



Serebrovasküler Olay Geçiren Bir Olgunun Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu

Assessment of a Case with Cerebrovascular Event According to Henderson's Model of Nursing: Case Report

Funda Erol¹, Fatma Tanrıkulu¹, Yurdanur Dikmen¹

1 Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

ÖZ

Hemşirelik disiplini kuram, araştırma ve uygulama olmak üzere üç temel öğeden oluşmakta ve bu öğeler karşılıklı etkileşim içinde hemşirelik biliminin gelişimine katkı vermektedir. Dolayısıyla hemşirelik, insanı sağlık ve hastalığı konumu ile anlamaya çalışan ve gereksinimlerine odaklanan bir sağlık disiplini. Profesyonel bir disiplinin temel amacı, mesleğin uygulamalarında kullanılacak bilimsel bilgi içeriğini oluşturmak ve geliştirmektir. Hemşireliğe özgü bilginin geliştirilme yollarından biri, hemşirelik modellerinin bakımda kullanımı ve araştırmalarla test edilmesidir. Ancak literatürde hemşirelik modellerini temel almadan yalnızca hemşirelik sürecini kullanmanın, bakım uygulamalarını açıklamakta yetersiz kaldığı ve uygulamaları mekanik bir iş haline getirdiği belirtilmektedir. Serebrovasküler olay (SVO); iyi bir gözlem, sürekli değerlendirme ve kapsamlı bakım gerektiren bir hastalıktır. Sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları, uygun tedavi ve iyi bir hemşirelik bakımıyla SVO'da değiştirilebilir risk faktörleri elimine edilebilir ve hastalık sonrası gelişebilecek komplikasyonlar önlenir. Bu makalede, SVO geçiren hastalarda Henderson Hemşirelik Modeli kullanılarak hemşirelerin teorileri anlama ve bakımda kullanma sınırlılıklarının çözümüne katkı sağlayabilecek bir örnek oluşturulması amaçlanmıştır. Aynı zamanda elde edilen yeni bilgi, hemşirelerin bu hasta grubunu daha iyi anlamasına ve bakıma yansıtılarak hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesine katkı sağlayabilir.

ABSTRACT

The discipline of nursing consists of 3 basic elements as the theory, the research and the practice. These elements, in interaction with each other contribute to the development of the science of nursing. Thus, nursing is a discipline of health which aims to comprehend the situation of human both in disease and health and focuses on its needs. Fundamental purpose of a professional discipline is forming and enhancing the content of scientific knowledge which can be used in the practice of the profession. One of the ways of enhancing the knowledge proper to nursing is the utilization of nursing models in care and testing them in the research. However, it is stated in literature that implementing nursing process without taking a nursing model as a basis fails to clarify the care practices and turns them into mechanical tasks. Cerebrovascular Event (CVE) is a disease which demands a good observation, a continuous assessment and a comprehensive care. In CVE, with the habits that are peculiar to a healthy life style, a proper therapy and a good nursing care, the changeable risk factors can be eliminated; the secondary cases can be avoided or diminished; also the complications that may arise after the disease can be prevented. In this paper our purpose is — by using Henderson's Model of Nursing in patients with CVE— to set a pattern which may contribute to overcome the incompetencies of the nurses as to understand the theories and apply them to the care. Besides, the newly acquired knowledge might make a contribution to the nurses' understanding of this group of patients, and through implementing that knowledge —it's hoped— some amount of improvement in the quality of life of patients could be attained.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Bakımı, Serebrovasküler olay, Henderson Hemşirelik Modeli

Keywords: Nursing Care, Cerebrovascular Event, Henderson's Model of Nursing

Corresponding Author: Funda Erol

Address: Sakarya Sağlık Yüksekokulu Esentepe Kampüsü Adapazarı/SAKARYA., Turkey

E-mail: fundaeerol@sakarya.edu.tr

Phone: +90 5075574852

Başvuru Tarihi/Received: 23-05-2016

Kabul Tarihi/Accepted: 16-06-2016





GİRİŞ

Her mesleğin geçerliliği, teori üretmek ve uygulamak üzerine temellenir(1). Bu nedenle hemşirelikte uygulamaların bilimsel temele oturtulması önemlidir. Çünkü bir mesleğin bilimsel içeriği, ancak kuram ve kavramlarla ifade edilebilir(2). Hemşirelik kuram ve modelleri, hemşirelere bakım sürecinde rehberlik ederek, güvenli, yüksek kalitede ve hasta merkezli bakım vermelerini sağlar(3). Kaliteli bakım sağlamak günümüzde sağlık bakım hizmetlerinin en önemli hedefidir. Genel olarak hemşireliğin amacı, bireyin sağlığını desteklemek, sürdürmek ya da sağlık düzeyini yükseltmektir. Bunun için hemşireler bakım hizmeti sunarken, hemşirelik teorilerine dayandırılmış çeşitli hemşirelik bakım modellerinden yararlanmalıdır(4).

