


# Serebrovasküler Hastalık Tanısı Olan Bireyde Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline Göre Bakımın Değerlendirilmesi

## Evaluation of Care According to the Nursing Model Based on Life Activities Within a Cerebrovascular Disease

Yadigar ORDU<sup>1</sup>   
Nurcan ÇALIŞKAN<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Çankırı Karatekin Üniversitesi,  
Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek  
Yüksekokulu, Sağlık Bakım  
Hizmetleri Bölümü, Çankırı, Türkiye  
<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı,  
Ankara, Türkiye

### ÖZ

Serebrovasküler hastalık (SVH), beyinle ilgili olan bir ya da daha fazla kan damarının patolojik hasar görmesidir. Hastalık sonucu gelişen iş gücü kaybı ya da ölüm ülke ekonomisini ve sağlık bütçesini olumsuz etkilemektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi, sürekli ve kapsamlı değerlendirmelerin yapılması ve sistematik bir hemşirelik bakımı SVH'da değiştirilebilir risk faktörleri ortadan kaldırılabilir, hastalık sonrasında gelişebilecek komplikasyonları önleyebilir ve hastalığın insidansını azaltabilir. Bu makalede, SVH geçiren bir olguda Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli (YADHM) temel alınarak oluşturulan bakım planı örneğinin sunulması amaçlanmıştır. Bu amaçla hazırlanan bakım planı örneğinin, hem hemşirelerin teorileri bakımında kullanılması ile hastaların bakım ve yaşam kalitelerinin artırılmasına hem de hemşirelik öğrencilerine uygulamada kaynak olmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Serebrovasküler hastalık, hemşirelik modeli, hasta bakım planı

### ABSTRACT

Cerebrovascular disease is pathological damage to one or more blood vessels related to the brain. The disease causes significant effects on the country's economy and health budget with the resulting loss of labor or death. With the adoption of healthy lifestyle behaviors, continuous and comprehensive evaluations, and systematic nursing care, risk factors that can be changed in SVH can be eliminated, complications that may develop after the disease can be prevented, and the incidence of the disease can be reduced. This study aimed to present an example of a care plan according to the Nursing Model Based on Life Activities of a patient with SVH. It is thought that the care plan sample prepared for this purpose will contribute to improving the care and life quality of the patients with the use of the theories in care, as well as being a resource for nursing students in practice.

**Keywords:** Cerebrovascular disease, nursing model, patient care plan

### GİRİŞ

Serebrovasküler hastalık (SVH) ani olarak gelişen, 24 saatten fazla süren ve bu sürede ölümle sonuçlanan, vasküler neden dışında başka bir neden ile açıklanamayan fokal veya jeneralize gelişebilen nörolojik bir defisittir.<sup>1,2</sup> Serebrovasküler hastalık geçirmiş hasta prevalansının 60 milyondan fazla olduğu tahmin edilmektedir. Dünyada yaklaşık her yıl 16 milyon kişi SVH tanısı almaktadır.<sup>3,4</sup> Altmış yaşın üstü nüfusa bakıldığında kardiyovasküler hastalıklardan sonra SVH dünyada ikinci ölüm nedenidir. Sakatlık ve işgücü kaybının ise birinci nedenidir.<sup>1,4-6</sup> Serebrovasküler hastalıklar gerek işgücü kaybı gerekse ölüme neden olması ile ülke ekonomisine ve sağlık bütçesine olumsuz etkilere yol açan hastalık grubundan biridir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, Avrupa'da ve benzer şekilde ülkemizde SVH, kardiyovasküler hastalıklardan sonra en fazla sağlık maliyetine neden olan hastalık grubundan olduğu bildirilmektedir.

Geliş Tarihi/Received: 28.03.2020

Kabul Tarihi/Accepted: 07.07.2022

Tarih/Publication Date: 30.09.2022

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:  
Yadigar ORDU  
E-mail: yadigar\_usta\_ordu@hotmail.com

Cite this article as: Ordu Y, Çalışkan N. Serebrovasküler hastalık tanısı olan bireyde yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeline göre bakımın değerlendirilmesi. *J Nursology*. 2022;25(3):189-200.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

SVH'da risk faktörleri, değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri arasında; hipertansiyon (HT), yüksek kolesterol düzeyi, atrial fibrilasyon, diyabetes mellitus (DM), sigara kullanımı, trans iskemik atak, obezite, doğum kontrol hapları, alkol kullanımı, kokain kullanımı, uygun olmayan diyet yer almaktadır. Değiştirilemeyen risk faktörleri ise; yaş, cinsiyet, düşük doğum ağırlığı, ırk ve genetik faktörlerdir.<sup>6,7</sup>

Serebrovasküler hastalık geçiren hastada; motor, bilişsel ve duyuşsal fonksiyonlarda bozulmalar, sosyal fonksiyonlarda kısıtlanma, kişisel bakımın yetersizliği, yaşam doyumlarında azalma, stres, anksiyete, depresyon ve günlük yaşam aktivitelerinde değişik ölçüde başkalarına bağımlı olma durumu sonrasında hastaların yaşam kaliteleri düşmektedir. Serebrovasküler hastalık geçiren bireylerin, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken bağımsızlık düzeylerinin arttırılması, hastalık süreci hakkında bireyin bilgisinin arttırılması, yaşamında meydana gelen değişimlerle baş etmede birey ve ailesine destek verilmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi, değiştirilebilir risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ve hastalık sonrasında ya da hastalığa bağlı gelişebilecek sekonder komplikasyonların önlenilmesinde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir.<sup>8-10</sup>

Serebrovasküler hastalıklarda hemşirelik bakımının sistematik bir süreci içermesi gerekmektedir. Bu süreç içerisinde ülkemizde "Hemşirelik Bakım Modelleri" son yıllarda profesyonel anlamda kullanılmaktadır. Bu modeller arasında yaygın olarak kabul gören "Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli" (YADHM) dir.<sup>11,12</sup> YADHM, Nancy Roper, Winifred Logan ve Alison J. Tierney tarafından 1970'li yıllarda insanı tüm boyutlarıyla ele alarak hemşirelik hizmetlerinin sistemli bir şekilde sunulması amacıyla geliştirilmiştir. Model, 12 günlük yaşam aktivitesini sistematize etme üzerine temellendirilmiştir. Bu aktiviteleri bireyin kendi başına bağımsız olarak ne kadarını yapabildiği modelin temel anlayışını oluşturmaktadır. Model; yaşam süresi, yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler, 12 yaşam aktivitesi, bağımlılık/bağımsızlık döngüsü ve yaşamda bireyselliği içeren beş ana kavramdan oluşmaktadır.<sup>12-17</sup>

Model yurt içinde ve yurt dışında; cerrahi, yeni doğan, dâhiliye ve göğüs hastalıkları alanlarında, geriatrik ve engelli bireylerin hemşirelik bakımında kullanılmaktadır. Ayrıca hemşirelik öğrencilerine sistemli bir hemşirelik bakımının kazandırılması amacıyla hemşirelik eğitiminde de kullanılmaktadır. Ancak çalışmamız modelin daha önce çalışılmadığı bir alan olan; SVH geçiren bireylerde modele dayalı sistemli bir hemşirelik bakımın değerlendirilmesi açısından özgündür.

Bu çalışmada SVH'lı bir olgu temel alınarak Roper, Logan ve Tierney tarafından geliştirilen YADHM çerçevesinde bir hemşirelik bakım planı örneğinin sunulması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda, Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir hastanenin Nöroloji Kliniğinde SVH tanısı ile tedavi alan bir olgu ele alınmıştır. Bakım planı örneği, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tanıları, Nursing Intervention Classification (NIC) girişimleri ve Nursing Outcomes Classification (NOC) sonuçları üzerine temellendirilmiştir. Veriler; araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ve fiziksel muayene yöntemleri kullanılarak toplanmıştır. Verilerin toplanmasında, literatür taraması sonucunda oluşturulan veri toplama formu kullanılmıştır.<sup>12-14</sup>

Araştırmaya başlamadan önce Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 26.12.2019 tarih ve 2020/157 sayılı Etik Kurul İzni ve

araştırmanın yapıldığı Çankırı Devlet Hastanesi'nden 64943697-799 sayılı Kurum İzni alınmıştır. Bu araştırma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden olgudan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile sözlü ve yazılı izin alınmıştır.

### Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'nin Kavramsal Çerçevesi:

Bu model Nancy Roper, Winifred Logan ve Alison J. Tierney tarafından 1970'li yıllarda insanı tüm boyutlarıyla ele alarak hemşirelik hizmetlerinin sistemli bir şekilde sunulması amacıyla geliştirilmiştir. Model, 12 günlük yaşam aktivitesini sistematize etme üzerine temellendirilmiştir. Bu aktiviteleri bireyin kendi başına bağımsız olarak ne kadarını yapabildiği modelin temel anlayışını oluşturmaktadır. Model; yaşam süresi, yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler, 12 yaşam aktivitesi, bağımlılık/bağımsızlık döngüsü ve yaşamda bireyselliği içeren beş ana kavramdan oluşmaktadır.<sup>12,13-16</sup>

### OLGU SUNUMU

**Olgunun Tıbbi Verileri:** 76 yaşındaki erkek hasta E.K, emekli ve ilköğretim mezunudur. Evde lavaboda düşmüştür. Düşmenin ardından eşi tarafından ayağa kaldırılmaya çalışılmış ancak kalkamamıştır. Ayağa kalkamaması ve bilincinin yerinde olmaması sonucu eşi tarafından hemen ambulans aranarak İlçe Devlet Hastanesi'ne kaldırılmıştır. Hastanede yapılan ilk müdahalenin ardından İl Devlet Hastanesi'ne sevki gerçekleştirilmiştir. Yapılan inceleme ve tetkikler sonucunda SVH tanısıyla nöroloji kliniğine yatırılmıştır. Hasta, daha önceden SVH tanısı aldığı için bu hastalığa yönelik sürekli ilaç kullanmaktadır. Prostatektomi, bypass, lomber disk hernisi ameliyatı ve iki defa beyin dekompresyon ameliyatı geçirmiştir. Hastada, SVH'ın yanı sıra DM, HT ve kalp yetmezliği de mevcuttur. Kronik hastalıklarına yönelik her gün düzenli olarak ilaç kullanmaktadır. Ailesinde kronik hastalık öyküsü bilinmemektedir. Herhangi bir ilaç ya da yiyeceğe karşı alerjisi bulunmayan hastanın sigara ve alkol alışkanlığı yok. Halsizlik, ayağa kalkamama ve bilinç durumu değişiklikleri hala devam etmektedir.

Bu çalışmada, SVH geçiren bir olguya YADHM'e göre planlanan bireyselleştirilmiş hemşirelik kapsamında; NANDA hemşirelik tanıları, NOC sonuçları ve NIC girişimleri kullanılarak hemşirelik bakımı planlandı, uygulandı ve sonuçları değerlendirildi.

Serebrovasküler hastalıklar altmış yaş ve üstü grupta sık görülen, işgücü kaybına ve sekonder hastalıklara neden olduğu belirtilen hastalık grubundadır. Serebrovasküler hastalıkta değiştirilebilir risk faktörleri göz önüne alındığında iyi planlanmış bir hemşirelik bakımı ile hastalığın birey üzerindeki istenmeyen etkileri en alt düzeye indirilebilir.<sup>6,7</sup>

Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli yaşam süresi, yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler, yaşam aktiviteleri, bağımlılık/bağımsızlık döngüsü ve bireyselleştirilmiş hemşirelik olmak üzere beş kavramdan oluşmaktadır.<sup>12,13-16</sup> Model temel alınarak ele alınan olgu, yaşam süresinde yaşlılık döneminindedir. Yaşlılığın beraberinde getirmiş olduğu fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, kronik hastalıklar, sürekli ilaç kullanma gibi faktörler bireyin geçirmiş olduğu hastalığın düzeyi, hastalıktan etkilenme durumu ve sekonder komplikasyonlar gibi birçok durumu etkileyebilmektedir.<sup>18</sup> Bu nedenle planlanan bireyselleştirilmiş bakımda bireyin içinde bulunduğu yaşam süresi göz önüne alınmalıdır. Modeli oluşturan diğer kavramlardan biri de 12 günlük yaşam aktivitesidir.<sup>12</sup> Çalışmada, olgu 12 günlük yaşam aktivitesinin her birine göre değerlendirilmiştir.

