

# KRONİK HASTALIKLARI OLAN BİREYLERDE EN SIK ELE ALINAN HEMŞİRELİK TANILARI VE GİRİŞİMLERİ

## MOST FREQUENTLY DISCUSSED NURSING DIAGNOSIS AND INTERVENTIONS IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASES

Geliş Tarihi: 14.04.2015, Kabul Tarihi:12.12.2015

Sevda KORKUT BAYINDIR \*

Ayla ÜNSAL\*\*

### ÖZET

Değişen yaşam koşulları, hızlı kentleşme, sanayileşme, stres, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere bağlı yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun artması, çevre kirliliği gibi çeşitli faktörler dünyada ve Türkiye’de kronik hastalıklarda artışa neden olmuştur. Hemşireler kronik hastalıklara karşı mücadelede sadece hastalıklardan korunmada değil dünyadaki milyonlarca kronik hastalığı olan bireylerin bakımında da önemli rol oynamaktadır. Hemşire bireye verdiği bakımda bilimsel bir araç olan hemşirelik sürecini kullanarak hemşireliğin görev ve yasal sorumluluğu olan bakım işlevini gerçekleştirmiş olur. Bu makalenin amacı sık görülen kronik hastalıklarda hemşirelerin en sık ele aldıkları tanıları belirleyip bu tanıları doğrultusunda uygun hemşirelik girişimlerini tartışmaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Kronik hastalıklar, Hemşirelik, Hemşirelik tanıları, Hemşirelik girişimleri.

### ABSTRACT

Variety of factors such as changing living conditions, rapid urbanization, industrialization, stress, prolongation of life span depends on developments in the treatment and diagnosis, the increase of the elderly population, environmental pollution have led to an increase in chronic diseases in the world and Turkey. Nurses play an important role in not only the prevention of disease but also the care of individuals in the fight against chronic disease. Nurse would have realized the nursing function which are duties and legal responsibilities of nursing using the nursing process in the care. The purpose of this article is determine to the diagnosis which are used most common by nurses in the most common chronic diseases and discuss the appropriate nursing interventions based on the diagnosis.

**Key Words:** Chronic disease, Nursing, Nursing diagnosis, Nursing interventions.

\* Sevda Korkut Bayındır, Arş. Gör. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi KAYSERİ  
E-mail: skorkut@erciyes.edu.tr

\*\*Ayla Ünsal

## GİRİŞ

Kronik hastalıklar; bir ya da daha fazla sistemde, yavaş ilerleyen, sürekli, geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğuna yol açan (Akdemir ve Birol 2005; Bilir 2006), oluşmasında sosyoekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı ve hastalıkların birbiri üzerine eklendiği, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren (Karadakovan ve Aslan 2011; Çavuşoğlu 2013), kendiliğinden gerilemesi ve tamamen iyileşmesi mümkün olmayan (Demirağ 2009) uzun dönem sağlık sorunlarıdır.

Kronik hastalıkların genel özellikleri şunlardır;

✚ Hastalığın oluşmasında birden fazla etken rol oynayabilir, kişinin bu etkenlerle karşılaşma miktarı ve süresi hastalığın oluşmasında önemlidir ve etmenle karşılaşma ile hastalığın ortaya çıkması arasında geçen süre çok uzun olabilir,

✚ Kronik hastalıklar başka kronik hastalıklara neden olabilir,

✚ Ara ara iyileşme dönemleri görülse de tekrarlamalar hastalığı daha da kötüleştirebilir,

✚ Birey hastalığın semptomlarını öğrenerek yaşamak zorunda olduğu için kronik durumların ve tıbbi sorunların yönetiminin yanı sıra fizyolojik ve sosyal sorunların yönetimini de kapsar,

✚ Hastalık süresince farklı evreler yaşanabildiği için her evrenin farklı fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunları ve farklı çözüm yolları olabilir,

✚ Kronik hastalıkla baş etme daha çok tıbbi sorun ile baş etmeyi gerektirir, tedavi rejimine bağlılık hastalığın kontrol altına alınmasında önemlidir,

✚ Kronik hastalıklar birey ile birlikte tüm aileyi etkilemektedir,

✚ Tanı, tedavi ve rehabilitasyon için ekonomik desteğe çok fazla gereksinim vardır,

✚ Kronik hastalıklar bireylere belli kurallara uyma ve belli bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğu getirmektedir (Akdemir ve Birol 2005; Karadakovan ve Aslan 2011).