Kavramsal Çerçeve: Henderson'ın Hemşirelik Modeli

En iyi bilinen hemşirelik kuramcılarında birisi de Virginia Henderson'dır. Henderson, sağlığının korunması ya da yeniden kazandırılması için bütüncül bakım anlayışı ile bireye yardımcı olunması gerektiğini savunmuştur(5). Henderson'un hemşirelik tanımının en büyük kuramsal kaynağı, temel insan gereksinimleridir. Maslow'un temel insan gereksinimleri hiyerarşisini temel alan Henderson, etkili bir hemşirelik bakımı için 14 temel gereksinim belirlemiştir(5,6). Henderson'ın Hemşirelik Modelinde Maslow'un temel insan gereksinimleri hiyerarşisi, hemşirelik bakımını planlarken önceliklerin belirlenmesinde kullanılır(7). Dolayısıyla modelde bu temel gereksinimler, 14 bölüm içinde birleştirilmiştir(6). Bu bölümler Tablo 1'de verilmiştir.

Henderson'un bakım modelini kullanırken hemşire, hastanın bu bileşenlere göre gereksinimlerini değerlendirir(6). Hemşire hastadan gözlem, dinleme, ve hissetme

yoluyla verileri toplar, hastanın hemşirelik öyküsünü alır ve hastanın 14 temel gereksiniminden hangisini karşılamakta güçlük çektiğini ve nedenlerini araştırır(2). Henderson modelinde, hemşirenin hastanın gereksinimlerini değerlendirirken yaş, kültürel geçmiş, duygusal denge, bedensel ve zeka kapasitelerini göz önüne alması gerektiğini ifade etmektedir(6). Hemşire topladığı verileri, kuramsal bilgisi ile karşılaştırarak, hastanın mevcut olası sorunlarını belirler(2).

Henderson modelinde hemşirelik bakımının planlanmasının ve bu planların yazılı kayıt altına alınmasının önemini vurgulamaktadır(6). Bakımın planlanması, temel insan gereksinimlerinin karşılanması ve bireyin bağımsızlığını tekrar kazanmasına yardım amacına yönelik yapılır(2). Planın hastanın gereksinimlerine göre sürekli düzenlenmesi gerektiğini de belirtir. Henderson'a göre bakımın planlama aşaması, hastanın gereksinimlerine uygun bir plan yapma, zaman ayarlama, diğerlerinin uygulayabileceği özel plan oluşturma ve hekimin planı ile uygunluğunu sağlamayı içerir(6). Ayrıca Henderson "insanların temel gereksinimleri birbirinin aynıdır, ancak birbirinin aynı olan iki insan yoktur" görüşünü de savunur. Bu nedenle bakımın bireyselleştirilmiş olması gerektiğine inanır(2).

Henderson hemşirelik uygulamasında bakımın düzenlenmesinin, hemşireliği bir sanat yapan üretken bir öge olduğu görüşündedir. Bu üretken bakımın verilmesinde hemşire, hastanın günlük yaşam aktivitelerini elinden geldiğince bağımsız olarak yapmasına yardımcı olur (6). Henderson'un uygulamaya ilişkin diğer önemli görüşü ise, hemşire-hasta ilişkisi ile ilgilidir. Dolayısıyla hemşire, hasta ile empati yaparak hastanın gereksinimlerini belirler ve bakımın niteliğinin hemşirenin bilgi beceri ve yeteneğinden etkilendiğini belirtir. Modelde,



değerlendirme aşamasında hastanın aktivitelerini bağımsız olarak yapma gücü ve yeteneği üzerinde durulmaktadır. Buna göre, hemşire, hastanın 14 gereksinimini bağımsız olarak karşılayıp karşılayamadığını gözler ve verdiği bakımın sonuçlarını uygun olarak değerlendirir(2).

Serebrovasküler olay (SVO)

İnme veya serebrovasküler olay; serebral damarların emboli ya da serebrovasküler hemoraji ile tıkanması sonucunda iskemiyle neden olan bir tablodur.(8). Serebrovasküler hastalıklar dünyada ve ülkemizde toplum sağlığı için giderek daha fazla önem kazanan hastalık grubunu oluşturmaktadır. Dolayısıyla SVO, tüm dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sıradadır. Gelişmiş ülkelerde de kalıcı sakatlıkların en önemli belirleyicisi olarak kabul edilir(9). Serebrovasküler hastalıklar, ülkemizde de toplam ölümler içinde %15 sıklığı ile ikinci sırada yer almaktadır(10).

SVO, bireyde birçok nörolojik fonksiyon kayıplarına neden olabileceği için iyi bir gözlem, sürekli değerlendirme ve profesyonel bakım hizmetini gerektiren bir hastalıktır. SVO meydana gelen bir birey; kas iskelet sorunları, yutma güçlüğü, bağırsak ve mesane işlev bozukluğu, bireysel bakımını yerine getirememesi ve deri bütünlüğünde bozulma gibi riskler taşımaktadır (11). Dolayısıyla, SVO sonrası bireylerin fonksiyonlarının iyileşmesi, günlük yaşam aktivitelerinin bağımsızlık düzeyinin arttırılabilmesi için hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. SVO'lu hastalarda hemşirelik bakımında; hastalık hakkında özel bilginin artması ve yaşam şekli değişikliğiyle baş etmede hastaya ve ailesine destek verilmesi amaçlanır (8). Sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları, uygun tedavi ve iyi bir hemşirelik bakımıyla SVO'da değiştirilebilir risk faktörleri elimine edilebilir, sekonder olgular engellenebilir veya azaltılabilir ve hastalık

sonrası gelişebilecek komplikasyonlar önlenir (12).