Tablo 1. Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'ne Göre Belirlenen Sorunlar

Modelin Ana Kavramları	Modelin Temel Bileşenleri	Sorunlar	Belirlenen Hemşirelik Tanıları
Yaşam Süresi	<b>Doğum</b> ↓ <b>Ölüm</b>	Yaşlılık Dönemi (76 yaş)	-
Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler	<b>Biyolojik</b> <b>Psikolojik</b> <b>Sosyokültürel</b> <b>Çevresel</b> <b>Politik ve Ekonomik</b>	Olgunun yaşı (76 yaş). SVH, DM, HT ve kalp yetmezliği öyküsünün olması. Bilinç ve algı yeteneklerinde bozulma var. Çevresindeki insanlarla iletişime geçmede sorun var. Hastalığından sonra eşinin bakım verici rolde olması. Günlük yaşam aktivitelerinin çoğunda eşine bağımlı olması. Hastanede yatıyor olması. İlçede yaşayan geliri giderine denk bir çiftçi emeklisi Devamlı kullandığı ilaçlar için aylık kesintiler yaşanması	Belirlenen hemşirelik tanılarını etkileyen faktörlerdir.
Yaşam Aktiviteleri (12 Yaşam Aktivitesi)	<b>Güvenli Çevrenin Sürdürülmesi</b>  <b>İletişim</b>  <b>Solunum</b>  <b>Yeme ve İçme</b>  <b>Boşaltım</b>  <b>Kişisel Temizlik ve Giyim</b>  <b>Vücut Sıcaklığının Kontrolü</b>	DM tanısından sonra sol gözde iki yıldır görme kaybı mevcut. Yakın ve uzak görme sorunu için gözlükleri var ama düzenli kullanmıyor. Sol göz kapağında pitozis mevcut. Her iki kulakta işitmede azalma var. Düşük frekanslı sesleri zor duyuyor. İşitme cihazı var ancak, düzenli kullanmıyor. Bilinç durumunda bozulma var. Glasgow koma skalası değerlendirme puanı:13 puan. Yere ve zamana oryantasyonda bozulma var. Yürürken dengede durmakta zorlanıyor ve koordinasyonu bozulmuş durumda. İtaki Düşme Risk Ölçeği Puanı: 27 puan: Yüksek düşme riski mevcut. Daha önce üç defa düşmüş. Dokunma duyusunda ve yüzeysel reflekslerde azalma var. Braden Bası Yarası Açılma Riski Puanı: 13 (13-14 puan: Orta derecede risk). Duygu durum bozukluğu var (Hasta bazen ağlıyormuş). Huzursuzluk var (Evine gitmek istediğini belirtiyormuş). Günlük yaşam aktivitelerinin çoğunda eşine bağımlı durumda. Sol kolda I.V katater var. Hastaneye yatışın 2. günü. Ayağa desteksiz kalkamadığı ve denge sorunu yaşadığı için ellerini yıkayamıyor. Eşi tarafından elleri ara ara silinerek temizleniyor. Kronik hastalıkları var (DM, HT, kalp yetmezliği). Devamlı kullandığı yüksek riskli ilaçları var (Coversyl Plus 10 mg/2,5 mg tablet, Beloc Zok 25 mg tablet, Glifix 15 mg tablet, Coraspin 300 mg tablet, Lantus Solostor 100 U/mL Novorapid Flexpen 100 U/mL). Görüşme sırasında fark edilen konuşma bozukluğu var. Alt ve üst çenede takma dişleri var (Sadece beslenme sırasında takıyor). Yavaş konuşma mevcut. Her iki kulakta duyma güçlüğü var. İşitme cihazı var ancak, düzenli kullanmıyormuş. Görme problemi nedeniyle Disleksi (Okuma bozukluğu) ve Disgrafi (Yazma zorluğu) mevcut. Konsantrasyon ve dikkat seviyesinde azalma, dikkat dağınıklığı mevcut. Ağrısı yok. Solunum sayısı: 20/dk. O <sub>2</sub> satürasyonu değeri: 92/O <sub>2</sub> BKİ: 27,57 (fazla kilolu). Hasta tatlı yiyecekleri sevdiğini ifade etti. Diyeti mevcut (DM + Tuzsuz Diyet) (3 ana+3 ara öğünle beslenme). Ara öğünü bazen yapmıyor. Hastane ortamında diyetle uyum gösteriyor, ancak evde tatlı besinleri tüketmek istiyor. Ağız hijyeninde bozulma var (Yetersiz ağız hijyeni). Çürük diş var (1-2 tane). Total oral mukoza puanlaması: 10 puan (Oral mukoz membranda bozulma riski). Damak yapısında bozulma var (Takma dişlerin damağa baskı yaptığı bölgelerde damak yapısı bozulmuş durumda). Hazımsızlık mevcut. Beslenme aktivitesinde eşine yarı bağımlı durumda (Güçsüzlük var). Bağırsak seslerinin oskültasyon yöntemiyle muayenesi sonucunda sol üst ve alt kadranda: 6 kez/dk bağırsak sesleri mevcut. Konstipasyon var. Haftada 2-3 kez konstipasyon durumu tekrarlıyormuş. Defakasyon sıklığı iki günde bir kez. Evde de sık sık konstipe durumdaymış. Artık bu durumu normal bir boşaltım süreci gibi algıladığı için hekime ya da hemşirelere bu durum hakkında bilgi verilmemiş. Dışkılama için ilaç kullanmıyor. Defakasyona zor çıkıyor. Gaita, sert kıvamlı. Boşaltım fonksiyonunda yardımcı araç kullanma mevcut (Hasta bezi). Hemoroid var (Devamlı konstipasyon durumuna bağlı, ara ara kanama ve ağrı oluyormuş). İdrar inkontinansı var ancak birey bu durumun farkında değil (Hasta bezi kullanılıyor). Boşaltım fonksiyonunda yarı bağımlı durumda (Eşi hasta bezini sık sık değiştiriyor. Bu durumun kendisini çok yorduğunu ifade etti). Kas gücünde azalma var. Gönüllü ve amaçlı hareketlerde azalma mevcut (Güçsüzlük var). Kendi temizliğini yapma, tüm vücut banyosu yapma, el-yüz yıkama, saç bakımı, tırnak temizliği, ayak bakımı ve giyinme gibi aktivitelerinde eşine bağımlı durumda. Genel vücut hijyeninde bozulma mevcut (Saçları, elleri ve elbiseleri kirlili). Alt ekstremitelerde solukluk mevcut (Bacaklarda kapiller geri dolumda azalma (Kapiller geri dolum: 5 saniye, hareketsizlik var). Derinin genel yapısında bozulma var (Kuru cilt, azalmış deri turgoru). Vücut sıcaklığı:36,8°C (Normal sınırlar aralığında).	Akut Konfüzyon Düşme Riski Basınç Yaralanması Riski Enfeksiyon Riski  Sözel İletişimde Bozulma  -  Fazla Kilo Beslenmede Öz Bakım Yetersizliği Kan Glukozunda Değişkenlik Riski Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski  Konstipasyon İdrar Boşaltımında Bozulma Bilgi Eksikliği (Boşaltım Fonksiyonuna Yönelik) Kanama Riski  Öz Bakım Eksikliği Bakım Veren Rolünde Zorlanma Riski  -

(Devamı)

Tablo 1. Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'ne Göre Belirlenen Sorunlar (Devamı)

Modelin Ana Kavramları	Modelin Temel Bileşenleri	Sorunlar	Belirlenen Hemşirelik Tanıları
	<b>Hareket</b>	Hastaneye yatıştan itibaren yatağa bağımlılık durumu var. Kendi kendine hareket edebilmede bağımlı durumda (Çift destek olmadan ayağa kalkamıyor). Hareketi engelleyebilecek yorgunluk ve güçsüzlük durumu var. Bozulmuş denge durumu (Hastaneye başvurma öyküsü: Düşme). Fiziksel harekette bozulma var (İnaktivite). Azalmış kas tonüsü ve gücü (El ile kavramada güçsüzlük) mevcut. Alt ekstremitelerde azalmış kapiller geri dolum mevcut. Birey düzenli olarak egzersiz yapmıyor. Aktif ve pasif ROM egzersizlerini yapmada sorun mevcut (Bacaklarda eklem açısı azalmış. Hareket durumu, kısıtlı). Hareket etmede yardımcı araç kullanımı var (Çift taraflı destek, koltuk değneği var).	Fiziksel Mobilitede Bozulma Güçsüzlük Etkisiz Periferik Doku Perfüzyonu Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski
	<b>Çalışma ve Eğlenme</b>	Çiftçi emeklisi, çalışmıyor. Sosyal yaşamını etkileyen sağlık sorunları ve kronik hastalıkları var (SVH, DM, HT, Dengesizlik/Düşme, İdrar İnkontinansı). Çalışma ve eğlenme faaliyetlerinde yarı bağımlı durumda. Bahçe işleri ile uğraşmayı sevdiğini ancak hastaneye yatıştan itibaren bağımlı durumda olduğu için bir şey yapmadığını ifade etti. Hastanede iken uğraşısı televizyon izlemek. Fiziksel ve ruhsal sağlığın sosyal aktivitelere etkisi olumsuz yönde (Hasta "evde eşine yardım edemediğini, ona yük olduğunu ve hiçbir işe yaramadığını" söyledi). Eğlenmeye kısıtlı zaman ayırıyor (Güçsüzlükten dolayı bir şey yapamadığını ifade ediyor).	Boş Zaman Aktivitelerinde Yetersizlik
	<b>Cinselliği İfade Etme</b>	Bireyin benlik saygısında bozulma var (Hasta "artık eşime bağlı gibiyim ve hiçbir işe yaramıyorum" dedi). Hastanede olmanın cinsel sağlığa etkisi olumsuz durumda (Hasta "evin reisi bendim, şimdi eşim ne derse o kimse beni dinlemiyor, eskisi gibi gücüm yok" dedi). Cinsel sağlıkta sorun var (Hasta "eşime her durumda bağımlıyım" dedi).	Durumsal Düşük Benlik Saygısı Cinsel Disfonksiyon
	<b>Uyku</b>	Uykuyu etkileyen hareketsizlik durumu var. Uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma mevcut (Uykuya eğilimli olma, devamlı uyku hali var. Gece:8-9 saat uyuyor. Gündüz ise: öğleden sonra 3-4 saat uyuma alışkanlığı var).	Uyku Örüntüsünde Bozulma
	<b>Ölüm</b>	Hasta, ölümü "herkesin başına gelecek bir şey olduğunu söyledi". Dua etmenin kendini rahatlattığını, eşinin ve çocuklarının her zaman kendisine destek olduğunu söyledi.	-

		Tamamen Bağımlılık	←	→	Tamamen Bağımsızlık
Bağımlılık / Bağımsızlık Döngüsü	Güvenli çevrenin sürdürülmesi	←	X	→	
	İletişim	←		X	→
	Solunum	←			X
	Yeme ve içme	←		X	→
	Boşaltım	←	X		→
	Kişisel temizlik ve giyim	←	X		→
	Vücut sıcaklığının kontrolü	←		X	→
	Hareket	←	X		→
	Çalışma ve eğlenme	←	X		→
	Cinselliği ifade etme	←		X	→
	Uyku	←			X
	Ölüm	←			X

Bireyselleştirilmiş

Hemşirelik

- ✓ Tanılama
- ✓ Planlama
- ✓ Uygulama
- ✓ Değerlendirme

Tablo 2. YADHM Göre Hemşirelik Bakım Planı

DM, Diyabetes Mellitus; HT, Hipertansiyon; İV, İntravenöz; SVH, Serebrovasküler Hastalık.

