SAĞLIK ve HEMŞİRELİK YÖNETİMİ DERGİSİ
JOURNAL of HEALTH and NURSING MANAGEMENT
e-ISSN:2149-018X
OLGU SUNUMU
doi:10.5222/SHYD.2020.99608
Sayı / Number: 1 Cilt / Volume: 7 Yıl / Year: 2020

Geçiş Bakım Modeli Kullanılarak Uygulanan Hemşirelik Bakımı: Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Yaşlı Hasta

Nursing Care Applied with Transitional Care Model: A Case Report of an Elderly Patient who Underwent Open Heart Surgery

Simge Çoşkun[1], Sergul Duygulu[2]

[1] Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye
[2] Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Atıf vermek için: Coşkun S, Duygulu S. Geçiş bakım modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımı: Açık kalp cerrahisi geçiren yaşlı hasta. SHYD. 2020;7(1):124-41.

Öz

Tıp teknolojisi ve cerrahideki ilerlemeler, açık kalp cerrahisinde başarı oranını arttırmasına karşın, yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası dönemde yaşlı bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarla karşı karşıya kaldığı belirtilmektedir. Kalp cerrahisi hasta ve ailesinin yaşamında önemli bir geçiş dönemi olup, sağlık profesyonellerinin en çok desteğine gereksinim duydukları zamanlardan birisini oluşturmaktadır. Hasta ve ailesinin bu geçiş sürecindeki gereksinimlerini karşılamak için literatürde çeşitli bakım modellerinin kullanıldığı ve önerildiği görülmektedir. Bunlardan birisi de 'Transitional Care Model - Geçiş Bakım Modeli'dir. Bu makalede; açık kalp ameliyatı geçiren 71 yaşındaki bir erkek hastanın 'Geçiş Bakım Modeli'ne göre hemşirelik bakım yönetimi ele alınmış ve bu modelin kullanımına yönelik bir örnek oluşturmak amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Geçiş Bakım Modeli, kalp cerrahisi, hemşirelik bakımı

Abstract

Although advances in medical technology and surgery have increased the success rate in open heart surgery, it has been reported that elderly individuals face physical, psychological and social problems in the postoperative period. Heart surgery is an important transition period in the life of the patient and his family, and this is one of the times when they need support of health professionals at most. It is seen that various care models are being used and recommended in the literature in order to meet the needs of patient and family during this transition period. One of them is the Transitional Care Model. In this article; nursing care management performed according to the Transitional Care Model in a 71-year-old male patient who underwent open heart surgery was considered and aimed to set an example for the use of this model.

Keywords: Transitional Care Model, cardiac surgery, nursing care

**Bu makale; Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları ve Yönetimi Bütünleşik Doktora Programı kapsamında gerçekleştirilen ve 2019 yılında tamamlanan doktora tez çalışmasından üretilmiştir. Çalışma ayrıca, I. Uluslararası ve II. Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi'nde (02-03 Mayıs 2019 Ankara) poster bildiri olarak sunulmuştur.*

Geliş Tarihi / *Arrival Date*: 18.03.2019
Kabul tarihi / *Date of Acceptance*: 10.06.2019
İletişim / *Corresponding author*: Simge Çoşkun Bölümü, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye
E-posta / *E-mail*: csknsimge@gmail.com

Yazarların ORCID bilgileri:

S.Ç. 0000-0002-3112-0588, S.D. 0000-0002-6878-7116

Extended Abstract

Introduction: Rate and number of successful cases in open heart surgery has been increasing due to the advances in medical technology and surgery. To improve patient convalescence outcomes and reduce rate of postdischarge readmissions to hospital and unplanned postdischarge rehospitalizations, home-care and follow-up process of patients should be managed successfully. The literature suggests that the healthcare services, particularly for elderly patients, should not be disease oriented; but to be provided within the scope of cost- effective healthcare models aiming to support the sustainability of the healthcare and to improve patients' compliance. One of them is the Transitional Care Model. This model, which is basically brought to health care, has been defined as; "a wide range of time-limited services designed to ensure health care continuity and prevent poor outcomes among at-risk populations as they move from one level of care to another or across settings".

Aim: In this study; nursing care management of a 71-year-old male patient who underwent open heart surgery according to the Transitional Care Model was considered and aimed to set an example for the use of this model.

Case Report: Nurse led Transitional Care Model Team was formed by interviewing with the physicians, nurses, dieticians, physiotherapists who had already been assigned in the institution and who had already served in the unit in which the study would be conducted. The main materials developed by the researcher in this process include: "Open Heart Surgery Clinical Pathway", "Patient Follow-up Forms" and "Educational Guide for Patients over 60 Years and Their Families who Will Undergo Open Heart Surgery". With the decision to perform a surgery on the elderly patients, the steps of 'Transitional Care Model Protocol' (See Annex-1) were followed, and the care applications were carried out under the guidance of the "Open Heart Surgery Clinical Pathway". The coordinator nurse visited the patient at home within 24 hours, at 2nd, 6th and 9th weeks respectively in the postdischarge period. During home visits, the living conditions of the patient, the application of the recommended treatment and medication regimen, whether the applications suggested in order to accelerate the patient's recovery were realized/implemented, the problems encountered and the recovery status were assessed and further healthcare process was planned and executed in cooperation with the team members. In addition, the patient and the members of the caregiver family were offered the opportunity to contact the coordinator nurse by telephone and seek counseling services in case of need. While collecting the study data the Researcher (Coordinating Nurse) used "Introductory Information Form", "The Functional Autonomy Measurement System", "SF-36 Quality of Life Scale" and "Patients' Post-Discharge Recurrent Admission Monitoring Form"."

Functional autonomy and quality of life level of the patient were evaluated at admission to the clinic and at the post discharge 9th week; whereas, readmission rates to the clinic, rehospitalization rates and satisfaction levels were evaluated at post discharge, at 2nd, 6th and 9th weeks and finally at 6 months.

Results: During the follow-up of the patient, in accordance with NANDA nursing diagnoses; anxiety, lack of information, acute pain, ineffective breathing pattern, activity intolerance, fluid volume excess, sleep deprivation, risk of infection, lack of self-care, and readiness to strengthen health management have been identified and addressed. It has been concluded that the healthcare services offered within the scope of the Transitional Care Model: obviated the need for readmissions / rehospitalizations, improved the functional autonomy and quality of living of the patient and increased satisfaction of the patient, family, and the caregiver.

Conclusion: In the light of these positive outcomes, use of this model during nursing care applications is recommended for the elderly patients who will undergo a surgical procedure.

Giriş

Dünya nüfusu hızla yaşlanmakta olup günümüzde 605 milyon dolayında olan yaşlı nüfusun 2050 yılında iki milyara ulaşacağı öngörülmektedir (World Health Organization [WHO], 2016). Bu durumun bir sonucu olarak, hastalık ve ölümlerin önemli oranını yaşlı nüfus oluşturmaya başlamıştır (WHO, 2016). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 yılı verileri incelendiğinde; tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kalp-damar sistemi hastalıkları yaşlılardaki morbidite ve mortalitenin en önemli nedeni olmakla birlikte, son üç yılda kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı ölümlerin yaşlı grupta birinci sırada yer aldığı görülmektedir (TÜİK, 2017b).

