KOÇ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİKTE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA DERGİSİ 2019;16 (4): 361-367
| doi:10.5222/KUHEAD.2019.361

derleme review

Geliş Tarihi/Received: 19.02.2018 **Kabul Tarihi**/Accepted: 12.06.2018 **Yayın Tarihi**/Online First: 30.12.2019

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Olgu Analizi

Case Analysis in Chronic Obstructive Pulmonary Disease

FADİME YEL*
HİLAL UYSAL**

Cite this article as: Yel F, Uysal H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında olgu analizi. HEAD 2019;16(4):361-367

Bilgilendirilmiş Onam: Çalışmaya katılan hastadan sözel onam alındı.
Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.
Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.
Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmiştir.

Informed Consent: Verbal consent was obtained from patient who participated in this study.
Peer-review: Externally peer-reviewed.
Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.
Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

© **Telif Hakkı 2019** Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC). Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır.
© **Copyright 2019 by** Koç University School of Nursing Semahat Arsel Nursing Education and Research Center (SANERC). This Journal published by Logos Medical Publishing.

ÖZ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin neden olduğu hava yolu ve/veya alveoler anormalliklere bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlarla karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. KOAH'da hemşirelik bakımının amaçları; hastalık belirtilerini ve akut alevlenmeler nedeniyle yineleyen hastane yatışlarını azaltmaktır, KOAH ile ilgili komplikasyonları önlemektir ve aynı zamanda hastaları ve ailelerini eğitmektir. Düzenli olarak ilaç kullanan ve hekim kontrollerine giden 58 yaşındaki erkek hasta M.K.'nın, hastaneye yatışından beş gün önce solunum güçlüğü, öksürük, balgam, morarma yakınmaları artmış ve göğüs ağrısı olmuştur. Bu belirtileri geçirmek için hasta kullandığı ilaçlarının dozunu arttırmıştır fakat yakınmaları devam ettiği için hastaneye başvurmuştur. Bu çalışmada, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Hemşirelik Bakım Modeli M.K'ya uygulanmıştır. "Etkisiz solunum örüntüsü, sağlığı sürdürmede etkisizlik, konstipasyon, infeksiyon riski, düşme riski, aktivite intoleransı, beden gereksiniminden az beslenme, etkisiz bireysel baş etme, oral mukoz membranda bozulma, yutmada bozulma, uyku düzeninde bozulma, cinsel işlevde bozulma" hemşirelik tanılarını içeren hemşirelik girişimleri uygulanmıştır ve sonuçlar değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: *Hemşirelik bakımı; hemşirelik tanısı; kronik obstrüktif akciğer hastalığı.*

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a common, preventable, and treatable disease characterized by persistent airflow limitation due to airway and/or alveolar abnormalities and respiratory symptoms, usually caused by severe exposure to harmful particles or gases. The aim of nursing care in COPD is to reduce the symptoms of the disease and hospitalization due to recurring acute inflammations and to avoid complications related to COPD and also educate patients and their families. A 58-year-old male patient, M.K., who regularly used medication and received check-ups, was hospitalized after complaining of respiratory distress, cough, phlegm, and bruising and chest pain for five days. In order to relieve these symptoms, the patient increased the dose of his medication, but he was admitted to the hospital because the symptoms persisted. Gordon's Functional Health Patterns Nursing Care Model was applied to M.K. in this study. The nursing interventions were administered to M.K. after determining the nursing diagnoses, including "inefficient respiratory pattern, inefficiency in sustaining health, constipation, infection risk, fall risk, activity intolerance, nutrition less than the body requirements, inefficient personal nutrition, disruption in oral mucosa membrane, disruption in swallowing, disruption in sleep, and disruption in sexual functions," and the results were evaluated.

Keywords: *Nursing care; nursing diagnosis; chronic obstructive pulmonary disease.*

* F Yel, Doktora Öğr.
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği AD Doktora Programı, İstanbul
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:
Fadime Yel, Doktora Öğrencisi
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği AD Doktora Programı, İstanbul
Tel: 0 539 605 98 48
e-posta: f_yel@hotmail.com

** H Uysal, Dr. Öğr. Üyesi
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
e-posta: hilaluysal@istanbul.edu.tr

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), genellikle zarar verici parçacık veya gazlara önemli derecede maruz kalmanın neden olduğu, hava yolu ve/veya alveoler bozukluklar sonucunda hava akımında kısıtlılık ve solunumsal bulgularla karekterize, sık görülen, önüne geçilebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. KOAH, tüm dünyada önde gelen hastalık ve ölüm nedenlerindendir.[1] Amerika Birleşik Devletleri'nde dördüncü, Avrupa ülkelerinde ise üçüncü sırada en yaygın görülen ölüm nedeni olduğu belirtilmektedir.[2] Ülkemizde KOAH'ın görülme sıklığına ait net rakamlar bilinmemekle birlikte, hemen hemen 2.5-3 milyon KOAH hastasının tedavi gördüğü tahmin edilmektedir.[1] Sağlık Bakanlığından elde edilen verilere bakıldığında, KOAH'ın, ülkemizde en sık ölüm nedenleri arasında 11. sıralamada yer aldığı görülmektedir.[3]

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tehlikeli gaz ve partiküllere uzun süre maruz kalma, genetik, hava yolu aşırı yanıtlılığı ve çocukluk döneminde akciğer gelişiminde yetersizlik gibi konakçıya ait birçok faktörün komplike etkileşmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. KOAH prevalansı genellikle doğrudan tütün kullanım prevalansı ile ilişkili olup, birçok ülkede temel risk faktörleri mesleki maruziyet, dış ortam ve iç ortam hava kirliliği olarak belirtilmektedir.[1]

