

# İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehber

Naile Bilgili\*, Sebahat Gözüm\*\*

## Özet

**Giriş:** İnmeli hastaların rehabilitasyonunda evde bakım önemli bir unsur olup, bu hastaların bakımı son derece karmaşık ve zordur. İnmeli hastanın, evde hemşirelik bakımı klinikte yapılan bakımdan çok farklı değildir. Evde bakım veren hemşire; ziyaret süresiyle kısıtlı zamanlarda, ev koşullarında inmeli hastaya yönelik bakımını sürdürebilir. İnmeli hastaların evde bakımında, bakım rehberlerin kullanılması bakımı kolaylaştıracak ve niteliğini arttıracaktır. Bu amaçla makalede inmeli hastaların evde bakımına yönelik bir bakım planı hazırlanmıştır. Bu bakım planında inmeli hastalar için hemşirelik tanıları, hedefler ve hemşirelik uygulamaları yer almaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** İnme, Evde Bakım, Hemşirelik Bakım Planı

## Home Care of Stroke Patients: Guidelines for Care Providers

**Introduction:** Stroke rehabilitation process, home care is one of the most important elements and take care of these patients are immensely complex and demanding. Stroke patients' nursing care at home is not much different from the maintenance performed at the clinic. Home care nurses can continue to care of stroke patients while visiting with the limited time, in home conditions. The use of guidelines in home care of stroke patients will facilitate maintenance and improve quality. In this article, a nursing care plan for the care of stroke patients at home is prepared. In this care plan is located nursing diagnosis, outcomes and nursing practices for stroke patients.

**Key words:** Stroke, Home Care, Nursing Care Plan

**Geliş tarihi:19.02.2014 Kabul tarihi: 14.04.2014**

## İnmenin Tanımı, İnsidansı ve Prevalansı

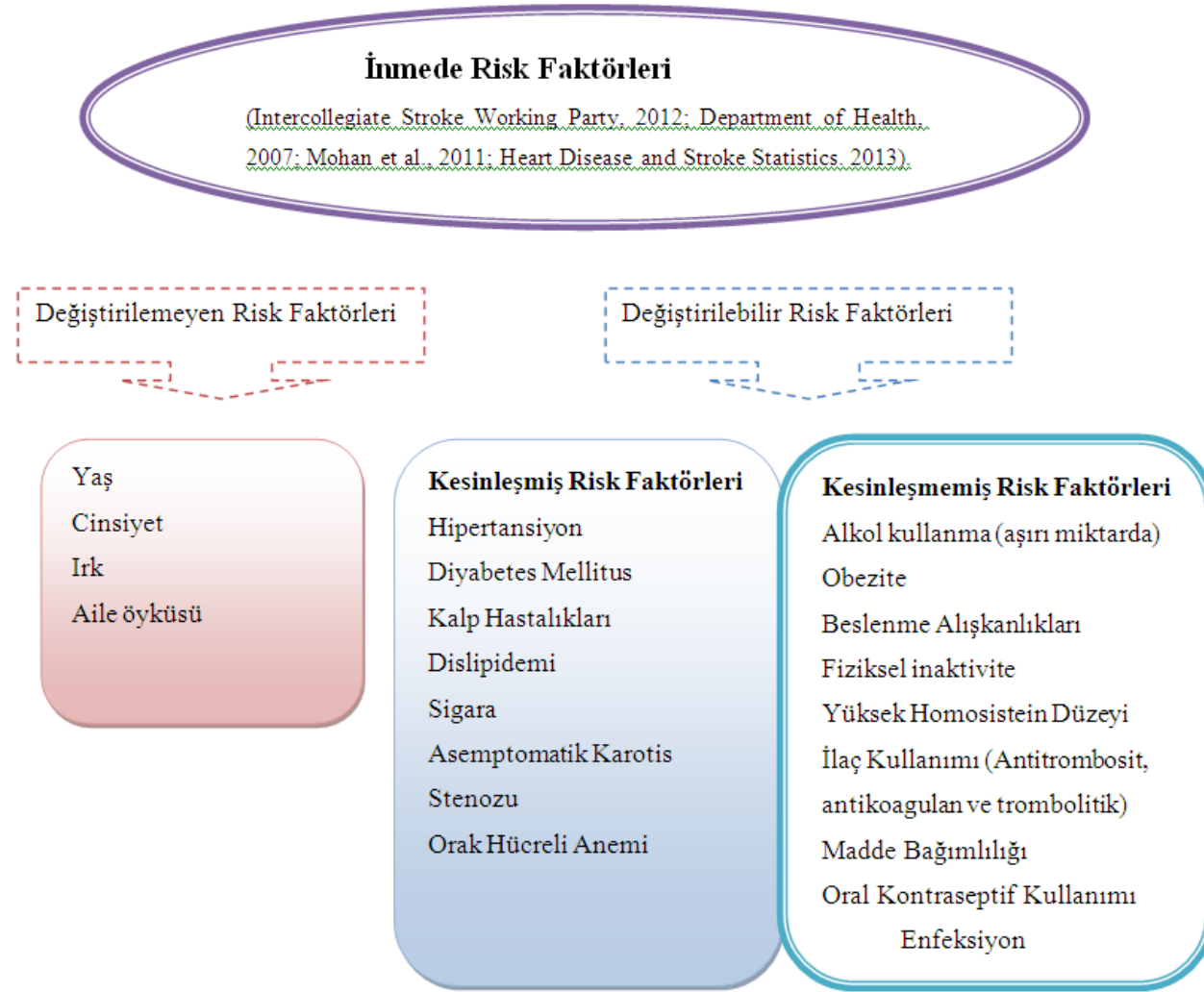
İnme hem bireylerin hem de ülkelerin sağlık ve ekonomisini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. İnme, vasküler kaynak dışında açık bir neden saptanamayan, hızla gelişen, serebral işlevlerin fokal veya global kaybına bağlı 24 saatten uzun süren ya da ölümle sonuçlanan semptom ve/veya bulgularla karakterize klinik bir sendromdur. İnme mobiliteyi, bilinç durumunu, görmeyi etkileyebilen, kalıcı hasar bırakan bir sağlık sorunu olmakla birlikte, kalp hastalığı ve diğer vasküler hastalıklarda olduğu gibi sıklıkla önlenebilir bir durumdur (Intercollegiate Stroke Working Party, 2012; Department of Health, 2007).