Tıp teknolojisi ve cerrahideki ilerlemeler açık kalp cerrahisinde başarı oranını ve vaka sayısını artırmasına karşın yapılan çalışmalarda, ameliyat sonrası dönemde yaşlı bireylerin fiziksel (Schulz, Zimmerman, Pozehl, Barnason ve Nieveen, 2011a; Schulz ve ark., 2011b), psikolojik (Koster, Hensens ve Van der Palen, 2009; Schulz ve ark., 2011a, 2011b) ve sosyal sorunlarla (Abelha, Botelho, Fernandes ve Barros, 2010) karşı karşıya kaldığı belirtilmektedir. Bu sonuçlar, kalp cerrahisi öncesi ve sonrası sürecin bireyin (özellikle yaşlı bireylerin) yaşamında hem kendisi hem de ailesi için bir geçiş dönemi özelliği taşımakta olduğuna; taburculuk sonrası evde bakım sürecinde de sağlık bakım profesyonellerine olan gereksinimlerine dikkat çekmektedir.

Bu bağlamda, literatürde yaşlı gruba yönelik bakım hizmetlerinde hastalık merkezli modellerden; hasta uyumunu artıran ve maliyeti düşürmeye yardımcı olan hasta merkezli modellerin kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (Epstein ve Street, 2011; Lawn, 2011; Uysal, 2015). Bakımın sürekliliğini desteklemekte olan ve son yıllarda özellikle yaşlı hasta grubunda sıklıkla kullanılmaya başlayan modellerden birisi de Naylor'ın "Transitional Care Model - Geçiş Bakım Modeli -GBM" olmaktadır.

Özellikle risk altındaki yaşlı hastalarda olmak üzere, farklı hasta gruplarının bakımında kullanılmaya başlanan 'Geçiş Bakım Modeli (GBM)' (Feinglass ve ark., 2018; Lenaghan, 2018; Wang ve Wu, 2016; Zhang ve ark., 2017; Zhang, Xing, Li, Wang ve Zhang, 2018); sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak, risk altındaki popülasyonlar arasında önlenebilir kötü sonuçlardan kaçınmak ve hastaların bir düzeyden veya bakım ortamından diğerine güvenli ve zamanında geçişini sağlamak için tasarlanmış, zaman sınırlı hizmetlerin geniş bir bakış açısı olarak tanımlanmaktadır (Naylor, Aiken, Kurtzman, Olds ve Hirschman, 2011).

Geçiş Bakım Modeli (GBM) uygulaması dokuz temel bileşeni kapsamaktadır (Hirschman, Shaid, McCauley, Pauly ve Naylor, 2015). Bu temel bileşenler; riskli yaşlı yetişkinlerin değerlendirilmesi, uzman hemşireye güven ortamının sağlanması, bakımın koordine edilmesi, sürekliliğinin desteklenmesi, hasta-bakım vericisi ve ekip üyeleri arasında işbirliğinin sağlanması, ilişkilerin devamlılığı, hasta ve bakım vericisinin sürece aktif katılımı, risk ve semptomların değerlendirilmesi/yönetilmesi, öz-yönetime yönelik eğitim ve destek, hastaneden eve bakım hizmetlerinin devam etmesini içermektedir (Hirschman ve ark., 2015; Naylor ve ark., 2018). Sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği halinde, kanıta dayalı klinik protokollere odaklı ve her bir hastaya özel geliştirilen bakım planları ile hizmet sunulmasını hedefleyen modelin bakım koordinatörü rolünü uzman hemşire üstlenmektedir (Naylor, 2012).

Modelin sağlık sistemine etkin bir şekilde uyarlanması ve yürütülmesi için Toles (2011) dört temel kavram tanımlamıştır:

Yapı: Geçiş bakım uygulaması sürecini destekleyen kurumsal yapıyı belirtmektedir (Kurum ve kaynakların belirlenmesini; yönerge ve prosedürlerin oluşturularak personelin eğitimini, gerekli dokümanların hazırlanmasını vb. içermektedir).

Bakım süreci: Hasta ve ailesinin hastaneden eve geçiş sürecinin güvenli ve sorunsuz olması için sağlık personelleri tarafından sunulan hizmetleri tanımlamaktadır.

Bakım çıktıları: Bakım sürecindeki uygulamaların doğrudan ya da dolaylı olarak etki etmesi beklenen göstergeleri içermektedir.

Sağlık ekibi üyelerinin etkileşimi: Süreç içerisinde hedeflenen sorunun çözümünde başarıya ulaşabilmek için kritik noktaları (ekip üyeleri arasındaki etkileşimde üç temel parametre olan; bilgi paylaşımı, iletişim ve bireylerin bilişsel farklılıklarının dikkate alınmasını) içermektedir (Toles, 2011).

Bu derlemede modelin, açık kalp cerrahisi geçiren yaşlı bir hastada kullanılmasının olgu sunumu olarak paylaşılması amaçlanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce hasta ve bakımından sorumlu yakınına çalışma hakkında bilgi verilmiş, hastadan çalışmaya katılımı ile ilgili sözel ve yazılı onamı alınmıştır.

Olgu Sunumu

Kurumsal Yapının Hazırlanması: Bu çalışmada, GBM'nin etkinliğini değerlendirmeyi amaçlayan araştırmacı koordinatör hemşire rolünde yer almıştır. Koordinatör hemşire; kurumda çalışmakta olan ve çalışmanın yapılacağı birimde hizmet veren hekim, hemşireler, diyetisyen ve fizyoterapist ile görüşerek GBM ekibini oluşturmuştur. Çalışma süresince kullanılmak üzere "Hasta Takip Formları", "Açık Kalp Cerrahisi Klinik Yol Haritası", "Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Olan 60 Yaş ve Üstü Hastalar ve Aileleri İçin Geliştirilen Eğitim Rehberi" ve "Bakım Planları" araçları araştırmacı tarafından geliştirilerek; alanında uzman kişiler ve sağlık ekibi üyelerinin görüş ve önerileri doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir. Çalışmada, GBM ekibi üyelerine uygulama süreci, yönerge ve prosedürlere yönelik eğitim verilmiştir.

Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Olgunun Profili: Yetmiş bir yaşındaki erkek hasta F.Y. 1,65 cm boyunda ve yetmiş beş kilodur. Emekli ve sosyal güvencesi olan F.Y. evlidir ve çocukları ile yaşamaktadır. Halsizlik, yorgunluk, nefes darlığı ve solunum sıkıntısı yakınmaları nedeniyle kardiyoloji polikliniğine başvuran hasta, yapılan tetkikler sonucu koroner arter bypass greft cerrahisi önerisi ile kalp damar cerrahisi polikliniğine yönlendirilmiş ve kalp damar cerrahisi kliniğine yatışı yapılmıştır. Özgeçmişinde astım, hipertansiyon, alzheimer ve yaklaşık on yıl önce geçirilmiş bir serebrovasküler olay öyküsü bulunmaktadır. Sigara veya alkol kullanmamıştır. Beslenme sorunu olmayıp, önerilen tuzsuz diyetini uygulamaktadır. Banyo ve giyinme sırasında yardıma gereksinimi vardır. Yapılan EKO sonucu dört damar baypass cerrahisi kararı alınmıştır. Hasta okur-yazar değildir. Refakatçisi olan ve evde bakımını üstlenen gelini ilkokul mezunudur.

