

## OLGU SUNUMU / CASE REPORT

**Kardiyolojide Yenilik Sol Atriyal Apendiks Kapama ve Hemşirelik Bakımı: Olgusu Sunumu***Innovation Left Atrial Appendix Closure In Cardiology and Nursing Care: Case Study*Ayşe SOYLU, Öğr. Gör.<sup>1</sup>, Dilek SOYLU, Dr.<sup>2</sup>, Medet KORKMAZ, Doç. Dr.<sup>3</sup>, Ayşe ŞAHİN, Öğr. Gör.<sup>4</sup><sup>1</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Kahramanmaraş, Türkiye.<sup>2</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Organ Nakli Koordinatörlüğü, Kahramanmaraş, Türkiye.<sup>3</sup>İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, Malatya, Türkiye.<sup>4</sup>Harran Üniversitesi, Viranşehir Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Şanlıurfa, Türkiye.**Kabul tarihi/Accepted:** 28.08.2020**İletişim/Correspondence:**

Ayşe SOYLU, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Kahramanmaraş, Türkiye.

**E-posta:** aysesoylu46@gmail.com**Özet**

Atriyal fibrilasyon yaygın rastlanan aritmi çeşitlerindedir. Atriyal fibrilasyonun en önemli komplikasyonlarından biri inmedir. Atriyal fibrilasyon tedavisinde amaç embolinin önlenmesidir. İnmeye yol açan trombusun en önemli kaynağının sol atriyal apendiks olduğu bildirilen çalışmalar mevcuttur. Uzun dönem oral antikoagülan tedavisinde birçok hastada ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Bu nedenlerden dolayı dünyada ve ülkemizde yeni tedavi yöntemi olarak sol atriyal apendiks kapama yapılmaya başlanmıştır. Bu yazıda sol atriyal apendiks kapama işlemi yapılan üç olgunun hemşirelik bakımı aktarılacaktır. İşlem sonrası olgular yoğun bakımda takip edildi ve burada yaşam aktiviteleri modeline göre hemşirelik bakımı planlanarak bakım verildi. Sonuçlara yönelik hemşirelik girişimlerinin model kullanılarak planlanması hemşirelik bakımını daha sistemli hale getirdiği için alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sol atriyal apendiks kapama, yaşam aktiviteleri modeli, hemşirelik, hemşirelik bakımı.**Abstract**

Atrial fibrillation is a common arrhythmia. One of the most important complications of atrial fibrillation is stroke. The purpose of atrial fibrillation treatment is to prevent embolism. Studies are reporting that the most important source of thrombus causing stroke is the left atrial appendage. Many patients experience serious problems in long-term oral anticoagulant therapy. For these reasons, the left atrial appendage closure has begun as a new treatment method in the world and in our country. In this article, nursing care of three cases with left atrial appendage closure will be presented. After the procedure, the patients were followed up in the intensive care unit, and nursing care was planned and provided according to the life activities model. It is thought that planning results-oriented nursing interventions using a model will make nursing care more systematic and contribute to the field.

**Keywords:** Left atrial appendix closure, life activities model, nursing, nursing care.**Giriş**

Atriyal fibrilasyon (AF) yaygın rastlanan aritmi çeşitlerindedir. (ACC/AHA/ESC 2006 Kılavuzu, 2007; Atriyal Fibrilasyon Tedavi Kılavuzu, 2010). AF toplumun %1-2'sini etkilemekte ve bu oranın gelecek 50 yıl içinde artacağı tahmin edilmektedir. (Stewart, Hart, Hole, McMurray, 2001; Go vd., 2001). Gelişmiş ülkelerde AF hastaların ortalama yaşı giderek artmaktadır, günümüzdeki yaş aralığı ise 75-85'tir (Atriyal Fibrilasyon Tedavisi ESC Kılavuzu, 2013). Ülkemiz için ise ayrıca belirtilen güncel yaş aralığına ulaşamamıştır. AF gelişimine neden olabilen hastalıklar ise obstruktif uyku apnesi sendromu, hipertansiyon, diabetes mellitus, obezite, kronik böbrek yetmezliği ve yapısal kalp hastalığıdır (Nabauer vd., 2009; Nieuwlaet, Capucci vd., 2005; Şabanov, 2013; Soyulu, 2018).

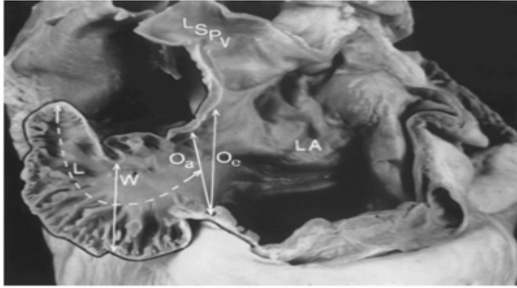
Atriyal fibrilasyonun en önemli ve ciddi komplikasyonlarından biri inmedir. İnmeye yol açan trombusun en önemli kaynağı sol atriyal apendikstir (SAA) (>%90) (Blackshear & Odell, 1996; Wrigley & Lip, 2009; Oto vd., 2010).