Bireyin içinde bulunduğu çevresi, beslenme, boşaltım, uyku gibi temel gereksinimleri değerlendirilmiş ve olguda var olan sorunlara yönelik hemşirelik bakımı planlanmıştır. Modeli oluşturan bir diğer kavram olan bağımlılık / bağımsızlık döngüsü ise bireyin 12 günlük yaşam aktivitesinin her birini hangi düzeyde bağımsız olarak gerçekleştirmesine yöneliktir. Modele göre, her yaşam aktivitesinde tam bağımsızlık istenmektedir.<sup>12</sup> Bu doğrultuda olgunun var olan

bağımlılık düzeyleri ele alınarak bağımlılık / bağımsızlık döngüsü oluşturulmuş, planlanan ve verilen hemşirelik bakımı ile 12 günlük yaşam aktivitesinin her birinde maksimum bağımsızlık hedeflenmiştir. Olgudan toplanan ayrıntılı veriler ile diğer tüm faktörler göz önüne alınarak modele göre; tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme basamaklarından oluşan bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının sunumu sağlanmıştır.

Tablo 2. Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakım Planı

Hemşirelik Tanısı	Beklenen Sonuçlar (NOC)	Uygulanan Hemşirelik Girişimleri (NIC)	Değerlendirme
<b>Fazla Kilo (Tanı-1)</b>			
<b>Tanımlayıcı Özellikler</b>			
• Yetişkin beden kitle indeksi > 25 kg/m <sup>2</sup> olması (BKI: 27,57 kg/m <sup>2</sup> ).		• Hastaya fazla kilolan ve sağlığına etkileri hakkında bilgi verildi.	• Hasta kilo verme isteğini sözle ifade etti.
<b>İlişkili Faktörler</b>		• Alınan besin içeriği ve kalori alımı takip edildi (Diyetisyen kontrolünde).	• Diyetine uygun beslediği görüldü.
• Günün fiziksel aktivitenin cinsiyet ve yaş için önerilerden daha az olması (Fiziksel İnaktivite)		• Hastanın hekim önerisinde mevcut diyet (Şekerden ve tuzdan kısıtlı diyet) doğrultusunda alınan günlük besin içerikleri ve kalori miktarı belirlendi (2600-2800 kkal/gün).	• Egzersiz programına düzenli olarak katılmadığı görüldü.
• Sekerle tatlandırılmış besinler tüketme eğilimi (Hastanın tatlı besinleri sevmesi)		• Diyetisyenle görüşülerek diyetine uygun besin çeşitliliği ile gereksinim duyulan besinlerin tüketildiği gözlemlendi (Sebze, tavuk, çorba, salata, meyve gibi).	• Beden kitle indeksi normal sınırdadır değil. Fazla kilolu olma durumu devam ediyor.
• Sık sık atıştırmak (Diyet: 3 ana öğün, 2-3 ara öğün (DM)		• Günde yaklaşık 2000 mL oral sıvı alımı sağlandı. (Hekimi ile görüşülerek sıvı planlaması yapıldı).	5 (Ciddi olarak iyi)
• Günde >2 saat/günden fazla sedanter yaşam (Hareketsizlik)		• Ne zaman ve ne yediği ile ilgili not alınabilmesi için hastanın eşine kağıt ve kalem verilerek düzenli olarak yazması istendi. Alınan notlar kontrol edildi.	4 (Oldukça iyi)
• Uykü bozukluğu (Uykuya eğilim, gündüz 3-4 saat uyuyma alışkanlığı)		• Diyetine uygun beslenmesi için basit şekerlerden, trans yağ içeren gıdalardan ve kafeinden uzak durması gerektiği ve bunun önemi hasta ve eşine anlatıldı.	3 (Orta derecede iyi)
		• ROM egzersizleri hasta ve eşine öğretilecek şekilde düzenli olarak yapılması gerektiği anlatıldı.	2 (Hafif derecede iyi)
		• Gündüz uykusunun ve hareketsizliğin azaltılması amacıyla hasta tesbih dizmeye ve gazete okumaya yönlendirildi. Serum albümin düzeyi hekim isteminde kontrol edildi. (Albümin: 3,6 g/dL).	1 (Tehlikede)
<b>Beslenmede Öz Bakım Yetersizliği (Tanı-2)</b>			
<b>Tanımlayıcı Özellikler:</b>			
• Öğünün tamamını kendi başına yemede bozulma (Güçsüzlük)		• Hastanın yarımsız ya da kısmen yardımla beslenme aktivitesini gerçekleştirmedi	• Hasta, kısmen yardımla beslenme aktivitesini gerçekleştirdi.
• Beslenme aktivitesinde eşine yarı bağımlı olma (Besinleri getirme, pozisyon verme ve beslenmenin sonlandırılmasında).		• Beslenmede öz bakım aktivitelerine katılım düzeyi belirlendi (Beslenmeyi sonlandırmada eşine yarı bağımlı durumda).	5 (Ciddi olarak iyi)
• Sosyal açıdan kabul edilebilir bir şekilde kendi başına yeme/kendini besleme yeteneğinde bozulma (Güçsüzlük).		• Kendi kendine beslenmede ve beslenmeyi sonlandırmada öz bakıma katılımı desteklendi (Beslenmede kendi yapabileceği tüm girişimleri kendisinin yapması sağlandı).	4 (Oldukça iyi)
<b>İlişkili Faktörler:</b>		• Yardımcı araç kullanma becerisi değerlendirildi (Çatal, kaşık, bardak gibi araçları etkin bir şekilde kullanabildiği gözlemlendi).	3 (Orta derecede iyi)
• Bilişsel fonksiyonda değişim (Konfüzyon, yere ve zamana oryantasyonda bozulma)Güçsüzlük.		• Enerji düzeyini daha etkin kullanması sağlandı ve yemek yemede alternatif yöntemler belirlendi (Beslenme sırasında kaşığı elinde tutmak yerine bırakma, ara ara dinlenmelerin sağlanması gibi).	2 (Hafif derecede iyi)
		• Çiğneme ve yutma becerisi değerlendirildi (Normal).	1 (Tehlikede)
		• Besin alımı değerlendirildi (Tepsideki tüm yemekleri bitirdiği gözlemlendi).	
		• Bilişsel fonksiyondaki değişimler yönetildi (Konfüzyon durumunda soru sorması sağlandı ve acele edilmeden sorulduğu sorulara cevap verildi).	
		• Takma dişlerini düzenli olarak kullanması sağlandı.	
		• Beslenme sırasında acele edilmedi, hastanın biraz dinlenerek beslenmesine devam etmesi sağlandı (Eşine açıklama yapıldı).	
		• Kendi kendine beslediği öğünlerde hasta takdir edildi.	
<b>Akut Konfüzyon (Tanı-3)</b>			
<b>Tanımlayıcı Özellikler</b>			
• Hedefe yönelik amaçlı davranışları devam ettirmede yetersizlik		• Bireyin bilinç durumu Glasgow koma skalası ile takip edildi (14 puan).	• Konfüzyon durumunda azalma gözlemlendi (Glasgow koma skalası:14 puan).
• Huzursuzluk (Eşine ara ara eve gitmek istediğini söylüyor)		• Bulunduğu yeri tanımlaması	• Hasta bulunduğu yeri tanımladı.
• Bilinç düzeyinde bozulma (Glasgow koma skalası: 13 puan)		• Ay/yılı ve mevsimi doğru tanımlaması	• Hastaya adı ile hitap edildi.
• Bilişsel işlevlerde değişiklikler (Yere ve zamana oryantasyonda bozulma)		• Yüz yüze iletişim sürdürüldü.	• Hasta mevsim ve yılı doğru tanımladı.
<b>İlişkili Faktörler</b>		• Anlamlı ve yeterli duygusal uyaran sağlandı (Evden sevdiği tesbihlerinin getirilmesi sağlandı, zaman, gün ve yer ara ara hatırlatıldı, hastanın soru sormasına fırsat tanıdı, basit ve açıklayıcı cümleler kullanıldı).	• Sözlü talimat ve komutlara uyum göstermesi
• Uykü-uyaklık döngüsünde değişim (Uykuya eğilimi olma)		• Hasta değeri sağlıklı birey rolünde olması sağlandı (Gündüz pijamalarını çıkartması sağlandı, yapabileceği aktiviteler planlandı, kendi öz bakımına katılımı için cesaretlendirildi, kendi bakımı ile ilgili girişimlerden önce bireyin kararını öğrenildi).	• Uygun zamanlarda uyum göstermesi
• 60 yaş ve üzerinde olma (76 yaş)		• Huzursuzluğun nedeni belirlendi (Bilinmeyen ortam ve bilinmeyen girişimlerdi. Huzursuzluğu azaltmak amacıyla yapılan uygulamalardan önce hastaya bilgi verildi).	• Uygun zamanlarda aktivitelere yönlendirilerek uyaklık sağlandı.
• Reçetelenmiş ilaçlar		• Terapötik iletişim teknikleri kullanıldı (Dinleme ve soru sormasına fırsat verildi).	5 (Ciddi olarak iyi)
		• Bakım vericilerin kendini tanıtmaları istendi.	4 (Oldukça iyi)
		• Yapılan açıklamalar kısa ve basit tutuldu.	3 (Orta derecede iyi)
		• Eşinin, hastanın yanında kalmasını sağlandı.	2 (Hafif derecede iyi)
			1 (Tehlikede)

(Devamı)

Tablo 2. Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakım Planı (Devamı)