Geçiş Bakım Modeli Kapsamında Bakım Süreci Uygulamaları: Hastanın ameliyat kararının alınması ile 'Geçiş Bakım Modeli Protokolü' (Bkz. Ek-1) basamakları izlenerek, 'Açık Kalp Cerrahisi Klinik Yol Haritası' rehberliğinde bakım uygulamaları yürütülmüştür. Hastaya; araştırmacı tarafından geliştirilen eğitim rehberi kitapçığı verilmiştir. Eğitim rehberi içerisindeki bilgiler; hasta ve bakım vericisine koordinatör hemşire tarafından aktarılmıştır. Perioperatif süreçte; hastanın doktoru tedavi ve bakımı planlamış, fizyoterapisti preoperatif ve postoperatif dönemlerde egzersizler ile ilgili hasta ve yakınına eğitim vermiş, diyetisyeni preoperatif ve postoperatif dönemlerde diyeti planlamış ve hasta ve yakınına eğitim vermiş, hemşire hastanın bakım planlarının rehberliğinde bakımının yürütülmesini gerçekleştirmiştir. Koordinatör hemşire ekip üyeleri arasında iletişim ve işbirliğinin sağlanmasını ve bakımın koordinasyonunu yürütmüştür. Hemşirelik girişimlerinin oluşturulmasında ve değerlendirilmesinde, hemşirelik girişimleri sınıflaması (NIC) ve hemşirelik bakımı sonuçları sınıflama sistemi (NOC) kullanılmıştır (Kapucu, Akyar ve Korkmaz, 2018) (Bakım Planı Bkz. Ek-2). Hasta, taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde, iki, altı ve dokuzuncu haftalarda koordinatör hemşire tarafından ev ziyareti ile değerlendirilmiştir.

Geçiş Bakım Modeli Kapsamında Değerlendirilen Bakım Çıktıları: Olgunun hastanede toplam yatış süresi 14 gün olup ameliyattan yedi gün sonra klinikten taburcu edilmiştir. Hastanın bağımsızlığını ve yaşam kalitesi düzeyini değerlendirmeye yönelik, kliniğe ilk yatışında uygulanan 'Otonomi Değerlendirme Ölçeği (ODÖ) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği' puan ortalamaları düşük saptanırken, hastaneden taburculuktan dokuz hafta sonraki ev ziyaretinde uygulanan her iki ölçek puan ortalamaları yüksek saptanmıştır. Ayrıca hasta ve yakınının izlemlerinde; uygulama ve girişimlerden doyum düzeylerinin de yüksek olduğu saptanmıştır. Ameliyattan altı ay sonraki izleminde, hastanın taburculuk sonrası süreçte rutin kontrol tarihleri dışında sağlık kuruluşuna başvurmadığı belirlenmiştir.

<table>
<tr><td colspan="4">Açık kalp ameliyatı kararı verilen 71 yaşındaki erkek hasta</td></tr>
<tr><td colspan="4">Koordinatör Hemşire:
• Hasta Anamnezi
• Hastane ve Klinik Tanıtımı
• ‘Otonomi Değerlendirme Ölçeği’ ve ‘SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’
• Eğitim Rehberinin verilmesi
• Hergün Düzenli Hasta Viziti
• Bakımın Koordine Edilmesi</td></tr>
<tr><td colspan="4">Vaka analizi (ameliyat öncesi dönem)
Ekip üyeleri: hekim, hemşire, koordinatör hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, hastanın bakımından sorumlu yakınının hastayı değerlendirmesi</td></tr>
<tr><td>Koordinatör hemşire:
• Bakım planının geliştirilmesi
• Ameliyat öncesi hasta eğitimi</td><td>Klinik hemşireleri:
• Bakım planı doğrultusunda bakımın yürütülmesi
• Klinik Yol Haritası’nda (ameliyat öncesi gece-ameliyat günü bölümü) yer alan uygulamaların tamamlanması</td><td>Diyetisyen:
• Hastanın beslenmesinin planlanması ve eğitimi</td><td>Fizyoterapist:
• Hastanın aktivite ve egzersizinin planlanması ve eğitimi</td></tr>
<tr><td colspan="4">Vaka analizi (ameliyat sonu dönem)
Ekip üyeleri: hekim, hemşire, koordinatör hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, hastanın bakımından sorumlu yakınının hastayı değerlendirmesi</td></tr>
<tr><td>Koordinatör hemşire:
• Ameliyat sonrası hasta eğitimi
• Günlük hasta viziti</td><td>Klinik hemşireleri:
• Bakım planı doğrultusunda bakımın yürütülmesi
• Klinik Yol Haritası’nda (postoperatif 1., 2., 3., 4., 5… gün) yer alan uygulamaların tamamlanması</td><td>Diyetisyen:
• Hastanın beslenmesinin planlanması ve eğitimi</td><td>Fizyoterapist:
• Hastanın aktivite ve egzersizinin planlanması ve eğitimi</td></tr>
<tr><td colspan="4">Koordinatör hemşire:
Hastanın taburculuğu sonrası ilk 24 saat içerisinde ev ziyareti;
• Hastanın yaşam koşulları,
• Önerilen tedavi ve ilaç rejimini anlama ve uygulama durumu,
• İyileşmesini hızlandırmaya yönelik uygulamaları gerçekleştirme durumunun değerlendirilmesi,
• Bakımın planlanması ve uygulanmasına devam edilmesi.
Taburculuk sonrası ilk bir hafta hasta ve yakınına telefon ile danışmanlık hizmeti sunulması</td></tr>
<tr><td colspan="4">Koordinatör hemşire:
Hastanın taburculuğundan 2 ve 6 hafta sonra ev ziyareti;
• ‘Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu’ nun doldurulması,
• ‘Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu’nun doldurulması,
• Saptanan sorunlara yönelik ekip üyeleri ile iş birliği halinde eğitim ve danışmanlık hizmeti sunumu,
• Saptanan sorunların izlemi</td></tr>
<tr><td colspan="4">Koordinatör hemşire:
Hastanın taburculuğundan 9 hafta sonra ev ziyareti;
• ‘Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Yaşlı Bireyin Taburculuk Sonrası Ev İzlem Formu’nun doldurulması,
• ‘Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu’nun doldurulması,
• Saptanan sorunlara yönelik ekip üyeleri ile iş birliği halinde eğitim ve danışmanlık verilmesi,
• Saptanan sorunların izleminin yapılması
• ‘Otonomi Değerlendirme Ölçeği’ ve ‘SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin doldurulması.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Koordinatör hemşire:
Hastanın taburculuğundan 6 ay sonra telefonla ile iletişim
• ‘Taburculuk Sonrası Hastaların Hastaneye Tekrarlı Başvuru İzlem Formu’nun doldurulması.</td></tr>
</table>

