

# Kronik Böbrek Hastalığı Olan Sepsisli Bir Olgunun Bakım Yönetimi

## Management of a Case with Chronic Renal Disease Developing Sepsis

Gonca DEVECİ,<sup>a</sup>  
Mukadder MOLLAOĞLU<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Nefroloji Klinik Hemşiresi,  
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
<sup>b</sup>Hemşirelik Bölümü,  
Cumhuriyet Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Sivas

Geliş Tarihi/Received: 21.04.2015  
Kabul Tarihi/Accepted: 29.05.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Gonca DEVECİ  
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Nefroloji Klinik Hemşiresi, Sivas,  
TÜRKİYE/TURKEY  
gdeveci@msn.com

**ÖZET** Sepsis ölümcül seyretmesi nedeniyle acil servislerde ve yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) çok erken dönemde müdahale edilmesi gereken acil bir tablodur. Sepsis ve septik şok akut böbrek yetmezliğinin etiolojisinde yer alan en önemli nedenler olup YBÜ' deki böbrek yetmezliği olan hastaların % 50'sini bu grup oluşturmaktadır. Disiplinler arası bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu bakım merkezleri olan yoğun bakım ünitelerinde, hemşirelik bakımı çok büyük önem taşımaktadır. Hemşirelik modellerinin kullanımı, nitelikli ve bilimsel bir bakımın sunumunda rehber niteliğindedir. Bu olgu sunumunda da hemşirelik bakım modellerinden biri olan fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre yoğun bakım ünitesinde yatan sepsisli böbrek yetmezliği olan bir hastanın bakımı incelenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli, kronik böbrek hastalığı, sepsis, yoğun bakım, hemşirelik bakımı

**ABSTRACT** Due to remain mortal sepsis in the emergency room and intensive care unit (ICU) is an urgent need to intervene at an early stage table. Sepsis and septic shock is the most important causes in the etiology of acute renal failure in ICU where in 50% of the patients with renal insufficiency constitute this group. Nursing care in intensive care units is essential that care centers of a multidisciplinary team approach is of paramount importance. The use of nursing models is a guide. This guide provides a presentation by a qualified and scientific care. Functional health patterns, one of the nursing care model was used in this case study model. In this model, the care of a patient with sepsis and renal failure were investigated in intensive care unit.

**Key Words:** Functional health patterns model, chronic kidney disease, sepsis, intensive care, nursing care

**Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2014;18(1):35-42**

Yoğun bakım ünitelerindeki hastaların bakım sürecinde hemşirelik hizmetlerinin çok önemli bir yeri bulunmaktadır. Hemşireler yoğun bakım ünitesinde verilen hizmetlerin planlanmasında, sunulmasında ve geliştirilmesinde aktif rol ve sorumluluk alması gereken sağlık profesyonelleridir. Ünitenin hasta üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak, hastanın rahatını sağlamak, hastanın anksiyetesini azaltmak ve hastanın yoğun bakım ünitesine uyumunu sağlayarak; tedaviyi kolaylaştırmak hasta bakımının önemli hedefleri arasındadır.<sup>1</sup> Bu hedeflere ulaşmak için bireylerin sorunlarını doğru bir biçimde tespit etmeyi sağlayacak ve hemşireleri tıbbi değerlendirmeden uzaklaştırıp, bakım üzerine odaklandırarak rehberlere gereksinim duyulmaktadır. Hemşire kuramcılar bireyden/aileden

sistemli ve kapsamlı bir biçimde veri toplamayı sağlayan çeşitli modeller geliştirmişlerdir. Bu modeller hemşirelik bakımının kuramsal bir temele dayanandırılmasını, bakımın bilimsel, planlı ve sistematik olarak verilmesini sağlayarak hemşirelere sistematik değerlendirme yapmada, veri toplamada, planlamada ve uygulamada rehberlik etmektedir. Bunun yanı sıra hemşirelerin eleştirel düşünme, karar verme ve sorun çözme yeteneklerini de artırmaktadır.<sup>2-4</sup>