**"AF yaygın rastlanan aritmi çeşitlerindedir"**

Atriyal fibrilasyonu olan bireylerin inme riski sağlıklı bireylere oranla beş kat daha fazladır. İnme, bütün dünyada ölüm nedenleri arasında üçüncü sıradadır; ciddi işgücü kaybı ve morbiditenin de önemli nedenidir (Camm vd., 2010; Lip, Frison, Halperin, & Lane, 2010; Oto, Aytemir vd., 2011). Atriyal fibrilasyon tedavisinde amaç embolinin önlenmesidir. Atriyal fibrilasyonda oral antikoagülan (OAK) tedavisi önemlidir ve OAK tedavisi inme riskini %70, ölüm oranını ise %25 azaltmaktadır (Hart, Pearce & Aguilar, 2007; Harthun & Stukenborg, 2010; Oto vd., 2010). Besin/ilaç etkileşimi, sık doz ayarlaması ve transfüzyon gerekliliği, dar terapötik aralık gibi sorunlar K vitamini bağımlı OAK tedaviyi sınırlandırdığı için (Camm vd., 2010; Oto vd., 2010). 2017

Atriyal Fibrilasyon kılavuzunda, antikoagülasyonun daha güvenilir tedavi imkanı sunan Yeni OAK (YOAK) grup ile sağlanması önerilmiştir (Atriyal Fibrilasyon Kılavuzu, 2017).

Sol atriyal apendiks kapatılması emboliyi önlemede yeni tedavi yöntemlerinden biridir (Gorodnitskiy, Lucariello, Aizer & Coppola 2010; Oto vd., 2010). Sol atriyal apendiksin (Şekil 1) kapatılması mitral kapak cerrahisi ve cerrahi ablasyon (ileti blokaj yöntemi) işlemlerinde uzun zamandan beri kullanılmakta olup, perkütan olarak ise Avrupa'da 2002, ABD'de 2003 ve ülkemizde 2010 yılından itibaren uygulanmaktadır (Oto vd., 2010; Oto vd., 2011). Üniversitemiz anjiyo laboratuvarında, ilk defa 2018 yılında üç olguya uygulanan SAA kapama işlemi başarı ile gerçekleştirilmiştir. SAA kapama cihazıyla (Şekil 2) sol atriyal apendikse ulaşılmıştır. Cihaz SAA'da açılmıştır ve SAA tam olarak kapatılmıştır (Şekil 3). Yapılan kontrol anjiyo ve trans özofajiyal ekokardiyografide SAA komplikasyonlarından olan ölüm, inme, sistemik emboli, perikart tamponadı ve kanama vb. sorunla karşılaşmamıştır.



Şekil 1. Sol atriyal apendiksin anatomik kesiti.

(LA: Sol atriyum, LSPV: Sol superior pulmoner ven, Oe: Ekokardiyografik orifis, Oa: Anatomik orifis, W: Genişlik, L: Uzunluk) (Veinot, Hamty & Gentile 1997).

Hemşirelik modelleri, hemşirelik bakımlarını daha sistemli hale getirmektedir. Roper, Logan ve Tierney tarafından 1970 yılında geliştirilen yaşam aktiviteleri modeli hemşirelik eğitiminde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme, cinselliği ifade etme, uyku ve ölüm maddelerinden oluşmaktadır. Bireyi bir bütün olarak değerlendiren, hemşirelik sürecini kullanarak sistematik ve bireysel hemşirelik bakımının verilmesini sağlayan bir modeldir. (Roper, Logan, & Tierney, 1990; Köşgeroğlu & Boğa, 2010). Model test edilmiştir ve hemşirelik uygulamalarında, araştırmada ve hastane dışında günlük yaşamda da kullanılmaktadır. Oniki temel yaşam alanı bir kontrol listesi olarak kullanılabilirliği için bakımın devamlılığını sağlamaktadır. Olgulara Yaşam Aktiviteleri Modeli'ne göre hemşirelik bakımı planlanmıştır. Çalışma için araştırmanın yapıldığı ilgili kurumun



Şekil 2. İşlemden kullanılan sol atriyal kapama cihazı.

anabilimdalı başkanlığından ve olgulardan onam alınmıştır. Bu makaledeki amaç SAA işlemine yönelik komplikasyonların önlenmesi ve kontrolünde güncel bilgiler ışığında, hemşirelik bakımının planlanması, uygulanması, hasta/ailesine gerekli konularda danışmanlık verilmesi ve hemşirelik girişimlerine rehber oluşturmaktır.

## Olgular

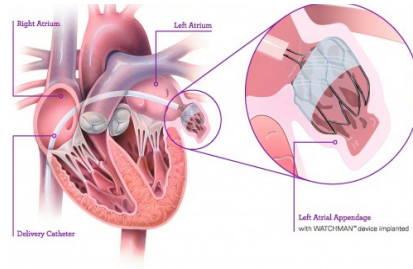
Üç olguda ortalama 10 yıldır kronik AF ve kronik kalp yetersizliği (KKY) vardır. Tüm hastalar asetil salisik asit 100 mg 1x1, klopidogrel 80 mg 1x1 antikoagülan tedavi almaktadır. Hastalar sürekli olarak majör kanama geçirmektedir. Hastalar tüm OAK/YOAK'ları düzgün kullanmalarına rağmen halen inme geçirme riskleri yüksek olması nedeniyle SAA yapılmıştır.