İskemik ve hemorajik olmak üzere iki temel inme türü vardır. İskemik tipte inmede, bir kan pıhtısı kan damarlarını tıkamakta (aterotrombotik veya embolik) ve beyne kan gidememektedir. Dolayısıyla, beynin oksijen ve besinden yoksun kalan kısmı ölmektedir. Hemorajik inme ise, bir damarın (anevrizma, arteriyovenöz malformasyon veya arteriyovenöz fistül) yırtılması veya arteriyel yırtılma sonucu beyin parankiminde spontan kanama ile gelişen bir durumdur (Intercollegiate Stroke Working Party, 2012).

İnmenin insidans ve prevalansına ilişkin verilere göre İngiltere’de ölümlerin yüzde 11’i inme sonucu olmakta ve ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Bununla birlikte inme yetişkin sakatlıkların en büyük nedeni olup, İngiltere’de 300.000 kişi inme sonucu ağır engellilik ile yaşamak zorundadır (Intercollegiate Stroke Working Party, 2012; Department of Health, 2007; Mohan et al., 2011). Amerika’da ise yaklaşık her 19 ölümden bir tanesinin nedeni inmedir (Heart Disease and Stroke Statistics. 2013).

Ülkemizde inme epidemiyolojisine ait yeterli veriler bulunmamakla birlikte, Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Proje Raporu’na (2004) göre ülke genelinde ölüme yol açan 20 hastalık arasında ikinci ölüm nedeni olarak yer almaktadır. Ayrıca, Nöroloji kliniklerinde yatan hastalıkların ilk sırasında inme yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri 2012 raporuna göre nörolojik hastalıklar %37 ile en fazla hizmet sunulan hastalık grubunu oluşturmuştur. İnme geçiren hastaların %50’si taburcu olmakta, %20’si hastanede ölmekte ve %30’u ise uzun süreli evde bakım ya da kurumsal bakıma gereksinim duymaktadır. İnmeden sonra hasta yakınlarının %95’inin yaşam biçiminde değişiklik olduğu belirtilmektedir (Karadağ,2003; Karakurt ve Kaşıkçı, 2008).

\*Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, \*\*Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi



Sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları, uygun tedavi ve iyi bir hemşirelik bakımıyla inmede değiştirilebilir risk faktörleri elimine edilebilir sekonder inmeler engellenebilir, azaltılabilir ve inme sonrası gelişebilecek komplikasyonlar önlenir.