Ek 1. Geçiş bakım modeli protokolü

BİREY ADI: FY	PLAN TARİHİ: 03.01.18		
Hemşirelik tanısı	Girişimler	Uygulama tarihi	Değerlendirme
1. ANKSİYETE (Çevre, sağlık durumu, etkileşim örüntülerinde tehdit ve değişime bağlı) Hasta çıktıları: • Anksiyete, öz-kontrol, konsantrasyon, baş etme ve hiperaktivite düzeyi ile uyumlu şekilde gösterilen ve anksiyete düzeyinin ortadan hafife düşmesi ile kanıtlanan, anksiyetenin azaltılması, • Hastanın gereksinim ve olumsuz duygularını uygun bir şekilde iletmesi, • Hastanın gerekli aktivitelerini sürdürmesi.	• Hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için olanak sağlanır. • Sakin, aceleci olmayan ve güven verici bir yaklaşım kullanılır, • Yalnız olmadığı, destek sistemleri hatırlatılır. • Tanı, tedavi ve gidişata ilişkin gerçekçi bilgi verilir. Prosedür sırasında hissedebilecekleri dahil bütün prosedürler açıklanır. • Hastalığına bağlı belirttiği endişesine yönelik hastalığı ve süreç ile ilgili eğitim verilir. • Hasta ve ailesi gevşeme teknikleri (örneğin: müzik, meditasyon, ritmik soluk alma, prograsif kas gevşemesi vb.) konusunda bilgilendirilir ve uygulama yaptırılır. • Hastanın stres düzeyi düzenli olarak değerlendirilir ve fiziksel semptomları da kapsayacak şekilde kaydedilir. • Hastanın düzenli olarak duygu durumu izlenir. • Hastanın duygu durumunu dengelemeye yönelik doktor istemi ile verilen ilaçları uygulanır.		Hasta anksiyete öz-kontrol uygulamaları; Stresli durumlar için baş etme stratejileri planlar. Rol performansını sürdürür. Anksiyete düzeyini azaltmak için gevşeme tekniklerini kullanır. (Derecelendirme: 1-Asla, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman)

Ek 2. Hasta bakım planları

BİREY ADI: F.Y.	PLAN TARİHİ:03.01.18		
Hemşirelik tanısı	**Girişimler**	**Uygulama tarihi**	**Değerlendirme**
2. BİLGİ EKSİKLİĞİ (Preoperatif prosedürler ve postoperatif beklentilere bağlı) Hasta çıktıları: • Hastalığının tetkik, tedavi sürecini bilmesi ve ilaçların kullanım nedenini fark etmesi, • Sağlık durumunu yönetebilme ve kontrol edebilme konusunda kendine güvendiğini ifade etmesi, • Sağlığa ilişkin öğretilen uygulamaları nasıl uygulayabildiğini göstermesi.	• Hasta ve bakım vericisinin cerrahi girişime ilişkin bilgi düzeyi değerlendirilir. • Hasta ve bakım vericisine ihtiyacı olduğunda okuyabileceği yazılı kaynak (Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Olan 60 Yaş ve Üstü Hastalar ve Aileleri için Geliştirilen Eğitim Rehberi) sağlanır. • Hasta ve bakım vericisinin öğrenmeye hazır olma durumu değerlendirilerek eğitim zamanı planlanır; aktif, sözlü ve yazılı iletişime odaklı, hasta merkezli ve bireye özgü uygun eğitim yöntemleri kullanılarak preoperatif eğitim verilir. • Hastanın preoperatif eğitimi; ameliyat öncesi rutinler, preoperatif ilaçların etkileri ve kullanım amaçları, ameliyathane ve yoğun bakım ünitelerinin özellikleri, olası ağrı kontrol yöntemleri, postoperatif rutinler/ araç, gereçler, iyileşme sürecini hızlandırmasına yönelik uygulamaları: derin solunum ve öksürme, insizyon yerini destekleme teknikleri, spirometre kullanımı, yatak içi aktif-pasif egzersizleri içermektedir. • Tekrarlı ziyaretlerde hastanın bilgi düzeyi, öğretilen uygulamaları uygulama düzeyleri kontrol edilir, eksiklikler tamamlanır. • Hasta ve ailesine taburculuk eğitimi yapılır. • Hastaya verilen taburculuk eğitimine yönelik bilgi düzeyleri değerlendirilir eksiklikler tekrarlanır. • Fizyoterapist Konsültasyonu-Preoperatif Eğitim/Postoperatif Eğitim gerçekleştirilir. • Diyetisyen Konsültasyonu- Preoperatif Eğitim/Postoperatif Eğitim gerçekleştirilir.		Hasta sağlık davranışı uygulamaları; Sağlık durumunu yönetebilme ve kontrol edebilme konusunda kendisine güvenir. Sağlığa ilişkin uygulamaları nasıl uygulayabileceğini gösterir. Sağlıklı beslenme ve düzenli egzersizin yararlarını bilir ve uygular. (Derecelendirme: 1-Asla, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman)

Ek 2 (devam). Hasta bakım planları

BİREY ADI: F.Y. PLAN TARİHİ: 10.01.18			
Hemşirelik tanısı	**Girişimler**	**Uygulama tarihi**	**Değerlendirme**
3. AKUT AĞRI (Cerrahi işleme ve hareketsizliğe bağlı) Hasta çıktıları: • Hastanın ağrısının azaldığını/ olmadığını ifade etmesi, • Mental ya da fiziksel rahatsızlığın bildirilen/ gözlenen şiddetinin azalması, • Günlük fonksiyonlar üzerinde bildirilen/ gözlenen yıkıcı etkilerin şiddetinin azalması.	• Ağrının yeri, özelliği, başlangıcı/ süresi, sıklığı, niteliği, yoğunluğu, şiddeti ve ağrıyı artıran faktörler değerlendirilir. • Hastanın ağrısı/rahatsızlığı 0-10'luk bir skala üzerinden düzenli aralıklarla değerlendirilir. • Sözel olmayan rahatsızlık belirtileri gözlemlenir. • Ağrı deneyiminin yaşam kalitesi üzerine etkileri (örneğin: uyku, iştah, aktivite, bilişsel durum, ruh hali, ilişkileri vb.) değerlendirilir. • Ağrıyı azaltan ve artıran faktörler hasta ile birlikte incelenir. • Hastaya uygun pozisyon verilir. • Hastanın rahatsızlığa tepkisini etkileyebilecek çevresel faktörler (örneğin; oda sıcaklığı, aydınlatma ve gürültü) kontrol edilir. • Hasta ve bakım vericisi ağrıyı gidermede non-farmakolojik yöntemler (örneğin: TENS, hipnoz, gevşeme egzersizleri, ritmik nefes alıp-verme, hayal etme, müzik tedavisi, dikkati başka yöne çekme, sıcak soğuk uygulama, masaj) konusunda bilgilendirilir ve uygulama yaptırılır. • Derin solunum ve öksürük egzersizleri sırasında insizyon bölgeleri desteklenir ve hasta/ bakım vericisine öğretilir. • Ağrı kontrolü yönetimine hasta ve bakım vericisinin aktif katılımı sağlanır. • Doktor istemi ile uygun analjezik tedavisi uygulanır. • Hasta ve ailesi uygulanan farmakolojik yöntemlerin etki ve yan etkileri konusunda bilgilendirilir.		Hasta ağrı kontrolü uygulamaları; Ağrının başlangıcını fark edebilir. Önleyici tedbirleri alabilir. Ağrı kontrolünü rapor edebilir. (Derecelendirme: 1-Asla, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman)