Bu modellerden biri Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelidir (FSÖ). Gordon 1982'de hemşirelik tanıları üzerinde yaptığı çalışmalarında güçlü hemşirelik bakışı ile bilgiyi toplamak ve organize etmek için fonksiyonel sağlık örüntüleri adını verdiği bir bakış açısı ileri sürmüştür.<sup>5</sup> Ayrıca FSÖ'yü insan sağlığı ve yaşam süreci ile ilişkili 11 başlık altında sınıflandırmıştır. Sınıflandırılmış bu başlıklar sistematik ve standardize edilmiş bilgi toplama yaklaşımını ve hemşirelik bakış açısı ile bilginin analiz edilmesini olanaklı duruma getirmektedir. Gordon'un belirli bir zaman diliminde davranışların sırası olarak tanımladığı FSÖ hemşirelik süreci, kritik düşünme ve klinik karar vermenin üzerinde durmaktadır.<sup>5-7</sup> Bireyi geniş bir bakış açısı ile değerlendirmeyi sağlaması nedeniyle, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin yoğun bakım ünitesinde tedavi gören bireylerin sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde etkili olabileceği düşünülmüştür.

Uzun dönemli ve genellikle yavaş ilerleme gösteren kronik hastalıklar, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır.<sup>8</sup> Hemşire kronik hastalıklarda hasta ve ailenin yaşam tarzı değişikliklerine uyumlarına yardım etme, yararlı olmayan uyumları önleme, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmalıdır.<sup>9</sup> Etkin bir hemşirelik bakımıyla, kronik böbrek yetmezliği (KBY) gibi kronik sağlık sorunu olan hastalarda semptom kontrolünün sağlanabileceği, yaşam süresi ve yaşam kalitesinin artırılacağı, hasta ve ailesine diyet, fistül bakımı, diyaliz, ilaç kullanımı konularında yapılacak öğretiler ile hastalığa uyumlarının sağlanabileceği belirtilmektedir.<sup>9,10</sup>

Yapılan araştırmalarda, bir model kullanılmasının her bir örüntüye ilişkin ayrıntılı veri toplama, bireyin gereksinimlerinin daha sistematik bir şekilde belirlenmesine ve bu gereksinimlere uygun daha nitelikli bir hemşirelik bakımı sunulmasına yardımcı olduğu ve klinikte uygulanabileceği sonucuna varılmıştır.<sup>11-13</sup> Hemşirelik bakım sürecinde bireye özgü veriler toplanarak bireyin etkileyebilecek sorunlar tespit edildikten sonra hemşirelik tanısı adı altında hastanın yaşadığı ve hemşirelik yaklaşımı ile çözümlenebilecek sorun tanımlanır. Sorunu gidermek için bireyin bakım gereksinimlerine yanıt verebilecek hedefler belirlenir.<sup>7</sup> Sonraki aşamada, belirlenen hedefler doğrultusunda bireye özgü hemşirelik girişimleri planlanarak, kayıt edilir.<sup>2</sup> Bu bağlamda, aşağıda FSÖ ye göre saptanan veriler, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association: NANDA) tarafından geliştirilen hemşirelik tanıları<sup>6</sup> doğrultusunda ele alınarak, yoğun bakım ünitesinde yatan sepsis gelişen KBY'li bir olgunun bakımı incelenmektedir.

## OLGU SUNUMU

73 yaşında erkek hastamız, evli ve 5 çocuk sahibidir. İlkokul mezunu olan hastamız, çiftçilikle uğraşmaktadır.

## ÖYKÜSÜ

8 yıl önce Diabetes Mellitus (DM) ve Kronik Böbrek Hastalığı tanısı (KBH) alan hasta, diyalizsiz takip ediliyormuş. Düzenli ilaçları kullanmıyor ve kontrole gelmiyormuş. Son 10 gündür bilinç bulanıklığı, yürüyememe, ayaklarda ödem oluşması, iştahsızlık, idrar miktarında azalma, solunum güçlüğü şikayeti ile acil servise getirilmiştir.

Acil serviste değerlendirilen laterjik olan hastada üremik ensefalopati düşünülmüş ve hastaya femoral katater takılarak 2 saat acil diyalize alınarak kliniğe yatırılmıştır. Sepsis?, idrar yolu enfeksiyonu?, KBY tanısı ile yatırılan hasta, monitörize edilerek takip edilmiştir. Hastamız 4 kez diyaliz tedavisine alınmıştır.