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında meydana gelen fizyopatolojik değişmeler sonucunda solunum aktivitesinde önemli ölçüde farklılık görülmekte, yorgunluk, dispne, uykusuzluk nedenine bağlı olarak hasta/sağlıklı birey günlük yaşam aktivitelerinin karşılanmasında ciddi kısıtlılıklar ile baş etmektedir. İşlevsel kayıplar, hastayı fiziksel olarak etkilemekle birlikte, sosyal, ruhsal ve ekonomik yönden de önemli ölçüde değişimler yaşamasına neden olmaktadır.[4] Hastalık tablosunun ilerlemesi sonucunda bağımlılık derecesinde artış ve sosyal faaliyetlerde kısıtlılık yaşama durumları, hastalarda aile ve toplum tarafından beklenilen sorumluluklarını yerine getirmelerinde zorlanmalara, anksiyete, depresyon sıklığında artış görülmesine ve sosyal destek gereksinimlerinin yükselmesine neden olmaktadır. Akut alevlenmeler nedeniyle tekrarlı hastane yatışları; hastaların kendi yaşam ortamlarından uzak kalmalarına, kendilerini etrafındaki bireylerden farklı hissetmelerine ve yalnız kalmalarına neden olmaktadır. Bu süreç bir yandan hastaların sosyal destek kaynaklarından uzaklaşmalarına neden olurken diğer yandan sosyal desteğe gereksinimlerinin artmasına yol açmaktadır.[3,4] KOAH, solunum yollarında obstrüksiyon ve hava akımında bozulma ile karakterize kronik bir hastalık olduğu için semptomları hafifletmek ve komplikasyonları önlemek amacıyla hastanın rahatlaması hedeflerine yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması gerekmektedir.[5]

KOAH tanılı birey, Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Hemşirelik Bakım Modeli[6,7] ve NANDA hemşirelik tanıları[8,9] ile değerlendirilmiştir. Bireyi bütüncül olarak biyo-psiko-sosyal yönüyle ele alan bu model, bireylerin gereksinimlerini 11 fonksiyonel alanda incelemektedir. Bu alanlar, sistematik ve standardize edilmiş veri toplamayı ve hemşirelik felsefesi doğrultusunda verinin analiz edilmesine olanak sağlamaktadır. Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri, hemşirelerin hasta bakımı uygulamalarında daha kapsayıcı bir değerlendirme yapması ve hemşirelik sürecini uygulayabilmesi becerileri için kullanılmak üzere açıklanmış bir süreçtir.[5,6]

Olgu Sunumu

Sosyodemografik Özellikler

M.K., 58 yaşında, üniversite mezunu, emekli öğretmen ve üç çocuklu erkek hastadır.

Sağlık Öyküsü

Geçmiş sağlık öyküsü: M.K. daha önce cerrahi operasyon geçirmemiştir. M.K.'nın besinlere veya ilaçlara karçı alerjisi yoktur. M.K.'ya on iki yıl önce KOAH tanısı konulmuş olup, beş yıldır hipertansiyon (HT) tedavisi görmektedir.

Şimdiki sağlık öyküsü: Bilinen KOAH ve HT tanıları olan bireyin, hastaneye yatıştan 5 gün önce solunum güçlüğü, öksürük, balgam, morarma yakınmaları artmış ve göğüs ağrısı yakınması olmuştur. Bu belirtileri geçirmek için KOAH tanılı birey, kullandığı ilaçlarının dozunu artırdığını, ancak yakınmalarının devam ettiğini, bu nedenle hastaneye başvurduğunu belirtti. Hastaneye geldiğinde KOAH tanılı bireyin yakınmalarını azaltmak için bronkodilatörler, inhale steroid ilaç tedavisi uygulandı.

Tıbbi tanıları: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hipertansiyon.

Değerlendirme: Sağlığı algılama-sağlığın yönetimi

Etiyolojik faktörler ve tanı ölçütleri

- 03.05.2017 ile 27.05.2017 tarihleri arasında 24 gün boyunca takip edilen, birinci derece akrabalarında HT tanısı olan M.K. 12 yıldır KOAH, beş yıldır HT hastasıdır. Sağlığını orta düzeyin altında tanımlayan M.K., 18 yaşından beri sigara kullandığını (28 yıl, günde 1.5 paket olmak üzere) fakat 12 yıl önce KOAH hastası olduğunu öğrenince eşinin ve hekiminin yardımı ile sigarayı bıraktığını belirtti. Ayrıca KOAH tanılı birey, ilaçlarını ve tedavisi için gerekli cihazlarını düzenli olarak kullanmaya alışmakta zorlandığını, dispne nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede eşine bağımlı yaşadığını ve eşine yardımcı olamadığı için kendini kötü hissettiğini söyledi.

Hemşirelik Tanısı 1: "Sağlığı sürdürmede etkisizlik" (**NANDA Alanı 1:** Sağlığın desteklenmesi, **Sınıf 2:** Sağlık yönetimi)

İstenen sonuç: KOAH'lı hastanın sağlığını etkin biçimde sürdürmesinin sağlanması, hastalığın istenmeyen etkileri erken tanıyarak, öz bakımını doğru ve yeterli biçimde sürdürmesidir.