## Yaş Gruplarına Göre En Sık Görülen Kronik Hastalıklar

Yapılan çalışmalar dünyada 15 yaş altı her on çocuktan birinin kronik bir hastalıktan dolayı sıkıntı yaşadığını göstermektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda ise 18 yaş altı her üç çocuktan birinin kronik bir hastalığa sahip olduğu belirtilmektedir (Theofanidis 2007). Kronik çocukluk hastalıkları çeşitlidir ve doğuştan anomaliler, doğuştan kalp hastalıkları, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği, kanserler, hemofili, diyabet, kistik fibrozis, astım ve fiziksel engeller bunlar arasında yer almaktadır (Gültekin ve Baran 2005; Theofanidis 2007; Çavuşoğlu 2013). Kronik hastalıklar ya doğumda ortaya çıkmakta ya da çocukluk döneminde herhangi bir zamanda sonradan kazanılmaktadır. Ayrıca kronik hastalıklar; respiratuar distres sendromu, bronkopulmoner displazi gibi prematürite dönemde ve retrolental fibroplazi gibi tıbbi tedavi sonucunda da gelişebilmektedir (Çavuşoğlu 2013).

Zhong et al. (2014) 0-17 yaş arası 14.727 çocukta, çocukluktaki sağlık bakım harcamaları üzerine çoklu kronik hastalıkların etkisini retrospektif olarak incelemiştir. Bu çalışmada en sık karşılaşılan kronik hastalıklar; astım/kronik obstrüktif pulmoner hastalıklar (%12), alerjik rinit (%11), davranış problemleri (%9), konjenital anomaliler

(%6) şeklindedir. Türkiye’de çocuklardaki astım prevalansı yıllar içinde artış göstermekte olup %13.7-15.3 arasında değişmektedir. Bu düzey gelişmiş ülkelerden düşük, Doğu Avrupa ve Asya’daki birçok ülkeden ise daha yüksektir (Mutlu ve Balcı 2010). Durualp ve arkadaşlarının (2010) çalışmalarında, kronik hastalıklı 8-12 yaş grubundaki çocuklarda %48.3, 13-18 yaş arasındaki çocuklarda ise %60 ile astım, kronik hastalık sıralamasında ilk sırada yer almaktadır. Diyabetes mellitus (DM) çocukluk döneminin en sık görülen diğer bir kronik hastalığıdır. Tip I DM tüm diyabetiklerin %10-15’ini oluşturur. Hastalığın insidansı 4-6 yaş ve 10-14 yaşlarında artış gösterir. Tip I DM, Türkiye’de 7-14 yaşlarında daha yaygın görülmektedir (Törüner ve Büyükgönenç 2012). Çocukluk çağında sık görülen diğer bir kronik hastalık epilepsidir. Ülkemizde 0-16 yaş arasındaki epilepsi prevalansı %0.8 olarak bulunmuştur. Epilepsi nöbetlerle seyreden bir hastalık olduğu için küçük yaşlarda geçirilen nöbetler büyüme ve gelişmeyi olumsuz etkileyebilmekte, adölesan dönemde geçirilen nöbetler ise depresyon deneyimini beraberinde getirmektedir. Ayrıca bu hastalarda hastalıkla ilişkili “damgalanma”, kronik bir hastalığa sahip olma, kullanılan antiepileptik ilaçlar, depresyon sıklığı, hastalıkla olumsuz baş etme ve yalnızlık artmaktadır (Fazlıoğlu 2010).

Adölesan ve yetişkin dönemde en sık görülen kronik hastalıklar dolaşım sistemi hastalıkları, tümörler, solunum sistemi hastalıkları, endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar, bulimia nevroza, anoreksiya nevroza gibi yeme