## ÖZGEÇMİŞİ

DM ve KBH

**KULLANDIĞI İLAÇLAR**

Diovan 160 mg

Lantus 15 ünite akşam

**LABORATUVAR BULGULARI**

Test	Sonuç	Test	Sonuç
PH	7,298	BUN	172
PCO	14,1	KREATİN	9,36
PO	75,3	Na	131
HCO <sub>3</sub>	6,7	POTASYUM	3,87
SBE	-18,5	FOSFOR	3,46
CRP	133	KALSİYUM	7,36
WBC	22,6	MAGNEZYUM	1,23
RBC	3,45	KLOR	94
HBG	9,9	AKŞ	202
HCT	28,9	ALBÜMİN	2,2

**TIBBİ TEDAVİ**

Antipotasyum granül 3x1,

Ürikoliz 1x1,

Diovan 160 mg,

Mopem 2x1 gr

**VİTAL BULGULARI**

Vücut sıcaklığı: 34,5 °C; nabız: 96 dk., solunum: 28/dk; kan basıncı: 80/50 mmHg

**SİSTEM TANILAMASI****Nörolojik Sistem**

Bilinci laterjik, yere, zamana, kişiye oryantasyonu bozuktur. Aralıklı olarak yataktan kalkmak istemektedir. Takibinin 8. gününden itibaren bilinci açılmış, yere, zamana, kişiye oryantasyonu düzelmiştir.

**Emosyonel Durum**

Sinirli, huzursuz, gergin ve endişeli görünmektedir. Artık iyileşemeyeceğini belirtmekte ve ölümle ilgili kaygılarından bahsetmektedir. Hastamızın gün içinde yoğun uyuklamaları mevcuttur. Geceleri kalabalık odada uyuyamadığını belirtmiştir. İletişime kısıtlı geçmektedir.

**Solunum**

Solunum sıkıntısı tariflemektedir. Aralıklı dispnesi mevcut olup, 2 lt/dk nazal kanül ile oksijen tedavisi verilmektedir, oksijen saturasyonları 85-90 arasında izlemektedir.

**Deri**

Kuru, kaşıntılı, vücudunun birçok bölgesinde kaşıntıya bağlı lezyonlar mevcuttur. Hastanın sağ bacağına ekimoz, sağ ayak topukta 3x2 cm çapında nekrotik yara bulunmaktadır. Alt ekstremitelerinde ++ ödem ve sağ bacağına geçirilmiş selülit vardır.

**Beslenme**

İştahsızlık, bulantı ve kusması mevcut olup, diyet kısıtlanması vardır. Ağız hijyeni yetersiz, ağız ve damakta aftlar mevcuttur. Ağzında kötü tat mevcuttur. Hastamız yemeklerden tat alamadığını söyleyerek, tuz ekleme konusunda ısrarcı olmaktadır. Ağzının kurduğunu söyleyerek sık sık su içmektedir. Evde iken koksiste açılmış 2. Derece 2,5x1,5 cm çapın da bası yarası bulunmaktadır.

**Kas-İskelet Sistemi**

Halsizlik ve yorgunluğu mevcuttur. Solunum sıkıntısı nedeniyle kısıtlı hareket etmektedir. Yatak içi hareketlerini bile yapmak istememektedir. Öz bakım aktivitelerinin hepsinde tam bağımlıdır.

**Genito-üriner Sistem**

İdrar miktarında azalma bulunan hastamızın 24 saatlik idrar miktarı 350 ml' dir. Normalde prostat ile ilgili sıkıntısı olan hastamız sık sık ve az idrara çıkmaktadır. Hastaneye yattığından beri üriner kateteri olan hastanın sondaya bağlı ağrı ve rahatsızlık hissi olduğu belirlenmiştir. Hastanın ayrıca, femoral kateteri de bulunmaktadır.

**Gastro-intestinal Sistem**

Bulantı, kusma, ağızda metalik tat hissi olan hastanın ağız içinde aftları görülmektedir. Konstipasyonu olan hasta 3 günde bir defekasyona çıkmakta iken servisimizde 5 gündür çıkamamıştır. Hemoroidi de bulunan olgumuzda defekasyona çıkarken aralıklı olarak ağrı ve kanama olmaktadır.