Hemşirelik girişimleri

Kontrolsüz sağlık yönetimi için hastaya uygulanması planlanan

ve uygulanan girişimler, hastanın hastalığını ve sonuçlarını kötüleştiren risk faktörlerini azaltması konusuna yönelik bilgilendirilmesine odaklanmaktadır.[9] Hastanın güvenlik gereksiniminin tam olarak karşılanması, hastanın kendisini güvende hissetmesinin sağlanması, hastaya uygun temiz ve güvenli bir ortam hazırlanması, güvenli bir şekilde öz bakım faaliyetlerini gerçekleştirmesi konusunda özendirilmesi, birey sağlığını olumsuz etkileyecek davranışlardan uzak tutulması ve bu dönemde bireye aile üyelerinin ve yakınlarının destek vermesi istenmesi, kişiye özgü diyet programları ve sağlık kontrol programları oluşturulması ve takip edilmesi, kişinin kendisini ihmal ve izole etmesinin engellenmesi ve kişinin enerjisini koruyucu fiziksel aktiveler (nefes alıp verme teknikleri, yürüyüş egzersizleri, kas güçsüzlüğü gidermeye yönelik egzersiz programları vb.) yapması desteklenmesidir.[9-13]

Değerlendirme: "Sağlığı sürdürmede etkisizlik" tanısına yönelik girişimler sonucunda hastanın öz bakım faaliyetlerini (beslenme, giyinme, banyo yapma, tuvalet, kişisel bakım) gerçekleştirebildiği saptandı. Gerektiğinde desteklendi.

Etiyolojik faktörler ve tanı ölçütleri

- M.K., günlük yaşam aktivitelerinde (giyinme, banyo yapma) bağımlı durumdadır. Ayrıca hipertansiyon, hipoksemi, solunum güçlüğü ve ilaçların yan etkilerinden dolayı hastada "düşme riski" bulunmaktadır. Hastanın "itaki düşme riski" puanı "19" olarak bulunmuştur. "İtaki düşme riski" puanının 5 ve üstünde olması durumunda hastanın düşme riskinin yüksek olduğu belirtilir.[14]

Hemşirelik Tanısı 2: "Düşme riski" (NANDA Alanı 11: Güvenlik/Korunma, **Sınıf 2:** Fiziksel yaralanma)

İstenen sonuç: KOAH'lı hastanın travmalardan korunarak, düşmesinin önlenmesidir.

Hemşirelik girişimleri

Solunum fonksiyonlarındaki değişiklikler birçok ilacın kullanılmasına neden olabilmektedir. İlaç kullanımına bağlı taşikardi, ortostatik hipotansiyon, serum elektrolit düzeylerinde dengesizlikler ve yorgunluk gibi istenmeyen etkiler ve organizmada önemli farklılıklar gelişebilir. Bu nedenle hasta yakından takip edilmelidir.[10] "Düşme riski" tanısına yönelik hastaya planlanan ve uygulanan girişimler, hastanın günlük kullandığı eşyalarının kolay ulaşabilir bir yere yerleştirilmesi, gece lambası kullanılması, yattığı süre boyunca yatak kenarlıklarını kaldırarak riskin azaltılması, bireyin aniden ayağa kalkmaması, kalkmadan önce yatak kenarında birkaç dakika oturup kendisini iyi hissettiği zaman ayağa kalkması yönünde özendirilmesi, gerektiğinde ayağa kalkarken yanında olunması, banyoda otururak yıkanması, hasta için güvenli bir çevre oluşturarak kesici ve batıcı aletlerin uzaklaştırılması ve "itaki düşme riski" puanlaması yapılarak değerlendirilmesidir.[10-13]

Değerlendirme: "Düşme riski" tanısına yönelik uygulanan girişimler sonucunda hastada düşme gözlenmedi. İtaki düşme riski puanı "13"e gerileyen hastada risk devam etmektedir, hasta izlenmeye devam ediliyor.

Değerlendirme: Beslenme-Metabolik Durum

Etiyolojik faktörler ve tanı ölçütleri

- M.K.'nın hipertansiyon hastası olması nedeniyle hekim istemine göre tuz kısıtlaması (3 g) bulunmaktadır. Beden kitle indeksi (BKİ) 22.46 olan M.K., bir hafta önce başlayan ve devam eden solunum güçlüğü ve yorgunluk sonucu iştah azalmasına bağlı olarak 2 kilo kaybettiğini ve iştahının azaldığını söyledi. M.K.'nın, oksijen tedavisi (5 lt/dk.) aldığı için dudaklarında kuruluk mevcuttu. Yutma güçlüğü yaşadığını, besinleri yutarken zorlandığını ve yutamadığını belirtti. Ayrıca stresli olduğu anlarda da iştahsızlık hissettiğini, sekresyon varlığı nedeniyle besinlerin tadını alamadığını belirtti.

Beslenme düzeyini gösteren laboratuvar değerleri izlendiğinde hastanın serum Albumin düzeyinin 2.9 g/dL, total protein 5.6-6.01 g/dL arasında düşük olduğu, serum potasyum düzeyinin 4.79 mEg/L yüksek olduğu belirlendi.

Hemşirelik Tanısı 3: "Beslenmede dengesizlik; gereksiniminden az beslenme" (NANDA Alanı 2: Beslenme, **Sınıf 1:** Yutma)

İstenen sonuç: Hastanın iştahında artış gözlenmesi, günlük metabolik gereksinimleri ve etkinlik düzeyi ile dengeli bir biçimde beslenmesi, kas kaybı olmaksızın normal vücut ağırlığının korunması, kilosunda değişiklik olmamasıdır.