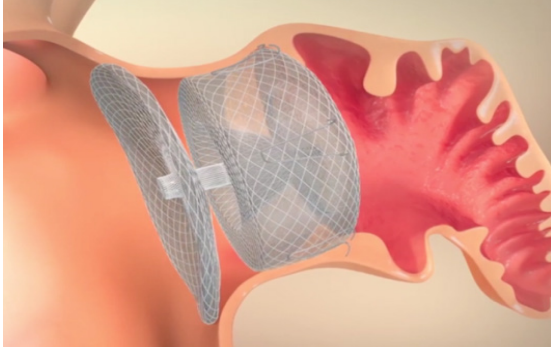
Hastalardan; bilgilendirilmiş sözlü ve yazılı onam alındı, Biyokimya, tam kan sayımı ve koagülasyon tetkikleri için kan alındı, sonuçları değerlendirildi. İşlem öncesi profilaktik antibiyotik olarak 1. kuşak sefalosporin 1 gr IV olarak uygulandı. Anjiyo önlüğü giydirildi. Hastalar transport hemşiresi tarafından anjiyo laboratuvarına götürüldü, dosyaları teslim edildi. Anjiyo ünitesinde kimlik bilekliği kontrolü yapıldı ve işlem öncesi hastalar monitörize edildi. İşlem sırasında gelişebilecek komplikasyonlar açısından acil arabası ve geniş lümenli damar yolu hazır bulunduruldu. İşlem sonrası hastalar yoğun bakımda izlendi. İşlem sonrası komplikasyonlar açısından pulmoner emboli, inme bulguları, bilinç, elektrokardiyografi (EKG), echokardiyografi (EKO) vb. izlemi yapıldı. Taburculuk öncesi bakım modeline göre eğitim verildi. Olgularda komplikasyon gelişmedi. Dördüncü gün sonunda hastalar taburcu edildi. Klinik prosedüre göre hastalar ilk bir ay haftalık olarak, EKO için çağırıldı. Çalışma için hastalardan ve Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilimdalı Başkanlığından sözel onam alındı.

1. Olgu 1: 79 yaşında erkektir. On yıldır kronik AF ve KKY olan hasta OAK/YOAK'ları düzgün kullanmasına rağmen halen inme geçirme riski yüksek olması nedeniyle yoğun bakıma yatırışı yapılmıştır. Hb: 10.0mg/dl ve Hct:% 30.0 diğer parametreler normaldir.

2. Olgu 2: 73 yaşında kadındır. Sekiz yıldır kronik AF ve sağ KKY olan hasta OAK/YOAK'ları düzgün kullanmasına rağmen halen inme geçirme riski yüksek olması nedeni ile yoğun bakıma yatırışı yapılmıştır. Evde düşmüştür, kalçasında hafif ağrıdan bahsetmektedir. Hb: 10.2 mg/dl ve Hct: %27.9 diğer parametreler normaldir.

3. Olgu 3: 78 yaşında kadındır. Oniki yıldır kronik AF ve KKY tanısı olan hasta OAK/YOAK'ları düzgün kullanmasına rağmen halen inme geçirme riski yüksek olması nedeni ile yoğun bakıma yatırışı yapılmıştır. Hb: 10.0mg/dl ve Hct:%30 ve diğer parametreler normaldir.





Şekil 3. Sol atriyal appendiksın kapanmış hali.

### “AF'nin en önemli komplikasyonlarından biri inmedir ve tedavisindeki amaç embolinin önlenmesidir”

SAA çalışma sonuçlarına bakıldığında; Koskinas ve diğerleri 2009 ve 2014 yılları arasında SAA kapama işlemi yapılan 500 hastayı incelemişler ve yapılan işlemleri başarılı bulmuşlardır (Koskinas vd., 2016). Yuniadi ve diğerleri ise 25 hastaya SAA kapama yapmışlar ve işlemi önermişlerdir (Yuniadi vd., 2016). Jazayeri ve diğerleri de SAA kapamayı, uygun AF hastalarında inmeyi önlemek için umut verici bir yöntem olarak görmekteydiler (Jazayeri, Vuddanda, Parikh,& Lakkireddy, 2017). Mahajan vd'nin yaptığı sistematik derlemede SAA kapama için iyi tasarlanmış daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu bildirilmiştir (Mahajan vd., 2012).

SAA komplikasyonları ölüm, inme, sistemik emboli, perikart tamponadı, kanama vb.'dir. Hemşire SAA tedavi yöntemini, hasta yaklaşımını, endikasyon, kontrendikasyon ve komplikasyonları bilerek hemşirelik tanısı koymalı ve uygun girişimleri gerçekleştirmelidir. Multidisipliner, bütüncül ve yenilikçi bakım anlayışı ile hizmet veren hemşirenin SAA işlemi konusunda bilgi sahibi olması hemşirelik bakımının kalitesini artıracak ve komplikasyon gelişimini önleyecektir.

### “Sol atriyal appendiksi kapama yöntemi embolinin önlenmesinde alternatif bir yöntemdir”

#### Tartışma

Atriyal Fibrilasyona bağlı kronik semptomlar, genel iyilik halini azaltmakta ve hastalarda sistemik emboli, KKY, hemodinamik bozukluk gibi önemli komplikasyonlara neden olmaktadır. Hastalar uzun dönem antikoagülan kullanmak zorunda olduğundan medikal tedaviye olan uyum zorlaşmaktadır. Tedaviye uyumsuzluk ise hastalarda inme riskini artırmaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı inmeyi önleyebilmek için yeni tedavi yöntemi olarak SAA kapama işlemi yapılmaya başlanmıştır.