**TABLO 1: Sorunların fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gruplandırılması.** <sup>14-20</sup>

Fonksiyonel Sağlık Alanları	Tamamlayıcı Özellikler	Hemşirelik Tanısı
<b>1. Sağlığın Algılanması/Sağlık Yönetimi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekrar iyileşmeyeceğini ifade etmesi,</li> <li>- Ölümlle ilgili kaygılarının olması,</li> <li>- Tüm günlük işlerini yaparken yakınlarında destek beklemesi,</li> <li>- Yemeğine tuz ilave etmek istemesi,</li> <li>- Hastalık ve tedavi süreci ile ilgili kaygılarını ifade etmesi,</li> <li>- Beslenmesinin yetersiz olması,</li> <li>- Birçok invaziv uygulamaya maruz kalması, ( damaryolu, femoral katater, foley sonda )</li> <li>- Bireysel hijyeninin yetersiz olması,</li> <li>- İştahsızlık,</li> <li>- Bulantı ve kusmasının olması,</li> <li>- 60 gr proteinli potasyum ve fosfordan fakir 1800 kalorilik diyabetik diyetinin olması,</li> <li>- Ağız membranında değişme ve ağızda kötü tat olması,</li> <li>- Çok susadığını söyleyerek, fazla sıvı alması,</li> <li>- Aldığı sıvının, çıkardığı sıvıdan fazla olması,</li> <li>- Alt ekstremitelemlerde iki pozitif ödem olması,</li> <li>- Solunum sıkıntısının olması,</li> <li>- Yemeklerde ilave tuz istemesi,</li> <li>- Hastanın sağ bacağında ekimoz, sağ ayak topukta 3 cm çapında nekrotik yarasının olması,</li> <li>- Alt ekstremitelemlerde, sağ bacağında geçirilmiş selülitinin olması,</li> <li>- Genel olarak hijyeninin yetersiz olması,</li> <li>- Evde iken koksizde açılmış 2. Derece 2,5x1,5cm çapında bası yarasının olması,</li> <li>- Oral alımının yetersiz olması,</li> <li>- Ağız içerisinde aftların olması,</li> <li>- Hastanın ağızında kötü tat tariflemesi,</li> <li>- Hastanın kronik konstipasyonu ve hemoroidinin olması,</li> <li>- Defekasyon ihtiyacını karşılarken zorlandığında yoğun hemoroid kanaması olması,</li> <li>- Normalde 3 günde bir defekasyona çıkması, servimizde 5 gündür defekasyona çıkmaması,</li> <li>- Baş dönmesi tariflemesi,</li> <li>- Günlük yaşam aktivitelerini yeme getirirken destek gereksiniminin olması,</li> <li>- Halsizlik, yorgunluk tariflemesi,</li> <li>- Hastanın ajite ve huzursuz olması,</li> <li>- Yataktan kalkmak istemesi,</li> <li>- Yoğun bir uyku hali ve baş dönmesi olması,</li> </ul>	<p><b>Hemşirelik Tanısı</b></p> <p>Terapotik rejimi etkisiz yönetime riski</p> <p>Enfeksiyon riski</p> <p>Beden gereksiniminden az beslenme</p> <p>Sıvı volüm fazlalığı</p> <p>Deri bütünüğünde bozulma</p> <p>Oral mukoz membranda değişiklik</p> <p>Barsak boşaltımında değişim, konstipasyon</p> <p>Fiziksel harekette bozulma, aktivite intolansı</p> <p>T travma riski</p>
<b>2. Beslenme ve Metabolizma</b>		
<b>3. Boşaltım</b>		
<b>4. Aktivite-Egzersiz</b>		

devamı →

**TABLO 1:** Sorunların fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gruplandırılması.<sup>14-20</sup> (devamı).

Fonksiyonel Sağlık Alanları	Tamamlayıcı Özellikler	Hemşirelik Tanısı
5. Uyku ve Dinlenme	-4 kişilik kalabalık bir odada kalması, -Gün içinde yoğun uyuklamaların olması, -Yorgunluk, dikkat dağınıklığı, geceleri uyuyamamaktan şikayetçi olması, - Femoral kateter ve foley sonda bölgesinde ağrı tariflemesi,	-Uyku örüntüsünde değişim
6. Bilgi ve Algılama	-Femoral kateter bölgesinde ağrı tariflemesi, -Yüz ifadesi ağrı çeker görünümünde olması, -Üniter katetere bağı ağrı tariflemesi,	-Kateter bölgelerinde ağrı
7. Kendini Algılama ve Benlik	-Femoral kateteri nedeniyle "ne hale geldim ben" şeklinde ifadelerde bulunması, -Hastanın monitörize edilmesi, - Mayının takılı olması, - Foley sondasının olması,	-Beden imajında bozulma
8. Rol ve İlişkiler	-Eşi ve çocuklarına artık yardım edemeyeceğini ifade etmesi, -"kendime bile faydam yok" şeklinde ifadelerde bulunması,	-Sosyal ilişkilerde bozulma riski
9. Cinsellik ve Üreme	-Eşi ile ilişkilerinin iyi olduğunu ifade etmesi	.....
10. Baş Etme ve Stres	-Hastamızı sinirli, ajite davranışlarının olması, -İletişime geçerken kısıtlı geçmeyi tercih etmesi,	-Etkisiz bireysel baş etme
11. Değer ve İnançlar	-İbadetlerini yapmakla ilgili sıkıntı yaşadığını belirtmesi, -İbadetlerini rahatça yapmak istediğini belirtmesi	-Spritüel/manevi distres yaşama riski