Hemşirelik girişimleri

Hastanın dengeli ve yeterli beslenmesinin sağlanması ve sürdürülmesi için besin alımı, enerji düzeyi, kas tonüsü, vücut kitle indeksi ve laboratuvar değerlerinin (hematokrit, hemoglobin, serum albumin vb.) takip edilmesi gerekmektedir. Hastaya planlanan ve uygulanan girişimler, hastanın günlük besin alım durumu, beslenme bozukluğu belirti ve bulguları (güçsüzlük, iştahsızlık, kilo kaybı) değerlendirilmesi, besin gereksinimlerinin karşılanması amacıyla diyetisyen ile iş birliği içinde dengeli ve yeterli beslenmenin planlanması ve izlenmesi, yüksek proteinli, kalorili ve vitaminli bir diyet düzenlenmesi, iştahsızlığı azaltmak için alternatif önerilerde bulunulması, yemek sırasında yorgunluğu en aza indirmek için öğünlerden önce dinlenme zaman aralıklarının planlanması, dengeli ve yeterli beslenmenin önemi konusunda bilgilendirilmesi, aldığı çıkardığı sıvı izleminin, hidrasyon durumunun ve günlük kilo takibi ve kilo değişikliklerinin izlenmesidir.[10-13]

Değerlendirme: Hastada tanıya yönelik yapılan girişimler sonucunda, hastada kilo kaybı görülmemekle birlikte yetersiz beslenme bulguları (herhangi bir şey içmeme ve iştahsızlık) devam ediyor. Hastanın yeterli sıvı alımı sağlandı ve total protein ve serum albumin düzeylerinde iyileşme görüldü, ancak hâlâ normal değerlerin altında olduğu gözlemlendi.

Hemşirelik Tanısı 4: "Yutmada bozukluk" (**NANDA Alanı 2:** Beslenme, **Sınıf 1:** Yutma)

İstenen sonuç: Hastada var olan yutma sorununun ortadan kalkması, dengeli ve yeterli beslenmenin sürdürülmesi ve yutma sırasında aspirasyon gelişmemesidir.

Hemşirelik girişimleri

Metabolik değişiklikler sonucunda hastada yorgunluk ve iştahsızlık gelişmesinden dolayı besinlerin yutulmasında sorun yaşanmaktadır. Bu nedenle yemek sırasında aspirasyon riski ile karşı karşıya kalınabilir.[10] Hastanın beslenme sırasında yatak kenarında oturması veya yatak içerisinde yarı oturur pozisyonda olması, sık aralıklarla ve küçük öğünler hâlinde beslenmesi, yemek sırasında dikkatini yutma aktivitesine vermesi, ağız içinde yiyecek kalıntılarının varlığının kontrol edilmesi, periyotlar hâlinde ağız bakımı verilmesi ve ağız hijyenine dikkat edilmesi hasta için planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimlerindendir.[9-11]

Değerlendirme: Tanıya yönelik yapılan girişimler sonucu hasta besinleri az az yutmakta ama yutmada zorluk çekmeye devam etmektedir. Beslenme sırasında aspirasyon gelişmemiştir.

Etiyolojik faktörler ve tanı ölçütleri

- M.K.'nın ağız içerisinde kuruluk ve hassasiyet mevcuttur. ''Ağız değerlendirme rehberine'' (ADR) göre puanı ''17'' bulundu. (ADR puanı 8-24 arasında değişir. Ağız bakım sıklığı, ADR 8 puan ise 3x1; 9-19 puan ise 6x1; >20 puan ise 12x1 olarak planlanmalıdır).

Hemşirelik Tanısı 5: "Oral mukoz membranda bozulma" (**NANDA Alanı 11:** Güvenlik/Korunma, **Sınıf 2:** Fiziksel yaralanma)

İstenen sonuç: Ağız içerisindeki nemliliğin ve bütünlüğün sağlanması, dengeli ve yeterli beslenme ve sıvı alımının sürdürülmesi, genel ağız hijyeninin sağlanmasıdır.

Hemşirelik girişimleri

KOAH hastalarında yetersiz beslenme ve alınan oksijen tedavisine bağlı oral mukoz membranda bozulmalar meydana gelebilir.[9,10] Oral mukoz membranda bozulma hemşirelik tanısı konulan M.K.'da planlanan ve uygulanan girişimler, hekim önerisine göre her iki saatte bir sıvı alımının sağlanması, ADR puanı sonucuna göre günde en az 4 kez ve yemeklerden hemen sonra ağız bakımını yapması için desteklenmesi, dudaklara 2 saatte bir veya gerektiği durumda nemlendirici krem uygulanması, aşırı soğuk ve sıcak, baharatlı ve sert kabukları olan besinlerden kaçınılması hakkında eğitim verilmesi, ağız hijyenin belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve sonuçların kayıt altına alınmasıdır.[10-13]

Değerlendirme: Hastada tanıya yönelik yapılan girişimlere rağmen, M.K.'nın ağzında kuruluk ve hassasiyet sorunları devam ediyor. ADR puanı 12'ye düştü. Hastaya uygulanan oksijen tedavisi (5lt/dk.) nedeniyle izlemin sürdürülmesi gerekmektedir.

Etiyolojik faktörler ve tanı ölçütleri

- M.K.'da yaş, etkisiz hava yolu temizliği, infeksiyon belirti ve bulgularına ilişkin bilgi eksikliği ve pulmoner fonksiyonlarda azalma, uygulanan invazif girişimler ve hastanede yatması nedeniyle infeksiyon riski bulunmaktadır.