Hemşirelik Tanısı	Beklenen Sonuçlar (NOC)	Uygulanan Hemşirelik Girişimleri (NIC)	Değerlendirme
<b>Konstipasyon (Tanı-4)</b> <b>Tanımlayıcı Özellikler:</b> • Hazımsızlık • Defakasyon sıklığında azalma (2 günde bir kez, haftada 2-3 kez konstipasyon) • Azalmış ya da artmış bağırsak sesleri (Osültasyonla muayene sonrasında sol üst ve alt kadranda bağırsak sesleri: 6 kez/dk) • Defakasyona zor çıkma • Sert kıvamlı gaita <b>İlişkili Faktörler:</b> • Tuvalete gitme ve defakasyon alışkanlığını sürdürmede sorun, yaşama (Hareket kısıtlılığı, hasta bezi kullanma) • Fiziksel aktivite yetersizliği (Yaşa ve cinsiyete göre tavsiye edilen aktiviteleri yerine getirmeme) • Düşensiz defakasyon alışkanlığı (Evde de sık sık konstipe olma durumu) • Çevresel değişiklikler • Konstüzyon • Hemoroid varlığı • Yetersiz lif alımı • Yetersiz ağız hijyeni	<ul style="list-style-type: none"> <li>Düzenli boşaltımın yapılması</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Orta derecede iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Semptomların başlangıcı ve süresi değerlendirildi (Evde de haftada 2-3 kez konstipasyon oluyormuş).</li> <li>Konstipasyona neden olan faktörler tanımlandı. (Kuru baklagilleri sevmemesi ve yetersiz lif alımı).</li> <li>Yemek saatleri düzenlendi ve yeterli besin alımı sağlandı.</li> <li>Diyetisyene görüşülerek diyetine uygun ve lif içeriği yüksek besinler ile beslenmesi sağlandı.</li> <li>Normal bağırsak hareketi için meyve ve sebze tüketimi sağlandı (Ara öğünlerde meyve).</li> <li>Günde en az 2 litre sıvı alımı sağlandı. (Oral+IV).</li> <li>Kahvaltıdan önce sıvı alması gerektiği anlatıldı.</li> <li>Bağırsak irritasyonunu önlemek için kafein ve baharatlı yiyeceklerden uzak durması gerektiği anlatıldı.</li> <li>Düzenli boşaltım alışkanlığı için program yapıldı (Yemeklerden 1-2 saat sonra boşaltımın düzenli olması sağlandı).</li> <li>Düzenli bağırsak alışkanlığı, kazandırılmasının uzun süreceği hasta ve ailesine açıklandı.</li> <li>Hastanın boşaltım için bez yerine klozete götürülmesi söylendi.</li> <li>Abdomen masajı hastaya ve eşine anlatıldı.</li> <li>Hastaya ROM egzersizleri öğretildi.</li> <li>Defakasyon sırasında odadaki ziyaretçiler dışarı çıkartılarak hastanın mahremiyeti sağlandı.</li> <li>Defakasyon sırasında kendini zorlamasının yaşam bulgularında değişmeye ve kanamaya neden olabileceği anlatıldı.</li> <li>Boşaltım ihtiyacında laksatif kullanılmadı.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta takip edilen süre içerisinde defakasyona çıktı.</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Orta derecede iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>
<b>İdrar Boşaltımında Bozulma (Tanı-5)</b> <b>Tanımlayıcı Özellikler:</b> • İdrara çıkma sıklığı (Gündüz 5-6 bez, gece ise 2-3 bez, her defasında 1 bez dolusu idrar) • İnkontinans <b>İlişkili Faktörler:</b> • Duyusal ve motor bozukluk (Fiziksel harekette bozulma, fiziksel inaktivite, güçsüzlük) • İleri yaş (76 yaş) (Mesane fonksiyonlarında bozulma) • Kronik hastalıklar (SVH, Benign Prostat Hiperτροφisi ve bu hastalığa yönelik geçirilmiş cerrahi operasyon, Diyabete bağlı, sık idrara çıkma)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın mesane kontrolünü sağlayabilmesi</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Orta derecede iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta nörolojik mesane yönünden değerlendirildi (Gündüz 5-6 bez idrar, gece 2-3 bez idrara çıkma var, sık idrara çıkma, üriner inkontinans ve idrara sıkıştığını hissedememe mevcut).</li> <li>Semptomların başlangıcı ve süresi belirlendi (Eşi evde kendi ihtiyacını karşıladığını söyledi ancak, hastaneyeye yatışın itibaren bezlendiğini ifade etti).</li> <li>Boşaltım fonksiyonunda bozulmaya neden olabilecek faktörler belirlendi (Hareketsizlik, güçsüzlük).</li> <li>Duyusal/bilişsel/mobilite defisitleri değerlendirildi (Konfüzyon durumu, yere ve zamana oryantasyonda bozulma).</li> <li>Kafeinli ve yapay tatlandırıcı içeren içecekleri tüketmemesi gerektiği açıklandı (Mevcut diyeti zaten yapay tatlandırıcıları içermemektedir).</li> <li>Günlük 2000-2500 mililitre sıvı alımı takip edildi, akşam yemeklerden sonra sıvı almaması gerektiği açıklandı. Aldığı ve çıkardığı takibi yapıldı (Aldığı: Oral + IV:3000 mL, Çıkardığı: 7-9 bez (1 bez: 300 mL). Toplam alınan: 3000 mL, Toplam çıkarılan: 2700 mL).</li> <li>Mesane eğitimi verildi (İdrara çıkma saatleri bez değiştirme saatlerine göre: 07-11-14-17-20-22-02-05 not alınarak belirlenmeye çalışıldı).</li> <li>Kegel egzersizleri anlatıldı (Mesane boş iken pelvik kaslarını 2-5 saniye kasıp, gevşek bırakılması ve belirli aralıklarla günde en az 10 kez yapması).</li> <li>Deri bütünlüğü ve enfeksiyon takibi yapıldı. (Deri bütünlüğü normal, enfeksiyon gelişmedi).</li> <li>ROM egzersizleri hasta ve ailesine anlatıldı.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın mesane kontrolü sağlanamadı, inkontinans devam ediyor.</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Orta derecede iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>
<b>Fiziksel Mobilitede Bozulma (Tanı-6)</b> <b>Tanımlayıcı Özellikler:</b> • ROM'da azalma • Yürüyüş değişiklikleri • Koordinasyonsuzluk ve düzensiz hareketler (Bozulmuş denge) <b>İlişkili Faktörler:</b> • Beden kitle indeksinin fazla olması (BKİ:27.57) • Bilişsel bozukluklar • Azalmış kas tonüsü ve gücü (Ei ile kavramada güçsüzlük, hareketi engelleyen güçsüzlük durumu) • Hareketi başlatmada isteksizlik (Gönüllü ve amaçlı hareketlerde azalma) • Sedanter yaşam tarzı • Duyusal algı bozuklukları (Hafif dokunma, görme ve işitme duyusunda azalma) • Fiziksel aktivitenin önemine ilişkin bilgi eksikliği (ROM egzersizleri düzenli olarak yapamama)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın yarıdımsız ya da yardımcı araçla hareket etme becerisinin gelişmesi</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Orta derecede iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme derecesi belirlendi (Beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve bakım aktivitelerinde eşine yarı bağımlı durumda).</li> <li>Egzersiz katılımı arturmak için aydınlatma ve oda sıcaklığı gibi etkenler düzenlendi.</li> <li>Yürümeye yardımcı araç-gereç gereksinimi belirlendi (Tekereklili sandalye temin edildi).</li> <li>Egzersiz programı hazırlandı (ROM egzersizleri) ve programa katılımı için hastaya yardım edildi.</li> <li>Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken hastanın vücudunun etkilenen kısımları incelendi (Bacaklarda azalmış eklem açısı).</li> <li>Hareketler arasında dinlenme periyotları oluşturuldu.</li> <li>Hareketleri mümkün olduğunca kendisinin yapmasını sağlandı.</li> <li>Hastanın verilen hareketlere katılımı değerlendirildi.</li> <li>Düşmeye yönelik önlemler alındı (Yatak korkulukları kaldırıldı, kaymayan ayakkabı, gece ışıklandırma sağlandı).</li> <li>Hastaya egzersiz ve fiziksel aktiviteye katılım çabaları için olumlu geri bildirim verildi.</li> <li>Deri bütünlüğü kontrol edildi (Basınç bölgelerinde herhangi bir belirti gözlemlenmedi).</li> <li>Beslenme ve boşaltım durumu değerlendirildi.</li> <li>Aldığı çıkardığı takibi yapıldı (Aldığı ve çıkardığı dengeli).</li> <li>Bakım verene ROM egzersizleri hakkında bilgi verildi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Takip edilen süre içerisinde hasta yarıdımsız mobilite olamadı. Fiziksel mobilitede bozulma sorunu devam ediyor.</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Orta derecede iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>

Tablo 2. Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakım Planı (Devamı)