## SORUNLARIN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE GRUPLANDIRILMASI

Sorunların fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gruplandırılması Tablo 1'de verilmiştir.

## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Hemşirelik bakım planı Tablo 2'de verilmiştir.

## SONUÇ

Bu çalışmada KBH ve sepsis tanısı olan bir olgunun yaşadığı ve yaşama riski yüksek olan sorunların çözümüne yönelik FSÖ modeline göre hazırlanmış bakım planı ele alınmıştır. KBH etkin bir hemşirelik bakımı ile daha iyi bir yaşam kalitesi, hastalık semptomlarının daha iyi kontrol edilmesi, hastalıkla ilgili olarak sepsis gibi risk faktörlerini önlemek ve uygun şekilde yönetmek için model kullanımı önemlidir. YB ünitelerinde hemşirelik bakımının temel amaçlarından biri; ünitenin hasta üzerindeki olumsuz etkilerini azaltarak hastanın rahatını sağlamak, hastanın anksiyetesini azaltmak ve hastanın YB ünitesine uyumunu sağlayarak; tedaviyi kolaylaştırmak olmalıdır. Yoğun bakım hemşiresi, multidisipliner ekip içinde etkin ve kritik bir görev almak ile sorumludur. Kronik sağlık sorunu olan bireylerin yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psikolojik ve sosyal sorunların yönetimini de kapsamaktadır. Bu olgu sunumunda fiziksel ve psiko-sosyal bakım gereksinimleri doğrultusunda fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre bireyselleştirilmiş bakım planı sunulmuştur.