bozuklukları ve obezitedir (Kabakçı ve Demir 2001; TUIK 2013). Ergen ve yetişkin kadınlar arasında yeme bozuklukları sık görülmekte ve bulimia nevroza prevalansı %1 olarak bildirilmektedir. Kısmi sendromlar da hesaba katıldığında bu durum %5-10 arasında değişmektedir. İnsidansı ise yılda yüz binde 11.4 olarak bildirilmiştir. Yeme bozukluklarının son yıllarda insidans oranlarında bir artış olması dikkat çekicidir (Kabakçı ve Demir 2001). Adölesan ve yetişkin dönemde en sık karşılaşılan kronik sorunlardan bir diğeri ise obezitedir. Vücut kitle indeksi değerleri incelendiğinde; bireylerin %34.8’i fazla kilolu, %44.2’si normal kilolu, %3.9’u ise düşük kiloludur. Cinsiyet ayrımına bakıldığında ise kadınların %20.9’unun obez ve %30.4’ünün fazla kilolu olduğu görülmektedir. Erkeklerde ise bu durumun sırasıyla %13.7 ve %39 olduğu belirlenmiştir (TUIK 2013). TUIK’e (2013) göre ölüme sebep olan kronik hastalıklar; dolaşım sistemi hastalıkları (%39.8), iyi huylu ve kötü huylu tümörler (%21.3), solunum sistemi (%9.8), endokrin, beslenme ve metabolizma (%5.6) ile sinir sistemi ve duyu organları (%4.1) hastalıklarıdır.

Yaşlılarda sıklıkla görülen kronik hastalıklar arasında ise hipertansiyon (HT), DM, kalp damar hastalıkları, osteoporoz, romatizma, akciğer hastalıkları, fekal-üriner inkontinans, görme-işitme sorunları, kronik ağrı, uykusuzluk ve depresyon yer almaktadır (Turhanoğlu ve ark. 2000; Aylaz 2005; Çınar ve Kartal 2008; İlçe ve Ayhan 2011; Ünsal ve ark. 2011). İlçe ve Ayhan’ın (2011), Bolu’daki 55 yaşlı üzerinde yaptıkları çalışmada yaşlıların %82’sinin en az bir kronik hastalığının bu

lunduğu, en sık görülen kronik hastalıkların ise %60.7'sinin HT, %19.6'sının DM, %14.3'ünün osteoporoz, %10.7'sinin romatizma, %7.1'inin konjestif kalp yetmezliği tanısı olduğu belirlenmiştir. Çınar ve Kartal'ın (2008) Denizli'deki 126 yaşlı üzerinde yaptıkları çalışmada yaşlıların %53.2'sinin normal düzeyde, %10.3'ünün de şiddetli düzeyde depresif belirti gösterdiği saptanmıştır. Ünsal ve arkadaşlarının (2011) Türkiye'nin iki ilinde bulunan üç huzurevinde 139 yaşlı üzerinde yaptığı çalışmada yaşlı bireylerde en sık görülen kronik hastalıkların HT (%22.3), DM (%13.6) ve HT ile birlikte kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) (%12.6) olduğu belirlenmiştir. Aylaz ve arkadaşlarının (2005) Malatya'da 86 yaşlı üzerinde yaptıkları çalışmada yaşlıların %64.3'ünün eklem ağrısı, romatizmadan, %46.4'ünün görme sorunlarından, %45.4'ünün işitme sorunlarından, %35.7'sinin HT'dan, %30.6'sının idrar tutamadan, %25'inin akciğer sorunlarından, %12.7'sinin DM ve ülserden, %9.1'inin prostat ve cilt hastalıklarından, %7.1'inin kalp-damar hastalıklarından, %3.6'sının guatrden yakındığı saptanmıştır. Turhanoglu ve arkadaşlarının (2000) Diyarbakır'da 510 yaşlı üzerinde yaptıkları çalışmada ise yaşlılarda en sık görülen kronik hastalıkların HT, osteoporoz ve osteoartrit olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada HT, osteoporoz, DM ve diğer romatizmal hastalıkların kadınlarda, serebrovasküler olayların ise erkeklerde daha fazla olduğu, romatoid artrit, osteoartrit, koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliğinin ise kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta görüldüğü tespit edilmiştir.

Kronik hastalıklar biyolojik, psikolojik ve sosyal etkileri ile bireyin tüm yaşamını etkilemektedir. Bireyin sadece vücut işlevlerinin değil, yaşam biçimlerinin de değişmesine yol açmakta ve bireye yaşamını yeniden düzenleme zorunluluğu getirmektedir. Kronik hastalıklar bireyin homeostatik dengesinin bozulmasına neden olarak, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumunu olumsuz etkilemekte, bireyin bağımlılık düzeyinin artmasına, kimlik algısının değişmesine neden olabilmektedir. Bu nedenlerle kronik hastalığı olan bireylere öncelikle konulabilecek hemşirelik tanılarının etkisiz solunum örüntüsü, ağrı, zehirlenme riski, anksiyete, bakıma yönelik bilgi eksikliği, beslenmede değişim, uyku örüntüsünde bozulma olduğu belirlenmiştir (Akdemir ve Birol 2005; Erdemir 2012; Aştı ve Karadağ 2013; Birol 2013).

