

İNME Lİ BİR OLGUNUN YAŞAM MODELİNE GÖRE İNCELENMESİ

Papatya KARAKURT*

Mağfired KAŞIKÇI**

Kabul Tarihi: 06.10.2006

ÖZET

İnme veya serebrovasküler olay, serebral damarların emboli veya serebrovasküler hemoraji ile tıkanması, damarların zarar görmesiyle normal beyin damarlarını etkileyen iskemiyle sonuçlanır. İnme, Amerika'da (kalp hastalıkları ve kanserden sonra) ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Kadın ve erkeklerde eşit olarak bulunan inmenin, 75 yaşından sonra insidansı artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnme, hasta, yaşam modeli, bakım planı

ABSTRACT

Examining a Stroke Case According to The Living Model

In stroke or cerebrovascular accident, the cerebral vessels are occluded by an embolus or cerebrovascular hemorrhage, resulting in ischemia of the area of the brain normally perfused by the damaged vessels. Stroke is the third most common cause of death in the United States (preceded by heart disease and cancer). Stroke is found equally in men and women, with a greatly increased incidence after age 75.

Keywords: Stroke, patient, living model, care planning

GİRİŞ

En önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biri olan inme, Avrupa'nın birçok ülkesinde, Amerika ve Kanada'da yapılan istatistiklere göre, ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırada yer almaktadır (Thompson et al. 1993, Schnell 1993). Ülkemizde inme prevalansına ilişkin yapılmış kapsamlı istatistikler olmamasına rağmen Nöroloji kliniklerinde yatan hastaların ilk sırasını inme almaktadır. Bunların yanı sıra; inme geçiren hastaların %50'si taburcu olmakta, %20'si hastanede ölmekte ve %30'u ise uzun süreli evde bakım ya da kurumsal bakım gereksinimi içinde olmaktadır (Fadıloğlu 2004a, Akdemir

1996). Ayrıca yapılan bir çalışmada inmeden sonra hasta yakınlarının %95'inin yaşam biçiminde değişiklik olduğu belirtilmiştir (Periard and Ames 1993).

Bu grup hastaların bakımında hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşirelik uygulamaları, yeni tanı konulmuş inmeli hastalara bu konuda eğitilmiş, uzmanlaşmış hemşirelerin yönetiminde yapılmalıdır. Hastalık hakkında özel bilginin artması ve yaşam şekli değişikliğiyle baş etmede destek verilmesi hemşire tarafından amaçlanır (Larson et al. 2005). Aşağıda uygulama sırasında gözlemlenen serebro vasküler olaya ilişkin bir olgu ve bakım planı örneği verilmiştir.

*Atatürk Üniversitesi Erzincan SYO (Arş.Gör.) (e-mail:papatyademirci@hotmail.com)

**Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı (Doç.Dr.)

OLGU

Adı Soyadı: AR.Y

Yaşı: 71

Cinsiyeti :Erkek

Eğitim Durumu: İlkokul mezunu

Sosyal Durumu: Evli

Sağlık Güvencesi: Bağ-Kur

İşi:Emekli

Adres: Atatürk Mah. No:12 ERZİNCAN

Bulunduğu Servis: Erzincan Devlet Hastanesi, Nöroloji Servisi

Çocuk Sayısı: 4

Anemnezi Veren: Eşi ve oğlu

Tıbbi Tanısı: Subaraknoid kanama (SAK), İskemi

Tedavi

1- Isolyt 1000 cc 2x1 (IV)

2- Novasef 1 gr. Flk. 2x1 (IV)

3- Novalgine amp. 2x1 (IM)

4- Zinnat 750 mgr flk. 3x1(IV)

5- Combivent Nebül 4x1

(İnhaler)

6- Eptantoin 100 mgr tb.3x1(PO)

7- Norvasc 5 mgr tb. 1x1(PO)

8- Nootropil 800 mgr. tb.

3x2(PO)

9- Libalax 10 gr.1x1(Rektal)

10- Lüzum halinde O₂ 2-4 lt/dk.

11- Açlık Kan Şekeri (AKŞ)

takibi 2x1 =06.00-17.00

Kristalize insülin=200 mgr/dl ↑ 4

ünit.

250 mgr /dl ↑ 6 ünit.