Henderson Hemşirelik Modeline Göre Hemşirelik Süreci: Olgunun Profili

Olgunun verileri gerekli açıklamalar yapıldıktan ve sözel olarak izin alındıktan sonra eşinin işbirliği ile toplanmış ve Henderson'un Hemşirelik Modeli'ne göre aşağıda verilmiştir.

Hastanın Tıbbi Öyküsü

53 yaşında olan bayan A.Ç., emekli öğretmen ve üniversite mezunudur. Evde yakınları tarafından baygın bir şekilde bulunmuş ve hemen hastaneye getirilmiştir. Hastada konuşma bozukluğu, sağ tarafta kuvvet kaybı ve bilinç bulanıklığı fark edilmesi ile çekilen kranial MR'da (bilgisayarlı tomografide) sol medial serebral arter alanında infarkt saptanmıştır. Bunun üzerine Nöroloji servisine yatışı yapılan hastaya idrar inkontinansı için foley sonda ve yutma güçlüğü için ise nazogastrik sonda takılmıştır. Ayrıca hasta 20 gün önce el ve ayaklarda karıncalanma tarzında uyuşukluk hissetmiş fakat gün içerisinde hafiflediği için önemsememiş ve bu süre içinde yutmasının giderek güçleştiğini ifade etmiştir. Hastada sigara ve alkol alışkanlığı yoktur.

A.Ç.'nin özgeçmişi değerlendirildiğinde, 2004 yılında hipertansiyon (HT), 2008 yılında da atrial fibrilasyon tanısı aldığı saptanmıştır. Herhangi bir zararlı madde kullanımı (sigara, alkol, uyuşturucu, vb) ve alerji öyküsü olmayan olgunun aile öyküsünde ise annenin hipertansiyon nedeniyle yaşamını yitirdiği belirlenmiştir. Hastanın yaşam bulguları ve nörolojik değerlendirmesi Tablo 2'de verilmiştir.



Tablo 1. Henderson Hemşirelik Modeli'nin 14 Bileşeni

Maslow	Henderson
Fiziksel İhtiyaçlar	1. Normal solunum
	2. Yeterli yeme içme
	3. Boşaltım
	4. Hareket etme ve uygun pozisyonu devam ettirme
	5. Uyku ve istirahat
	6. Uygun giyim eşyası seçme, giyinme soyunma
	7. Çevreye uygun biçimde giyinme ve beden ısısını normal sınırlarda devam ettirme
	8. Bedenin temiz tutulması ve cildin bütünlüğünün korunması
Güvenlik İhtiyaçları	9.Çevrenin tehlikelerden uzak tutulması ve kazalardan korunma
Sevgi ve Ait Olma İhtiyacı	10.Diğer bireylerle iletişime girerek duygularını, gereksinimlerini, korku ve düşüncelerini ifade etme 11.İnançları doğrultusunda ibadet etme
Öz-Saygı İhtiyacı	12. Çalışırken başarı duygusuna erişme 13. Çeşitli eğlence faaliyetlerine katılma 14.Normal gelişimi ve sağlığı için, mevcut sağlık olanaklarından yararlanmasına yardımcı olacak olan öğrenme, keşfetme ve merakını tatmin etme (2,6)

Hastanın Hemşirelik Tanılaması

Yukarıda açıklanan olguda hemşirelik öyküsü alındıktan sonra belirlenen sorunlar, Henderson Hemşirelik Modeli'nde yer alan temel ihtiyaçlara göre sınıflandırılarak belirlenmiş ve Tablo 3'de verilmiştir.

Henderson Hemşirelik Modeline Göre Olgunun Değerlendirilmesi

Olgunun sorunları belirlendikten sonra, Henderson Hemşirelik Modeline göre olgunun değerlendirilmesi Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 2. Olgunun Yaşam Bulguları ve Nörolojik Değerlendirilmesi

Hastanın Geliş Yaşam Bulguları	Hastanın Nörolojik Değerlendirmesi
Kan Basıncı: 169/94 mm Hg Nabız: 76/dk Vücut Sıcaklığı: 36,5°C Solunum: 20/dk SPO ₂ : %92 KŞ: 111 mg/dl Boy: 160 cm Kilo: 75 kg	Glasgow Koma Skalası (GKS): 14 Pupilla: izokorik Ekstremiteler: sağ kol: 5/2 sağ bacak: 5/2 sol kol: 5/5 sol bacak: 5/5 kuvvetinde