Hemşirelik Tanısı 6: "İnfeksiyon riski" (**NANDA Alanı 11:** Güvenlik/Korunma, **Sınıf 1:** İnfeksiyon)

İstenen sonuç: İnfeksiyon oluşmasını engelleyerek, oluşabilecek riskleri ortadan kaldırmak.

Hemşirelik girişimleri

Hastada yaşam kalitesinin sürdürülmesi ve komplikasyon gelişmesinin önlenmesi için infeksiyon riski yönünden izlenmesi önemlidir. "İnfeksiyon riski" tanısı konulan M.K.'da planlanan ve uygulanan girişimler, infeksiyon belirti ve bulgularının izlenmesi (vücut sıcaklığında, lökosit sayısında ve CRP düzeyinde artma ve dispne varlığı), yaşamsal bulguların takip edilmesi ve değerlendirilmesinin yapılması, invazif kateterlerin infeksiyon riski açısından takibi ve uygun sıklıkta kateter bakımlarının yapılması, invazif girişim yapılan bölgede akıntı, koku, kızarıklık ve kaşıntı varlığının kontrol edilmesi, yapılan uygulamalar sırasında aseptik teknik ilkelerine uyulması, balgam miktarının, renginin ve yoğunluğunun kontrol edilmesi, hastanın balgamını rahat çıkartması amacına yönelik öksürme egzersizinin öğretilmesi ve uygulatılması, akciğer seslerinin dinlenmesi, değerlendirilmesi ve kaydedilmesi, ziyaretçilerin azaltılması ve gelen ziyaretçilerin el hijyeni ve genel alınan önlemlere uymalarının sağlanması, hasta ve yakınlarına infeksiyon belirti ve bulguları hakkında eğitim verilmesidir.[9-11,15]

Değerlendirme: "İnfeksiyon riski" tanısına yönelik yapılan girişimler sonucunda invazif girişim bölgelerinde kızarıklık, kaşıntı, koku veya akıntı gözlenmedi. Hastanın vücut sıcaklığı 36 0C civarında seyretti.

Değerlendirme: Boşaltım

Etiyolojik faktörler ve tanı ölçütleri

- Aktivite intoleransı sonucunda oluşan hareketsizlik, ilaçların yan etkileri ve hastanın defekasyon alışkanlığının bozulması nedeniyle; 5-6 gündür tuvalete çıkmadığını belirten M.K., boşaltım sırasında karın bölgesinde ağrı olduğunu ve güçlük yaşadığını söyledi. Bağırsak seslerinin yavaşladığı (3 kez/dk.) belirlendi.

Hemşirelik Tanısı 7: "Konstipasyon" (**NANDA Alanı 3:** Eliminasyon, **Sınıf 2:** Gastrointestinal sistem)

İstenen sonuç: Normal bağırsak boşaltımının sağlanması ve konstipasyon gelişmesinin önlenmesidir.

Hemşirelik girişimleri

"Konstipasyon" tanısı konulan M.K.'da uygulanması planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri, uzun süreli yatak istirahati, egzersiz eksikliği ve hareketsizlik konstipasyona katkıda bulunabileceği için bireyin aktivitesinin arttırılması, yeterli düzeyde sıvı alımının sağlanması, yeterli lif, taze meyve, sebze ve tahıl içeren dengeli bir beslenme, düzenli öğün tüketiminin sağlanması, stres ve anksiyeteden uzak durulması, konstipasyon yan etkisi gösteren ilaçlara dikkat edilmesi ve gerekli durumlarda doktor onayı ile lavman veya laksatif ilaçların kullanımının sağlanmasıdır.[10-13]

Değerlendirme: "Konstipasyon" tanısına yönelik yapılan girişimler sonucu defekasyon sağlandı ve M.K.'nın rahatladığı belirlendi.

Değerlendirme: Aktivite-Egzersiz

Etiyolojik faktörler ve tanı ölçütleri

- M.K'da yorgunluk, solunum güçlüğü, etkisiz solunum, siyanoz mevcuttur. Hareket sırasında dispne gözlenmektedir. M.K.'da solunum sayısının dk.'da 10 ve altına düştüğü ve M.K.' nın yüzeyel solunum yaptığı, solunum seslerinin azaldığı gözlemlendi.

KOAH hastalarında oksijen gereksinimi ile tüketimi arasında dengesizlik söz konusu olmaktadır. Bu nedenle hipoksemi en önemli sorunlardan biridir.[14] Hastada hipoksemi (SaO2: %77.5; FEV1/FVC:59.5) bulunmaktadır. M.K., günlük yaşam aktivitelerini (giyinme, banyo yapma) yerine getirmede bağımlıdır.

Hemşirelik Tanısı 8: "Aktivite intoleransı" (**NANDA Alanı 4:** Aktivite/İstirahat, **Sınıf 4:** Kardiyovasküler/Pulmoner yanıt)

İstenen sonuç: Hastanın aktivite intoleransının iyileşmesi, günlük yaşam aktiviteleri ve gereksinimlerini karşılayabilmesidir.