### İnmeye Bağlı Gelişebilecek Komplikasyonlar

(Intercollegiate Stroke Working Party, 2012; Department of Health, 2007; Mohan et al., 2011; Heart Disease and Stroke Statistics, 2013; Kumral, 2005).

1- Aspirasyon ve Pnomoni

2- Derin Ven Trombozu ve Pulmoner Emboli

3- Bası Yarası

4- Konvülsif Nöbetler

5- Ajitasyon

6- İnfeksiyon

7- Düşmeler-kazalar

8- Mesane-Barsak Problemleri

9- Üst Ekstremité Komplikasyonları

10- Disfaji ve Malnutrisyon

11- Kaslarda Katılık (Spastisite)

12- Afazi ve Dizartri

Hayatta kalan inme hastalarının %80'i, hastanede yattıkları süre içerisinde, inme rehabilitasyonu sırası ve sonrasında günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmek için aile üyelerinin her türlü desteğine gereksinim duyarlar. Hastanedeki tedavi sonrasında eve gönderilen hasta ve ailesinin değişen yaşam biçimine uyum sağlayabilmesi için bilgilendirilmeye, duygusal ve sosyal anlamda desteklenmeye gereksinimi vardır (Balkan, 2009). İnmenin tedavi ve rehabilitasyonu sürecinde hasta ile birlikte aile üyelerinin de yaşam biçimini değiştireceği için ailenin tedaviyi, rehabilitasyonu, prognozu ve toplumsal destek kaynaklarını öğrenmesi ve gelecek planlarını buna göre yapması önem taşımaktadır. Bilişsel ve motor kaybın birlikte olduğu inmede aile içi rollerin yeniden düzenlenmesi gereksinimi fazla olabilmektedir (Han ve Haley, 1999).

Hastanın inme sonrasında iyileşmesi, günlük yaşam aktivitelerini ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yeniden kazanması için multidisipliner evde bakım profesyonellerine ihtiyacı vardır. Hastanın optimum sağlığına geri dönmesi için, hemşirelik bakımının diğer sağlık bakım profesyonellerinin işlevleriyle bütünleşmesi gerekir. İnmeli hastanın evde bakım sürecinde tedaviden daha çok bakıma gereksinimi olduğu için hemşire vaka yöneticisi olarak evde bakım ekibinin liderliğini üstlenmelidir. Hemşire inme sonrasında hastanın hareketsizliğinin sebep olduğu problemleri çözmesine (kas-iskelet sistemi fonksiyonları, beslenme değişiklikleri, eliminasyon, deri bütünlüğü ve duyu değişiklikleri gibi...) ve hastanın değişen yaşam biçimine adapte olmasına yardımcı olur (Tuzer 2001).

### Temel Hemşirelik Tanıları/ Hasta Problemleri

- ❖ Bilinç bozukluğu
- ❖ Davranışlarda değişme
- ❖ Fiziksel harekette bozulma
- ❖ Beden gereksiniminden az beslenme
- ❖ İnkontinans
- ❖ Deri bütünlüğünde bozulma
- ❖ Duyusal algıda bozulma

### Hasta ve Ailesinin Eğitiminde Temel Konular

- ❖ Sekonder inmenin belirti ve bulguları
- ❖ Baş etme yöntemleri/stratejileri
- ❖ Yeniden topluma katılma
- ❖ Nörolojik değişikliklerin/eksikliklerin yönetimi
- ❖ Genel öz bakım yöntemleri/stratejileri
- ❖ Yatak içi pozisyon verme
- ❖ Pasif egzersizler

**İnmeli hastanın evde bakımında her ziyarette mutlaka yapılması gereken uygulamalar**

Deri bütünlüğünde bozulma riski nedeniyle basınç noktalarının gözlenmesi (Braden Ölçeği ve Waterlow Ölçeği)

Üriner katater varsa uygun aralıklarla değiştirilmesi/enfeksiyon belirtileri açısından gözlenmesi

Trakeostomisi varsa aspirasyonun doğru yapıp yapılmadığının değerlendirilmesi/pulmoner enfeksiyon belirtilerinin gözlenmesi

Antikoagulan tedavi alıyorsa INR takibi

Hastanın bilişsel düzeyinin değerlendirilmesi (Mini mental test kullanılabilir)

Depresyon durumunun değerlendirilmesi (Geriatrik Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği)

Hastanın yaşam bulgularının alınması

Ailenin bakım verme yeterliliğinin değerlendirilmesi

Hastanın bağımlılık düzeyinin değerlendirilmesi (Barthel İndeksi, Katz İndeksi)

Aşağıda inmeli hastalar için hazırlanmış hemşirelik bakım planı yer almaktadır (Tüzer, 2001;Ulrich and Canale,2005). İnmeli hastanın, evde hemşirelik bakımı klinikte yapılan bakımdan çok farklı değildir. Hemşire, ziyaret süresiyle kısıtlı zamanlarda, en önemli bakım destekçisinin aile bireyleri olduğu gerçeğinden hareketle, ev koşullarında inmeli hasta ve ailesinde beklenen hemşirelik tanılara yönelik bakımını sürdürebilir.