Ek 2 (devam). Hasta bakım planları

BİREY ADI: F.Y.	PLAN TARİHİ: 10.01.18		
Hemşirelik tanısı	Girişim	Uygulama tarihi	Değerlendirme
4. ETKİSİZ SOLUNUM ÖRÜNTÜSÜ (Yorgunluk ve enerji düşüklüğü nedeniyle etkisiz öksürmeye bağlı) Hasta çıktıları: • Hava değişimi için trakeabronşiyal yolun açık ve temiz olması, • Yaşamsal bulgularının normal değerler aralığında olması, • Solunum fonksiyon testleri ve laboratuvar bulgularının normal sınırlarda olması.	• Solunumun hızı, ritmi, derinliği, solunum çabası ve solunum örüntüleri izlenir. • Vital bulguları uygun şekilde izlenir. • Aşırı huzursuzluk, anksiyete ve hava açlığı yönünden izlenir. • Arteriyel kan gazları takip edilir. • Solunum sekresyonları izlenir. • Akciğer grafisi raporları izlenir. • Dispneyi azaltacak, ventilasyon kapasitesini artıracak pozisyon öğretilir ve verilir. • Derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilir. • Uygun sıklıklarla derin solunum (her saat başı 5-10 kez), öksürme (her iki saatte 1 kez) egzersizleri yaptırılır. • Öksürme ve derin nefes alma sırasında insizyon yerinin küçük bir yastık ya da rulo havlu ile desteklemesi öğretilir. • Triflow kullanımı öğretilir. • Sıvı dengesini en iyi hale getirmek için sıvı alımı düzenlenir ve bilgilendirilir. • Erken ve hastanın tolere edebildiği sıklıkta mobilizasyonu sağlanır. • İstem edilen bronkodilatörleri uygun şekilde uygulanır. • İnhalerlerinin uygun şekilde kullanımı öğretilir. • Oksijen tedavisi uygulanır. • İstem edilen antibiyotik tedavisi uygulanır. • Fizyoterapist konsültasyonu istenir.		Hastanın solunum durumu göstergeleri; Hasta yaşam bulguları normalden sapmadan, solunum sıkıntısının olmaması, havayolu açıklığının devam etmesiyle kanıtlanmış bir şekilde efektif solunum örüntüsü gösterir. (Derecelendirme: 1-Asla, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman)

Ek 2 (devam). Hasta bakım planları

BİREY ADI: F.Y	PLAN TARİHİ: 10.01.18		
Hemşirelik tanısı	Girişimler	Uygulama tarihi	Değerlendirme
5. AKTİVİTE İNTOLERANSI (Postoperatif dönem ağrı, halsizlik ve yorgunluğa bağlı) Hasta çıktıları: • Aktivite toleransı, dayanıklılık, enerji korunumu, yorgunluk düzeyi, psikomotor enerji, dinlenme ve öz bakım gibi göstergelerin belirlediği her zaman yapılan aktivitelere toleransının giderek artış göstermesi, • Temel fiziksel işleri ve kişisel bakım aktivitelerini yardımcı araç kullanmadan/kullanarak bağımsızca gerçekleştirmeye yönelik eylemde bulunması.	• Hastanın ilk ambulasyonuna yardım edilir. • Hasta tolere edebildiği ölçüde; yatağın içinde, kenarında, ya da sandalyede oturmaya teşvik edilir. • Hasta ve yakınına güvenli ambulasyon teknikleri öğretilir. • Hastaya ambulasyon mesafesinde gerçekçi artışlar belirlemesi için yardım edilir. • Güvenlik sınırları içerisinde hasta bağımsız olarak yürümeye cesaretlendirilir. • Egzersiz programı oluşturmada fizyoterapist ile iş birliği yapılır. • Hasta ve ailesine egzersizlerin amacı ve egzersiz planı açıklanır. • Düzenli ve programlı bir şekilde aktif ve pasif rom egzersizleri yürütülür. • Hareket/ aktivite sırasında rahatsızlık ve ağrı yönünden hasta takip edilir. • Egzersiz öncesi ağrı kontrol önlemleri başlatılır. • Hastanın egzersiz protokolüne duygusal, kardiyovasküler ve işlevsel yanıtı izlenir. • Hastanın yapmasının uygun olduğu egzersizlere yönelik yazılı taburculuk talimatı sağlanır. • Egzersiz protokolüne ve günlük yaşam aktivitelerine ilişkin evdeki bakım vericiler ile iş birliği yapılır.		Hasta enerjisinin korunduğunu göstergeler; Enerji sınırlarını bilir. Aktivite ve dinlenme arasında dengelidir. Enerji koruyucu aktiviteler düzenler. (Derecelendirme: 1-Asla, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman)

Ek 2 (devam). Hasta bakım planları

BİREY ADI: F.Y.	PLAN TARİHİ: 10.01.18		
Hemşirelik tanısı	**Girişimler**	**Uygulama tarihi**	**Değerlendirme**
6. SIVI VOLÜM FAZLALIĞI (İmmobiliteye bağlı alt extremitelerde) Hasta çıktıları: • Ventriküllerden atılan kan volümünün ve alveolar düzeydeki karbondioksit ve oksijen değişiminin yeterli olması, • Serum iyon konsantrasyonlarının dengede olması, • Vital bulgularının normal sınırlarda olması, • Vücut ağırlığı, kas ve yağ oranı boy, cinsiyet ve yaş ile uyumlu olması.	• Kardiyak monitor izlemi yapılır, vital bulguları izlenir. • Günlük aldığı çıkardığı izlemi yapılır. • Sıvı yüklenmesi ve retansiyon göstergeleri (örneğin; raller, CVP, ödem, boyun venlerinde dolgunluk, laboratuvar bulguları) izlenir. • Digital ve diüretik alan hastanın serum potasyum seviyesi yakından izlenir. • Deri ve mukozalardaki değişiklikler, ödemli alanlar enfeksiyon belirtileri açısından izlenir. • Aile üyesi veya bakımından sorumlu kişi deri bütünlüğünün bozulmasına yönelik belirtiler konusunda ve önlemler konusunda bilgilendirilir. • Venöz dönüşü geliştirmek için etkilenen ekstremite elevasyona alınır. • Antiembolik çorap kullanımı desteklenir. • Sık aralıklarla pozisyon değişimi ve aktif pasif egzersizler yaptırılır. • İstem edilen elektolitleri içeren intravenöz solüsyon uygulanır. • Diüretik ilaç tedavisi düzenlenir. • Diyetisyen iş birliğinde proteinden zengin sodyumdan kısıtlı beslenmesi sağlanır. • Hasta kilosunun günlük aç karna tartılması gerekliliği ve önemi konusunda bilgilendirilir. • Elektrolit dengesizliğinin tipi, nedenleri ve tedavileri konusunda hasta/ailesine öğretim yapılır. • Uygun pozisyon konusunda hasta ve yakını eğitilir.		Hastanın sıvı dengesi göstergeleri; 24 saatlik sıvı alım ve kaybı arasında dengededir. Vücut ağırlığı normaldir. Hasta sıvı diyet kısıtlamalarını anladığını belirtir. Hasta reçete edilen ilaçlarını anladığını belirtir. Hasta önerilen egzersizleri düzenli uygular. (Derecelendirme: 1-Asla, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman)