### **Kronik Hastalığı Olan Bireylere Öncelikli Konulabilecek Hemşirelik Tanılarına Yönelik Hemşirelik Girişimleri**

#### **Hemşirelik Tanısı: Etkisiz Solunum Örüntüsü Hemşirelik Girişimleri**

✚ Solunum hızı, derinliği, ritmi, yardımcı solunum kaslarının kullanılması, solunum sesleri, öksürük ve balgam (renk, koku, miktar, kıvam yönünden) değerlendirilir (Ay 2008; Birol 2013).

✚ Bireyin rengi, aktivite düzeyi, burun kanatlarının solunuma katılıp katılmadığı, solunum güçlüğü ve retraksiyonları kontrol edilir (Conk ve ark. 2012; Törüner ve Büyükgönenç 2012; Çavuşoğlu 2013).

✚ Hava yolu açıklığını sağlamak için aspirasyon, perküsyon ve postüral drenaj uygulanır, yeterli hidrasyon sağlanır.

✚ Oksijen tedavisi yapılacaksa oksijeni nemlendirilmiş ve belirli hızda alması sağlanır.

✚ Bireye rahat soluk alıp vermesini sağlayan fowler ya da ortopne pozisyonu verilir ve derin soluk aldıktan sonra etkili şekilde öksürmesi öğretilir.

✚ Bireyin yeterli sıvı alımı sorgulanır ve kontrendike değilse yeterli sıvı alımı sağlanır.

✚ Solunumu rahatlatmak için istemlenen ilaçlar hastaya verilir ve evde verilen ilaçları bireyin nasıl kullanacağı öğretilir (Akdemir ve Birol 2005; Ay 2008; Erdemir 2012; Aştı ve Karadağ 2013; Birol 2013).

### **Hemşirelik Tanısı: Ağrı**

#### **Hemşirelik Girişimleri**

✚ Ağrının niteliği, yeri, şiddeti, süresi, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler, ağrıya eşlik eden diğer hastalık semptomları değerlendirilir ve izlenir.

✚ Bireyin sözsüz ve otonomik ağrı yanıtları değerlendirilir. Hastaya uygun bir ölçek kullanılarak ağrının şiddeti belirlenir (Ay 2008; Özer ve Demir 2012; Aştı ve Karadağ 2013; Birol 2013).

✚ Birey ağrıya yönelik bakım ve tedavi girişimlerine yanıt vermediyse bireyden alınan bilgiler tekrar gözden geçirilerek yeniden hemşirelik girişimleri planlanır (Çöçelli ve Bacaksız 2008; Dumlupınar 2008; Özer ve Demir 2012).

✚ Sakin bir ortam sağlanarak semi-fowler gibi uygun pozisyonlarda yatak istirahatine alınan bireyin monitörizasyonu ve oksijenasyonu sağlanır (2-4 lt/dk) (Özer ve Demir 2012).

✚ Nedeni ne olursa olsun ağrının bir yardım arayışı olduğu göz önünde bulundurulmalı, ağrının kaynağı bulunmaya çalışmalı ve tedavi için uygun önlemler alınmalıdır.

✚ Bireyin daha önce ağrısını gidermede kullandığı yöntemler sorgulanmalıdır. Bireyin ağrısını gidermek ve en aza indirebilmek için kullanılacak uygun yöntemler birey ile birlikte seçilmeli ve uygulanmalıdır.

✚ Masaj, sıcak-soğuk uygulama, egzersiz gibi etkinliği kabul edilmiş farmakolojik olmayan yöntemlerden faydalanılmalıdır.

✚ Gerektiğinde istem edilen analjezikler uygulanmalı, analjeziklerin etkisi değerlendirilmeli ve yan etkilerini azaltmak ya da gidermek için uygun girişimlerde bulunulmalıdır.

✚ Birey ve yakınlarının varsa ağrı hakkındaki yanlış inançları saptanmalı ve düzeltmek için gerekli eğitimler verilmelidir (Ay 2008; Çöçelli ve Bacaksız 2008; Özer ve Demir 2012; Aştı ve Karadağ 2013; Birol 2013).