300 mgr/dl ↑ 8 ünit.

350 mgr/dl ↑ 10 ünit.

YAŞAM MODELİNE GÖRE

OLGUNUN VERİLERİ

1- Hastanın Çevresinin

Güvenliğini Sağlama ve Sürdürme

Hemşirelik Öyküsü

71 yaşında olan Bay AR., nöroloji servisinin özel bir odasında yatıyor. Sağ tarafı hemipleji olan hastayla iletişim jest-mimik ve hareketlerle sağlanıyor. Bay AR., bir hafta yoğun bakım ünitesinde yattıktan sonra bilinci yarı açık bir şekilde servise çıkarılıyor. NGS (Nozogastrik Sonda) takılı olan hastanın sadece sulu gıdaları tükettiği ve 16 gündür defekasyona çıkmadığı oğlu

tarafından belirtildi. Sürekli uyuma isteği içinde olan hastaya tedavi yapıldığında biraz huzursuzluk yaptığı ve acı çektiği gözlemlendi. Mevcut hastalığı dışında epilepsi, diyabet ve hipertansiyon hastalığı olan hastaya bu hastalıklara yönelik tedaviler ve bakım da uygulanıyor.

Öz-Geçmiş: 30 yıldır Epilepsi hastası olan Bay AR., 10 yıldır da Hipertansiyon ve Diyabetes Mellitus hastası.

Soy-Geçmiş: Herhangi bir özellik yok.

Hastaneye Geliş Nedeni: Baygınlık geçirme, burun kanaması ve kusma şikayetiyle hastaneye geliyor.

Bilinci: Yarı açık

Yaşam Bulguları: Beden sıcaklığı: 36.5 0C (A) Nabız: 96/dk. Kan Basıncı: 150/90 mmHg Boyu = 1.70 m. Kilosu: 65 kg. (21.09.2005) hastanın zayıfladığı gözlemlendi.

Varsa Alerjileri: Bay AR'nın herhangi bir şeye karşı alerjisi yok.

Alışkanlıkları: Bay AR'nın sigara ve alkol alışkanlığı yok.

2- İletişim

İletişim: Bay AR. geçirdiği hastalıktan dolayı geçici olarak konuşamıyor, iletişim jest – mimik ve hareketlerle zorda olsa sağlanmaya çalışılıyor. Hasta yine de kendisini tam ifade edemiyor.

3- Solunum

Solunum: 22 /dk. Hastanın ara ara dispnesi olduğu gözlemlendi, bu durumda hastaya O₂ 2-4 lt/dk. veriliyor.

4-Yeme – İçme Aktivitesi

Diyeti: Sulu ve tuzsuz diyet

Yeme Alışkanlıkları: (öğün sayısı, yiyemediği yiyecekler, yeme miktarı) Bay AR. NGS'si olduğu için sadece sulu gıdaları tüketiyor. Katı gıdaları yutma refleksi tam fonksiyon göremediği için yiyemiyor. Tabletler de suda eritilip enjektörle veriliyor. Hasta verilen sulu gıdaları da tam tüketemiyor, iştahsız görünüyor.

5- Boşaltım Aktivitesi

İdrar miktarı ve sıklığı:

Hastada idrar inkontinansı nedeniyle foley kateter mevcut. Günlük idrar miktarı 900 cc'dir.

Dışkılama Alışkanlığı: Hastanın 16 günde sadece bir defa defekasyona çıktığı ve gaitanın katı ve şekilli olduğu eşi tarafından belirtildi. 29.09.2005-03.10.2005 tarihleri arasında Libalax 10 gr. 1x1 verildi. Buna rağmen hasta yine defekasyona çıkmıyor.

6- Kişisel Hijyen ve Giyim Aktivitesi

Bay AR.'yi ilk gördüğümde giyim durumu kötü, üstündeki pijama kirli, yemek ve ilaç lekeleri mevcut. Kıyafetleri her gün değiştirilmiyor.

7- Beden Isısının Kontrolü

Beden sıcaklığı: 36.5 0C (A)

8- Hareket

Kas kuvveti zayıf, sadece sol kolunu ve ayağını hareket ettirebiliyor.