Ek 2 (devam). Hasta bakım planları

7. BİREY ADI: F.Y.	PLAN TARİHİ: 11.01.18		
Hemşirelik tanısı	**Girişimler**	**Uygulama tarihi**	**Değerlendirme**
UYKU YOKSUNLUĞU (Postoperatif dönem ağrı ve konforda bozulmaya bağlı) Hasta çıktıları: • Uyku yoksunluğuna neden olan faktörleri tanımlaması, • Uyku yoksunluğu belirtilerinin (örneğin; konfüzyon, anksiyete, gün içinde sersemlik, algısal bozukluk ve yorgunluk) rahatladığını belirtmesi, • Uyku ve dinlenmeyi artıracak önlemleri tanımlaması ve kullanması.	• Hastanın uyku/aktivite örüntüsü belirlenir. • Uyku sorununa neden olan faktörler hasta ile konuşularak saptanır. • Hastalığı süresince iyileşme için yeterli uykunun önemi anlatılır. • Uykuyu geliştirmek için ortam (ışık, ses, ısı, yatak, yorgan) düzenlenir. • Hasta gün içinde yorucu olmayan aktiviteler yapması sağlanarak aktif tutulur. • Hastanın ağrısı değerlendirilir ve etkin yöntemlerle çözümlenir. • Hastanın bakımı uyku/ uyanıklık döngüsüne göre uygun şekilde planlanır. • Uyku bölünmesine neden olan ilaç tedavisinin saat düzenlemesi gözden geçirilir. • Dispne sorununun kontrol atında tutulmaya yönelik uygulamalar yapılır ve yatak başı yükseltilir. • Hasta ve ailesine tanı, tedavi ve prognoza ilişkin gerçekçi bilgi sağlanır. • Hasta ve ailesine işlemler ve işlemler sırasında neler hissedebileceği konusunda açıklama yapılır. • Hasta ve ailesine uyku örüntüsünde rahatsızlığa neden olabilecek faktörler (örneğin; fiziksel, psikolojik, yaşam şekli, çevresel faktörler vb.) hakkında öğretim yapılır. • Uykusuzluğa neden olan yiyecek ve içecekler hakkında bilgi verilerek bunlardan kaçınması önerilir (çay, kahve, kafeinli içecekler). • Hasta ve ailesi ile uykuyu güçlendirme teknikleri /gevşeme teknikleri/ egzersiz terapisi ile ilgili bilgi verilir (ritmik soluk alma, yürüyüş, sıcak duş, müzik, kitap okuma, meditasyon, masaj vb.) • Doktorun istemi doğrultusunda ilaç tedavisi uygulanır.		Hastanın uyuduğunu gösterir göstergeler; Dinlenme ve uykuyu artıran önlemleri tanımlar. Fiziksel ve psikolojik iyileşme gösterir. Gece iyi uyuduğunu belirtir. (Derecelendirme: 1-Asla, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman)

Ek 2 (devam). Hasta bakım planları

BİREY ADI: F.Y.	PLAN TARİHİ: 10.01.18		
Hemşirelik tanısı	**Girişim**	**Uygulama tarihi**	**Değerlendirme**
8. ENFEKSİYON RİSKİ (Deri bütünlüğünde bozulmaya bağlı) Hasta çıktıları: • Enfeksiyon belirti ve bulgularını göstermemesi, • Yeterli bireysel hijyeni göstermesi, • Gastro-intestinal sistem, solunum sistemi, genito-üriner sistem ve ümmin sistem durumunun normal sınırlar içinde olması, • Enfeksiyon geçişine katkıda bulunan faktörleri, enfeksiyon belirti ve bulgularını tanımlayabilmesi.	• İnsizyon bölgesinin yeri, büyüklüğü, görünümü düzenli izlenir ve kaydedilir. • İnsizyon bölgesinin düzenli aseptik tekniklere uygun bakımı sürdürülür. • İnsizyon bölgesinin temiz ve kuru tutulması sağlanır. • İnsiyon bölgesi (bacakta ise) aralıklı olarak bölge dinlendirilir ve eleve edilir. • Hasta ve ailesi enfeksiyonun belirti ve bulguları hakkında bilgilendirilir. • Hasta ve yakınına uygun el yıkama teknikleri öğretilir. • Hasta banyo yapma zamanı ve banyo sırasında insizyon bölgesinde dikkat edeceği noktalar konusunda bilgilendirilir. • Hasta ve ailesi korse ve varis çorabının kullanımı hakkında bilgilendirilir, uygun kullanımı takip edilir. • Hasta derin nefes alıp-verme ve öksürme egzersizlerini düzenli yapması için teşvik edilir. • Dengeli ve düzenli beslenmesinin önemi anlatılır. • Diyetisyen önerisi ile uygun beslenme programı yapılır. • Laboratuar bulguları izlenir. • İnvaziv girişim bölgeleri enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden izlenir. • İnvaziv girişim bölgelerinin aseptik tekniklere uygun bakımı yapılır. • Uygun ziyaretçi sayısı sınırlanır. • Doktor istemi ile uygun antibiyotik tedavisi uygulanır.		Hastanın risk kontrolü uygulamaları; Enfeksiyon belirti ve bulgularını tanımlar. Enfeksiyon kontrol stratejilerini uygular. Temiz bir çevre sağlar. Enfeksiyon belirti ve bulgularını göstermez. (Derecelendirme: 1-Asla, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman)

Ek 2 (devam). Hasta bakım planları

BİREY ADI: F. Y. PLAN TARİHİ: 11.01.18			
Hemşirelik tanısı	Girişimler	Uygulama tarihi	Değerlendirme
9. ÖZ BAKIM YETERSİZLİĞİ (Ağrı ve fiziksel mobilitede bozulmaya bağlı) Hasta çıktıları: • Vücut dengesini koruyabilmesi, bir yerden bir yere yardımcı araç kullanarak/ kullanmadan bağımsızca hareket edebilmesi, • Yardımcı araç kullanarak/kullanmadan bağımsızca kişisel temizliğini sürdürebilmesi ve dış görünümünü düzenleyebilmesi, • Fiziksel engelliliğine bağlı gelişen belirgin fonksiyonel değişikliğe uyum sağlamak için bakım vericisinden destek alması.	• Hastanın öz bakım gereksinimleri ve karşılama durumu, kendi kendine giyinme yeteneği gözlemlenir, değerlendirilir. • Hasta öz bakım gereksinimlerini karşılamada bağımsız olması için teşvik edilir, yalnızca gerekli durumlarda yardım edilir. • Hasta ile iletişimde sözel direktifler kısa ve basit tutularak bilişsel yetersizlikler yönetilir. • Hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılarken mahremiyeti korunur. • Hasta bakım vericisi hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılaması konusunda hastaya özel uygulamalara yönelik eğitilir, desteklenir. • Rutin ağız bakımını gerçekleştirmesi sağlanır. • Gerekirse hastanın dudakları ve ağız mukozasını nemlendirmek için uygun yağlı krem kullanılır. • Hasta ve hastanın ailesine ağız sağlığı bakımının sıklığı ve kalitesi hakkında (örneğin; hastanın gelişim dönemine özgü diş ipi kullanımı, diş fırçalama, ağız çalkalama, yeterli beslenme, fluorid içeren su kullanma, diğer koruyucu ve ek ürünler kullanma vb.) eğitim yapılır. • Hasta kuvvet arttırıcı egzersiz ve yürüyüş yapmaya teşvik edilir. • Gerektiğinde hasta ve ailesi evde bakım desteği için sosyal hizmetlere yönlendirilir.		Hastanın öz bakım uygulamaları; Bakım veren tarafından desteği kabul eder. Bağımsız şekilde öz bakım gereksinimlerini karşılayabilir. Yeterli sıvı ve besin alır. Temiz giyinir. Tuvalet ve banyo ihtiyaçlarını giderir. (Derecelendirme: 1-Asla, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman)