Hemşirelik Tanısı	Beklenen Sonuçlar (NOC)	Uygulanan Hemşirelik Girişimleri (NIC)	Değerlendirme
<p><b>Etkisiz Periferik Doku Perfüzyonu (Tanı-7)</b></p> <p><b>Tanımlayıcı Özellikler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Motor fonksiyonlarda değişme (Hareket etmede yardımcı araç kullanımı)</li> <li>Cilt özelliklerinde değişme (Alt ekstremiteelerde solukluk, azalmış deri turgoru, kuru cilt)</li> <li>Kapiller geri dolum süresinin uzaması</li> <li>Ödem (Bacaklarda ödem: +2 (orta))</li> </ul> <p><b>İlişkili Faktörler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ağırlaştırıcı etkenlere yönelik bilgi eksikliği (Düzenli egzersiz yapılmaması, hareketsizlik)</li> <li>Diyabets Mellitus</li> <li>Hipertansiyon</li> <li>Hareketsiz yaşam tarzı</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doku perfüzyonunu korumak amacıyla ekstremitelerdeki küçük damarlar aracılığıyla taşınan kanın yeterli olması</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Ordukaça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hayati bulguları takip edildi (Ateş: 36,8°C, Nabız: 98/dk, Kan Basıncı: 130/70 mmHg, Po<sub>2</sub>: 92/ O<sub>2</sub>).</li> <li>Periferik nabız, ödem, kapiller dolum, cilt ısısı, yapısı ve rengi değerlendirildi (Alt ekstremiteelerde solukluk mevcut, ödem (+2) ve kapiller dolum &gt; 3 sn).</li> <li>Ekstremiteler kan akımını kolaylaştırıcı şekilde yükseltildi (Hasta yatağının alt ekstremiteye gelen kısmı biraz yükseltildi).</li> <li>Cilt nemli ve ekstremiteeler sıcak tutuldu (Cilde nemlendirici uygulandı, hasta sıcak tutuldu, oda ısısı normal aralıktaydı).</li> <li>Pasif ya da aktif eklem hareket açıklığı egzersizleri yapıldı (Hastaya ve eşine ROM egzersizleri öğretildi).</li> <li>Doku perfüzyonunu artırmaya yönelik girişimler hakkında hasta ve ailesi bilgilendirildi.</li> <li>Çok sıkı kıyafetler giyilmemesi gerektiği hasta ve ailesine anlatıldı.</li> <li>Eritrost ve hemoglobin düzeyleri takip edildi (Eritrost: 5,6 M/uL, HGB: 15,3 g/dL).</li> <li>Pihlaşma faktörleri kontrol edildi (INR/ PT:12,9).</li> <li>Kan glikoz düzeyi takip edildi (Açlık kan şekeri: 213 mg/dL; Yüksek) (Normal değer aralıkları: 74-106 mg/dL).</li> <li>Aldığı ve çıkardığı takibi yapıldı (Aldığı: Oran+V:3000 mL, Çıkardığı: 7-9 bez (1 bez: 300 mL), Toplam alınan: 3000 mL, Toplam çıkarılan: 2700 mL).</li> <li>Hastanın kontrol edilebileceği durum, olay, uygulamalar belirlendi.</li> <li>Kendi kararlarına duyduğu güven durumu belirlendi.</li> <li>Kendisi ile ilgili konularda yapabildiği ölçüde sorumluluk alması sağlandı (Beslenme ve öz bakım uygulamalarına katılımı sağlandı).</li> <li>Hasta ile birlikte güçsüz hissettiği konular ve güçsüzlüğü artıran faktörler belirlendi (Bakımı ile ilgili uygulamaları sırasında güçsüzlük hissediyor ve bakıma katılma konusunda kendini zorladığı güçsüzlük artıyor).</li> <li>Güçlerini, değerini, varlıklarını tamamasına yardımcı edildi (Aslında güçlü bir insan olduğu, eşinin yanında ve her zaman ona destek olduğu söylenildi).</li> <li>Tüm işlemler, kurallar ve seçenekler açıklandı (Yapılan her uygulama hakkında bilgi verildi).</li> <li>Durumu ve tedavisi hakkında hastaya bilgi verildi.</li> <li>Durumu ile ilgili olumlu değişimler belirlendi (Hastaneye yatışın 5. Gününde kendi yemeğini desteksiz yedi).</li> <li>Bakımı ile ilgili kararları kontrol etmesi için fırsat sağlandı.</li> <li>Günlük durumundaki değişime ve ilerlemelerin farkında olması sağlandı.</li> <li>Hastanın üstlendiği sorumluluk düzeyi korundu (Hastanın kendi kararlarını almasının önemli olduğu ve eşine fırsat tanıması gerektiği açıklandı).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doku perfüzyonunu korumak amacıyla ekstremiteelerde kan akımı maksimum düzeye yakındı.</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Ordukaça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>
<p><b>Güçsüzlük (Tanı-8)</b></p> <p><b>Tanımlayıcı Özellikler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Roller performansıyla ilgili şüphe duyduğunu bildirmesi (Artık çoğu ihtiyacında eşine bağımlılık durumunu ifade etmesi, hastanın güçsüzlükten dolayı bir şey yapamadığını ve hiçbir işe yaramadığını ifade etmesi)</li> <li>Daha önce yapabildiği aktiviteleri yapamama (Evde kendi ihtiyaçlarını kendisi giderebiliyormuş ancak hastaneye yatıştan itibaren güçsüzlük nedeniyle eşine yarı bağımlı durumda)</li> <li>Başkalarına bağımlılık</li> <li>Bakımı katılımda yetersizlik (Günlük yaşam aktivitelerine katılımda yarı bağımlı olma durumu)</li> </ul> <p><b>İlişkili Faktörler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Yetersiz kişilerarası etkileşimler (Sözel iletişimde bozulma)</li> <li>Tedavi programı (SVH, DM, HT ve buna yönelik uygulanan uzun süreli tedavi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın güçsüzlük ile ilgili herhangi bir duyu ifade etmemesi</li> <li>Olayların kendi kontrolü altında olduğunu bildirmesi</li> <li>Sağlık bakımı ile ilgili kararlara katılımı</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Ordukaça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastada güçsüzlük belirtileri devam ediyor.</li> <li>Olayların kendi kontrolü altında olduğunu bildirmemi.</li> <li>Sağlık bakımı ile ilgili kararlara kısmen katıldı.</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Ordukaça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta sözlü iletişim becerisini sürdürdü.</li> <li>Kendisini daha rahat ifade edebilmesi sağlandı.</li> <li>Sözlü olmayan mesajları alıp yorumlamada var olan sorun devam ediyor.</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Ordukaça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>
<p><b>Sözel İletişimde Bozulma (Tanı-9)</b></p> <p><b>Tanımlayıcı Özellikler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>İletişimi sürdürmede güçlük (Yavaş konuşma)</li> <li>Düşüncelerini sözlü ve yazılı ifade etmede güçlük (Disleksi, Disgrafi)</li> <li>Yere ve zamana oryantasyonda bozulma (Akut konfüzyon nedeniyle)</li> <li>Görsel yetersizlik</li> <li>Güçlükle konuşma ya da ifade etme</li> </ul> <p><b>İlişkili Faktörler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Algılamada değişim (Algıda yavaşlama)</li> <li>Anatomik bozuluk (Görsel ve işitsel sistemde)</li> <li>Benlik saygısında azalma (Hasta ifadesi: "Artık eşime bağlı gibiyim ve hiçbir işe yaramıyorum")</li> <li>Kas-iskelet sistemi güçsüzlüğü</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sözlü iletişim becerisini sürdürmesi</li> <li>Kendini ifade edebilmesi</li> <li>Sözlü olmayan mesajları alıp yorumlaması ve ifade edebilmesi</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Ordukaça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın, sözlü ve sözsüz mesajları etkin bir şekilde dinlenildi.</li> <li>Hastanın yüzüne bakarak, açık, net ve anlaşılır şekilde açıklamalar yapıldı.</li> <li>İletişimi güçlendirmek için el ve kol hareketleri kullanıldı.</li> <li>İşitme cihazını düzenli kullanması gerektiği anlatıldı ve kullandığı gözlemlendi.</li> <li>Alternatif iletişim teknikleri kullanıldı (Dokunma, hemşire çağrı zilini kullanma gibi).</li> <li>Hastanın duyu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat tanıdı (Acele edilmeden hasta dinlendi ve geri dönütler verildi).</li> <li>Hasta konuşurken anlamaya odaklanıldı.</li> <li>İletişim sırasında dikkat dağınıklığı engellenmeye çalışıldı (Ses tonu ara aralarla azaltıldı, bireyin dikkatinin dağılıp fark edildiğinde sorular sorularak konuya dahil edildi).</li> <li>Gözünü düzenli olarak kullanması söylendi ve kullandığı gözlemlendi.</li> <li>Takma dişlerin iletişimdeki önemi hastaya anlatıldı ve dişlerini düzenli olarak takması söylendi. Sadecce beslenirken değil, günlük hayatta konuşurken de takma dişlerini kullandığı gözlemlendi.</li> <li>Hastanın anlatımlarına tepkisi değerlendirildi (Evet-hayır şeklinde geri dönütlerde bulundu).</li> <li>Aile ziyaretlerinin iletişimi güçlendireceği hastanın ailesine açıklandı.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta sözlü iletişim becerisini sürdürdü.</li> <li>Kendisini daha rahat ifade edebilmesi sağlandı.</li> <li>Sözlü olmayan mesajları alıp yorumlamada var olan sorun devam ediyor.</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Ordukaça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>

(Devamı)

Tablo 2. Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakım Planı (Devamı)

Hemşirelik Tanısı	Beklenen Sonuçlar (NOC)	Uygulanan Hemşirelik Girişimleri (NIC)	Değerlendirme
<p><b>Öz Bakım Eksikliği (Tanı-10)</b></p> <p><b>Tanımlayıcı Özellikler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kas gücünde azalma</li> <li>Becerilerde bozulma (Düğme ilikleme, çorap / ayakkabı giyme, vücudun alt yarısını giyme, vücudun üst yarısını giyme, çeşitli parça kıyafetleri giyme ve çıkarma)</li> <li>Genel vücut hijyeninde bozulma (Azalmış vücut hijyeni)</li> <li>Gönüllü ve amaçlı hareketlerde azalma</li> </ul> <p><b>İlişkili Faktörler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Algısal ya da bilişsel bozulma (Konfüzyon)</li> <li>Görsel ve işitsel sorunlar</li> <li>Aktivitede bozulma (Fiziksel hareketsizlik)</li> <li>Geçirilmiş hastalıklar (SVH)</li> </ul> <p><b>Uyku Örutüsünde Bozulma (Tanı-11)</b></p> <p><b>Tanımlayıcı Özellikler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Normal uyku örütüsünde değişim (Uykuya eğilim, gündüz:3-4 saat, gece:8-9 saat uyuma)</li> <li>Gün içinde sık sık uykulama</li> <li>Huzursuzluk (Bilinmeyen karşı, ara ara eve gitmek isteğini ifade etmesi)</li> </ul> <p><b>İlişkili Faktörler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hareketsizlik</li> </ul> <p><b>Durumsal Düşük Benlik Saygısı (Tanı-12)</b></p> <p><b>Tanımlayıcı Özellikler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın acizlik, çaresizlik ifadesi (Artık eşime bağlı gibiyim ve hiçbir işe yaramıyorum)</li> <li>Durumların üstesinden gelebilme becerisini küçümseme (Kendini güçsüz hissetme)</li> <li>Sosyal rol değişikliği (Hastanın "evin reisi bendim, şimdi eşim ne derse o. Kimse beni dinlemiyor, eskisi gibi gücüm yok" şeklinde ifade etmesi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın giyinme, kişisel vücut temizliği, boşaltım ve banyo gibi aktivitelerini bağımsız olarak yapabilmesi</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Ordukaça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın normal gece-gündüz uyku siklusunu sürdürmesi</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Ordukaça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bireyin kendisini faydalı/yararlı hissettiğini ifade etmesi</li> <li>Gelecek ile ilgili olumlu ifadelerde bulunması</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Ordukaça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cinsel ifade ve performansın fiziksel, sosyo-duygusal ve entelektüel açıdan entegrasyonunun sağlanması</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Ordukaça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cinsel rolde değişim (Hastanın "evin reisi bendim, şimdi eşim ne derse o kimse beni dinlemiyor, eskisi gibi gücüm yok" şeklinde ifade etmesi)</li> </ul> <p><b>İlişkili Faktörler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vücut fonksiyonlarında ya da yapısında değişim (Hastalık süreci, güçsüzlük)</li> <li>Benlik saygısında bozulma (Hastanın hiçbir işe yaramıyorum şeklinde ifade etmesi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede hareketsizliğin olumsuz etkileri belirlendi (Hareketsizlik ve güçsüzlük nedeniyle hasta beslenme, boşaltım, giyinme ve kişisel temizlik gibi günlük yaşam aktivitelerinin çoğunda eşine yarı bağımlı durumda).</li> <li>Bilgi, beceri ve davranış ile ilgili yetersizlikleri tanımlanarak öz bakım gücünün artırılması için planlamalar yapıldı (Ağız bakımı ve perine bakımı gibi uygulamalar için bilgi eksikliği giderildi, kendi öz bakımına katılması sağlandı).</li> <li>Öz bakım aktivitesine katılımla yeteneği ve gücü değerlendirildi (Öz bakım uygulamalarını yapabileceğini yeteneği var ancak, güçsüzlük nedeniyle bu aktivitelerini eşinin yaptığı gözlemlendi).</li> <li>Yetersizliklere yönelik girişimler planlandı (Ağız bakımı verildi ve eşi ile birlikte hastaya temiz kıyafetler giydirildi).</li> <li>Hastanın yapabileceği tüm öz bakım aktivitelerini kendinin yapması sağlandı, ara dinlenmeler vendi ve katılımlı desteklendi.</li> <li>Kendi bakımıyla ilgili fikirleri alımdı ve öz bakımına katılımlı sağlandı (Hangi kıyafeti giymek istediği soruldu).</li> <li>Uykuya ilişkin bireysel, çevresel ve tedavi ile ilgili faktörler değerlendirildi (Bireysel olarak hastalık süreci ve sonucunda oluşan güçsüzlük durumu uyku örütüsünü etkilediği belirlendi, çevresel olarak ses, ısı, ışık gibi faktörler uyku sağlığını olumsuz etkilemediği belirlendi, sürekli kullandığı ve tedavi sürecinde uygulanan ilaçların uyku sağlığı üzerine etkisi bulunmadı).</li> <li>Hastanın uyku düzeni belirlendi (Gündüz 3-4 saat, gece ise 8-9 saat uyuduğu belirlendi).</li> <li>Hastanın gün içinde uyumasını sınırlandırmak ve uyanıklığı sağlamak için hobilerine / aktivitelerine destek verildi (Tesbih dizme, televizyon izleme gibi).</li> <li>Gündüz uykuya eğilimi olduğu zamanlarda eşine, hastayla sohbet etmesinin faydalı olacağı söylendi.</li> <li>Hasta ve ailesine; rol kavramı ve rollerinin neler olduğu anlatıldı (Hastanın rollerinin neler olduğu, sağlıktan sapmalar olduğunda bu rollerinin değişebileceği ve bu durumun oluşan olduğu, hasta olmasının ve ailenin yöneticisi rolünü yerine getirememesinin aile düzeninde bozulmalara neden olmayacağı açıklandı).</li> <li>Hastada düşük benlik saygısına etki edebilecek değişimler araştırıldı (Geçirilmiş hastalık öyküsü (SVH), buna bağlı gelişen güçsüzlük durumu, hareket, yeteneğinde azalma, eşine çoğu durumda yarı bağımlı olma).</li> <li>Hastanın bir durumu başa çıkabileceğine güveni geliştirildi (Kendi bakım kararlarına katılımlı sağlandı ve çocukları bazı durumlarda karar almak için babalarından fikir aldı).</li> <li>Kendisi ile ilgili sorumlulukları artırması için desteklendi (Karar alması için cesaretlendirildi).</li> <li>Kendini eleştirme ve suçlama nedenleri belirlendi (Güçsüzlük ve bağımlılıktan dolayı).</li> <li>Hasta, kendine uygun uğraşı yapması için cesaretlendirildi (Hastane ortamında yapabileceği hobilerine yönlendirildi).</li> <li>Cinsel kaygılarını konuşmak için zaman, yer ve mahremiyet sağlanamadı (Kısıtlı bakım sürecinde hasta ile güven verici ortam oluşturulamadı).</li> <li>Hasta ve eşine konunun beraber konuşulması söylendi.</li> <li>Cinsel aktivite üzerine sağlık problemlerinin sınırlamaları tanımlandı (İleri yaş, geçirilmiş hastalık öyküsü, hastalık ile ilişkili güçsüzlük, günlük yaşam aktivitelerinin çoğunda eşine bağımlı olma durumu).</li> <li>Cinsel sorunları saptamak için hastalık öncesinde cinsel yaşamına ilişkin alışkanlığı ve bunlara yönelik tıbbi tedavi alıp almadığı eşi ile görüşüldü (Eşi cinsel hayatının yaşandığı için bittiğini ifade etti).</li> <li>Cinsel sağlığı hakkında hastaya ve eşine bilgiler verildi (Cinsel sağlığını aynı zamanda kişinin cinsel kimliği ve bu kimliğe ilişkin rol ve sorumlulukları yerine getirmeyi ifade ettiği belirtildi).</li> <li>Hastanın durumu ve tedavinin cinsel sağlık üzerine etkileri belirlendi (Hasta, hastalığının ve tedavi sürecinin cinsel sağlığı olumsuz etkilediğini söyledi).</li> <li>Cinsel ilişkin içeriği ve yaşamın önemli bir parçası olduğu konusunda hasta ve eşine bilgi verildi.</li> <li>Cinsel sağlık taburculuk eğitiminin bir parçası olarak planlandı.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta öz bakım aktivitelerini eşine kısmen bağımlı olarak yapabiliyordu.</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Ordukaça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın gündüz uykuları devam etti. Sorun devam ediyordu.</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Ordukaça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Birey kendisini faydalı / yararlı hissettiğini ifade etmedi.</li> <li>Gelecek ile ilgili olumlu ifadelerde bulunmadı.</li> <li>Durumsal düşük benlik saygısı sorunu devam ediyor.</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Ordukaça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tapik edilen süre içerisinde hastanın cinsel disfonksiyon sorunu devam ediyor.</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Ordukaça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>