9- Çalışma ve Eğlenme

Hasta yatağa bağımlı ve bilinci yarı açık olduğu için bu aktivitesini gerçekleştiremiyor.

10- Cinselliği İfade Etme

Bu aktiviteye yönelik veri toplanamadı.

11- Uyku

Hastanın gözleri genelde kapalı.

LABORATUAR BULGULARI

Hemogram	Biyokimya
Hb: 12,6 gr/dl	Na: 139 mmol/L
Htc: % 35,6	K: 3,99 mmol/L
WBC:10,500 mm ³	Ca: 8,8 mmol/L
RBC:3,34 mm ³	

Tablo 1. Sorunların günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda gruplandırılması

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Tanımlayıcı Özellikler/ Belirti ve Semptomlar	Hemşirelik Tanısı
1- Hastanın ve Çevresinin Güvenliğini Sağlama Sürdürme	*Hastanın ilkökul mezunu olması, Konuşmaması, *Çevresel ve sosyo-kültürel faktörler, *Hastalığı hakkında bilgisinin olmaması, *Dudaklar, kuru ve çatlak *Damaklar, soluk, *Dişlerin görünümünün kötü olması	-İnvaziv yolların olması, foley kateterin olması, hastane ortamında bulunması nedeniyle; ENFEKSİYON ALMA RİSKİ. *Hastalık sürecini, tedavi ve prosedürü bilmemeye ve iletişim eksikliğine bağlı; BİLGİ EKSİKLİĞİ * Ağız hijyeninin iyi olmaması, bilgi eksikliğine bağlı olarak; ORAL MUKOZ MEMBRANINDA DEĞİŞİKLİK.
2- İletişim	Konuşma yeteneğinin bozulması, -Konuşmayı becerememe, -Afazi,	-Konuşma kaslarının motor fonksiyonlarının bozulması nedeniyle; SÖZEL İLETİŞİMDE BOZULMA.
3- Solunum	-Hastanın ara ara dispnesi oluyor, bu durumda doktor isteminde belirtilen miktarda O ₂ veriliyor.	
4- Yeme - İçme Aktivitesi	-Yutma güçlüğünün gözlenmesi, -Boğazın tıkanması, *Yetersiz besin alma, *Beden ağırlığının, normalden %10'un altına düşmesi (75 kg'dan, 65 kg'a düşmesi), *Kas tonüsünde zayıflama, *Besinleri yutamama,	-Nörolojik bozukluklara (SAK, iskemi), parapleji, öksürme ve öğürme reflekslerinin baskılanmasına bağlı; ASPIRASYON YÜKSEK RİSKİ *Yutma güçlüğü ile ilgili olarak; SAK, iskemi, *Bilinç düzeyinde değişim nedeniyle; BEDEN GEREKSİNİMİNDEN DAHA AZ BESLENME
5- Boşaltım Aktivitesi	-Her zaman dışkılama alışkanlığından daha az	-Sıvı ve lifli gıdaların yetersiz alınması, -Fiziksel inaktivite,

	dışkılama, -iştah kaybı, -Kati ve şekilli gaita	-Uzun yatak istirahatına bağlı; KONSTİPASYON
6- Kişisel Hijyen ve Giyim	*Yemeği ağızına götürmememe, *Kişisel temizlikte yetersizlik, *Giysilerini çıkarma/giymede yetersizlik, *Tuvalete gidememe, *İlaçlarını kullanamama,	*Aktivite intoleransı, *Güçsüzlük, *Nöromusküler bozukluk, *Algılama ve bilişsel bozukluğa bağlı; BİREYSEL BAKIMDA YETERSİZLİK
7- Beden Isısının Kontrolü	Beden ısı: (36.5 C ⁰)	
8- Hareket	*Kas gücü kaybı nedeniyle hiç yürüyememe, *Kas gücünde azalma, *Yeterli beslenememe	*Nöromusküler bozukluk, *Yorgunluk, motivasyon eksikliği ve ağrı ile ilgili; FİZİKSEL HAREKETİN BOZULMASI
9- Çalışma ve Boş Vakitlerini Değerlendirme	-Hasta yatağından hiç çıkmıyor, -Odada televizyon var fakat hastanın bilinci yarı açık olduğu için etrafıyla ilgilenmiyor.	
10- Cinselliğini İfade Etme	- Hasta yatağa bağımlı ve bilinci yarı açık.	
11- Uyku	-Hastanın gözleri sürekli kapalı ve ara ara uyandığı gözlemlendi.	