SONUÇ

Bu makalede, serebrovasküler olay geçiren bir hasta, Henderson Hemşirelik Modeline göre incelenmiştir. Henderson Hemşirelik Modeli; fizyolojik, psikolojik, sosyolojik, siritüel ve entellektüel alanda dolayısıyla bütüncül bir bakış açısı ile 14 temel gereksinim üzerine odaklanmıştır. SVO geçiren hastalar temel insan gereksinimlerini karşılayamamaktadır. Bu nedenle, hemşirelik işlevlerinin odak noktası, bireyin kendi kendine gerçekleştiremediği ve hemşirenin yardımını gerektiren gereksinimleri karşılamaktır. Uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren en önemli hastalıklardan birisi olan SVO'da bu modelin kullanılmasının hastalığın ortaya çıkardığı ciddi semptomlar azaltılmasında etkili olmakla beraber; uygulanması kolay bir model olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hekim istemlerini yerine getirmenin de ötesinde bu model, hemşireliğin özünü yansıtmaktadır. Bu bakım bireylerin bütüncül olarak ele alınmasını sağlayarak, hemşirelere bir çerçeve sunup hasta verilerinin daha kolay toplanmasını dolayısıyla hastanın memnuniyetini ve güvenliğini de arttırmaktadır. Bu nedenle modellerin hemşirelik bakımında



kullanılmasına yönelik örneklerin artırılması ve uygulamada kullanımının yaygınlaşması önemlidir. Bu doğrultuda bu modele göre bakımın önemine ilişkin duyarlılığın oluşturulması, kuram-temelli uygulama açısından pilot çalışma grupları oluşturulması,

modelleri vakalarla örneklendirerek açıklayan bilim yayınlarının oluşturulması ve yöneticiler tarafından hasta bakımında Henderson Hemşirelik Modeli'nin kavramsal çerçevesinin kullanılması için uygun şartların sağlanması önerilebilir.

Tablo 3. Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Belirlenen Sorunların Gruplandırılması

Temel İhtiyaçlar	Sorunlar	Belirlenen Hemşirelik Tanıları
Normal Solunum	Hastanın solunumu 28-32/dk. Ara ara dispnesinin olduğu ve sekresyonunu çıkaramadığı gözlenmiştir. Bu durumda hastaya 2lt/dk O2 verilmektedir. SPO ₂ : % 87(5.gün).	-Hava yolu açıklığını sürdürmede yetersizlik.
Yeterli Yeme ve İçme	Hastanın disfajisi olduğu için katı gıdaları yutamamaktadır. Nazogastrik sonda yoluyla jevity mama başlanmıştır. Tabletleri de suda eritilip enjektörle verilmektedir. Hastaneye yattığında 75 kilo olan hasta 14 gün içerisinde 70 kiloya düşmüştür. Boyu 1.60 olan hastanın beden kitle indeksi 27.34 olarak hesaplanmıştır. Hasta oral beslenemediği için dudakları, kuru ve çatlak, damakları, soluk, dişlerin görünümü kötüdür.	-Beden gereksiniminden az beslenme -Yutma bozukluğu -Aspirasyon riski
Boşaltım	İdrar inkontinansı olan hasta mesane boşaltımını foley sonda ile gerçekleştirmektedir. Normalde hergün defekasyona çıkan hasta, hastanede yattığı 14 gün içinde sadece bir defa defekasyona çıkmıştır. Gaitası ise katı ve şekillidir. Duphalac süs. 3X2 ölç. verilmektedir	-Bağırsak boşaltımında değişiklik (Konstipasyon)
Hareket etme ve uygun pozisyonu devam ettirme	Hastanın sağ hemiplejisi olduğu için yürüyememektedir. Kas kuvveti zayıf, sadece sol kolunu ve ayağını hareket ettirebilmektedir. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremediği için eşinden yardım almakta ve genelde supine pozisyonunda yatmaktadır.	-Fiziksel harekette bozulma
Uyku ve İstirahat	Genelde uyku problemi olmadığı öğrenilen hastanın, eşi hastanın geceleri çok fazla uyumadığını, sık sık uyandığını ifade etmektedir. Hastanın gün içerisinde uyuduğu ve yorgun olduğu görülmektedir.	-Uyku örüntüsünde değişim
Uygun giyim eşyası seçme, giyinme soyunma	Hastanın genelde aynı giysileri giydiği, giysilerinin kirli olduğu ve bu konuda eşinin yardımcı olduğu görülmektedir.	-Bireysel bakımda eksiklik
Çevreye uygun biçimde giyinme ve beden ısısını normal sınırlarda devam ettirme	Hastanın çevreye uyumsuz giyindiği ve vücut sıcaklığı: 36.2-38.6°C(5.gün). arasında seyrettiği görülmektedir.	-Vücut ısısında değişiklik (Hipertermi) -Enfeksiyon
Bedenin Temiz Tutulması ve Cildin Bütünlüğünün Korunması	Hasta hastanede kaldığı 14 günlük süre içerisinde hiç banyo yapamamıştır. Hastanın aynı pozisyonda yatmasına bağlı koksiks bölgesinde ise kızarıklık mevcuttur. Hastamızın Braden Risk Değerlendirme Ölçeği toplam puanı :11 (yüksek risk).	-Deri bütünlüğünde bozulma
Çevrenin Tehlikelerden Uzak Tutulması ve Kazalardan	Hastanın düşme öyküsü sorgulandığında; SVO geçirdiği andaki düşmesi dışında başka düşme öyküsü	-Travma riski