Hemşirelik girişimleri

"Aktivite intoleransı" tanısı konulan M.K.'da planlanan ve uygulanan girişimler, hastanın aktivite düzeyinin değerlendirilerek yapılan aktivitelere karşı kan basıncı ve nabız yanıtının değerlendirilmesi, solunum hızı, ritmi ve derinliğinin değerlendirilmesi, yatak içerisinde ROM egzersizlerinin yaptırılması, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yardım edilmesi, ziyaretçi sayısı ve ziyaret süresinde kısıtlılık uygulanması, gereksinimi olduğu eşyalarının kolaylıkla uzanıp ve alabileceği şekilde yerleştirilmesi, pulse oksimetre ile oksijen saturasyonun değerlendirilmesi ve kayıt altına alınması, hekim istemine göre oksijen tedavisi uygulanması ve izlenmesi, oksijen tedavisi veya ilaç tedavisinden sonra aktif egzersiz programları hazırlamaktır.[10-13]

Değerlendirme: Hastada tanıya yönelik yapılan girişimler sonucunda hâlsizlik belirtilerinin azaldığı ve bununla birlikte aktivite intoleransının gerilediği gözlendi. Ancak, M.K.'nın giyinme, banyo yapma gibi günlük yaşam aktivitelerini karşılarken başka birinden destek alma gereksinimi vardı.

Etiyolojik faktörler ve tanı ölçütleri

- Mukus bezlerinin hiperplazisi ve hipertrofisi, bronşlarda salgı üretiminin artması, sekresyon yoğunluğu ve bronkospazma bağlı, solunum sayısı 10/dk. (bradikardi), anormal solunum sesleri (wheezing ve raller), solunum hızında ve derinliğinde değişiklikler olan M.K.'da siyanoz belirlendi. Hastanın oksijen saturasyonu %77.5, FEV1/FVC oranı 59.5 saptandı. Solunum güçlüğünden dolayı M.K., günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiğini belirtti.

Hemşirelik Tanısı 9: "Etkisiz solunum örüntüsü" (**NANDA Alanı 4:** Aktivite/İstirahat, **Sınıf 4:** Kardiyovasküler/Pulmoner yanıt)

İstenen sonuç: Hastada solunum fonksiyonlarında gelişen olumsuz belirtileri azaltmak/önlemektir.

Hemşirelik girişimleri

M.K.'da planlanan ve uygulanan girişimler, solunumun hız, ritim ve derinlik açışından değerlendirilmesi, daha rahat nefes alıp vermesini sağlamak ve devam ettirmek için yatış pozisyonu verilerek, pozisyonun 1-2 saatte bir değiştirilmesi, derin solunum ve öksürme egzersizlerinin öğretilmesi, hekim istemine göre dk.'da 5 lt. oksijen uygulamasının sürdürülmesi, periferlerin ısı, nabız, renk yönünden değerlendirilmesi, oksijen saturasyonunun değerlendirilmesi, korku ve anksiyetenin en aza indirilmesidir.[9,10,12,13,15]

Değerlendirme: Yapılan girişimler sonucunda, M.K.'nın solunum sayısının 16/dk.'ya yükseldiği, solunum seslerinin normal duyulmaya başlandığı ve M.K.'nın daha rahat nefes almaya başladığı gözlemlendi. Oksijen saturasyonunda gün içerisinde artma ve azalmalar olması nedeniyle sürekli izlenmeye devam edildi.

Değerlendirme: Uyku-Dinlenme

Etiyolojik faktörler ve tanı ölçütleri

- M.K., sırt üstü yattığı zaman nefes darlığı yakınmasının olduğunu, bu nedenle geceleri en az 3-4 kez uyandığını, sabah uyandığında dinlenmiş hissetmediğini ve uykuya dalarken zorlandığını söyledi. Gece uyku süresinin ortalama 4-5 saat olduğunu belirtti.

Hemşirelik Tanısı 10: "Uyku düzeninde bozulma" (**NANDA Alanı 4:** Aktivite/İstirahat, **Sınıf 1:** Uyku/İstirahat)

İstenen sonuç: Yeterli uykunun sağlanması, uykusuzluk belirti ve bulgularının ortadan kaldırılması ve sabah uyandığında dinlenmiş olarak uyanması, aktivite ve dinlenme arasında uygun dengenin olmasıdır.

Hemşirelik girişimleri

M.K.'da planlanan ve uygulanan girişimler, uykuyu engelleyen

faktörlerin belirlenmesi ve çözüm sağlayacak olan en uygun yöntemlerin hastaya ve yakınına öğretilmesi, ziyaretçi sayısına kısıtlılık getirilmesi, dinlenme vakitlerinde gürültü yapılmaması, dinlendirici, sakin ve sessiz bir ortam yaratılması, gündüz uyku saatlerini düşürmesi, uyku öncesi rutinlerini sürdürmesinin sağlanması, alışkanlıkları doğrultusunda uyumayı kolaylaştıran alternatif uygulamalarda bulunulması (egzersiz, gevşeme teknikleri, müzik dinleme, ılık süt vb.), tıbbi tedavi planlarının hastanın uyku saatlerine göre düzenlenmesidir.[9-11]

Değerlendirme: "Uyku düzeninde bozulma" ve ''Etkisiz solunum örüntüsü" tanısı için uygulanan girişimler sonucunda, M.K.'nın uyku süresinin arttığı, sabah dinlenmiş uyandığı, dispne yakınmasının azaldığı ve bu nedenle uykuya dalmada zorluk yaşamadığı ve gece uyanmalarının azaldığı belirlendi.

Değerlendirme: Bilişsel-Algısal Durum

Etiyolojik faktörler ve tanı ölçütleri

- M.K.'nın, kişi, yer, zaman oryantasyonu var. Glaskow koma skalası puanı ''15"dir (Glaskow koma skalasında 15 puan en iyi, 3 puan en kötü prognozdur.)[16] Görme, işitme, dokunma ve koku gibi duyusal bir sorunu olmamakla birlikte, yalnızca tat almada sıkıntıları olduğunu belirtti. Bu konudaki girişimler beslenme-metabolik durum örüntüsü altında incelendi.