Tablo 2. Hemşirelik girişimleri

HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ/BEKLENEN HASTA SONUÇLARI	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
-İnvaziv yolların olması, foley kateterin olması, hastane ortamında bulunması nedeniyle ENFEKSİYON ALMA RİSKİ.	-Enfeksiyon ile ilgili risk faktörlerini bilmesi ve enfeksiyonlardan korunmak için uygun önlemleri aldığını göstermesi. -Hastanede kaldığı süre içinde nozokomiyal enfeksiyon geçirmemesi.	- Her hasta ile temas edildiğinde eller yıkanır. -İ.V. vb. uygulamalarda uygun aseptik teknik uygulanır. -Nozokomiyal enfeksiyonlardan hasta korunur. -Ziyaretçiler kısıtlanır. Ziyaretçi ve personeli el yıkamadan hasta odasına girişi engellenir. -Enfeksiyona yakınlığa neden olan durumlar değerlendirilir. Örneğin: 60 yaşından büyük olanlar. -Hasta ailesine enfeksiyon belirti ve bulguları öğretilir. - Bireyin enfeksiyona yakınlığı azaltılır. -Diyetinde bol protein ve kalori alması sağlanır. -Hastada ,cilt ve deri,üriner sistemde,fungal viral ve bakteriyel enfeksiyonların belirtileri yakından izlenir (Biol 2004, Carpenito 1999).

<p>*Hastalık sürecini, tedavi ve prosedürü bilmemeye ve iletişim eksikliğine bağlı; BİLGİ EKSİKLİĞİ</p> <p>- Ağız hijyeninin iyi olmaması, bilgi eksikliği, ilaçlara bağlı; ORAL MUKOZ MEMBRANLARDA DEĞİŞİKLİK</p> <p>-Konuşma kaslarının motor fonksiyonlarının bozulması nedeniyle; SÖZEL İLETİŞİMDE BOZULMA</p> <p>-Nörolojik bozukluklara (SAK, iskemi), parapleji, öksürme ve öğürme reflekslerinin baskılanmasına bağlı; ASPIRASYON YÜKSEK RİSKİ</p>	<p>-Hasta ailesinin hastalık sürecini anlamasını sağlamak. -Hasta ailesini yapılan işlemler hakkında bilgilendirmek. -Hastayla yeterli iletişimi sağlamak.</p> <p>- Ağız membranının bütünlüğünün ve nemliliğinin sağlanması. -Uygun ağız hijyeninin sağlanması.</p> <p>-Hastayla uygun yöntemle doğru iletişimin sağlanması. -Hastanın kendisini ifade etmesinin sağlanması. -Hastanın anlayacağı şekilde konuşmanın sağlanması.</p> <p>-Hastada aspirasyonun klinik belirtilerinin gelişmemesi. -Hasta yemek yerken boğulma deneyimlememesi, yemek yerken öksürme olmaması.</p>	<p>-Hastanın, ağrıyı tetikleyen durumlar hakkındaki deneyimleri öğrenilir. -Hastalık süreci ve tedavi prosedürü hakkında bilgi verilir. - Hasta yakınlarına hasta solunum sıkıntısına girdiğinde yapması gerekenler öğretilir. - Hasta yakınlarına yapılan her işlem hakkında bilgi verilir. -Hasta yakınlarına ilaçların dozunu, saatini bilmenin önemi vurgulanır. -Hasta yakınlarına diyeti hakkında bilgi verilir (Biol 2004, Gulanic et al. 1998).</p> <p>- Ağız değerlendirilirken eller özenle yıkanır. -Oral mukoz membranının nemliliğini ve temizliğini sağlamak için, hangi sıklıkta ve hangi yöntemle ağız bakımı verileceğine karar verilir. -Yumuşak diş fırçası kullanılır. -Ağız temizliğinde alkollü ve limonlu ajanlar kullanılmaz. -Dudaklara her 2 saatte bir ve gerektiğinde nemlendirici sürülür. -Uygun protez bakımı yapılır. -Beslenmesi ve sıvı alımı yakından izlenir. -Mukoz membranı tahriş eden gıdalar verilmez. -Yemekten önce ağrıyı azaltmak için ağız bakımı verilir (Biol 2004, Carpenito 1999).</p> <p>-İşitmeyi ve anlamayı kolaylaştıracak yöntemler kullanılır. -Hastanın yüzüne açık ve tane tane konuşulur. -Odadaki gereksiz sesler elimine edilir. -Sadece bir kişinin konuşması sağlanır. -Gereksiz gürültüler önlenir (kapı, radyo, TV kapatılır). -Anlatılan anlamamış gibi görünüyorsa tekrar edilir. -İletişimi geliştirmek için dokunma ve hareketler kullanılır. -Konuşma için yeterli zaman ayrılır. -Hasta ve ailesine iletişimde güçlük nedeniyle yaşadıkları hayal kırıklığını ifade etmeleri konusunda destek olunur. -Mesajın tipi ve konuşma tonu değiştirilmeden konuşulur (Biol 2004, Carpenito 1999, Akdemir 2004).</p> <p>- Sıcaklık basması, dispne, hırıltı ve şaşkınlık gibi aspirasyonun klinik belirtileri değerlendirilir. - Hasta NGS ile beslenirken tedbirli olmaya çalışılır (Schnell 1993). - Saptanan faktörlere yönelik önlemler alınır. -Hastaya 2 saatte bir uygun pozisyon verilir (plejik tarafa 30 dak. yatırılır). -Aspirasyon olasılığı azaltılır: Beslenmeye başlamadan önce bireyin uyanıklık ve tepki verme düzeyi, ağız kontrolü, öksürme ve öğürme refleksi ve kendi tükürüğünü yutabilme durumu değerlendirilir. -Aspiratör ve gerekli araç-gereç kolay ulaşılabilecek şekilde hazır bulundurulur. -Özefagusun açıklığını sağlamak için baş, orta hatta 45</p>
--	---	--

