bozulma” tanısı konulmuştur. Hasta ile endotrakeal entübasyon nedeni ile sözel iletişim kurulamamıştır. Ancak yapılacak her işlem öncesi ve sonrası (pozisyon verme, bakım zamanı, pansuman değişimi vb.) hastaya sözlü bilgilendirilme yapılmıştır.

Sonuç olarak, Gordon’un FSÖ modelinin geriatrik hastaların bütüncül değerlendirilebilmesinde uygun olduğu düşünülmektedir. Bu makalenin, YBÜ’de tedavi edilen travmalı geriatrik hastaların hemşirelik tanıları ve kanıta dayalı hemşirelik girişimleri açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Mezey M, Bickford C, Schumann MJ, Mariano C, Handberg E, Sutermaster DJ. Specialty nursing scope and standards of practice: incorporating content about the care of older adults. *Geriatric Nursing* 2007; 28(6): 23-28.
2. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı geriatrik değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi* 2010; 49(10): 19-30.
3. Özşaker E, Alcan AO, Korkmaz FD. Yaşlı hastaların yoğun bakım deneyimlerinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2013; 16(4): 408-413.
4. Marik PE. Management of the critically ill geriatric patient. *Crit Care Med*. 2006; 34(9): 176-182.
5. Topeli A. The outcome of the geriatric patients in the icu. *Critical Care* 2001; 5(1): 249.
6. Pehlivan S, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 2(3): 385-395.
7. Topeli A. Yoğun bakım ünitesi'nde geriatrik hasta. *Turkish Journal of Geriatrics* 2000; 3(4): 151-154
8. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2010; 2(2): 19-23.
9. Aydoğan Ü, Onar T, Nerkiz P. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler. *GeroFam* 2011, 2(3): 1-12.
10. Karadağ F, Tanrıverdi MH. Akut böbrek yetersizliği. *Konuralp Tıp Dergisi* 2010; 2(1):46-52.
11. Erden İA, Kara D, Ayhan B, Uzun Ş. Geriatrik hasta ve yoğun bakım. *Akademik Geriatri Dergisi* 2010; 4: 115-119.
12. Eser M, Keten A, İçme F, Kılınç İ, Keten HS. Investigation of traffic accidents in geriatric age group. *Turkish Journal of Geriatrics* 2013; 16 (3): 277-80.
13. Güneytepe Üİ, Akköse ŞA, Gökgez Ş, Özgüç H, Ocakoğlu G, Aktaş H. Yaşlı travma olgularında mortaliteye etki eden faktörler ve skorlama sistemleri. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 34(1): 15-19
14. Kumsar AK, Yılmaz FT. Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013; 10 (2): 56-60.
15. Nurten Kaya, Babadağ K, Kaçar GY, Uygur E. Hemşirelerin hemşirelik model/kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 3(3): 25-33.
16. Babacan AG, Şıpkın S, Gülseren K. Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ile bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012, 3(1): 13-21.
17. Uysal H, Karataş C. Kronik böbrek yetersizliğinde fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017; 4(2): 49-61.
18. Kurt Y, Özkan ÇG, Demirbağ BC. Bir olgu: akut miyokard infarktüsünde nanda tanıları ve nic girişimleri ile hemşirelik bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016; 5(3): 138-146.
19. Korkmaz GA, Emiroğlu ON. Hemşireliğin görünürlüğünü artırmak için standardize ve kodlu bir sınıflama sisteminin kullanılması: klinik bakım sınıflama sistemi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal* 212; 19(2): 69-79.

20. New JBI Levels of Evidence. [http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence\\_2014.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf) (Erişim Tarihi: 05.12.2018)
21. Chanques G, Jaber S, Barbotte E, Violet S, Sebbane M, Perrigault PF et al. Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34(1): 691–1699.
22. Payen JF, Bosson JL, Chanques G, Mantz J, Labarere J. Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post Hoc analysis of the DOLOREA study. *Anesthesiology* 2009; 111(6):1308–16.
23. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojika WA, Maglione M, Suttrop MJ et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004; 328(680): 1-7.
24. Savcı C, Kaya H, Acaroğlu R, Kaya N, Bilir A, Kahraman H ve ark. Nöroloji ve nöroşirürji kliniklerinde hastaların düşme riski ve alınan önlemlerin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(3): 19-24.
25. Özen AT, Enç N. Kritik hastalıklarda sıvı elektrolit dengesi değişikliklerinde hemşirenin rolü. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2013; 4(5): 9-13.
26. Saltürk AG. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi. [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2006.
27. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. (Çev. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği). Basınç Ülserlerini Önleme: Hızlı Başvuru Kılavuzu. Ankara: 2010.
28. Defloor T, De Bacquer D, Grypdonck MH. The effect of various combinations of turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers. *J Adv Nurs* 2005; 42:37-46.
29. Kaya N, Kaya H. Nöroonkoloji hastasının hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(1): 65-73.
30. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi* 2011; 1: 21-25.