Ek 2 (devam). Hasta bakım planları

BİREY ADI: F.Y.	PLAN TARİHİ: 10.01.18		
Hemşirelik tanısı	Girişimler	Uygulama tarihi	Değerlendirme
10. Sağlık Yönetimini Güçlendirmeye Hazır Olma Hasta çıktıları: • Tanı ve tedavisi için güvenilir bilgiyi araması, • Sağlık profesyonelleri ile randevularını sürdürmesi, • Sağlık profesyonellerine semptom ile ilişkili değişiklikleri bildirmesi, • Önerilmiş sağlık programlarını tanımlaması ve izlemesi (örn; diyet, egzersiz vb), • Sağlık programını sağlık hizmetini sunanların önerilerine göre düzenlemesi ve değiştirmesi.	• Hasta ve bakım vericisinin sağlığın geliştirilmesi ve semptom yönetimi ile ilgili bilgisi değerlendirilir. • Hastanın önerilen sağlık programlarına uyumu değerlendirilir (örn; diyet, egzersiz, ilaç vb.). • Hasta ve bakım vericisine sağlıkla ilgili kararları almada bilgi ve destek sağlanır. • Hasta ve ailesine kendi kendilerine ilaç uygulamalarını geliştirmek için uygun şekilde yazılı ve görsel bilgi verilir. • Hasta ve ailesine ilaç uygulama yönetimi uygun şekilde öğretilir. • Hasta ve ailesine ilacın beklenen ve istenmeyen etkileri öğretilir. • Reçete gerektirmeyen ilaçların kullanımı ve mevcut durumu nasıl etkileyebileceği hakkında eğitim verilir. • İlaç tedavisi ile ilgili endişeleri tartışmak ve soruları yanıtlamak için taburculuk sonrasında hasta ve ailesi ile uygun şekilde iletişime geçilir. • Hasta ve bakım vericisinin sağlık bakım kurumları arasındaki iletişimi belirlenir ve kolaylaştırılır. • İlaç değişikleri doktor ile birlikte uygun şekilde kolaylaştırılır. • Hastaya taburculuk sonrası stratejik gelişimsel veya durumsal sorun zamanlarında ev ziyareti planlanır.		Hasta uyumlu davranış ve sağlık bakım kararlarına katılım göstergeleri; Tanı ve tedavi hakkında güvenilir bilgiyi arar. Sağlık profesyonelleri ile randevularını sürdürür. Sağlık profesyonellerine semptomlar ile ilgili değişiklikleri bildirir. Önerilmiş sağlık programlarını tanımlar ve izler. (Derecelendirme: 1-Asla, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman)

Ek 2 (devam). Hasta bakım planları

Tartışma

Bu çalışmada açık kalp ameliyatı geçiren 71 yaşındaki erkek bir hastaya GBM kapsamında verilen bakım hizmetinin etkinliği; hastanın hastaneye tekrarlı başvuru/yatış oranı, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi, hasta ve bakım vericisinin doyum düzeyleri üzerinden değerlendirilmiştir.

Açık kalp ameliyatı sonrası hastalar ortalama 4-10 gün içerisinde hastaneden taburcu edilmektedir (Dirimeşe, 2018). Olguda sunduğumuz hasta, ameliyat sonrası yedinci gün taburcu edilmiş olup taburculuk sonrası altı aylık izlem sürecinde kontrol randevuları dışında bir sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmamıştır. Literatürde modelin farklı yaşlı hasta gruplarında kullanıldığı çalışmalarda da benzer hasta sonuçları elde edilmiştir (Franks, 2015; Nabagiez, Shariff, Molloy, Demissie ve McGinn, 2016; Naylor ve ark., 2009; Stauffer ve ark., 2011). Diğer taraftan literatürde, perioperatif süreçte tedavi ve bakımlarına yönelik yeterli desteklenmeyen ve uyum süreci sorunu yaşayan hastaların postoperatif dönemde önlenebilir çeşitli komplikasyonlar yaşadıkları, sağlık kuruluşlarına başvuru ve hastaneye tekrarlı yatış yaptıkları görülmüştür (Fox ve ark., 2013; Gelsomino ve ark., 2011; Hannan ve ark., 2011). Hastanın klinikte yatışı süresince ve sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişmemiş olması da bakım sürecinin etkin yürütüldüğü ve hastanın süreçte uyumlu olduğunun önemli kanıtı olarak değerlendirilmektedir.

Literatürde kardiyovasküler cerrahi sonrası yaşlı hastaların en sık; insizyona bağlı ağrı (Schulz ve ark., 2011a; 2011b), enfeksiyon, göğüs ve bacak insizyonunda ödem, yorgunluk, güçsüzlük (Schulz ve ark., 2011b), uyku sorunları (Hannan ve ark., 2011; Schulz ve ark., 2011a; 2011b), solunum sıkıntısı (Schulz ve ark., 2011b) ve çarpıntı (Fox ve ark., 2013; Gelsomino ve ark., 2011) yaşadıkları saptanmıştır. Açık kalp ameliyatı sonrasında yaşanan bu sorunlar, yaşlı bireylerin fonksiyonel bağımsızlıklarını kısıtlayarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşamalarına neden olmakta (Abelha ve ark., 2010; Mullen-Fortino ve O'Brien, 2009) ve yaşam kalitelerini düşürebilmektedir. Olguda hastanın; taburculuktan dokuz hafta sonraki ev ziyaretinde, sadece banyo yaparken destek aldığı, diğer günlük yaşam aktivitelerini bağımsız gerçekleştirebildiği, yaşam kalitesi ve otonomi değerlendirme ölçek puanlarınında yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar GBM uygulamalarının benzer diğer çalışmalarda olduğu gibi yaşlı hastaların yaşam kalitesi ve fonksiyonel otonomi düzeyleri üzerinde etkin bir uygulama olduğunu göstermektedir (Lenaghan, 2018; Zhang ve ark., 2017; Zhang ve ark., 2018; Wang ve Wu, 2016).

Olguyu modelin etkinlik göstergelerinden bir diğeri olan hasta doyumu açısından irdelendiğinde ise hasta ve ailesinin, süreçte düzenli aralıklarla desteklendikleri, yaşayabilecekleri ya da yaşadıkları sorunlara karşı yönlendirildikleri ve süreçte kolaylıkla sağlık personeline ulaşıp danışmanlık alabildikleri için doyumlu oldukları belirlenmiştir.

Çalışmada, GBM'nin en önemli aşaması olmakla birlikte en zor kısmını, sağlık ekibi profesyonellerinin işbirliğinin sağlanması ve taburculuk sonrası hasta izlem sürecinin devamlılığının oluşturması olduğu görülmüştür. Modelin sağlık sistemine veya topluma uyarlanabilmesi için öncelikle modelin değerinin paydaşlara etkili bir şekilde iletilmesi gerekmektedir. Geliştirilen rehber ve formların ekip üyeleri tarafından etkin olarak kullanılması ve yol haritalarına uyum için kurumun yönetim süreci içerisinde yer alması, bu süreçte yönetici hemşirelerin etkili rol üstlenmesi, kalite izlem ve geliştirme ekibi tarafından sürecin yakından izlenmesi gerekmektedir. Türkiye'de evde bakım hizmetleri ile verilmekte olan veya hedeflenmekte olan uygulamalar göz önünde bulundurulduğunda (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2005) gerek aile hekimleri ile gerekse hastaneler bünyesinde kurulan evde sağlık hizmet birimleri ile işbirliği halinde modelin sisteme uyarlanmasının aslında oldukça kolay bir yaklaşım olduğu düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu olgu sunumunda; açık kalp ameliyatı olan yaşlı hasta grubunda, GBM ile yaşlı hasta ve bakım vericisinin süreci başarıyla geçirdikleri, hastaneye tekrarlı başvuru/yatış gözlenmediği, hastanın fiziksel sağlık, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesinde gelişme olduğu, hasta, ailesinin ve bakım vericisinin aldıkları hizmetten doyumlarının yüksek olduğu sonuçları elde edilmiştir. Bu olumlu çıktılar doğrultusunda modelin cerrahi işlem geçirecek olan yaşlı hasta grubunun hemşirelik bakım uygulamalarında kullanılması önerilmektedir. Bu noktada, modelin sağlık sistemine uyarlanabilmesi için sağlık çalışanlarına bu konunun önemine yönelik farkındalık kazandırılması, evde bakım hizmetlerinde kullanılması için sağlık politikalarında ve bakım işleyiş prosedürlerinde gerekli düzenlemelerin yapılması önerilebilir.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.
Finansal Destek: Yoktur.
Katılımcı Onamı: Katılımcıdan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Conflict of Interest: Not applicable.
Funding: None.
Exhibitor Consent: Verbal and written consent was obtained from the participant.