#### Yaşam aktiviteleri modelinin uygulanması:

##### Hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama

**Hemşirelik Tanısı adı:** Travma riski

	Tanımlayıcı Veriler (Belirti ve bulgular)	Etiyoloji (Nedeni)	Amaç ve beklenen hasta sonuçları	Girişimler Ortak olanlar	Değerlendirme
Olgu 1	Halsizlik ve yorgunluk, hemoglobin düşüklüğü,	Kronik AF'ye bağlı kullanılan antikoagülan ilaçlar ve SAA'ya bağlı inme, sistemik emboli, perikart tamponadı ve kanama riski, kontrast madde alerji riski, sheet yerinde kanama riski, kum torbasına bağlı perfüzyonda bozulma riski.	Hastada travma gelişmesini önlemek. Homeostazisi sağlamak.	1.Hastaların monitörize edilmesi, yaşam bulgu takibinin yapılması. 2.Hastaların Ekg takibinin yapılarak, ölümcül ritim kontrolünün sağlanması. 3.Laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesi(Hemogram, Biyokimya, International Normalized Ratio vb), sıvı-elektrolit ve asit-baz kontrolünün yapılması ve dengelenmesi. 4.Dengeli olarak hidrasyonlarının sağlanması(AÇT),(fizyolojik kayıp+ 500cc sıvı). 5.Hastaların inme, sistemik emboli, perikart tamponadı riskine yönelik tabikibinin yapılması. 6.Radyopak madde kullanımına ilişkin alerji belirti-bulgu kontrolü ve tedavinin yapılması. 7. Antikoagülan kullanımı nedeniyle, sheet yerinde hematoma ve kanama kontrolü, kapiller dolma süresi kontrolünün yapılması. 8.Sheet bölgesinin kızarıklık, hassasiyet ve akıntı yönünden değerlendirilmesi. 9. Kontrollü ayak bacak egzersizi yapılması. 10.Sheet çıkarılması sonrası bayağı perfüzyonun değerlendirilmesi. 11. Kum torbası takibinin yapılması(kayma, düşme vb. risk açısından). 12.Aktivite-dinlenme programının belirlenmesi, programa göre hastaların mobilizasyonunun sağlanması.	Herhangi bir travma görülmedi. Belirtilen tüm girişimler uygulandı. Vital bulguları stabildi. Ortalama kan basıncı: 115/75mm/Hg, nabız: 85/dk, saturasyon: 94/dk, solunum: 14/dk olarak ölçüldü.  1 ünite Eritrositsüspansiyon transfüzyonu yapıldı.
Olgu 2					Herhangi bir travma görülmedi. Belirtilen tüm girişimler uygulandı. Ortalama kan basıncı: 121/78mm/hg, nabız: 81/dk, saturasyon: 90/dk, solunum: 19/dk olarak ölçüldü. Birer gün ara ile toplamda 2 ünite Eritrosit süspansiyon transfüzyonu yapıldı.
Olgu 3					Herhangi bir travma görülmedi. Belirtilen tüm girişimler uygulandı. Ortalama kan basıncı: 122/78mm/hg, nabız: 80/dk, saturasyon: 95/dk, solunum: 12/dk'idi.

**İletişim****Hemşirelik Tanısı adı:** Anksiyete

	<b>Tanımlayıcı Veriler (Belirti ve bulgular)</b>	<b>Etiyoloji (Nedeni)</b>	<b>Amaç ve beklenen hasta sonuçları</b>	<b>Girişimler Ortak olanlar</b>	<b>Değerlendirme</b>
Olgu 1	Kaygı, iletişim bozukluğu,	SAA işlemine yönelik kaygı, Kronik AF, KKY ve yoğun bakımda yatmaya bağlı ajitasyon, umutsuzluk	Hastaların yoğun bakım ünitesindeki uyaranlara karşı ilgili ve bilinçli olmasını, kendine ve bakım veren kişilere zarar vermemesini ve kişiler arası iletişimini sağlamak ve olguları psikolojik olarak desteklemek.	1. Hastalarımızın yaşamsal bulgularının izlenmesi 2. İletişimin sağlanması ve sürdürülmesi, 3. İletişimin güçlendirilmesi için eğitim verilmesi, 4. Hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgi verilmesi, 5. Hastalarımızın her gün ziyaretçi saatlerinde aile bireyleri ile görüştürülmesi ve aile bireylerinden olgularımızla sohbet etmelerinin istenmesi, 6. Yoğun bakımdaki diğer hastaları rahatsız etmeden hastane yönetiminin de izniyle olgulara kulaklık aracılığıyla, müzik dinletilmesi ve kitap okunması, 7. Her gün kişi yer ve zaman oryantasyonlarının sağlanması, 8. Gerekli durumda psikiyatrye yönlendirilmesi.	Hastaların SAA işlemine yönelik kaygıları azaldı.  Yapılan girişimler sonucu hastalar ve aileler daha iyi iletişim kurmaya başladı ve aile süreçleri düzelmeye başladı.