### **Hemşirelik Tanısı: Zehirlenme Riski (Çoklu İlaç Kullanımına Bağlı)**

#### **Hemşirelik Girişimleri**

✚ Bireyin kullandığı ilaçlar, nasıl kullandığı, ne zaman kullandığı, ilaçların yan etkileri sorgulanmalı, mümkünse gözlenmeli ve değerlendirilmelidir.

✚ Bireyin beslenme alışkanlıkları ve bitkisel kökenli preparat veya çay kullanımı sorgulanmalıdır. İlaç-ilaç, ilaç-besin veya ilaç-hastalık etkileşmelerinin olup olmadığı belirlenmeli ve ilacın

kullanımı için verilen bilgilerin doğruluğu araştırılmalıdır.

✚ Gereksiz yere kullanılan ilaçlar tespit edilmeli ve çoklu ilaç kullanımı önlenmelidir.

✚ Yapılan yanlışlar ve ilaçların doğru kullanımı, ilaçların yan etkileri ve bunları nasıl gözlemleyeceği konusunda birey ve ailesine eğitim verilmeli, bireyin durumuna göre belirlenen zaman aralıklarında bilgi hatırlatma oturumları yapılmalıdır.

✚ Özellikle yaşlı bireylere anlamasını kolaylaştırmak için hangi ilacı ne zaman ve nasıl kullanacağı yazılı görsel materyaller kullanılarak sunulmalıdır (Ouslander 2001; Steinman ve ark. 2006).

### **Hemşirelik Tanısı: Anksiyete**

#### **Hemşirelik Girişimleri**

✚ Sakin ve güven verici bir yaklaşım kullanılarak birey ve aileden beklenen davranışın ne olduğu açık olarak ifade edilir.

✚ Tüm işlemler, bireyin işlemler sırasında soğukluk, batma, ağrı gibi neler hissedebileceği açıklanır. Tanı, tedavi ve prognoza ilişkin doğru ve gerçekçi bilgiler verilir.

✚ Mümkünse korkuyu azaltmak ve güveni geliştirmek için bireyin yanında tanıdığı bir kişinin kalmasına izin verilirken çocuklar için kendilerine güven veren fotoğraf, oyuncak gibi objelerin yanında olması sağlanır.

✚ Birey ve aile duygularını ve korkularını sözelleştirilmeleri için cesaretlendirilir.

✚ Gevşeme tekniklerinin kullanımına ilişkin bilgi verilir.

✚ Gerekirse doktor istemine göre anksiyeteyi azaltıcı ilaç/lar uygulanır.

✚ Bireyin bakımını üstlenen aile bireylerinin fiziksel, duygusal ve eğitim durumu ile ilgili özellikleri tanımlanır. Bireyin özbakım yetersizlikleri belirlenir ve planlanan bakıma birey ve ailesinin katılımı sağlanır.

✚ Birey ve ailenin kullandıkları baş etme mekanizmaları tanımlanır. Güçlü yönler vurgulanır ve birey desteklenir (Çavuşoğlu 2013; Törüner ve Büyükgöncü 2012; Conk ve ark. 2012).

### **Hemşirelik Tanısı: Bakıma Yönelik Bilgi Eksikliği**

#### **Hemşirelik Girişimleri**

✚ Birey öz bakımını bağımsız olarak yapabileceği durumu yönünden izlenir ve bağımlılıklarını kabul etmesi için bireye yardım edilir.

✚ Bireyin giyinme, tuvalet, yeme, temizlik ve bakım gereksinimlerinin giderilmesinde yardımcı araç-gereç gereksinimi belirlenir ve özbakım aktiviteleri sağlanırken bireyin gelişimsel özellikleri göz önünde bulundurulur.

✚ Birey, yeterlilik düzeyine uygun olan normal günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi için cesaretlendirilir, bağımsızlığı desteklenir, yalnızca bireyin yapamadığı aktivitelere müdahale edilir.

✚ Ailenin de bireyin bağımsızlığını desteklemesinin önemi açıklanır.

✚ Bakımın devamlılığının sürdürülmesi ile ilgili planlamalar, doktor, hemşire, birey, aile/ler, yakınları ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile birlikte yapılır.