Korunma	olmadığı öğrenilmiştir. Yatak kenarlarının bazen açık olduğu görülmektedir. Hasta yürütülmeye çalışılmış fakat başarılı olunamamıştır. İtahi Düşme Riski” değerlendirildiğinde toplam skor 18 (yüksek risk) olarak hesaplanmıştır.	
Diğer Bireylerle İletişime Girerek Duygularını, Gereklerini, Korku ve Düşüncelerini İfade Etme	Hasta söylenenleri anlamakta fakat konuşamamaktadır. Konuşamadığı ve kendini ifade edemediği için bazen öfkelenmekte ve ağlamaktadır. Hasta ile iletişim sözsüz olarak (jest ve mimik) sağlanmaya çalışılmaktadır.	-Sözel iletişimde bozulma
İnançları Doğrultusunda İbadet Etme	İnançları ile ilgili veri alınamamıştır.	
Çalışırken Başarı Duygusuna Erişme	Eşi hastanın meslek yaşantısı boyunca çok başarılı olduğunu, emekli olduktan sonra çeşitli sosyal projelerde yer aldığını ifade etmiştir.	
Çeşitli Eğlence Faaliyetlerine Katılma	Eşi hastanın yaşamayı, gezmeyi ve arkadaşları ile vakit geçirmeyi çok sevdiğini ifade etmektedir. Hasta şuan yatağa bağımlı olduğu için bu aktivitesini gerçekleştirememektedir.	
Normal Gelişimi Ve Sağlığı İçin, Mevcut Sağlık Olanaklarından Yararlanmasına Yardımcı Olacak Olan Öğrenme, Keşfetme ve Merakını Tatmin Etme	Hasta ile iletişim kurmakta zorlanması nedeniyle hastanın bakımı ve hastalığı ile ilgili bilgiler eşine aktarılmıştır.	-Bilgi eksikliği

Tablo 4. Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Hastada Uygulanan Hemşirelik Tanıları, Girişimleri ve Değerlendirilmesi

Hemşirelik tanısı/ Amaç	Girişimler	Değerlendirme
Hava yolu açıklığını sürdürmede yetersizlik. Amaç: Hava yollarının açıklığının sağlanması	<ul style="list-style-type: none">Solunum hızı, ritmi, solunum sesleri ve sekresyonun özelliğinin değerlendirilmesiDüzenli aralıklarla SPO2 takibi yapılması, gerekirse kan gazının değerlendirilmesiSolunum sıkıntısı belirtilerinin izlenmesi (dispne, siyanoz, yüzeyel solunum)Hastaya derin solunum ve öksürme egzersizlerinin öğretilmesiSemifowler pozisyonu verilmesiPozisyon değişikliklerinde kan basıncı ve intrakraniyal basınç değişikliklerinin izlenmesiGerekirse hava yollarının aspire edilmesi (aspirasyon işleminin 15 sn den fazla sürdürülmemesi)Gerekirse O2 verilmesi (Dr isteminde göre)Yeterli hidrasyonun sağlanması (IV ve NGS'den) (2,13,14)	<ul style="list-style-type: none">Hasta derin solunum ve öksürtük egzersizlerini öğrendi.Solunumu rahatladı, sekresyonunu çıkarabiliyor.SPO₂: %93-95SS: 16-18/dk