Kaynaklar

Abelha, F. J., Botelho, M., Fernandes, V. & Barros, B. (2010). Quality of life and mortality assessment in patients with major cardiac events in the postoperative period. *Brazilian Journal of Anesthesiology,* 60(3), 268-284. https://doi.org/10.1016/S0034-7094(10)70035-0

Dirimeşe, E. (2018). Kalp damar sistemi hastalıkları. İçinde S. Çelik (Eds.). *Güncel yöntemlerle cerrahi hastalıklarda bakım* (pp. 223-251). Antalya, Türkiye: Çukurova Nobel Kitabevi.

Epstein, R. M. & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine,* 9(2), 100-3. https://doi.org/10.1370/afm.1239

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. (2005). http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=evde%20bak%C4%B1m. (Erişim 23.04.2019).

Feinglass, J., Mallama, C. A., Rogers, A., Teter, C., Hurt, C. & Schaeffer, C. (2018). Using hospital use trends to improve transitional care. *Healthcare,* 6(4), 259-264. https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2017.08.001

Fox, J. P., Suter, L. G., Wang, K., Wang, Y., Krumholz, H. M. & Ross, J. S. (2013). Hospital-based, acute care use among patients within 30 days of discharge after coronary artery bypass surgery. *The Annals of Thoracic Surgery,* 96(1), 96-104. https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2013.03.091

Franks, S. (2015). *Transitional care to reduce 30-day heart failure readmissions among the long-term care elderly population.* Doctor of Nursing Practice Final Projects. Seton Hall University.

Gelsomino, S., Lorusso, R., Livi, U., Masullo, G., Luca, F., Maessen, J., et al. (2011). Cost and cost-effectiveness of cardiac surgery in elderly patients. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery,* 142, 1062-1073. https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2011.02.013

Hannan, E. L, Zhong, Y., Lahey, S. J., Culliford, A. T., Gold, J. P., Smith, C. R., et al. (2011). 30-day readmissions after coronary artery bypass graft surgery in New York State. *JACC: Cardiovascular Interventions,* 4(5), 569-576. https://doi.org/10.1016/j.jcin.2011.01.010

Hirschman, K., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M. & Naylor, M. (2015). Continuity of care: The transitional care model. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing,* 20(3), 1 https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No03Man01.

Kapucu, S., Akyar, İ. & Korkmaz F. (Ed.). (2018). *Pearson hemşirelik tanıları el kitabı.* Ankara, Türkiye: Pelikan Yayınları.

Koster, S., Hensens, A. G. & Van der Palen, J. (2009). The long-term cognitive and functional outcomes of postoperative delirium after cardiac surgery. *The Annals of Thoracic Surgery,* 87(5), 1469-1474. https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2009.02.080

Lawn, S. (2011). Compliance, concordance, and patient-centered care. *Patient Preference and Adherence,* 5, 89-90. https://doi.org/10.2147/PPA.S17822

Lenaghan, N. A. (2018). Transitional care and empowerment of the older adult. *Geriatric Nursing,* 00, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.07.005

Mullen-Fortino, M. & O'Brien, N. (2009). Caring for a patient after coronary artery surgery. *Nursing 2009 Critical Care,* 4(1), 128-131. https://doi.org/10.1097/01.CCN.0000343231.17320.e5

Nabagiez, J. P., Shariff, M. A., Molloy, W. J., Demissie, S. & McGinn, J. T. (2016). Cost analysis of physician assistant home visit program to reduce readmissions after cardiac surgery. *The Annals of Thoracic Surgery,* 102(3), 696-702. https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2016.03.077

Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M. & Hirschman, K. B. (2011). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs,* 30(4),746-754. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041

Naylor, M. D., Feldman, P. H., Keating, S., Koren, M. J., Kurtzman, E. T., Maccoy, M. C., et al. (2009). Translating research into practice: transitional care for older adults. *Journal of Evaluation in Clinical Practice,* 15(6), 1164-70. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01308.x

Naylor, M. D. (2012). Advancing high value transitional care: The central role of nursing and its leadership. *Nursing Administration Quarterly,* 36(2), 115-26. https://doi.org/10.1097/NAQ.0b013e31824a040b

Naylor, M. D., Hirschman, K. B., Toles, M. P., Jarrin, O. F., Shaid, E. & Pauly, M. V. (2018). Adaptations of the evidence-based Transitional Care Model in the U.S. *Social Science & Medicine,* 213, 28-36. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.023

Schulz, P. S., Zimmerman, L., Pozehl, B., Barnason, S. & Nieveen, J. (2011). Symptom management strategies used by elderly patients after coronary artery bypass surgery. *Applied Nursing Research,* 24(2), 65-73. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.03.001

Schulz, P. S., Lottman, D. J., Barkmeier, T. L., Zimmerman, L., Barnason, S. & Hertzog, M. (2011b). Medications and associated symptoms/problems after coronary artery bypass surgery. *Heart Lung,* 40(2), 130-138. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2010.03.003

Stauffer, B. D., Fullerton, C., Fleming, N., Ogola, G., Herrin, J., Stafford, P. M., et al. (2011). Effectiveness and cost of a transitional care program for heart failure. *Archives of Internal Medicine,* 171(14), 1238-43. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.274

Toles, M. P. (2011). *Transitional care in a nursing home* (Doctor of Philosophy). Duke University, United States.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2017a). *İstatistiklerle Yaşlılar.* www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595 (Erişim: 01.01.2019).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2017b). *Ölüm Nedeni İstatistikleri.* http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083. (Erişim: 01.01.2019).

Uysal, H. (2015). Günümüzde hemşire liderliğinde kardiyovasküler hastalık yönetim programları. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi,* 6(9), 1-14. https://doi.org/10.5543/khd.2015.001

Wang, X. & Wu, X. C. (2016). Application of transitional care model in cancer pain management after discharge: a randomized controlled trial. *Chinese Nursing Research,* 3(2), 86-89. https://doi.org/10.1016/j.cnre.2016.06.003

World Health Organization (WHO) (2016). *Health statistics and health information systems: Definition of an older or elderly person.* http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/. (Erişim: 01.01.2019).

Zhang, P., Hu, Y. D., Xing, F. M., Li, C. Z., Lan, W. F. & Zhang, X. L. (2017). Effects of a nurse-led transitional care program on clinical outcomes, health-related knowledge, physical and mental health status among Chinese patients with coronary artery disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies,* 74, 34-43. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.004

Zhang, P., Xing, F. M., Li, C. Z., Wang, F. L. & Zhang, X .L. (2018). Effects of a nurse-led transitional care programme on readmission, self-efficacy to implement health-promoting behaviours, functional status and life quality among Chinese patients with coronary artery disease: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing,* 27(5), 969-979. https://doi.org/10.1111/jocn.14064