*\*Hasta ile ilk karşılaştığında basınç ülseri riski değerlendirilmeli daha sonra ise her ziyarette tekrar değerlendirilmelidir. Hastayı evde değerlendirirken bu araçlardan herhangi birisi seçilip kullanılabilir. Bunlar arasında en çok bilineni ve kullanılanı Norton Ölçeği ile Braden Ölçeğileridir.*

Hemşirelik Tanıları	Hedefler	Planlama / Uygulama
<p><b>1-Etkisiz serebral doku perfüzyonu</b> Trombüs, emboli, serebral hemoraji, hipotansiyon ve/veya serebral damar spazm veya kompresyonu sonucu gelişen serebral kan akışının azalmasına bağlı gelişebilir.</p>	<p>Hastada beyin doku perfüzyonunun iyiye gittiğini gösteren aşağıdaki durumlar gözlenir;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Baş dönmesi, görme ve konuşma bozukluğunun olmaması veya azalması,</li> <li>✓ Mental durumun iyiye gitmesi</li> <li>✓ Duyu ve motor fonksiyonlarının iyiye gitmesi</li> </ul>	<p>a) Hastada beyin doku perfüzyonunun etkilendiğini gösteren, aşağıdaki erken belirti ve bulguları değerlendirmek; <i>Baş dönmesi, görme bozuklukları (ör: bulanık görme, gözü kısarak bakma, çift görme, görüş alanındaki değişiklikler vb.), aAfazi (konuşma yitimi), sinirlilik, çabuk öfkelenme, huzursuzluk, bilinç seviyesinde azalma, paralizi, güçsüzlük gibi...</i></p> <p>b) Serebral doku perfüzyonunu iyileştirmek için gereken önlemler almak/yerine getirmek;</p> <p><i>*Trombüs veya emboli durumunda; reçete edilen ilaçların uygun şekilde kullanımını sağlamak ve takibini yapmak (antikoagülanlar, antitrombotikler, fibrinolitikler, trombolitikler)</i></p> <p><i>*İntraserebral hemoraji durumunda; reçete edilen hemostatik ajanların (aminocaproic acid gibi) uygun şekilde kullanımını sağlamak ve takibini yapmak. Eğer hipertansiyon sonucu intrakranial hemoraji gelişmiş ise; yüksek kan basıncını kontrol altına almaya yönelik girişimler yapmak (örn. Reçete edilen Antihipertansif ilaçların uygun şekilde kullanımı konusunda hasta ailesini eğitmek, stresin azaltılması gibi).</i></p> <p><i>*Eğer hasta hipotansif ise, serebral kan akımını iyileştirecek girişimlerde bulunmak (örn. Reçete edilen semptomimetik ilaçları uygulamak, evde uygulanabilir order edilen intravenöz sıvı tedavisini sürdürmek). Serebral vazospazmı azaltmak için evde uygulanabilir order edilen kalsiyum-kanal blokerler (nimodipine gibi) uygulamak.</i></p> <p>c) Serebral doku perfüzyonunun kötüleştiğine ilişkin belirti ve bulguları hastayı takip eden doktora/kuruma iletmek.</p>

**Hemşirelik Tanıları****2-Yutma güçlüğü**

Yutma kaslarının zayıflığı veya paralizi ile ilişkili olarak, yutma refleksinin azalması veya yok olmasına bağlı gelişebilir.

**Hedefler**

Hastanın yutma durumunun iyiye gittiğinin gösteren aşağıdaki durumlar gözlenir:

- ✓ Yutma sonrasında ağızda yiyecek olmaması,
- ✓ Yeme ve içme sırasında öksürük ve boğulma hissinin olmaması.