**Solumun****Hemşirelik Tanısı adı:** Gaz değişiminde bozulma

	<b>Tanımlayıcı Veriler (Belirti ve bulgular)</b>	<b>Etiyoloji (Nedeni)</b>	<b>Amaç ve beklenen hasta sonuçları</b>	<b>Girişimler Ortak olanlar</b>	<b>Değerlendirme</b>
Olgu 1	Dispne, satürasyon düşüklüğü	KKY'ye bağlı pulmoner ödem ve SAA'ya bağlı perikard riski	Normal arteriyel kan gazı değerlerine ulaşmak. Yeterli oksijenasyonu sağlamak. Solunum sıkıntısı bulgularını azaltmak/ortadan kaldırmak	1. Solunumun sayısı ve derinliğinin izlenmesi 2. Yardımcı kasların solunuma katılım durumunun izlenmesi 3. Solunum sayısının ve oksijen satürasyonunun izlenmesi 4. Sekresyon varlığı ya da artışı durumunda postürü drenaj yapılması, 5. AÇT takibi yapılarak fizyolojik kayıba göre sıvı alımının dikkatli yapılması 6. Hekim orderine göre bronkodilatör uygulanması, oksijen verilmesi 7. Arteriyel kan gazı izleminin yapılması, 8. Hastaya tolere edebileceği şekilde akciğer kapasitesini arttıracak (semi fowler) pozisyon verilmesi. 10. Solunum egzersizleri: diyafragmatik solunum, büzük dudak solunumu, derin solunum egz vb.	Solunumu 14/dk idi, sekresyonu yoktu Satürasyonu ortalama: 94/dk' idi. Dispne varlığı azaldı. Sadece supine pozisyonunda dispne görüldü. Solunum derinliği normaldi.
Olgu 2	Olgu 1 SpO2: 90				Solunum 19/dk idi, pürülan balgamı vardı, İpratropium bromür ve salbutamol nebül 2x1, Budesonid nebül 1x1 uygulandı. Satürasyon ortalama 95/dk idi. Dispne azaldı ve derinlik normale döndü.
Olgu 3	Olgu 2 SpO2: 92				Solunumu 12/dk idi. Satürasyon ortalama 96/dk idi. Dispne azaldı ve derinlik normale döndü.

**Beslenme****Hemşirelik Tanısı adı:** Beden gereksiniminden az beslenme

	<b>Tanımlayıcı Veriler (Belirti ve bulgular)</b>	<b>Etiyoloji (Nedeni)</b>	<b>Amaç ve beklenen hasta sonuçları</b>	<b>Girişimler Ortak olanlar</b>	<b>Değerlendirme</b>
Olgu 1	İştahsızlık, kaygı, hastane yemeklerini beğenmeme, tuzsuz diyetle itiraz etme	Yoğun bakımda yatmaya bağlı, kaygı, ajitasyon, hastane yemekleri ve tuzsuz diyet olması,	Olgularımızın yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamak	1. Dr. İstemi ve diyetisyen önerisiyle günlük kalori ihtiyaçlarına uygun beslenme rejiminin belirlenmesi, 2. Dengeli olarak hidrasyonlarının sağlanması(AÇT), (fizyolojik kayıp+ 500cc sıvı) 3. Beslenme konusunda olgulara eğitim verilmesi ve soru işaretlerinin giderilmesi. 4. Besinlerin iştah açıcı şekilde düzenlenmesi görüntü koku vb 5. Ortamın yemek için uygun hale getirilmesi, havalandırma-pencere açma vs 6. Hastane yemeği yiyemeyenlere diyetle uygun evden yemek getirilmesi 7. Yeme durumunun ve öğünde tükettiği miktarların izlemi	Hasta yağsız, tuzsuz rejim üç diyeti ile beslendi. Aldığı 1500cc, çıkardığı 2000cc, denge= - 500.
Olgu 2					Hasta yağsız, tuzsuz rejim üç diyeti ile beslendi. Aldığı 1350cc, çıkardığı 1800cc, denge= - 450cc.
Olgu 3					Hasta yağsız, tuzsuz rejim üç diyeti ile beslendi. Aldığı 1600cc, çıkardığı 2000cc, denge= - 400cc.

**Boşaltım****Hemşirelik Tanısı adı:** Konstipasyon riski

	<b>Tanımlayıcı Veriler (Belirti ve bulgular)</b>	<b>Etiyoloji (Nedeni)</b>	<b>Amaç ve beklenen hasta sonuçları</b>	<b>Girişimler Ortak olanlar</b>	<b>Değerlendirme</b>
Olgu 1	Hareketsizlik,düzensiz defekasyon sıklığı.	KKY'ye bağlı karın kaslarında zayıflık, yoğun bakımda yatmaya bağlı fiziksel aktivite yetersizliği, çevresel değişiklik ve iştahsızlık	Normal bağırsak boşaltımını sağlamak ve sürdürmek	1.Sıvı alımına dikkat edilmesi 2.Sıvı alımının dengelenmesi (Fizyolojik kayıp + 500cc sıvı) 2. Lifli gıda tüketimi (Kayısı ve eriği diyetle eklenmesi) 3.3.Gaita sıklığı ve gaita kıvamının kontrol edilmesi 4.Yeterli mobilizasyonun sağlanması. 5. Olguların kontrollü mobilize edilmesi. 6. Olguların düzenli olarak tartılması.	Hastalara belirlenen tüm girişimler uygulandı. Hastalarda konstipasyona ilişkin semptomlar gelişmedi.
Olgu 2					
Olgu 3					