**TABLO 2: Hemşirelik bakım planı.**

Hemşirelik tanımları	Amaç/beklenen hasta sonucu	Hemşirelik bakım girişimleri	Değerlendirme
1- Terapotik rejimi etkisiz yönetme riski	Bireyin ve ailenin kronik hastalık sürecini yönetebilmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hastanın kendini ifade etmesi sağlanır</li> <li>- Yapabilecekleri işleri yapması yönünden cesaretlendirilir.</li> <li>- Hastaya ve ailesine beslenme, sıvı alımı, ilaç kullanımı, kişisel hijyen gibi gereksinim duydukları konularda bilgi verilir,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hastamız kendisini daha rahat ifade etti.</li> <li>- Destekle meğni kendisi yemeye başladı, yatak çö pozisyon değişimi konusunda istekli olduğu gözlemlendi.</li> <li>-Hasta ve ailesi verilen eğitimler ile ilgili olumlu geribildirim vererek uygulayacaklarını ifade ettiler.</li> </ul>
2. Enteksiyon riski	Bireyin ve ailenin kronik hastalık sürecini yönetebilmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hastaya beslenmenin önemi anlatılır ve desteklenir,</li> <li>- El hijyenine dikkat edilir, aileye el ve vücut hijyeninin önemi anlatılır,</li> <li>- Hastaya kullanılan tüm ekipmanlar uygun şekilde değişimi sağlanır,</li> <li>- Enteksiyon bulguları yönünden hastanın yakından takip edilir, gözlenen enteksiyon bulgularının hekimine bildirilir,</li> <li>- Tüm uygulamalarda aseptik kurallara uyulur, kateeter bölgesi özellikle enteksiyon bulguları yönünden izlenir,</li> <li>- Hastanın tüm bakımları aseptik kurallara uyularak yapılır,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beslenmesinin arttığı gözlemlendi.</li> <li>- El hijyenine dikkat edildi ve aileye el hijyeni eğitimi verildi,</li> <li>- Hastanın hijyen gereksinimleri konusunda daha dikkatli oldukları gözlemlendi.</li> <li>- Hastaya kullanılan tüm ekipmanlar uygun şekilde değişimi sağlandı.</li> <li>- Enteksiyon bulguları izlenmedi, ateşi ve nabızı normal, WBC 11,3 olarak izlendi.</li> <li>- Sekonder enteksiyon bulguları gözlenmedi.</li> <li>-Aseptik kurallara uyuldu, tüm bakımları uygun şekilde yapıldı.</li> </ul>
3. Beden gereksiniminden az beslenme	Optimal düzeyde kiloyu devam ettirmek için uygun diyet planlama	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bireyin günlük besin alımını değerlendirilir,</li> <li>- Diyetine uyum konusunda bilgi verilir,</li> <li>- Diyetisyenle görüşülerek bireye uygun diyetin planlanması sağlanır,</li> <li>- Az ve sık sık düzenli aralıklarla beslenmesi sağlanır,</li> <li>- Ağız bakımı verilerek ağızda kötü tat hissi giderilir,</li> <li>- Özel beslenme ürünleri ile günlük kalori alımını sağlanır,</li> <li>-Hasta ve ailesine beslenmenin önemini anlatılır,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Günde 1 ya da 2 kez az miktarda yemek yemektedir.</li> <li>- Hasta ve ailesine beslenmenin önemi anlatıldı,</li> <li>- Hastamızın diyeti hakkında bilgi verildi,</li> <li>- Diyetine uygun şekilde beslenmesi sağlandı,</li> <li>- Hastamızın az ve sık yemesi sağlandı,</li> <li>- Ara öğün olarak beslenme ürünü alınması sağlandı,</li> <li>- Hastamızda kilo kaybı olmadı ve beslenmesinin arttığı gözlemlendi.</li> </ul>
4. Sıvı volüm fazlalığı	Vücut ağırlığının stabil olması, ödemin azalması/giderilmesi, akciğer seslerinin normal olması	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ağız kuruluğunu gidemeye yönelik önlemler alınır,</li> <li>- Hasta her gün aynı giysilerle tartılır</li> <li>- AÇT yapılır ve kayıt edilir</li> <li>- Tibiala, ayak bilekleri, bacaklar ve sakrum palpe edilerek ödem değerlendirilir,</li> <li>- Kan basıncı, nabızın hızı ve ritmi düzenli aralıklarla izlenir,</li> <li>- Solunum hızı takip edilir,</li> <li>- Sıvı alımı kısıtlanması yapılır ve bunun önemi hastaya anlatılır,</li> <li>- Hastaya sık sık ağız bakımı yapılır,</li> <li>- Dekübitüsün ilerlemesini önlemek için cildi nemlendirildi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hastamız yudum yudum su içip ağızını ıslatabileceğini belirtti.</li> <li>- Hastamız her gün tartıldı, kilo artışı izlenmedi.</li> <li>- AÇT yapıldı, 1500 ml alımına 1000 ml çıkarımı olduğu gözlemlendi.</li> <li>- Ödeminin azaldığı gözlemlendi,</li> <li>- Vital bulgularında anlamlı bir değişim olmadı,</li> <li>- Uygun şekilde cilt bakımı yapıldı,</li> <li>- Hastanın sıvı alımı konusundaki kısıtlamaya uyumlu olduğu gözlemlendi,</li> <li>- Dekübitüsü ilerlemedi.</li> </ul>
5. Deri bütünlüğünde bozulma	Vücut ağırlığının stabil olması, ödemin azalması/giderilmesi, akciğer seslerinin normal olması	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Günüük olarak bası yarasının ve risk faktörlerinin değerlendirilir,</li> <li>- Yararın uygun aralıklarla pansuman değişiminin sağlanır,</li> <li>- Hastanın havalı yataкта yatırılması sağlanır,</li> <li>- Yatak içi aktif-pasif egzersizler yapılması sağlanır,</li> <li>- 2 saatte bir pozisyon değişimi sağlanır,</li> <li>- Hasta ve yakınlarına bası yarasına ilişkin eğitimler verilir,</li> <li>- Hastanın genel hijyeni sağlanır,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bası yarası değerlendirildi, yeni bası yarası oluşumu önendi.</li> <li>- Bası yarasının bakımı uygun şekilde yapıldı.</li> <li>- Hastanın bası yarasında küçülme gözlemlendi.</li> </ul>
6. Oral Mukoz Değişiklik	Oral mukoz membranının ve yeni yaraların bütünlüğünün sağlanması	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oral alımı desteklenir,</li> <li>- İhtiyacı doğrultusunda ağız bakım sodyum bikabomatla ağız bakımı verilir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oral atıklarının iyileştiğini gözlemlendi.</li> <li>- Hastamız destekle cislerini fırçalamaya başladı.</li> </ul>