✚ Bireyin evde bakımını sağlamak üzere gerekli destekleyici çevreyi planlamak için birey ve yakınlarına yardım edilir. Bireylere her zaman yardım ve danışmanlık alabilecekleri telefon numara-

sı/ları verilir (Conk ve ark. 2012; Törüner ve Büyükgönenç 2012; Çavuşoğlu 2013).

### **Hemşirelik Tanısı: Beslenmede Değişim**

**Kronik hastalığa bağlı iştahta azalma ya da anoreksiya-bulimia nevroza nedeniyle “Beden Gereksiniminden Az Beslenme”**

#### **Hemşirelik Girişimleri**

✚ Bireyin kilosu, boyu, aktivite düzeyi, kilo kaybına ilişkin faktörler, 24 saatlik beslenme biçimi, yeterli sıvı alımı, laboratuvar bulguları, besinler hakkındaki bilgisi, fizyolojik-psikolojik risk faktörleri, varsa kullandığı ilaçlar ve yan etkileri incelenir (Karakurt ve Kaşıkçı 2008).

✚ Enteral, parenteral beslenme varsa ürün, verilmiş hızı, miktarı, sıklığı, kalori miktarı, toleransı kontrol ve kayıt edilir (Erdemir 2012).

✚ Yeterli-dengeli beslenmenin önemi anlatılır. Yemek öncesi bulantısı varsa kontrol edilir.

✚ Diyetisyen ile görüşülerek günlük kalori ve uygun besin gereksinimleri saptanır.

✚ Hasta ile görüşülerek iştahını azaltan olası nedenler araştırılır, sevdiği yiyecekler öğrenilir, yemek yediği ortamda istenmeyen kokuların olmamasına dikkat edilir.

✚ İştahı az olan hastaların, yemekten önce sıvı alması kısıtlanır ve yemeklerden bir saat önce ve sonra sıvı almaması sağlanır.

✚ Ağız hijyeninin devamlılığını sağlamak için hastaya yardımcı olunur (Akdemir ve Birol 2005; Erdemir 2012; Birol 2013).

### **Bireyde yeme bozukluğu varsa;**

#### **Hemşirelik Girişimleri**

✚ Yemek süresince kişi ile oturulur ve yemek süresi 30 dk ile sınırlandırılır.

✚ Yemekten sonra en az bir saat kişi gözlenir, banyo ve lavaboda eşlik edilir ve konu ile ilgili gelişmeleri ödüllendirilir (Erdemir 2012).

### **Obez Bireylerde “Beden Gereksiniminden Fazla Beslenme”**

#### **Hemşirelik Girişimleri**

✚ Bireyin kilo almasına neden olan faktörler belirlenir, gereksiz kalori almaması ve aktivitesini artırması için farkındalık sağlanır.

✚ 24 saat boyunca yediklerini kaydetmesi, bir hafta boyunca nerede, ne zaman, hangi besinleri, neden yediğini yazması istenir.

✚ Oturarak yemek yemesi, TV karşısında yemek yememesi, yemeklerini küçük porsiyonlar halinde alması, yemek öncesi 200-250 ml su içmesi, yavaş yemek yemesi ve iyi çiğnemesi önerilir.

✚ Aldığı kalorileri yakmak için egzersiz yapması, günlük yürüyüş ve asansör yerine merdiven kullanması önerilir (Erdemir 2012; Birol 2013).

### **Hemşirelik Tanısı:Uyku Örüntüsünde Bozulma**

#### **Hemşirelik Girişimleri**

✚ Yorgunluk depresyon duygularını yoğunlaştırabileceğinden aktivitelerden sonra bireyin dinlenmesi sağlanır (Pınar ve Tel 2012).

✚ Gün içerisindeki uyumanın azaltılması gece uyuma olasılığını arttıracığından birey yataktan çıkmaya, giyinmeye ve gün içerisinde yatak dışındaki kalmaya teşvik edilir.

✚ Sırt masajı, ılık süt, ılık banyo gibi yöntemler rahatlamayı ve uyumayı sağlayacağı için akşamları bu yöntemler uygulanır.

✚ Kafeinin azaltılması uyuma olasılığını arttıracığı için akşamları kafeinsiz kahve, hafif ışık,

hafif müzik ve sessiz aktiviteler sağlanır (Erdemir 2012; Pınar ve Tel 2012; Birol 2013).