**Kişisel temizlik ve giyim****Hemşirelik Tanısı adı:** Özbakım eksikliği: Bireysel hijyende yetersizlik

	<b>Tanımlayıcı Veriler (Belirti ve bulgular)</b>	<b>Etiyoloji (Nedeni)</b>	<b>Amaç ve beklenen hasta sonuçları</b>	<b>Girişimler Ortak olanlar</b>	<b>Değerlendirme</b>
Olgu 1	Yorgunluk ve halsizlik, saçların kirli- dağınık olması, ağız- vücut kokusu, kirli kıyafetler, uzun ve kirli tırnaklar	KKY'ye bağlı yorgunluk ve yoğun bakımda yatma, hemoglobin düşüklüğüne bağlı yorgunluk, öz bakım konusunda bilgi eksikliği, eksik hijyen alışkanlığı	Bireysel hijyen gereksinimlerini karşılamak ve bireysel hijyen gereksinimlerine ilişkin yetersizliği önlemek.	1. Ağız bakımı, düzenli olarak yatak banyosu ve silme banyosu ve perine temizliğinin yapılması, 2. Tırnakların kesilmesi ve bakımının yapılması, 3. Deri bütünlüğünün korunması için mininumum 45dk maksimum iki saate bir pozisyon değişikliğinin sağlanması, 4. Derinin kurumasının önlenmesi ve deriye uygun pomat, krem sürülmesi, derinin ıslak ve nemli kalmasının önlenmesi, 5. Vücudunu sıkmayan rahat pamuklu kıyafetlerin giydirilmesi, 6. Ailelere hijyen gereksinimi konusunda eğitim verilmesi ve sorularının cevaplanması. 7. Hastaların kendi bakımlarına katılmalarının sağlanması.	Hastalarda vücut kokusu, ağız kokusu ve ağızda aft görülmedi. 1. ve 3. Hasta özbakımını gerçekleştirmede yetersiz, fakat istekli olduklarından bakımlarına katılım sağladılar. 2. Hasta özbakımını kendisi yardimsız gerçekleştirdi.
Olgu 2					
Olgu 3					

**Beden ısısının kontrolü****Hemşirelik Tanısı adı:** Enfeksiyon riski

	<b>Tanımlayıcı Veriler (Belirti ve bulgular)</b>	<b>Etiyoloji (Nedeni)</b>	<b>Amaç ve beklenen hasta sonuçları</b>	<b>Girişimler Ortak olanlar</b>	<b>Değerlendirme</b>
Olgu 1	Subfebril ateş, Olgu1: 38°C Olgu2: 37.9°C Olgu3:37.7°C	Hastane kökenli enfeksiyonlar, İnvaziv girişimler, yetersiz beslenme,	Hastada enfeksiyon belirti ve bulgularının olmaması.	1. Düzenli aralıklarla ateş ölçümünün yapılması, 2. Enfeksiyon bulgularının varlığı izlenmeli 3. Yoğun bakım hijyeninin sağlanması, olguların el hijyeni ve kişisel hijyeninin sağlanması, 4. Enfeksiyona sebep olabilecek risk faktörlerine karşı dikkatli olunması. 5. İnvaziv girişim ve tüm uygulama esnasında yeterli el hijyeni sağlanması. 6. Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması 7. Laboratuvar sonuçlarının kontrolü, 8. Dengeli hidrasyonun sağlanması(fizyolojik kayıp +500) 9. Deri turgoru kontrolünün yapılması	Hastanın hastaneye yatışının 3. gününde beden ısısı ortalaması 37,7°C seyretti. Belirtilen tüm girişimler uygulandı. Hastanın hastaneye yatışının 3. gününde beden ısısı ortalaması 37,9°C seyretti. Belirtilen tüm girişimler uygulandı. Hastanın hastaneye yatışının 3. gününde beden ısısı ortalaması 37,7°C seyretti.
Olgu 2					
Olgu 3	Dehidratasyon.				

**Hareket**

Hemşirelik Tanısı adı: Doku bütünlüğünde bozulma riski

	Tanımlayıcı Veriler (Belirti ve bulgular)	Etiyoloji (Nedeni)	Amaç ve beklenen hasta sonuçları	Girişimler Ortak olanlar	Değerlendirme
Olgu 1	Sakrumun ve topuğun pembe renk alması,	Hareketsizlik, KKY'ye bağlı dolaşım bozukluğu	Hastaların doku bütünlüğünü korumak,	1. Basınç yarısı değerlendirme ölçekleriyle değerlendirilmesi, 2. Olgulara düzenli olarak en az 45 dakika en fazla iki saatte bir pozisyon verilmesi, 3. Pozisyon verilmesi sırasında basınç yarısı yönünden gözlenmesi, 4. Riskli alanların ayrıca kontrolünün sağlanması, 5. ROM egzersizlerinin uygulanması, 6. Doktor orderine göre anti-trombotik tedavi uygulanması, 7. Yatak çarşafının kuru ve gergin olmasının sağlanması, 8. Hastaların cildinin temiz ve kuru olmasının sağlanması, 9. Olguların beslenmesinin düzenlenmesi, 10. Basınç yarısını önlemeye yönelik ekipmanların (pozisyon pedleri, havali yatak vb.) kullanılması.	Braden 13 puandan 16 puana yükseldi. Topuk normal rengine döndü. Sakrumda ara sıra hafif kızarıklık görüldü.
Olgu 2	Topuğun pembe renk alması,				Braden 15 puandan 17 puana yükseldi. Topuk normal rengine döndü.
Olgu 3	Sakrumun ve omuzun pembe renk alması,				Braden 12 puandan 17 puana yükseldi. Sakrum ve omuz normal rengine döndü.