<p>Vücut ısısında değişiklik (Hipertermi)</p> <p>Amaç: Vücut sıcaklığının normal sınırlarda olması ve hipertermi belirti ve bulgularının olmaması</p>	<ul style="list-style-type: none">• Vücut sıcaklığı ve diğer yaşam bulgularının yakından takip edilmesi• Ateşi düşürmek için soğuk kompres uygulanması• Odanın havalandırılması ve giysilerinin inceltilmesi• Hidrasyonun artırılması• Aldığı çıkardığı takibinin yapılması (2,14)	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın vücut sıcaklığı normal sınırlara ulaştı. (36.9-37,0 °C)
<p>Enfeksiyon</p> <p>Amaç: Hastanın mevcut enfeksiyonun iyileşmesini sağlamak Hastane yattığı süre içinde enfeksiyonlardan uzak kalmasını sağlamak</p>	<ul style="list-style-type: none">• Her hasta ile temastan önce ve sonra ellerin yıkanması• Yaşam bulgularının takip edilmesi (hastanın durumuna göre sıklığı değişir)• Ateş durumunda vücut sıcaklığının daha sık takip edilmesi• İnvaziv girişimlerde aseptik tekniğin uygulanması• Foley sonda, IV kateter bakımlarının günlük yapılması• Nazokomiyal enfeksiyonlardan hastanın korunması.• Enfeksiyon belirti ve bulgularının yakından izlenmesi (ateş, kateter giriş yerinde kızarıklık, sekresyon, idrar renginde, kokusunda, görünümünde değişiklik, lökosit değerinin yükselmesi)• Laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi (Lökosit:WBC)• Bireyin enfeksiyona yatkınlığının azaltılması.• Enfeksiyon bulaşma yolları ve nedenleri hakkında aileye eğitim verilmesi• Diyetinde bol protein ve kalori almasının sağlanması• Hastanın vücut, perine, ağız ve hijyenine dikkat edilmesi• Giysilerinin günlük değiştirilmesi• Dr istemindeki antibiyotik tedavisinin uygulanması (2,14)	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın sekresyonu azaltılarak mevcut enfeksiyonunda iyileşme belirtileri gözlemlendi.• WBC: 8.600 k/mm• Hastanede yattığı süre içerisinde başka enfeksiyona ait belirti ve bulgular gözlemlenmedi..
<p>Beden gereksiniminden az beslenme</p> <p>Amaç: Hastanın günlük gereksinimine uygun beslenmesini sağlamak</p>	<ul style="list-style-type: none">• Bireyin günlük besin ve sıvı alımının değerlendirilmesi• Diyetisyen ile işbirliği yapılarak günlük kalori ve uygun besin gereksinimi saptanması.• Öğünler, yüksek kalorili ve yüksek proteinleri içerecek şekilde planlanması• Laboratuvar bulgularının takip edilmesi• Hastanın boyu, kilosunun değerlendirilmesi (2,14)	<ul style="list-style-type: none">• Birey günlük besin ihtiyacına uygun bir şekilde beslendi.• Alb: 3.6 mg/dl• Hb:12.0 gr/dl
<p>Oral mukoz membranlarda değişiklik</p> <p>Amaç: Oral mukoz membranların bütünlüğünün ve nemliliğinin sağlanması ve sürdürülmesini sağlamak</p>	<ul style="list-style-type: none">• Ağız değerlendirilirken ellerin özenle yıkanması• Ağız tanılamasının yapılması• Ağız membranın nemliliğini ve temizliğini sağlamak için hangi sıklıkta ve hangi yöntemle ağız bakımı verileceğine karar verilmesi• Ağız temizliğinde alkollü ve limonlu ajanlar kullanılmaması• Dudaklara yumuşatıcı sürülmesi• Beslenmesi ve sıvı alımının yakından izlenmesi (2,14)	<ul style="list-style-type: none">• Ağız hijyeni sağlanarak oral mukoz membranlarının bütünlüğü ve nemliliği sağlandı.
<p>Yutma bozukluğu</p> <p>Amaç: Seçilen besinleri boğulma belirtisi olmadan yutabilmesini sağlamak</p>	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın yutma durumu ve yutma kapasitesinin gözlenerek değerlendirilmesi• Beslenmeye başlamadan önce, bireyin uyanıklık ve tepki verme düzeyi, ağız kontrolü, öksürme ve öğürme refleksi ve kendi tükürüğünü yutma durumunun değerlendirilmesi• Aspiratör ve gerekli araç-gerecin kolay ulaşılabilir bir yerde ve çalışır durumda hazır bulundurulması• Hastaya dik pozisyon verilmesi• Yemekten 10-15 dakika önce ve sonra bu pozisyonda kalmasının sağlanması• Özefagusun açıklığını sağlamak için başın, orta hatta 45 derece kadar öne eğilmesi• Beslenme planının yapılması ve hastanın istirahatine göre yapılması• Beslenme sırasında hastanın yorulma durumunun gözlenmesi ve beslenmeye ara verilmesi• Beslenmeye önce muz patates püresi gibi kıstı besinlerle başlanması sonra sıvı besinlere geçme planının yapılması• Hastanın ağızda sekresyon birikimi varsa yemek öncesi ve sonra temizlenmesi (2,14)	<ul style="list-style-type: none">• Hasta, uygun besinleri aspirasyon belirtisi görülmeden yutabildi.
<p>Bağırsak boşaltımında değişiklik (Konstipasyon)</p> <p>Amaç: Hastanın normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapmasını sağlamak.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Risk faktörlerinin kontrol altına alınması• Bireyin önceki barsak alışkanlıklarını ve yaşam stiline değerlendirilmesi• Kilosu ve boyuna göre sıvı alımının (kontraendikasyonu yoksa) artırılması• Diyetisyenle konuşularak diyetinde lifli gıdaların olmasının sağlanması• Fiziksel aktivitesinin artırılması ve aileye öneminin anlatılması• 8 saatte bir barsak seslerinin dinlenmesi• Laksatif ve lavmanlardan mümkün olduğunca kaçınılması,	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın gaita çıkışı lavman aracılığı ile sağlandı.