Tablo 2. Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakım Planı (Devamı)

Hemşirelik Tanısı	Beklenen Sonuçlar (NOC)	Uygulanan Hemşirelik Girişimleri (NIC)	Değerlendirme
<p><b>Bilgi Eksikliği (Boşaltım Fonksiyonuna Yönelik Bilgi Tanı-14)</b></p> <p><b>Tanımlayıcı Özellikler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bilgi yetersizliği (Hastanın evde haftada 2-3 kez konsipasyon olması, sık tekrarlayan konsipasyon sonucunda hemoroid gelişmesi, konsipasyon durumunun artık normal bir bağırsak alışkanlığı gibi algılanması, hastane ortamında bu durumu hekim ya da hemşireye bildirmeme, lifli gıdalar ile beslenmeme durumu)</li> </ul> <p><b>İlişkili Faktörler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Konfüzyon</li> <li>Bilgi kaynaklarına yabancılık olma</li> </ul> <p><b>Boş Zaman Aktivitelerinde Yetersizlik (Tanı-15)</b></p> <p><b>Tanımlayıcı Özellikler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Her zamanki faaliyetlerin hastanede gerçekleştirilememesi (Hasta bahçe işleri ile uğraşmıyormuş ancak hastaneye yatıştan itibaren yaptığı tek şey televizyon izlemek)</li> <li>Gün içerisinde uyku periyodunun artması (Gündüz 3-4 saat uyuyor, uykuya eğilimi var)</li> <li>Huzursuzluk (Hasta, ara ara eve gitmek istediğini belirtiyor)</li> </ul> <p><b>İlişkili Faktörler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gevrenin aktivitelerine uygun olmaması (Hastane ortamında bulunması)</li> <li>İleri yaş (76 yaş)</li> </ul> <p><b>Düşme Riski (Tanı-16)</b></p> <p><b>Risk Faktörleri:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>65 yaş ve üzeri</li> <li>Düşme öyküsünün olması (Üç kez)</li> <li>Yardımcı araç kullanımı (Koltuk değneği)</li> <li>İtali düşme risk ölçüğü puanının 5'in üzerinde olması (27 puan)</li> <li>Mental durumdaki değişimler (GKS:13 puan)</li> <li>Antihipertansif ajanlar</li> <li>Alt ekstremitede güç kaybı (Desteksiz ayağa kalkamama)</li> <li>Yürümde zorluk</li> <li>İştme bozuklukları (Her iki kulakta iştmede azalma, iştme cihazı kullanma)</li> <li>Dengede bozukluk (Denge ve koordinasyonun bozulması)</li> <li>Fiziksel harekette bozulma</li> <li>Görme bozuklukları</li> </ul> <p><b>Enfeksiyon Riski (Tanı-17)</b></p> <p><b>Risk Faktörleri:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patojenler maruz kalmaktan sakınmak için yetersiz bilgi (Hastanın ellerinin yıkanması yerine eşi tarafından silinerek temizlenmesi) invaziv işlemler (Uygulanan tedaviler)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın boşaltım fonksiyonuna yönelik bilgi sahibi olması</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Oldukça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Boş zamanlarında yaptığı aktiviteler ile ilgili memnuniyetini dile getirmesi</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Oldukça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Düşme yaralanma yaşanmaması</li> <li>Hasta ve ailesinin düşmeye neden olabilecek durumlar hakkında bilgi sahibi olması</li> <li>Harekete yardımcı araç kullanılması</li> <li>Harekete yardımcı aracın doğru kullanılması</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Oldukça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfeksiyon belirtisi ve bulgularının gözlenmemesi</li> <li>Enfeksiyona neden olan faktörlerin gelişmesini önlemek için yapılabilecek girişimler hakkında hasta ve ailesinin bilgi sahibi olması</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Oldukça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın öğrenme gereksinimleri belirlendi (Lifli beslenmeye yönelik).</li> <li>Hastanın mevcut bilgi düzeyi değerlendirildi (Lifli gıdaların neler olduğu bilinmiyor).</li> <li>Hastanın belirli bilgileri öğrenme düzeyi değerlendirildi: (İlkokul mezunu, okuma ve yazma zorluğu mevcut, yere ve zamana oryantasyon bozulma var, geçmiş deneyimlerinde konsipasyonu normal bir durum olarak algılamış, daha önce bu durum ile ilgili herhangi bir doktora başvurmuş ya da birinden yardım, bilgi almamış).</li> <li>Hastanın anlayabileceği düzeyde yavaş ve açık lifli şekilde lifli besin içerikleri hakkında açıklama yapıldı (Hastanın mevcut diyetine uygun olan lifli besinler hakkında eğitim verildi) (Eğitim-1).</li> <li>Eğitim sırasında lifli besinler yazılarak hastaya verildi.</li> <li>Hastanın soru sormasına fırsat tanıdı ve anlamadığı noktalar tekrar açıklandı.</li> <li>Lifli besinlerin boşaltım fonksiyonuna etkisi yönelik verilen eğitime hastanın eşi de katıldı (Eğitim-2).</li> <li>Uygun beslenme eğitimi ve normal boşaltım fonksiyonuna yönelik taburculuk eğitimleri planlandı. Diyetisyenle görüşülerek taburculuk beslenme planı hazırlandı.</li> <li>Hastanın ilgi alanları belirlendi (Bahçe işleriyle uğraşmak).</li> <li>Hastane ortamında yapabileceği diğer hobileri belirlendi (Tespil dizme).</li> <li>Hastanın aktivitelerine duygusal, fiziksel ve sosyal açıdan gösterdiği tepkileri belirledi (Güçsüzlükten dolayı aktivitelerde eşine yarı bağımlı).</li> <li>Hastanın üstlendiği sorumluluk düzeyi belirlendi (Eşine çoğu durumda yarı bağımlı).</li> <li>Boş zamanlarda eğlenceli olabilecek faaliyetlerinde hastaya yardım (Evden sevdiği tesbihleri getirilip dizmesi) edildi.</li> <li>Hastanın sevdiği müzikleri dinlemesi sağlanarak uyararı verildi.</li> <li>Hastanın yanına gelebilecek uygun hasta yatışının planlaması sağlandı.</li> <li>Hastanın hobilere katılımı takip edildi (Yaptığı gözlemler).</li> <li>Ailesinin, arkadaşlarının ve hasta için önemli olan kişilerin hastayı ziyaret etmesini sağlandı.</li> <li>Hasta mümkün olduğunca öz bakımına katılımı konusunda teşvik edildi.</li> <li>Hastanın bağımsızlığı desteklendi.</li> <li>Sorumlulukların kabul edilmesi ve davranış değişikliklerinin sağlanabilmesi için hastaya olumlu geri bildirimler sağlandı.</li> <li>Düşme riskini artıran etmenler belirlendi ve bu etmenler en aza indirildi.</li> <li>Gözük ve iştme cihazını düzenli olarak kullanması gerektiğinin önemi anlatıldı. Hastanın gözük ve iştme cihazını düzenli olarak kullanıldığı gözlemlendi.</li> <li>Harekete yardımcı olmak amacıyla hastane içerisinde tekerlekli sandalye temin edildi.</li> <li>Hastanın hareketine yardımcı olmak amacıyla temin edilen aracın (Tekerlekli sandalye) doğru kullanıldığı gözlemlendi.</li> <li>Hastaya yardımcı ayağa kalkmaması söylendi.</li> <li>Sürekli kullandığı eşyaları (Su, gözük) hasta yanına bıraktıldı.</li> <li>Çağrı zili hasta yatağının yakınına yerleştirildi ve etkin bir şekilde kullandığı gözlemlendi.</li> <li>Yatak frenleri kapatıldı ve dinlenme esnasında yatak kenarları kaldırıldı. Hastanın eşine, yatak kenarlarını dinlenme sırasında nasıl kapatıldığı gösterildi ve önemi anlatıldı.</li> <li>Kaymaz taban, rahat bir ayakkabı kullanılması söylendi ve hastanın ailesi kaymaz taban bir ayakkabı temin etti.</li> <li>Hastanın eşine, hastayı yataktan tekerlekli sandalyeye alırken ve yatağa geçirirken uyması gereken vücut mekanikleri anlatıldı.</li> <li>Düşmeyi engellemek için ıslak zeminde ve yardımsız ayağa kalkmaması, banyo ve tuvalette trabzanların kullanılmasının önemi anlatıldı.</li> <li>Enfeksiyon belirtisi ve bulguları izlendi (Vücut sıcaklığı: 36.8 C, nabız: 98/dk, sekresyon görünmedi, idrar rengi normal, deri sıcaklığı vücudun sağ ve sol bölgesinde eşit ve normal).</li> <li>Enfeksiyona yatkınlığı artıran faktörler belirlendi (İleri yaş: 76yaş, kronik hastalıklar (DM, HT, SVH, kalp yetmezliği), yaşlılığa bağlı immün sistem baskılanması).</li> <li>Laboratuvar bulgular değerlendirildi (WBC:7.8, TTT: normal, albümin:3.6 g/dL).</li> <li>Enfeksiyon belirtisi bulguları hasta ve ailesine anlatıldı (Sıcaklık artışı, idrar görünümünde değişme, sekresyon görülmesi gibi).</li> <li>Enfeksiyon gelişmesini önlemeye yönelik yapılabilecek en temel uygulama olan el yıkamanın önemi, sıklığı ve nasıl yıkanması gerektiği hasta ve ailesine anlatıldı.</li> <li>Hastanın eşi tarafından ellerinin yıkanmaya başladığı gözlemlendi.</li> <li>Girişimler sırasında sağlık personellerinin aseptik tekniklere dikkat ettiği gözlemlendi (Eldiven giyme, el yıkama gibi).</li> <li>Girişimlerin içeriği takip edildi (Diyetisyenle görüşülerek diyeti hakkında bilgi alındı).</li> <li>Besin alımı ve besin öğelerinin içeriği hakkında düzenli olarak havalandırmanın önemi anlatıldı.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta normal boşaltım fonksiyonunun nasıl olmasını gerektiğini, anlamadığını ifade etti (Konu ile ilgili iki farklı eğitim verildi. Hasta iki eğitimi de anladığını ifade etti).</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Oldukça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta boş zamanlarında yaptığı aktiviteler ile ilgili memnuniyetini ifade etti.</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Oldukça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Takip edilen süre içerisinde düşme ya da yaralanma yaşanmadı.</li> <li>Hasta ve ailesi düşmeyi önleyici durumları anladıklarını ve uyacaklarını ifade etti.</li> <li>Harekete yardımcı olmak amacıyla tekerlekli sandalye temin edildi.</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Oldukça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfeksiyon belirtisi ve bulguları gözlenmedi, risk devam ediyor.</li> <li>Hasta ve ailesi enfeksiyona neden olan faktörlerin neler olabileceğini ve önlemek için yapılabilecek girişimlerin neler olduğunu anladıklarını ifade ettiler.</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Oldukça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>