**Çalışma ve boş zamanlarını değerlendirme**

Hemşirelik Tanısı adı: Sosyal izolasyon

	Tanımlayıcı Veriler (Belirti ve bulgular)	Etiyoloji (Nedeni)	Amaç ve beklenen hasta sonuçları	Girişimler Ortak olanlar	Değerlendirme
Olgu 1	Başkalarıyla iletişim kurmak istememe.	Yoğun bakımda yatma.	Hastaların sosyal çevresiyle olan iletişimini desteklemek ve kişiler arası iletişimini güçlendirmek.	1.Hastaların sosyalleşmesi için aile ve arkadaşlarının ziyarete gelmesinin sağlanması, 2.Hastalara taburculuk sonrası sosyal planlar yapılması, 3.Hastaların taburculuk sonrası aile ve arkadaşları ile sevdikleri etkinlikleri yapmaya yönlendirilmesi. 4.Hemşirelerin hastayla daha sık iletişime geçmesi 5.Hastane politikasına göre telefon/tablet kullanımına izin verilmesi 6. Müzik dinletilmesi. 7.Taburculuk sonrası sosyal etkinlik planı yapılması	Hastalar sosyal çevreleriyle ve aileleriyle daha çok iletişim kurmaya başladılar. Kişiler arası ilişkileri güçlenmeye başladı.
Olgu 2					
Olgu 3					

**Uyku**

Hemşirelik Tanısı adı: Uyku örüntüsünde bozulma

	Tanımlayıcı Veriler (Belirti ve bulgular)	Etiyoloji (Nedeni)	Amaç ve beklenen hasta sonuçları	Girişimler Ortak olanlar	Değerlendirme
Olgu 1	Gece uyuyamama, gündüz yorgun ve ajite olma.	KKY'ye bağlı dispne nedeniyle sırtüstü yatamama/ yatak başı yüksek yatma ve yoğun bakım ortamındaki ışık ve gürültüye bağlı uyuyamama.	Hastaların yeterli ve kaliteli uyku uyumasını sağlamak, uyku düzenini sağlamak	1.Hastaların gündüz uyumaması 2.Uyku esnasında karanlık, loş, sessiz ve uygun sıcaklıkta bir ortam sağlanması, kulak pamuğu, göz bandı verilmesi, ışıkların kapatılması vb. 3.Çevredeki uyarıların minimum seviyede tutulması, Yatak başı yüksekliğinin ayarlanması 4.Doktor orderine uygun ilaç tedavisinin uygulanması. İhlamur, melisa çayları, ılık süt, kitap okuma, gevşeme egzersizi, masaj denenip diğer türlü farmakolojik tedaviye geçilmesi. 5. Taburculuk sonrası da bakımda uygulanan teknikler önerildi.	Uyku esnasında karanlık, loş, sessiz ve uygun sıcaklıkta bir ortam sağlandı. Hastalar ağırlıklı olarak gece uyumaya başladılar, yorgunlukları azaldı ve daha sakindiler.
Olgu 2					
Olgu 3					

## Sonuç

Hastaların gereksinimleri yaşam aktiviteleri modeline göre belirlenerek hemşirelik bakımı verilmiştir. Herhangi bir komplikasyon yaşanmamıştır. Sonuçlara yönelik hemşirelik girişimlerinin model kullanılarak planlanması hemşirelik bakımını daha sistemli hale getirdiği için alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## Alana Katkı

Ülkemizde yeni uygulanmaya başlayan ve çok tanınmayan SAA işleminin özellikleri ve olası komplikasyonlara yönelik hemşirelik modeline dayalı sunulan hemşirelik bakımı; kaliteli bakım sunulmasına katkı sağlayabilir.

**“Bakımda hemşirelik modellerinin kullanılması sol atriyal apendiks kapama yöntemi sonrası hasta memnuniyetini artırarak, bütüncül bakım sağlayabilir”**

## Teşekkür

Çalışmamıza katılan olgulara, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığına, Koroner yoğun bakım ve anjio ünitesi hemşirelerine teşekkür ederiz.

## Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

## Kaynaklar

- Alves C. (2009). Atrial Fibrillation. (Ed: Griffin BP, Topol EJ.) Manual of Cardiovascular Medicine. Philadelphia, 347-364.
- Atriyal Fibrilasyon Hastalarının Tedavisi İçin ACC/AHA/ESC 2006 Kılavuzu.(2007). Türk Kardiyoloji Derneği Arş2007; 3: 76-127 ([https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA\\_35\\_70\\_76\\_127.pdf](https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_35_70_76_127.pdf)), (Erişim Tarihi: 09.10.18).
- Atriyal Fibrilasyon Tedavi Kılavuzu. (2010). Türk Kardiyol Dern Arç 2010; 4: 1-65. [https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA\\_38\\_80\\_1\\_65.pdf](https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_38_80_1_65.pdf), (Erişim Tarihi: 09.10.18).
- Atriyal Fibrilasyon Tedavisi ESC Kılavuzunun 2012 Odaklı Güncellemesi. (2013). Türk Kardiyol Dern Arç 2013; 3: 53-81. [https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA\\_41\\_70\\_53\\_81.pdf](https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_41_70_53_81.pdf), (Erişim Tarihi: 09.10.18).
- Avrupa Kardiyoloji Derneği 2016 Atriyum Fibrilasyonu Kılavuzu: Yeni ne var?. (2017). Turk Kardiyol Dern Ars 2017;45(1):1-4.
- Blackshear, J. L. & Odell, J. A. (1996). Appendage obliteration to reduce stroke in cardiac surgical patients with atrial fibrillation. *Ann Thorac Surg*;61:755-9.
- Camm, A. J, Kirchhof, P., Lip, G. Y., Schotten, U., Savelieva, I., Ernst, S., et al. (2010) Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*;31:2369-429.
- Ceyhan Ö. (2012). Atrial Fibrilasyonu Olan Hastalarda Uygulanan Akupres'in Kalp Ritmi ve Hızına Etkisi İle Yorgunluk Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Go, A. S., Hylek, E. M., Phillips, K.A., Chang, Y., Henault, L.E., Selb, J.V & Singer, D.E. (2001). Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA*, 285:2370-2375.
- Gorodnitskiy, A. Lucariello, R. J., Aizer, A., Coppola, J. T. (2010). A novel approach to left atrial appendage exclusion: the WATCHMAN device. *Cardiol Rev*;18:230-3.
- Hart, R. G., Pearce, L. A. & Aguilar, M. I. (2007). Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med*; 146:857-67.
- Harthun, N.L. & Stukenborg, G. J. (2010). Atrial fibrillation is associated with increased risk of perioperative stroke and death from carotid endarterectomy. *J Vasc Surg*;51:330-6.