<p>-Yutma güçlüğü ile ilgili olarak; SAK, iskemi, -Bilinç düzeyinde değişim nedeniyle; BEDEN GEREKSİNİ-MİNDEN DAHA AZ BESLENME</p> <p>- Sıvı ve lifli gıdaların yetersiz alınması, fiziksel inaktivite, uzun yatak istirahatına bağlı; KONSTİ-PASYON</p> <p>-Aktivite intoleransı, -Güçsüzlük, -Nöromüsküler bozukluk, -Algılama ve bilişsel bozukluğa bağlı; BİREYSEL BAKIMDA YETERSİZLİK</p>	<p>-Hastanın metabolik gereksinimine ve aktivitesine göre düzenlenen günlük besinleri yemesinin sağlanması. -Hastanın yeterli beslendiğini belirtmesinin sağlanması.</p> <p>- Hasta ailesine lifli gıdaların sıvı alımının ve egzersizin önemini öğretmek ve bunları uygulamak. -Hastanın normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapmasını sağlamak.</p> <p>-Hastanın yeterli beslenmesinin sağlanması, -Hastanın temizlik ve bakımına yardım etmesinin sağlanması, -Tuvalet için gerektiğinde ördek/sürgü gibi yardımcı araçların kullanılması.</p>	<p>derece kadar öne eğdirilir. - Belli aralıklarla ağız bakımı yapılır. -Beslenme planı yapılır. -Sık aralıklarla ve az miktarda tüketileceği yiyecekler verilir (Biol 2004, Carpenito 1999).</p> <p>-Hastanın boyu, kilosu, 24 saatlik beslenme biçimi, besin grubundan ve yeterli sıvıyı alıp almadığı, kilo kaybına ilişkin faktörler, aktivite düzeyi, fizyolojik risk faktörleri, psikolojik durumu, aldığı ilaçlar ve onların yan etkileri laboratuvar bulguları incelenerek yetersiz beslenme durumu değerlendirilir. -Aileye dengeli beslenme ve besin öğelerinin önemi açıklanır. -Diyetisyen ile işbirliği yapılarak günlük kalori ve uygun besin gereksinimi saptanır. -Yeterli besin sağlamak için hastanın diyeti dikkatli bir şekilde değerlendirilir. Günlük tüm besin alımı değerlendirilir (Schnell 1993). -Yeme süresi uzun tutulur. -Yemekten önce uygun bir ortam hazırlanır (odayı havalandırma vb.) -Ağız hijyeninin devamlılığı sağlanır. -Öğünler, yüksek kalorili ve yüksek proteinleri içerecek şekilde planlanır (Biol 2004, Carpenito 1999, Akdemir 2004).</p> <p>- Lifli posalı gıdaların alınmasının önemi anlatılır. -Lifli gıdalar gözden geçirilir kepekli besinler,kepek ekmeği,komposto ve kayısı suyu,sebze,normal barsak hareketini sağlamak için günde yaklaşık 800 gr. meyve ve sebze (4 meyve bol sebze salata) yemesi önerilir. -KİBAS belirtileri yakından izlenir. -Diyetisyenle konuşularak diyetinde lifli gıdaların olması sağlanır. -Bağırsak boşaltımı için uyarıcı olması nedeniyle kahvaltıda 30 dak.önce bir bardak ılık su içmesi önerilir. -Aileye batının alt kısmına yavaş yavaş masaj yapması öğretilir. -Defakasyon uyarısı olduğunda ertelememesi önerilir. -Aileye düzenli egzersiz yapmanın önemi ve gereği anlatılır (Biol 2004).</p> <p>- Hastanın aldığı gıda, ve kalori miktarı aldığı-çıkarıldığı sıvı izlenir. -Yemek yerken fowler pozisyonu verilir. -Sakin temiz bir ortam hazırlanır. - Hastaya yatak banyosu yaptırılır. -Günlük giysi değiştirilir. - Tuvalet ihtiyaçları için yardım edilir. - Hijyen konusunda aileye bilgi verilir. -Bakım konusunda aileye eğitim verilir (Biol 2004). -Etkilenmeyen kol ve bacadan ziyade paralizili koluyla aktivitelerini yapması için cesaretlendirilir. -Gerektiğinde hasta değerlendirilir (Schnell 1993).</p>
---	--	--