	<ul style="list-style-type: none">• gerektiğinde kullanılması• Barsak eğitim programı hazırlanması ve uygulanması (2,14)	
<p>Uyku örüntüsünde değişim Amaç: Hastanın yeterince uyumasını ve dinlenmesini sağlamak</p>	<ul style="list-style-type: none">• İlgili bireysel, çevresel risk faktörlerinin önlenmesi /kontrol altına alınması• Bireyin uyku düzeni ve alışkanlıklarının belirlenmesi• Uyku ve dinlenme için uygun pozisyon almasına yardım edilmesi• Ekibin diğer üyeleri ile tedavi planı yapılarak hastanın REM uykusunu uyumasının sağlanması (2,14)	<ul style="list-style-type: none">• Hasta geceleri aralıklı olarak uyanmaya devam ediyor.• Gün içerisinde belirli saatlerde uyuması devam ediyor.
<p>Deri bütünlüğünde bozulma Amaç: Oluşan basınç yarasının iyileşmesi ve vücut bütünlüğünün devamlılığını sağlamak</p>	<ul style="list-style-type: none">• Basınç yarası gelişim evresinin tanımlanması• Her gün genel vücut ve perine hijyenin sağlanması• Derinin temiz ve kuru tutulması• Bebek yağı ile masaj yapılması (kızark bölgeye masaj uygulanmaması)• Kıyafetlerinin ve çarşaflarının yumuşak olmasının sağlanması• Çarşafların kırışık olmamasına dikkat edilmesi• Yeterli hidrasyon sağlanması• Her iki saatte bir pozisyonun değiştirilmesi• Pozisyon değişikliği sırasında vücut bütünlüğünün ve kızarıklığın değerlendirilmesi• Pozitif nitrojen dengesini sağlamak için protein ve karbonhidrat alımının artırılması• Basınç azaltıcı havalı yatak kullanılmasının sağlanması (2,14)	<ul style="list-style-type: none">• Basınç yarasında iyileşme gözlendi.• Hastanın koksiksinde bulunan kızarıklık 0,5 cm küçüldü.
<p>Fiziksel harekette bozulma Amaç: Hastanın fiziksel hareketlerine ve egzersizlerine katılımını sağlamak Kas iskelet sisteminin normal fonksiyonlarının devamının sağlanması</p>	<ul style="list-style-type: none">• Tanımlayıcı özellikler ve risk faktörleri doğrultusunda veri toplanarak, gerekli girişimlerin planlanması• Üst ve alt ekstremitelerde güçsüzlüğün derecesinin belirlenmesi• Etkilenmeyen alanın gücünün artması hastaya egzersiz yapmasının önemini anlatılması• Büyük kas gruplarının kontrolü üzerinde odaklanmasının sağlanması• Aktif ve pasif hareketlerin sürdürülmesi• Aksi bir durum order edilmedikçe inme atağını takip eden ilk 24 saatten sonra günlük 4 kez pasif ROM (Range of motion) egzersizlerin yaptırılması• Komplikasyonları önlemek için, durumuna göre 2 saatte bir uygun pozisyon verilmesi• Etkilenen kol ve omuzu destekleme askısı ile desteklenmesi• Fizyoterapist ile işbirliği yapılması• Eğer hastanın tıbbi durumu izin verirse hastanın yatak dışına oturtulmasına yardım edilmesi• Oturma ve ayakta durma pozisyonunda ağırlık merkezinin pelvis üzerinde olup olmadığının gözlenmesi• Hasta ve ailesi ile hareket sırasında güvenlik önlemlerinin gözden geçirilmesi• Ekstremitelere sıcak ya da soğuk uygulama yapılması (2,13,14)	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın yatak içi hareketlerinde artış gözlendi ve ROM egzersizlerine katıldı.• Hasta yürütülemedi.
<p>Bireysel bakımda eksiklik Amaç: Hastanın sınırlılıkları içinde özbakım gereksinimlerini yerine getirmesini sağlamak</p>	<ul style="list-style-type: none">• Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik düzeyinin belirlenmesi• Hastanın kendi bakımına katılması için motive edilmesi ve zaman tanınması• Yetersiz olduğu durumlarda desteklenmesi• Etkilenmeyen kol ve bacadan ziyade paralizili koluyla aktivitelerini yapması için cesaretlendirilmesi• Vücut bakımı, saç banyosu, ağız ve tırnak bakımı konusunda yardımcı olunması• Günlük giysilerinin değiştirilmesi• Evde yapılması gereken düzenlemeler için ailenin eğitilmesi ve desteklenmesi (2,14)	<ul style="list-style-type: none">• Hasta silme banyo ve diğer hijyen gereksinimleri ile rahatlatıldı.• Hasta giyinme-soyunma işlemlerine katıldı.