- <http://www.drholdright.co.uk/dynamicpage.php?pg=treatments&hd=Treatments&pageid=MTly>. Erişim tarihi: 20.01.2020
- [https://www.researchgate.net/figure/The-AMPLATZER-CARDIAC-PLUG-system\\_fig3\\_230587655](https://www.researchgate.net/figure/The-AMPLATZER-CARDIAC-PLUG-system_fig3_230587655). Erişim tarihi: 20.01.2020
- Jazayeri, M. A., Vuddanda, V., Parikh, V., Lakkireddy. (2017). Percutaneous left atrial appendage closure: current state of the art. *Curr Opin Cardiol. Jan*;32(1):27-38.
- Koskinas, K.C., Shakir, S., Fankhauser, M., Nietlispach, F., Attinger-Toller A., Moschovitis, A., Wenaweser, P., Pilgrim, T., Stortecky, S., Praz, F., Räber, L., Windecker, S., Meier, B., Gloekler, S. (2016). Predictors of Early (1-Week) Outcomes Following Left Atrial Appendage Closure With Amplatzer Devices. *JACC Cardiovasc Interv. Jul 11*;9(13):1374-83. doi: 10.1016/j.jcin.2016.04.019.
- Köşgeroğlu, N. & Boğa S. (2011). Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli (YADHM)'ne Göre Zihinsel Engelli Bireylerin Sorunları ve Hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:4,Sayr:1*.
- Lip, G. Y., Halperin, J. L. (2010). Improving stroke risk stratification in atrial fibrillation. *Am J Med*;123:484-8.
- Lip, G.Y., Frison, L., Halperin, J.L. & Lane, D.A. (2010). Identifying patients at high risk for stroke despite anticoagulation: a comparison of contemporary stroke risk stratification schemes in an anticoagulated atrial fibrillation cohort. *Stroke*;41:2731-8.
- Mahajan, R., Brooks, A.G., Sullivan, T., Lim, H.S., Alasady, M., Abed, H.S., Ganesan, A.N., Nayyar, S., Lau, D.H., Roberts-Thomson, K.C., Kalman, J. M., Sanders, P. (2012). Importance of the underlying substrate in determining thrombus location in atrial fibrillation: implications for left atrial appendage closure. *Heart. Aug*;98(15):1120-6. doi: 10.1136/heartjnl-2012-301799.
- Nabauer, M., Gerth, A., Limbourg, T., Schneider, S., Oeff, M., Kirchhof, P., et al. (2009) The Registry of the German Competence Network on Atrial Fibrillation: patient characteristics and initial management. *Europace. 11*(4):423-34.
- Nieuwlaar, R., Capucci, A., Camm, A. J., Olsson, S.B., Andresen, D., Davies, D. W., et al. (2005). Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries: the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Eur Heart J. 26*(22):2422-34. Epub 2005/10/06.
- Oto, A. (2013). Türk Kardiyoloji Derneği Atriyal Fibrilasyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 31(12)
- Oto, A., Aytemir, K., Okutucu, S., Kaya, E., Şahiner, L., Sabanov, Ç., Evranos, B. (2011). Sol atriyal apendiks perkütan yolla kapatılması: Tromboembolik inmenin önlenmesinde yeni bir açılımı. *Türk Kardiyol Dern Ars - Arch Turk Soc Cardiol*;39(8):668-674. doi: 10.5543/tkda.2011.01727
- Oto, A., Aytemir, K., Okutucu, S., Karakulak, U.N., Kaya, E.B. (2010). Atriyal fibrilasyonlu bir olguda sol atriyal apendiks perkütan yolla kapatılması. *Türk Aritmi, Pacemaker ve Elektrofizyoloji Dergisi*;8:172-7.
- Roper, N., Logan, W.W. & Tierney, A.J. (1990). The elements of nursing, Churchill Livingstone, New York.
- Soylu A. (2018). Atriyal Fibrilasyonlu Hastalara Uygulanan Akupres'in Bazı Vital Bulgular Ve Oksijen Saturasyonuna Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sanko Üniversitesi. Gaziantep.
- Stewart, S., Hart, C.L., Hole, D.J. & McMurray, J.J. (2001). Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study. *Heart*, 86:516-521.
- Şabanov, Ç. (2013). Perkütan Sol Atriyal Apendiks Kapatmanın Diyastolik İşlevler Üzerinde Etkisinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Ankara.
- Veinot, J. P., Hamty, P. J., Gentile, F., et al. (1997). Anatomy of the normal left atrial appendage: a quantitative study of age-related changes in 500 autopsy hearts; implications for echocardiographic examination. *Circulation*;96:3112-5.
- Wrigley, B.J. & Lip GY. (2009). Can the WATCHMAN device truly PROTECT from stroke in atrial fibrillation? *Lancet Neurol*;8:877-8.
- Yuniadi, Y., Hanafy, D. A., Raharjo, S.B., Soeryo, A., Yasmina, I., Soesanto, A.M. (2016). Amplatzer Cardiac Plug for Stroke Prevention in Patients with Atrial Fibrillation and Bigger Left Atrial Appendix Size. *Int J Angiol. Dec*;25(4):241-246.