<p>-Nöromusküler bozukluk, -Kısmi paralizisi, -Yorgunluk, motivasyon eksikliği ve ağrı ile ilgili; FİZİKSEL HAREKETİN BOZULMASI</p>	<p>-Bireyin, ayaklarında güç ve dayanıklılığının arttığını ifade etmesi. -Bireyin hareketlerinde belirgin artış olduğunu ifade etmesi.</p>	<p>- Tanımlayıcı özellikler ve risk faktörleri doğrultusunda veri toplanarak, gerekli girişimler planlanır. -Etkilenmeyen alanın gücünün artması hastaya egzersiz yapmasının önemi anlatılır. -Önerilen egzersizler düzenli olarak yapılır. -Komplikasyonları önlemek için, durumuna göre 2 saatte bir uygun pozisyon verilir. -Yaşam bulguları yakından izlenir. -Objeler hastanın etkilenmeyen alanında ulaşabileceği yere konulur. -Aksi bir durum order edilmedikçe inme atağını takip eden ilk 24 saatten sonra günlük 4 kez pasif ROM (Range of Motion) egzersizleri yaptırılır. -Eğer hastanın tıbbi durumu izin verirse hastanın yatak dışına oturtulmasına yardım edilir (Biol 2004, Carpenito 1999, Schnell 1993, Akdemir 2004).</p>
--	--	--

HASTA EĞİTİMİ / EVDE BAKIM PLANI

Toplumumuzda kronik hastalıklardan biri olan inme, birey, aile ve toplum açısından önemli sorunlara neden olmaktadır. Bu hastalıkta, hasta ve aile zaman zaman yoğun sorunlar yaşamaktadır. Hastalığı kabullenme ve baş etme, tedavi, bakıma uyum ve işbirliği açısından önemlidir (Akdemir 1996). İnmenin toplumsal yükü çok ağırdır. 2002 yayınlarına göre 3000 milyon kişiden fazlasının inme ile yaşadığı bildirilmektedir. İnmeli hastaların %20'si erken dönemde olmak üzere, %30'u bir yıl içinde ölmektedirler. Yaşayan hastaların üçte biri ise; günlük işlerinde başkalarına muhtaç olarak yaşamlarını sürdürmektedirler. Ayrıca inme %25- 50 oranında günlük yaşam aktivitelerinde kısmi veya total bağımlılığa yol açabilir (Çoban 2001, Fadiloğlu 2004a, Fadiloğlu 2004b). Nüfusu giderek yaşlanan ülkemizde de inmenin çok önemli ve önlenebilir bir sağlık sorunu olduğu açıktır (Çoban 2001).