Bilgi eksikliği Amaç: Hasta ve ailesinin hastalık sürecini anlamasını sağlamak	<ul style="list-style-type: none">Hasta ve ailesine hastalık süreci ve tedavi prosedürü hakkında bilgi verilmesiStrok ile ilgili faktörlerin açıklanması (emosyonel durum, kontrol kaybı, iletişim bozukluğu, bilişsel değişiklikler)Hasta yakınlarına yapılan her işlem hakkında bilgi verilmesiHastadaki davranış değişiklikleri konusunda aileye bilgi verilmesiHasta yakınlarına diyeti hakkında bilgi verilmesiSosyal hizmetler ile işbirliği sağlanması (evde bakım hizmetleri)Hastaya bakım veren kişilerin bakım bilgisi hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi ve gerekli eğitimlerin verilmesi (2,13,14)	<ul style="list-style-type: none">Hasta ve ailesinin bilgi eksikliği giderildi. Hasta başıyla onaylayarak anlattıklarımızı anladığını belirtti. Ailesi sorular sorarak eğitime etkin olarak katıldılar.
Sözel iletişimde bozulma Amaç: Hastanın etkin iletişim kurmasını sağlamak	<ul style="list-style-type: none">Hastanın konuşma, anlama, yazma ve okuma yeteneğinin değerlendirilmesiHasta ile konuşurken yüzüne bakarak basit, açık ve kısa cümleler kullanılmasıİletişimi geliştirmek için dokunma ve hareketlerin kullanılmasıGereksiz gürültülerin önlenmesiAnlatılanları anlamamış gibi görünüyorsa tekrar edilmesiGerektiğinde iletişim için yazılı materyal kullanılmasıKonuşma terapisti ile işbirliği yapılmasıAilenin iletişim konusunda desteklenmesi, afazi konusunda bilgi verilmesi ve iletişim metotlarının öğretilmesi (2,14)	<ul style="list-style-type: none">Hastanın afazisi devam ediyor fakat sözsüz iletişim aracılığı ile bakımına katılması sağlandı.
Aspirasyon riski Amaç: Aspirasyon gelişmesini önlemek	<ul style="list-style-type: none">Sık ağız bakımı verilmesiSekresyonların atılımını kolaylaştırmak için iki saatte bir pozisyon verilmesiHer pozisyon değişikliğinde sırt masajı yapılmasıGerektiğinde orofarengial aspirasyon yapılmasıBeslenme anında ve beslenmeden sonraki bir saat süresinde hastanın başının 45 derece yüksekte tutulmasıNGS açıklığı ve yerinde olup olmadığının kontrol edilmesi (mide içeriği aspire edilerek kontrol edilebilir)Beslenmeden önce rezidüel volümün kontrol edilmesi (eğer rezidüel içerik saatlik hızın %10-20'sinden fazla değilse besin verilir)	<ul style="list-style-type: none">Enteral beslenmeye bağlı aspirasyon gelişmedi.
Travma riski Amaç: Hastanın travmaya maruz kalmasını engellemek	<ul style="list-style-type: none">Hastanın hastaneye oryante edilmesi ve yardım çağırma sistemlerinin açıklanmasıYatağın alçak düzeyde ve kenarlıklarının kaldırılmış olmasının sağlanmasıGeceleri yardım isteme konusunda cesaretlendirilmesi ve odanın geceleride aydınlatılmasının sağlanmasıMobilizasyon öncesi fizik tedavi programının uygulanması ve kas kuvvetinin artırılmasıHastanın mobilizasyonu öncesi yaşam bulgularının ölçülmesi,Hergün azar azar hareket ettirilmesi, yürümeye yardımcı aletlerin (yürüteç, koltuk değneği vb) kullanılması(yürüyemeyen hastanın önce yatakta oturması, sonra yataktan sandalye/tekerlekli sandalyeye geçmesi, en son yürümesi sağlanır) (2,14))	<ul style="list-style-type: none">Hastada travma gözlenmedi.

KAYNAKLAR

1- McCrae N. Whither Nursing Models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. Journal of Advanced Nursing 2015; 68(1):222-229.

2-Birol L. Hemşirelik Süreci. 5.Baskı. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti: İzmir; 2007.

3-Slatyer S, Coventry L. Twigg DI, Davis S. Professional practice models for nursing: a review of the literature and synthesis of key components. Journal of Nursing Management 2016;24:139-150.

4- Uysal N, Khorshid L, Eşer İ. Neuman Sistemler Modeline Göre Bir Vaka Çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(3):74-81.

5- Ahtisham Y and Jacoline S. Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory. International Journal of Caring Sciences 2015;8 (2): 443-450.

6-Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset Matbaacılık: İstanbul; 1999.

7-Atabek Aştı T, Karadağ A. Hemşirelik Esasları. Akademi Basın ve Yayıncılık: İstanbul; 2012.

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

9-Irimia P, Asenbaum S, Brainin M, Chabriat H, Martinez-Vila E, Niederkorn K, Schellinger PD, Seitz RJ, Masdeu JC. European Handbook of Neurological



Management: Blackwell Publishing Ltd: Oxford, UK; 2011.

10-Öztürk, Ş. Serebrovasküler Hastalık Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri- Dünya ve Türkiye Perspektifi. Turkish Journal of Geriatrics 2009;13(1):51-58.

11-Karadakovan A. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2. Baskı. Nobel Kitabevi: Adana; 2011.

12-Bilgili N, Gözüm S. İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehber, DEUHYO ED 2014;7(2):128-150.

13-Albayrak A, Uçak H, Erkal S, Köşgeroğlu N, Ançel G. Nörolojik Bilimler Hemşireliği. Alter Yayıncılık: Ankara; 2006.

14-Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Matbaacılık: İstanbul; 2012.