TABLO 2: Hemşirelik bakım planı. (devamı)			
Hemşirelik tanımları	Amaç/beklenen hasta sonucu	Hemşirelik bakım girişimleri	Değerlendirme
7. Barsak boşalıtımında değişim	Normal barsak boşalıtımının olması	-Bireyin öncelikli barsak alışkanlıklarını değerlendirilir, -Konsipasyonda beslenme ve yaşam tarzının önemi anlatılır, -Hemoroidinin tedavisine yönelik tıbbi destek alınır, - Konsipasyonun hemoroidle ilişkisi açıklanır, -Haisizliğe ve baş dönmesine neden olan faktörler belirlenir, - Kademeli mobilizasyon önerilir, - Bireysel bakımını kendisinin yapması konusunda cesaretlendirilir, - Gün içinde aktivite planlaması yapılır,	- Bireyin gün aşırı defekasyona çıktığı gözlemlendi. - Beslenmesine dikkat ettiği gözlemlendi. - Hemoroidine yönelik tıbbi tedavisi başlandı. -Uzun süre yataкта kalması ve düzensiz uyuması nedeniyle halsizlik ve baş dönmesi yaşadığı belirlendi. -Yatak içi aktivitelerinde yapmakta daha istekli olduğu gözlemlendi.
8. Fiziksel hareket etmede değişim, aktivite intoleransı	Bireyin günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yapmaması.	-Hastanın bilinci açık (yer, zaman, kişi, olay oryantasyonu), -Hastanın yataktan kademeli mobilizasyonu kaldırılması sağlanır, -Güvenli bir çevre oluşturulması sağlanır, -Yatak kenarları kaldırılır, - Uyku saatleri ile ilgili düzenleme yapılır,	-Hastanın bilinci açık, yer, zaman, kişi oryantasyonu tamdı. -Güvenli çevre oluşturuldu. -Hastada travma gelişmedi.
9. Travma Riski	Hastada travma gelişmemesi	-Bireyin uyku düzeni ve alışkanlıklarının belirlenir, -Gün içinde uzun süre uyumasına izin verilmez, -Ağrının nedenine yönelik önlemlerin alınır(kateterin pozisyonunu kontrol etme...), -Uyku ve dinlenme için uygun ortam planlanır, - Bakım veren sağlık personelinin gece uykusunun bölünmesini önlemek amacıyla iş planlamasının yapılır,	- Bireyin gün içinde uyuması önlendi. - Kateterinin bir süre sonra çıkacağı bilgisi verilerek, pozisyonu ayarlandı. -2 kişilik hasta odasına alındı. - Hastanın takip ve tedavisi saat düzenlemesi yapıldı. - Hastanın uyku süresi ve kalitesinin arttığı gözlemlendi.
10. Uyku örneğinde değişim	Gece yataktan uykudayken ve dinlenmiş olduğunda uykularının azaldığının gözlemlenmesi	-Ağrı değerlendirme skalası kullanılarak ağrı değerlendirilmesi yapılır, -Ağrıya neden olan hareketlerden kaçınılması ve kateterin pozisyonunun ayarlanması sağlanır, -Nonfarmakolojik/farmakolojik yöntemlerin uygulanır, -Ağrıyı azaltma yöntemlerinin etkinliğinin değerlendirilir,	-Ağrı değerlendirilmesi yapıldı. -Hastamın ağrısının azaldığını ifade etti.
11. Kateter bölgesinde ağrı	Bireyin ağrısının ol- madığını sözlü/ sözsüz ifade etmesi	-Bireyin bedenindeki değişime yönelik duygularını ifade etmesinin sağlanır, -Taktılan mayilerin, monitörün ve kateterin ne amaçla kullanılacağı, ne kadar süre kalacağını açıklanır,	-Hastamın femoral kateterin kasığına olmasından dolayı, hem utandığını hem de kaygılandığını belirtti. -Yapılan işlemlerin gerekliliği açıklanınca rahat olduğu gözlemlendi.
12. Beden imajında bozulma	Duygu ve endişelerini ifade etmesi, baş etme olumlu baş etme becerileri göstermesi	-Hastanın rollerini yerine getirmesi için cesaretlendirilir, -Sosyal destek kaynaklarının hareket geçirilir, -Kendini ifade etmesi için ortam hazırlanır,	- Kendini ifade etmesi sağlandı. - Eşi ve çocuklarının toplanan kadar kendisine destek olabileceğini belirtti.
13. Rol performan- sında bozulma	Sosyal ilişkilerinde devam etmesi		