Değerlendirme: Kendini Algılama-Benlik Kavramı

Etiyolojik faktörler ve tanı ölçütleri

- M.K.'nın durağan bir görüntüsü vardı. Hastalığını kabullenen hasta en kısa sürede iyileşerek, hastaneden çıkmak ve bir an önce normal günlük yaşamına dönmek istediğini söyledi..

Değerlendirme: Rol-İlişki

Etiyolojik faktörler ve tanı ölçütleri

- M.K., evli olup, ailesiyle yaşadığını, aile içi iletişimlerinin iyi dolduğunu ve herhangi bir sorun yaşamadıklarını belirtti. M.K., emekli öğretmen olması nedeniyle hastanede bulunmasının çalışma durumunu etkilemediğini, ancak rollerini sürdürmede yetersiz kaldığını bu durumun kendisini biraz üzdüğünü söyledi. Boş zamanlarında kitap okuduğunu ve televizyon izlediğini belirtti.

Değerendirme: Cinsellik-Üreme

Etiyolojik faktörler ve tanı ölçütleri

- M.K., kronik hastalık nedeniyle solunum güçlüğünün olması ve sürekli olarak kullanmış olduğu ilaçların kısıtlılık getirmesinden dolayı cinsel yaşamını etkilediğini, ayrıca cinsel işleyiş ile ilgili yaşadığı endişeler nedeniyle cinsel işlevde azalma olduğunu söyledi.

Hemşirelik Tanısı 11: "Cinsel işlevde bozulma" (NANDA Alanı 8: Cinsellik, **Sınıf 2:** Cinsel fonksiyon)

İstenen sonuç: Önceki var olan cinsel aktivite düzeyini devam ettirebilmesi ve kaygılarının giderilmesidir.

Hemşirelik girişimleri

M.K.'da planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri, normal yaşlanma sürecinin üreme yeteneğini etkilediğini, ancak cinsel işlevler üzerine çok az etkisinin olduğunun açıklanması, tedavi ve tanıya ilişkin duygularını eşiyle paylaşması, cinsel aktiviteye kendini hazır hissettiği zaman başlaması gerektiğidir.(10) Hastanın dispne nedeniyle endişe, stres yaşaması ve ağrılarının olması cinsel ilişkide sorun yaşamasına neden olabilir. Yaşadığı bu sorunların normal olduğunun ve endişelerini eşi ile paylaşmasının açıklanması gereklidir.

Değerlendirme: M.K. söylenenleri yerine getirmeye çalışacağını belirtti.

Değerlendirme: Baş Etme-Stres Toleransı

Etiyolojik faktörler ve tanı ölçütleri

- M.K., tedavi rejiminin karmaşık olduğunu, bazen birey/aileye yüklenen aşırı isteklere (tedavi süreci ile ilgili) yanıt vermekte zorlandığını, ayrıca birey kronik hastalık olması nedeniyle, uzun süreli ilaç ve oksijen aracı kullanmaya alışmakta zorlandığını belirtti.

Hemşirelik Tanısı 12: Etkisiz bireysel baş etme (NANDA Alanı 9: Baş etme/stres toleransı, **Sınıf 2:** Baş etme tepkileri)

İstenen sonuç: Kişinin ve ailesinin olaylarla baş etmesi durumunun güçlendirilmesi ve kişinin kendisinde daha fazlasını yapabileceğini görmesi ve buna inanmasıdır.

Hemşirelik girişimleri

"Etkisiz bireysel baş etme" tanısı konulan M.K.'da uygulanması planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimleri, duygu ve endişelerinin paylaşılması ve destek olunması, değişimin esnek bir süreç olduğu, herkes için olduğunun kişiye ve eşine anlatılması, yaşadığı duyguların gerçekten güç olduğunun belirtilmesi, kötümser olduğunda daha ümitli ve gerçekçi bakış açısı sağlanmaya çalışılması, hastanın tanı ve tedavi rejimini (ilaç, diyet, cihaz vb.) anlaması ve bilmesi için psikososyal değerlendirme yapılması ve destek olunması, hastanın anksiyete, stres, huzursuzluk, korku yaşayıp yaşamadığının değerlendirilmesi, hasta ve/veya yakınları tarafından kullanılan baş etme yöntemleri ve anksiyetesinin değerlendirilmesidir.[10-13]

Değerlendirme: "Etkisiz bireysel baş etme" tanısına yönelik yapılan girişimler sonucunda M.K. çevresel, psikolojik ve fiziksel değişimlere hazır olduğunu belirtti.

Değerlendirme: Değer-İnanç

Etiyolojik faktörler ve tanı ölçütleri

- M.K., hastalığının değer ve inançlarını etkilemediğini, ölümle ilgili bir korkusu olmadığını ve hastalıkla başa çıkmasında dini inançlarının etkisi olduğunu belirtti.