(Devamı)

Tablo 2. Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakım Planı (Devamı)

Hemşirelik Tanısı	Beklenen Sonuçlar (NOC)	Uygulanan Hemşirelik Girişimleri (NIC)	Değerlendirme
<b>Kan Glukozunda Değişkenlik Riski (Tanı-19)</b> <b>Risk Faktörleri:</b> • Mental durumda değişkenlik (Konfüzyon) • Ortalama günlük fiziksel aktivitenin yaş ve cinsiyet için önerilerden daha az olması (Fiziksel hareketsizlik) • Yetersiz diyet yönetimi (Diyetle uyum göstermeme; Sekerli besinleri tüketmeyi sevme gerektiğini bildiği halde bu besinleri tüketmeyi bazen atlaması)	• Kan şekeri seviyesinin normal sınırdan olması • Diyet ve egzersize yönelik önerilere uyması • Hipoglisemi ve hiperglisemi belirtilerini tanımlaması 5 (Ciddi olarak iyi) 4 (Ordukaça iyi) 3 (Orta derecede iyi) 2 (Hafif derecede iyi) 1 (Tehlikede)	• Glukoz dengesi ziliği riskleri belirlendi (Bazen diyetine uygun beslenmeme ve ara öğünleri atlama mevcuttur). • Hipoglisemi ve hiperglisemi belirti ve bulguları izlendi (Gelişmedi). Hasta ve ailesine bu belirtileri anlattı ve hastada bu bulguların izlemi sağlandı (Bulanık görme, bulantı ve kusma hastada görülmüdü). • Hekim istemine göre kan şekeri takibi (11 <sup>00</sup> :119 mg/dL, 17 <sup>00</sup> :122 mg/dL) yapıldı. • Kan şekeri takibine göre ilaçları düzenli olarak uygulandı (Gliflix 15 mg tablet 1x: 07 <sup>00</sup> , Lantus Solostar 100 U/ml 1 x 10 ünite; 23 <sup>00</sup> , Novorapid Flexpen 100 U/ml 3 x 8 ünite: 11 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup> -22 <sup>00</sup> ). • Diyetine uygun 3 ara, 3 ana öğün şeklinde beslenmesi takip edildi. • Aldığı ve çıkardığı sıvı takibi yapıldı (Aldığı: Ora+IV:3000 mL, Çıkardığı: 7-9 bez: 300 mL). • Toplam alınan: 3000 mL, Toplam çıkarılan: 2700 mL). • Diyabet yönetimi, diyetine uyum sağlama, ilaç tedavisi, gelişebilecek komplikasyonlar ve kan şekeri takibi hakkında hasta ve ailesine bilgi verildi. • İdrarda keton takibi yapıldı (Keton: Negatif). • ROM egzersizleri hasta ve ailesine anlatıldı. • Uygun IV açıklık sağlandı: İsoyte-S 500 mL 2 x 1 (10 <sup>00</sup> -22 <sup>00</sup> ). • Açlık kan şekeri takibi yapıldı (AKŞ:213 mg/dL; Yüksek (Normal aralıkları: 74-106 mg/dL).	• Hastanın kan şekeri izlem yapılan süre içerisinde normal sınırdaydı. • Hastanın diyetine uyum gösterdiği ancak, egzersiz programını düzenli olarak takip etmediği görüldü. • Hasta hipoglisemi ve hiperglisemi belirtilerini tanımladı. 5 (Ciddi olarak iyi) 4 (Ordukaça iyi) 3 (Orta derecede iyi) 2 (Hafif derecede iyi) 1 (Tehlikede)
<b>Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski (Tanı-19)</b> <b>Risk Faktörleri:</b> • Bilşisel işlevlerde değişim • Yetersiz diş bakımı (1-2 tane çürük diş mevcut) • Yetersiz ağız bakımı • Yetersiz ağız hijyeni (Güçsüzlük, fiziksel hareketsizlik, desteksiz avaya kalkınama, ağız bakımında eşine yarı bağımlı olma) • Stresörler (Huzursuzluk, bilinmeyen ortam ve uygulamalar) • Ağız hijyeni konusunda bilgi eksikliği (Evde düzenli olarak ağız bakımının yapılması) Total oral mukoz puanlaması: 10 puan (Oral mukoz membranda bozulma riski).	• Hastanın ağız ve diş bakımını yardımcı araçla ya da araçsız yapabilmemesi • Oral yaralanmanın yaşanmaması 5 (Ciddi olarak iyi) 4 (Ordukaça iyi) 3 (Orta derecede iyi) 2 (Hafif derecede iyi) 1 (Tehlikede)	• Hastanın ağız ve diş bakımını eşinin yardımı ile yapabildiği gözlemlendi. • Takip edilen süre içerisinde oral yaralanma yaşanmadı. 5 (Ciddi olarak iyi) 4 (Ordukaça iyi) 3 (Orta derecede iyi) 2 (Hafif derecede iyi) 1 (Tehlikede)	• Hastanın ağız ve diş bakımını eşinin yardımı ile yapabildiği gözlemlendi. • Takip edilen süre içerisinde oral yaralanma yaşanmadı. 5 (Ciddi olarak iyi) 4 (Ordukaça iyi) 3 (Orta derecede iyi) 2 (Hafif derecede iyi) 1 (Tehlikede)
<b>Basınç Yaralanması Riski (Tanı-20)</b> <b>Risk Faktörleri:</b> • Braden bası yararı açılma riski puanı:13 • Bilşisel fonksiyonlarda değişim (Konfüzyon) • Duyusal algılamada değişim (Dokunma duyusu ve yüzeyel reflekslerde azalma) • Kalp yetmezliği • Doku perfüzyonunda azalma • Derinin genel yapısında bozulma (Kuru cilt, azalmış deri turgoru) • Ödem (Bacaklarda ödem: +2 (orta) • Güçsüzlük nedeniyle hareketsizlik süresinin uzaması ileri yaş (76 yaş) • Fazla kilo (BK:27,57) • SVH öyküsü • İdrar inkontinansı • Fiziksel hareketsizlik • Kemik çıkıntılarında uygulanan basınç Bakım verilerinin basınç yararı önleme konusunda bilgi eksikliği.	• Basınç yaralanmasının gelişmemesi • Deri bütünlüğünün korunması • Hasta ve ailesinin basınç yararı hakkında bilgi sahibi olması 5 (Ciddi olarak iyi) 4 (Ordukaça iyi) 3 (Orta derecede iyi) 2 (Hafif derecede iyi) 1 (Tehlikede)	• Basınç yaralanması risk faktörlerini değerlendirilerek amacıyla Braden bası yararı açılma riski değerlendirilme formu ile hasta takip edildi (13 puan). • Bası yararı artıran risk faktörleri belirlendi (Hareketsizlik,üriner inkontinans, kuru cilt, ödem). • Basınç altında kalan deri gözlemlendi (Sıcaklık, renk değişimi açısından). • Bireyin yatak içerisinde hareket edebilme durumu değerlendirildi. • Sıvı alımı takip edildi (2000 oral+1000 IV). • ROM egzersizleri hasta ve ailesine öğretildi. • Derinin nemliliği sağlandı. • Yatak çarşafının kuru, temiz ve kırıksız olması takip edildi ve hasta ailesine bunun önemi anlatıldı. • Dik oturur pozisyonda uzun süre kalmaması gerektiği hasta ve ailesine anlatıldı. • Basınç alanların yastıkla desteklenmesi sağlandı ve bunun önemi hasta ve ailesine anlatıldı. • Kemik çıkıntılarının ovalanması ve masaj yapılması gerektiği hasta ve ailesine anlatıldı. • Besin alımı ve besin öğelerinin içeriği takip edildi (Diyetisyenle görüşülerek yüksek enerjili besin alımı sağlandı). • Laboratuvar bulgular değerlendirildi (albumin:3,6 g/dL, bilirubin: 0,60 mg/dL). • Hasta ve ailesine mobilizasyonun ve iki saatte bir pozisyon değiştirmenin önemi anlatıldı. • Basınç yaralanması nedeni ve sonuçları hakkında bilgi verildi.	• Basınç yaralanması gelişmedi, ancak risk devam ediyordu. • Deri bütünlüğü korundu. • Hasta ve ailesi basınç yaralanmasının ne olduğu ve önlenmesi için nelere dikkat edilmesi gerektiğini anlattıklarını ifade etti. 5 (Ciddi olarak iyi) 4 (Ordukaça iyi) 3 (Orta derecede iyi) 2 (Hafif derecede iyi) 1 (Tehlikede)

Tablo 2. Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakım Planı (Devamı)