TABLO 2: Hemşirelik bakım planı.			
Hemşirelik tanıları	Amaç/beklenen hasta sonucu	Hemşirelik bakım girişimleri	Değerlendirme
14. Etkisiz bireysel baş etme	Olumlu baş etme becerileri göstermesi	-Bireyin mevcut olumlu ve olumsuz baş etme yöntemlerinin değerlendirilip, -Etkin baş etme yöntemlerinin tartışılması ve kullanılmasına yardımcı olunur, - Tedavi ve bakıma aktif olarak katılımının sağlanması, - Destek kaynaklarının belirlenmesi ve destek kaynakları ile görüşülmesi, - Hastaya hastalığı ve yapılacak işlemlerle ilgili sık sık açıklama yapılır, -Bireyin değer ve inançları doğrultusunda manevi gereksinimlerinin belirlenir, -Manevi bakımına ilişkin duyu ve düşüncelerini ifade etmeye teşvik edilir, -Manevi gereksinimlerini karşılayacak uygun ortamın sağlanır,	- Bireyin baş etme yöntemleri değerlendirildi. - Uygunsuz baş etme yöntemlerini farkatması sağlandı. - Eşi ve çocuklarının kendisini destekleyeceğini belirtti. - Hastalık süreci ve tedavisi il ilgili yapılan açıklamalardan sonra rahatsızlığı gözlemlendi. -Hastamız ibadelerini iyileşince yerine getireceğini belirtti. -Odasında oturur pozisyonunda namaz kıldığı gözlemlendi.
15. Spsritüel/manevi distres	Spsritüel/manevi distres bulgularını göstermemesi		

## KAYNAKLAR

- Adomat R, Hewison A. Assessing patient category/dependence systems for determining the nurse/patient ratio in ICU and HDU: a review of approaches. *J Nurs Manage* 2004;12:299-308.
- Linton J, Farrell M. Nurses Perceptions of Leadership in an Adult Intensive Care : A phenomenology study. *Intensive Crit Care Nurs* 2009;25:64-71.
- Alligood MR, Tomey AM. *Nursing theory: Utilization & application*. 3<sup>rd</sup> ed. America: Mosby Company; 2006.
- Perrett ES. *Reviev of Roy Adaptation Model-Based Qualitative Research*. *Nurs Sci Q* 2007;20:349-56.
- Gordon, M. *Nursing Diagnosis: process and application*, 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis: Mosby; 1994.
- Erdemir F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı* 7. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005.
- Bırol L. *Hemşirelik Süreci* 8. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık; 2007.
- Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013;1:57-72.
- Mollaoğlu M. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve depresyon. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2005;Temmuz-Ekim: 55-60.
- Ageborg M, Allenius BL, Cederfjall C. Quality Of Life, Self- Care ability, and sense of coherence in hemodialysis patients. *Hemodial Int* 2005;9:8-14.
- Hannon Engel SL. *Knowledge Development: The Roy Adaptation Model and Bulimia Nervosa*. *Nurs Sci Q* 2008;21:126-132.
- Gigliotti E. *The Value of Nursing Models in Practice*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2008;1:42-50.
- Pearson A, Vaughan B, Fitzgerald M. *Nursing models for practice*. Philadelphia: Butterworth-Heinemann Elsevier; 2005.
- Kara B. Öz bakım tanımı ve kavramsal yönü. *Sendrom Dergisi* 2001;13: 45-48.
- Legg MJ. What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. *J Adv Nurs* 2011;28(3):61-67.
- Bayramova N, Karadakovan A. Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. *Atatürk Ün. HYO Derg* 2004;7(2):39-47.
- Walker LM. Relationship between illness representation and self- efficacy. *J Adv Nurs* 2004;48(3):216-225.
- Kuo WH, Gallo JJ, Eaton WW. Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:497-501
- Carpenito-Moyet JL. *Hemşirelik tanıları el kitabı*. Erdemir F (Çeviri Editörü), Türkçeleştirilmiş İkinci Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005.
- Sabancıoğulları S, Ata E, Kelleci M, Doğan S. Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının Fonksiyonel Sağlık Ölümleri Modeli ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2:117-22.