İnmeli hastalar ve bakım vericileri üzerine yapılan bir çalışmada, hastaların ve yakınlarının yaşam doyumu ve genel yaşam doyumlarının birbirinden etkilendiği belirlenmiştir (Karadakovan ve Gülyüz 2005). Yapılan diğer birkaç çalışmada da bakım vericilerin inmeli hastalara bakmak nedeniyle yeni bir rol üstlendikleri için işlerinden ayrılmak

zorunda kaldıkları, hepsinin inme hakkında bilgi ve çoğununda belirti ve bulgularına ilişkin daha iyi eğitim almak istedikleri belirtilmiştir (O'Cennell et al. 2003, Gilmet and Burman 2003, Bakas et al. 2002).

Kronik hastalığı kabullenme, ortaya çıkan sorunlarla baş etme ve bireyin sınırları dahilinde fizik gücünü en üst düzeyde kullanabilmeye yönlendirme bireyin yaşam kalitesini yükseltecektir. Bu konuda hastaya ve ailesine fiziksel ve psikolojik yardım, destek ve rehberlik gerekmektedir. Hasta eğitim planında dikkat edilmesi gereken hususları şöyle sıralayabiliriz;

1- Mümkün olduğunca, bakıma ailede katılmalı. Bakımla ilgili esaslar öğretilmeli.

2- Doktorun tıbbi baş etmeyle ilgili açıklamaları desteklenmeli.

3- Devam eden hasta bakım sonuçları ve kontrollerin önemi vurgulanmalı.

4- Düzenli egzersizin gerekliliği vurgulanmalı. Bunun için;

a) Aileye Range of Motion (ROM) egzersizleri öğretilmeli.

b) Her 2-4 saatte bütün vücut dahil olmak üzere ROM egzersizleri yapılmalı.

5- Mümkün olduğunca, egzersizler bağımsız yapılmaya cesaretlendirilmeli.

a) Sınırlılıklara karşı dikkatli olunmalı.

b) Gereğinden fazla korunmadan kaçınılmalı.

c) Belirtildiği gibi, destekleyici aletlere gereksinim vurgulanmalı (tekerlekli sandalye, yürüteç, üst taraflara trapez).

6- Order edildiği gibi diyetin önemi vurgulanmalı.

a) Destekleyici malzemeler tercih edilmeli.

b) Küçük porsiyonlar tercih edilmeli ve hastaya yavaş çiğnemesi öğretilmeli.

c) Yiyecekler hazırlanmalı ve hasta her elini uzattığında kabın içindeki yiyeceğe uzanmalı.

d) Yumuşak ekmek, ezme patates, sert sebzelerden ve büyük miktardaki et parçalarından boğulmaya sebep olduğundan kaçınılmalı.

7- Yan rayların, meyilli yolların, duş almanın, halıların üzerindeki dağınıklığı toplarken, bastonla yürürken, düz ayakkabı giymenin güvenli ölçümleri olmasına dikkat edilmeli.

8- Her ilacın adı, dozu, alınma saati ve toksik veya yan etkileri tartışılmalı.

9- İlk kez doktor kontrolüne gitmeden önce ilaç kullanımını bırakmaması gerektiği vurgulanmalı.

10- Aile ve sosyal arkadaşlar tarafından cesaretlendirilmeli.

11- İletişimin önemi vurgulanmalı.

a) Yavaş bir şekilde ve açıkça konuşulmalı.

b) Kelimeleri birer birer kullanmalı ve kısa cümleler kurulmalı. Gerektiğinde tekrar edilmeli.

c) Yönetimle ilgili bir şey olduğunda jest ve dokunarak iletişim kurulmalı. Göz iletişimi sürdürülmeli.

d) Günde iki kez konuşma egzersizi uygulanmalı.

12- Anksiyete, korku ve beden imajıyla ilgili değişiklikler hakkındaki sözlü ifadeleri vurgulanmaya çalışılmalı.