✚ Uyku vaktinden önce bireyle daha fazla zaman geçirilmesi anksiyetenin azaltılması ve güvenlik duygusunun arttırılmasını sağlar (Pınar ve Tel 2012).

✚ Bireyin uyku örüntüsü özellikleri yakından izlenir ve kaydedilir (Akdemir ve Birol 2005; Erdemir 2012; Pınar ve Tel 2012; Birol 2013).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşireler kronik hastalık yönetiminde anahtar rol oynarlar. Hemşirelerin bu rolü yerine getirebilmeleri ve tüm potansiyellerini kullanarak hastaya bakım verebilmeleri için gerekli bilgi, beceri ve donanıma sahip olmaları gerekir. Hemşireler kronik hastalığı olan bireylere bakım verirken bakımlarını bireylerin sorunlarını geçici olarak çözmek için değil aynı zamanda onların hastalığa uyum sağlayarak yaşayabilmeleri ve hastalıklarını yönetebilmeleri içinde onları destekleyici olarak planlamalıdır.

## KAYNAKLAR

Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayın; 2003.

Aştı TA, Karadağ A. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı. İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2013.

Ay FA. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2008.

Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L. Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyal, sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. İnönü

Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 12(3): 177-183.

Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni 2006; 25(3): 1-6.

Birol L. Hemşirelik Süreci, 10 rd ed. İzmir: Etki Matbaacılık; 2013.

Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. Pediatri Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2012.

Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, 11rd ed. Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 2013.

Çınar İÖ, Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. TAF Prev Med Bull 2008; 7(5): 399-404.

Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. Gaziantep Tıp Dergisi 2008; 14: 53-58.

Demirağ SA. Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi 2009; 2: 58-65.

Dumlupınar Y. Ağrısı olan hastaya hemşirelik yaklaşımı. 10. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi: 15-19 Ekim 2008-Antalya: Bildiriler: (s 329-330).

Durualp E, Kara FN, Yılmaz V, Alaybeyoğlu K. Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2010; 63(2): 55-63.

Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.

Fazlıoğlu K, Hocoğlu Ç, Sönmez FM. Çocuklukçağı epilepsisinin aileye etkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010; 2(2): 190-205.



Gültekin G, Baran G. Hastalık ve çocuk. Aile ve Toplum Dergisi 2005; 2(8): 54-61.

İlçe A, Ayhan F. Yaşlılarda üriner ve fekal inkontinansın belirlenmesi, yaşam kalitesine etkisi: Bilgilendirme ve eğitim. Anatol J Clin Investig 2011; 5(1):15-23.

Kabakçı E, Demir B. Yeme bozuklukları. Hacettepe Tıp Dergisi 2001; 32(2): 125-131.

Karadokovan A, Aslan FE. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Kitabevi; 2011.

Karakurt P, Kaşıkçı M. İnmeli bir olgunun yaşam modeline göre incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(1): 76-84.

Mutlu B, Balcı S. Çocuklarda astım: Risk faktörleri, klinik özellikler ve korunma. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010; 9(1): 79-86.

Ouslander JG. Drug therapy in the elderly. Ann Intern Med 2001; 95(2): 711-722.

TUIK. Ölüm Nedeni İstatistikleri (2013).

Erişim:25.11.2014,

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16162>

Özer ZC, Demir Ş. Akut koroner sendromlarda hemşirelik bakımı. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2012: 1-12.

Pınar ŞE, Tel H. Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012; 3(2): 86-91.

Steinman MA, Seth Landefeld C, Rosenthal G, et al. Polypharmacy and prescribing quality in older people. J Am Geriatr Soc 2006; 54(10): 1516-1523.

Theofanidis D. Chronic illness in childhood: Psychosocial adaptation and nursing support for the child and family. Health Science Journal 2007; 2: 1-9.

Törüner EK, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara: Göktuğ Yayıncılık; 2012.

Turhanoglu AD, Saka G, Karabulut Z, Kılınç Ş, Ertem M. Diyarbakır il merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireylerde özür lülük ve kronik hastalık sıklığı. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3(4): 146-150.

Ünsal A, Demir G, Özkan AÇ, ve ark. Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2011; 12(3): 5-10.

Zhong W, Finnie DM, Shah ND, et al. Effect of multiple chronic diseases on health care expenditures in childhood. Journal of Primary Care & Community Health, Volume 6, Issue 1, e2-e9, 2014 (doi:10.1177/2150131914540916).