Tartışma

Yapılan çalışmada, KOAH tanısı konulan hastanın sorunlarının çözümüne yönelik Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Hemşirelik Bakım Modeli[6,7] ve NANDA hemşirelik tanıları[8,9] kullanılarak bakım planı hazırlanmış ve uygulanmıştır.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı alan hastalarda akut alevlenmeler, solunum infeksiyonları, kalp krizi veya inme, yüksek kan basıncı, pnömotoraks, depresyon gibi sorunlar ve akciğer kanseri riski oluşabilir. Diğer komplikasyonlar arasında düzensiz kalp atımları (aritmiler), solunum destek cihazları ve oksijen tedavisi gerekliliği, şiddetli kilo kaybı ve malnutrisyon ve uyku sorunları vardır. Komplikasyonlar yönünden hastanın dikkatle değerlendirilmesi gerekir.[1,3,17]

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı konulan hastalar, hastalık sürecinin hastanın günlük yaşam aktivite düzeylerine getirdiği kısıtlılıklar, fiziksel, duygusal, bilişsel, aktivitelerdeki değişiklikler, sosyal ve ekonomik kısıtlılıklar nedeniyle zor ve karmaşık sorunlarla yüz yüzedirler.[18] M.K.'da dispne nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımlı yaşamaktadır. M.K.'ya hastalığını ve hastalığının sonuçlarını kötüleştiren risk faktörlerini nasıl azaltabileceği konusunda bilgi verilerek, hijyenik ve güvenli bir ortam hazırlanmış ve güvenli bir şekilde öz bakım faaliyetlerini gerçekleştirmesi konusunda özendirilmiştir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalarında, sağlığını koruma hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, hastalığı ve yaşadığı ataklar nedeniyle solunum güçlüğü yaşama, kötü beslenme, aktivitesiz yaşam sürme ve destek sistemlerinin azlığı nedeniyle bireyler kendilerini ihmal ve izole ederek sağlıklarını etkisiz yönetmektedirler. Buna yönelik olarak M.K., enerjisini koruyucu fiziksel aktiveler (nefes alıp verme teknikleri, yürüyüş egzersizleri, kas güçsüzlüğü gidermeye yönelik egzersiz programları vb.) yapması için desteklenmiştir. Hastaya özgü beslenme programının önerilmiş ve kilo kontrolünün yapılmıştır. Sosyal yaşama uyumunu sağlayarak, kendi stres yönetimini yapabilmesi konusunda desteklenmiştir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ilerlemesini yavaşlatmak için Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline[6,7] göre ve NANDA hemşirelik tanılarına[8,9] göre uygulanan hemşirelik bakımı ile değerlendirilen KOAH tanılı bireyde, uygulanan girişimler ile sağlık sorunları çoğunlukla giderilmiş, M.K.'nın sorunlarının farkında olması, baş edebilmesi ve bakımına katılması sağlanmıştır. M.K.'nın hastalığı ve gelişen komplikasyonlar nedeniyle sağlığında tam bir iyileşme gözlenmediğinden hastanede yatışı devam etmektedir.

Sonuç

Olgu analizinde Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modelinin kullanılmasının, her bir örüntüye ilişkin daha ayrıntılı veri toplamaya yardım ederek, bireyin gereksinim duyduğu gereksinimlerinin daha sistematik bir şekilde belirlenmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca bu gereksinimlere daha uygun ve nitelikli bir hemşirelik bakımı sunulmasına yardım ettiği ve bu bakımın klinikte uygulanabileceği sonucuna varılmıştır. Hastanın sorunları kolaylıkla saptanarak, çözüm oluşturmak için sistemik bir yaklaşım sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Available from: http://goldcopd.org
2. Wall MP. Predictors of functional performance in community dwelling people with COPD. J Nurs Scholarsh. 2007;39:222-8. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00172.x.
3. Rebublic of Turkey Ministry of Health Refik Saydam Hygiene Center Presidency School of Public Health. Turkey burden of disease study 2004. Ankara, Turkey; 2006.
4. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2006. p. 446-60.
5. Enç N Uysal H. İç hastalıkları hemşireliği. In: Enç N, editör. Solunum sistemi hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. p. 138-51.
6. Gordon M. Fonsiyonel sağlık örüntüleri ve klinik karar verme. In: Erdemir F, Yılmaz E, editör. Hemşirelik sınıflama sistemleri, klinik uygulama, eğitim, araştırma ve yönetimde kullanımı. Ankara; 2003.
7. Enç N, Can G, Özcan Ş, Tülek Z, Uysal H, Öz Alkan H. Enç N, Can G, editors. İç hastalıkları hemşireliği uygulama öğrenci modülü. 2nd ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
8. Herdman TH, Kamitsuru S. Nursing diagnoses, definitions and classification 2015-2017. 10th ed. UK: Wiley Blackwell; 2014.
9. Erdemir F. Hemşirelik tanıları el kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.
10. Ignatavicius DD, Workman ML. Medical-surgical nursing, critical thinking for collaborative care. 5th ed. St.Louis: Elsevier Saunders; 2006.
11. Lewis SL, Heitkemper MM, Dirksen SR, O'Brien GP, Bucher L. Medical-surgical nursing, assessment and management of clinical problems. 7th ed. St.Louis: Mosby Elsevier; 2007.
12. Gulanick M, Myers JL. Nursing care plans diagnoses, ıntervention and outcomes. Philedelphia: Elseiver; 2014.
13. Ovayolu N, Ovayolu Ö, Ateş Ç. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008;3:3-16.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. İtaki Düşme Riski Ölçeği. 2017. Available from: http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,13486/itaki-dusme-riski-olcegi.html
15. Black JM, Matassarin-Jacobs E. Medical-surgical nursing, a psychophysiologic approach. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993.
16. Sepit D. Level of consciousness: Assessment and glasgow coma scale as an assessment tool. HEAD. 2005;2(1):12-6.
17. Demiriz B, Şirinoğlu Demiriz I. Harrison iç hastalıkları el kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011.
18. Tel H, Akdemir N. KOAH'lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla baş etme durumlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998;2(2):44-52. Available from: http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/564.pdf