13- Hasta ve ailesi hakkında beklenmedik bir durum hakkında bilgi verilmeli (güvenli ölçümler, kiminle iletişim kuracağı vb.) (Thompson et al. 1993).

SONUÇ

Hasta ve bakım vericinin hastalık, tedavi ve beslenme konularında eğitilmesi son derece önemlidir. Ailenin ve hastanın bilgilendirilmesi ve işbirliği, hastanın sınırları içinde daha sağlıklı yaşaması ve gelişebilecek komplikasyonları önlemek bakımından gereklidir (Akdemir 1996). Nörolojik sorunları olan bir hastayla çalışan (Mollaoglu 1996), bir klinik uygulayıcı ve öğrenci hastayla düzenli - planlı bir iletişim ve bakım sonucu sözsüz de olsa iletişime geçmeyi sağlamışlar ve hastanın bilincinin kapalı olmadığını diğer sağlık ekibi üyelerinin de fark etmelerini ve ziyaretlerde hastanın atlanmamasını sağlamışlardır. Bu durum gösteriyor ki hastanın bilinci kapalı olsa dahi hastaya planlı bir iletişim ve bakımla bütün sağlık ekibi üyeleri büyük bir istekle tedavi ve bakım vermelidirler.

KAYNAKLAR

Akdemir N (1996). Nöroloji Hemşireliği. II. Baskı. Çağın Basın Yayın San. Ve Tic. Ankara.

Akdemir N (2004). Bilinçsizliğe neden olan durumlar ve hemşirelik bakımı. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara.

Bakas T, Austin JK, Okonkwo KF et al. (2002). Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. Journal of Neuroscience

Nursing 34(5): 242-251.

Birol L (2004). Hemşirelik Süreci. 5. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti. İzmir.

Carpenito LJ (1999). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çev: Firdevs Erdemir. 7. Baskı Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. İstanbul.

Çoban O (2001). Beyin damar hastalıklarında Tanımlar, Sınıflama, Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. <http://www.itfnoroloji.org/svh/bdhtanimlar.htm> (Erişim tarihi: 09.05.2006).

Fadıloğlu Ç (2004a). İnmeden Korunma. III.

Ege Dahili Tıp Günleri. İç Hastalıkları Hemşireliği Kongre Kitabı. Ed. Fadıoğlu Ç. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir. 195-222.

Fadıoğlu Ç (2004b). İnme Rehabilitasyonu. III. Ege Dahili Tıp Günleri. İç Hastalıkları Hemşireliği Kongre Kitabı. Ed. Fadıoğlu Ç. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir. 249-281.

Gilmet K, Burman ME (2003). Stroke perceptions of well laypersons and Professional caregiver. Rehabilitation Nursing 28(2):52-56.

Gulanic M, Kloap A, Galanes S et al. (1998). Nursing Care Plans. Mosby Year Book, Philadelphia.

Karadakovan A, Gülyüz H (2005). İnmeli hastaların ve hastaya bakım veren yakınlarının yaşam doyumlarının incelenmesi. 3. Uluslar arası - 10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı. İzmir.80.

Larson J, Franzen-Dahlin A, Billing E et al. (2005). Spouse's life situation after partner's stroke event: psychometric testing

of a questionnaire. Journal of Advanced Nursing 52(3):300-306.

Mollaoğlu M (1996). Bilinci kapalı olarak değerlendirilen bir hastanın bakımı sırasında yaşanan deneyimler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 3(1):44-51.

O'Connell B, Baker L, Prosser A (2003). The educational needs of caregivers of stroke survivors in acute and community setting. Journal of Neuroscience Nursing 35(1);21-28.

Periard M.E, Ames BD (1993). Lifestyly changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. Public Health Nursing 10;252-256.

Schnell SS (1993). Nursing Care of Clients with Cerebral Disorders. Eds.Black J.M., & Matassarin-Jacobs E. Luckman and Soresen's Medical-Surgical Nursing a Psychopysiologic Approach, Fourth Edition, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 705-771.

Thompson JM, McFarland GK, Hirsch JE et al. (1993). Mosby's Clinical Nursing. Third Edition. Mosby-Year Book.St.Lois.