Hemşirelik Tanısı	Beklenen Sonuçlar (NOC)	Uygulanan Hemşirelik Girişimleri (NIC)	Değerlendirme
<b>Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski (Tanı-21)</b> <b>Risk Faktörleri:</b> • Boşaltım fonksiyonunda değişme • Boşaltımda yardımcı araç kullanma (Hasta bezi) • İleri yaş (76 yaş) • Mekanik faktörler (Fiziksel hareketlilik) • Kullanılan ilaçlar • Nemlilik (Hasta bezi, incontinansın farkında olmama hali) • Deri turgurunda değişimlik (Azalmış deri turguru) • Başıllık yetersizliği (İleri yaş 76 yaş ve kronik hastalıklar) • Duyularda bozukluk • Kemik çıkıntıları üzerine basınç (Fiziksel inaktivite)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Derinin normal fizyolojik işlevi ve yapısı bütünlüğünün devam etmesi</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Oldukça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li><b>1 (Tehlikede)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deri bütünlüğünde bozulmaya yol açan risk faktörleri değerlendirildi (Hareketsizlik, üriner incontinans, hasta bezi).</li> <li>Alt ekstremitede ödem takibi yapıldı (+2: Orta Şiddette).</li> <li>Hastaya düzelen olarak pozisyon değiştirilmesi gerektiği açıklandı.</li> <li>Yatak çarşafının gergin olmasına dikkat edildi.</li> <li>Kemik çıkıntılar altında kalan deri ısı ve renk değişikliği açısından değerlendirildi (Herhangi bir bulgu gözlemlenmedi).</li> <li>Braden basıncı yarısı değerlendirme formu kullanıldı (13 puan: Orta derecede risk).</li> <li>Basıncı altında kalan vücut bölgeleri değerlendirildi (Anormal bulguya rastlanmadı).</li> <li>Derinin kuru olmasını engellemek amacıyla nemlendirici kullanılması sağlandı.</li> <li>Gaita ve idrar yapması halinde hasta bezinin takip edilerek bekletilmeden sık aralıklarla değiştirilmesi gerektiği hasta ailesine açıklandı.</li> <li>Diyetisyenle görüşülerek diyetine uygun şekilde beslenme planı hazırlandı.</li> <li>Hareketsizliği azaltmak amacıyla hasta ve ailesine ROM egzersizleri öğretildi ve günlük düzenli olarak yapması gerektiği açıklandı.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bakım verilen süre içerisinde hastanın deri bütünlüğünde bozulma gözlemlenmedi.</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li><b>4 (Oldukça iyi)</b></li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>
<b>Kanamama Riski (Tanı-22)</b> <b>Risk Faktörleri:</b> • Düşme öyküsü (Geçmişte 3 kez düşme yaşanmış) • Düşme riski (İtaki düşme riski değerlendirme formu puanı: 27 (5'in üzerinde: Yüksek risk) • Tedavi ile ilgili yan etkiler (Hastanede uygulanan antiokogulan tedavi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastada kanama olmaması</li> <li>Kan basıncı, nabız ve solunum sayısının normal sınırdan olması</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Oldukça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li><b>1 (Tehlikede)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kanamama belirti ve bulguları gözlemlendi.</li> <li>Yaşamsal bulguları takip edildi (Ateş: 36,8°C, Nabız: 98/dk, Kan Basıncı: 130/70 mmHg, Po2: 92(O<sub>2</sub>)).</li> <li>Laboratuvar bulguları takip edildi (HGB: 15,3 g/dL, HCT: %46,4).</li> <li>Pıhtılaşma faktörleri kontrol edildi (INR/PT:12,9).</li> <li>İnvaziv girişimler mümkün olduğunca azaltıldı, IV katater bölgesinde kanama belirti ve bulgusu gözlemlenmedi.</li> <li>Hasta bakımında kanama ve ekimozaya yol açabilecek aktivitelere kaçınıldı.</li> <li>Diyetisyenle görüşülerek lif içeriği zengin, DM ve Tuşuz diyetine uygun beslenme programı hazırlandı.</li> <li>Düşme riskine karşı koruyucu önlemler alındı (İstirahat durumunda yatak kenarlıkları kaldırıldı, kaymaz taban ayakkabı, gece yeterli ışıklandırma, desteksiz ayağa kalkma gibi).</li> <li>Yumuşak dış fırçası ile ağız bakımı sağlandı.</li> <li>Hasta ve ailesine kanama belirti bulguları anlatıldı (Ekimoz, hematom, melena, patesi) böyle bir durumda hemen hemşireye haber vermesi gerektiği açıklandı.</li> <li>Kanamama belirti ve kanamanın önlenmesi konusunda hasta ve ailesine taburculuk eğitimi verilmeye planlandı.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastada kanama gelişmedi.</li> <li>Kan basıncı, nabız ve solunum normal sınırdan.</li> <li><b>5 (Ciddi olarak iyi)</b></li> <li>4 (Oldukça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>
<b>Bakım Veren Rolünde Zorlanma Riski (Tanı-23)</b> <b>Risk Faktörleri:</b> • Hastalık sürecinin öngörülemezliği • Bakım veren bireyin ifadeleri (hastanın bezini sık sık değiştirdiği ve bu durumun kendisini çok yorduğunu ifade etmesi) • Bakım vereninin kadın olması • Bakım vereninin eş olması • Bakım verdiği kişiye olan bağlılık • Bakım verme görevlerinin sayısı ve karmaşıklığı (Günlük yaşam aktivitelerinin birçoğunda) • Evde bakım ihtiyaçları ile taburculuk durumu (SVH, DM, HT, Kalp yetmezliği)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aile üyelerinden birinin bakıcı desteği vermesi</li> <li>Bakım vereninin istirahatinin sağlanması</li> <li>5 (Ciddi olarak iyi)</li> <li>4 (Oldukça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li><b>1 (Tehlikede)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bakım vericinin bilgi düzeyi belirlendi (İhtiyaç olan konularda bilgi verildi: Kendi vücut mekaniklerine dikkat etmesi konusunda).</li> <li>Bakım vericinin rolünü kabul edip etmediği belirlendi (Eşi olarak bakımın kendi rolü olduğunu düşünüyor).</li> <li>Bakım vericinin zayıf ve güçlü olduğu yönler açığa çıkarıldı (Kadın olması nedeniyle hasta bezini değiştirmekte zorlanması).</li> <li>Bakım vericinin çabaları ile ilgili olumlu ifadeler kullanıldı.</li> <li>Bakımla ilgili sorunlar izlendi (Boşaltım sorunu ortadan kaldırmak amacıyla tekerlekli sandalye ile hastanın klozete götürülmesi önerildi).</li> <li>Hastanın tedavisi ve bakımı, bakım vericiye öğretildi (Ağız bakımı, perine bakımı).</li> <li>Bakım vericiye hastanın güvenliğini artırma teknikleri öğretildi (Düşme, kanama ve enfeksiyon riski açıklandı).</li> <li>Dinlenmesi için hastanın çocukları ile görüşülerek gelmesi istendi.</li> <li>Karşılaşılan sorunlar ile ilgili bakım verici cesaretlendirildi.</li> <li>Kendi bakımı konusunda bakım verici desteklendi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Çocuğu tarafından hastaya bakım verildi ve bakıcı desteği sağlandı.</li> <li>Bakım vereninin istirahatı sağlandı.</li> <li><b>5 (Ciddi olarak iyi)</b></li> <li>4 (Oldukça iyi)</li> <li>3 (Orta derecede iyi)</li> <li>2 (Hafif derecede iyi)</li> <li>1 (Tehlikede)</li> </ul>

Kaynak: 17

## TARTIŞMA

SVH geçiren bu olguya göre hazırlanan bakım planı örneğinin hemşirelik bakımına katkı sağlaması ve hemşirelik öğrencilerine de kaynak oluşturması beklenmektedir. Ayrıca, ülke ekonomisine olumsuz etkileri olan SVH'da nitelikli ve güvenli hemşirelik bakımının verilmesinde kaynak oluşturacağı düşünülmektedir. Kanıta dayalı bilgiler ile sağlanan hemşirelik bakımının sonuçlarının ölçülmesi ve hemşirelik bakımının kalitesinin geliştirilmesine de katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Etik Komite Onayı:** Bu çalışma için etik komite onayı Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurulundan alınmıştır (Tarih: 26.12.2019, Karar No: 157).

**Bilgilendirilmiş Onay:** Çalışma için katılımcılardan sözlü ve yazılı onay alınmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Fikir – Y.O.; Tasarım – Y.O.; Denetleme – Y.O., N.Ç.; Kaynaklar – Y.O.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi – Y.O.; Analiz ve/veya Yorum – Y.O., N.Ç.; Literatür Taraması – Y.O.; Yazıyı Yazan – Y.O.; Eleştirel İnceleme – N.Ç.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

**Ethics Committee Approval:** Ethical committee approval was received from the Ethics Committee of Çankırı Karatekin University (Date: 26.12.2019, No: 157).

**Informed Consent:** Written and oral informed consent was obtained from all participants who participated in this study.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Author Contributions:** Concept – Y.O.; Design – Y.O.; Supervision – Y.O., N.Ç.; Resources – Y.O.; Data Collection and/or Processing – Y.O.; Analysis and/or Interpretation – Y.O., N.Ç.; Literature Search – Y.O.; Writing Manuscript – Y.O.; Critical Review – N.Ç.

**Declaration of Interests:** The authors declare that they have no competing interest.

**Funding:** The authors declare that this study had received no financial support.

## REFERENCES

- Demirci Şahin A, Üstü Y, Işık D. Serebrovasküler hastalıklarda önlen-ebilen risk faktörlerinin yönetimi. *Ank Med J.* 2015;15(2):106-113. [\[CrossRef\]](#)
- Whisnant JP, Basford JR, Bernstein EF, et al. Special report from the National Institute of Neurological Disorders and Stroke.

- Classification of cerebrovascular diseases III. *Stroke.* 1990;21(4):637-676. [\[CrossRef\]](#)
- Sağlık Bakanlığı. *Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.* Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2018, 97-117.
- Veerbeek JM, Kwakkel G, van Wegen EE, Ket JC, Heymans MW. Early prediction of outcome of activities of daily living after stroke. A systematic review. *Stroke.* 2011;42(5):1482-1488. [\[CrossRef\]](#)
- Demirci Şahin A, Üstü Y, Işık D, Öztaş D, Karataş Eray İ, Uğurlu M. Serebrovasküler hastalık geçiren hastaların demografik özellikleri ve birinci basamak sağlık merkezlerinde önlenebilir risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Ank Med J.* 2015;15(4):196-208. [\[CrossRef\]](#)
- Sağlık Bakanlığı. *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması.* Anıl Matbaa Ltd Şti. 2013:191-203.
- Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2011;42(2):517-584. [\[CrossRef\]](#)
- Erol F, Tanrıkulu F, Dikmen Y. Serebrovasküler olay geçiren bir olgunun Henderson Hemşirelik Modeli'ne göre değerlendirilmesi: Olgu sunumu. *J Contemp Med.* 2016;6:94-103. [\[CrossRef\]](#)
- Silvestrelli G, Paciaroni M, Caso V, et al. Risk factors and stroke subtypes: Results of five consecutive years of the Perugia Stroke Registry. *Clin Exp Hypertens.* 2006;28(3-4):279-286. [\[CrossRef\]](#)
- Reddy MP, Reddy V. After a stroke: Strategies to restore function and prevent complications. *Geriatrics.* 1997;52(9):59-75.
- Köşgeroğlu N, Mert Boğa S. Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli (YADHM)'ne göre zihinsel engelli bireylerin sorunları ve hemşirelik. *Maltepe Univ Hemşirelik Bilim Sanatı Derg.* 2011;4(1): 148-154.
- Roper N, Logan W, Tierney A. *The Elements of Nursing a Model for Nursing Based on a Model of Living.* 4. Edition. Churchill Livingstone; 2006:8-123.
- Jenkins J, Solomon J, Whittam S. *Applying the Roper-Logan-Tierney Model in Practice.* 2nd ed, Holland K, ed. Elsevier Limited; 2012: 46-453.
- Bulut H, Güler Demir S, Nancy R, Winifred W.L, Alison J.T. *Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli.* İçinde Karadağ A, Çalışkan N, Göçmen Baykara Z. eds. (1. Baskı), Akademi Basın ve Yayıncılık; 2017:532-575.
- Kacaroğlu VA, Gülseven Karabacak B, Ecevit Alpar Ş. NANDA-I hemşirelik tanılarının yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeline göre sınıflandırılması. *Int J Hum Sci.* 2015;12(2):1626-1636. [\[CrossRef\]](#)
- Roper N. Sixty five years of nursing: Selected recollections. *Br J Nurs.* 2002;11(7):426-428. [\[CrossRef\]](#)
- Wilkinson JM, Barcus L, eds. *Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı.* (Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F. çev. 11. Baskı. Pelikan Yayınevi; 2018:23-925.
- Kutsal YG. *Yaşlılarda Ağrı.* Güneş Tıp Kitapevleri; 2007: 279-288.