**Planlama / Uygulama**

a) Yutma bozukluğunu gösteren belirti ve bulguları değerlendirmek (ör; yutma güçlüğü, ağızda besinlerin kalması, yeme ve içme sırasında öksürük ve boğulma hissi)

b) Yutma yeteneğini geliştirmek için önlemler almak;

\*Hastayı bir şeyler yerken oturur pozisyonuna getirmek (kontrendikasyon yoksa),

\*Yemek yemeden önce ağız bakımı vermek,

\*Kolay yutulabilecek, çiğnemeye gerek olmayacak, küçük lokmalar halinde verilebilecek yiyecekleri tercih etmek,

\*Hastanın damak tadına uygun olmayacağı için, yiyecekleri karıştırarak vermekten kaçınmak,

\*Yapışkan zor yutulan yiyeceklerin verilmesinden kaçınmak (örn. Fındık ezmesi, yumuşak ekmek, bğ gibi...)

\*Eğer hastanın dil kontrol yeteneği bozulmuş veya azalmış ise; ağızdan direkt kayabilecek ve küçük parçalı (pirinç, bezelye gibi) yiyecekleri vermekten kaçınmak

\*Hastaya verilen yiyecekleri oda ısısında vermek

\*Bir seferde hastanın ağızına fazla miktarda yiyecek vermemek,

\*Hastayı yiyecekleri yutması konusunda sözel uyarılarla cesaretlendirmek,

\*Eğer hastada dudak kontrolü azalmış ise, yiyecek verildikten sonra ağız nazikçe kapatmak,

\*Hastanın yiyeceği yutup yutmadığını, nazikçe ağızına bakarak kontrol etmek,

\*Konuşma terapisti veya doktor tarafından önerilen egzersizlerin yapılması konusunda bakım veren aile üyesini ve hastayı teşvik etmek,

c) Yutma zorlukları artar ya da durum kötüye giderse konsültasyon için uygun kişi ile iletişime geçmek (konuşma terapisti veya doktor gibi)

**Hemşirelik Tanıları****3-Duyusal algıda bozulma**

Beyin dokusunda meydana gelen kanama veya iskemiyeye bağlı gelişebilir.

**Hedefler**

Duyusal algıdaki bozulmanın azalması ve/veya bunlara uyumunun sağlanması

- ✓ İletişimin devamının sağlanması,
- ✓ Aktivitelere katılımın artması.

**Planlama / Uygulama**

a) Duyusal algıdaki bozulmayı gösteren belirti ve bulguları değerlendirmek;

\*Görme sorunları (örn.hemipleji olan tarafta görsel uyaranlara yanıt alınmaması, çift gördüğünü ifade etme, aktivitelere katılımında azalma)

\*Kinestetik bozulma (örn. Dengenin sağlanmasında, vücut pozisyonunu sabitlemede, elbiseleri düğmelemede zorluk, aktivitelere katılımında azalma gibi)

b) Serebral doku perfüzyonu iyileştirmek için gereken önlemleri almak/yerine getirmek; (Bkz. Tanı 1.b)

c) Hastanın görme ve/veya kinestetik fonksiyonlarındaki değişikliklere uyumuna yardım edecek önlemleri almak

\*Hastada diplopi (çift görme) varsa opak lens veya göz bandı kullanmasını sağlamak,

\*Hastada yaran görme (homonymous hemianopsia) varsa;

- Hastanın risklerini azaltmak için girişimlerde bulunmak (etkilenmemiş alan tarafından hasta ile sözlü iletişim kurulmalı)
- Hastaya görsel uyarıları algılamaları için girişimde bulunmak (görüş alanı sağlamak için hastanın sandalyesi, yatağı duvar kenarına değil, pencere kenarına konulmalı ve ziyaretçiler hastanın etkilenmemiş tarafına oturtulmalı),
- Çevresel uyarıyı geliştirmek için bazı eşyaları (saat, resim, takvim, televizyon vb) etkilenmiş tarafa yerleştirmek,

\*Hastanın kinestetik fonksiyonlarında bozulma var ise; uygun durumlarda hastanın hareketlerini görmesi ve düzeltebilmesi için hastaya aktiviteleri sırasında ayna tutmak (durumu stabil olduğunda),

\*Kişisel bakım aktivitelerini kolaylaştıracak eylemler planlanmak,

\*Hastanın azalan/bozulan yetilerini iyileştirmek veya uyumu artırmak için doktor ve iş terapisti ile iletişime geçmek,

\*Hastanın durumu kötüleşir veya durumuna uyum sağlamada sorun yaşanırsa diğer sağlık çalışanlarından konsültasyon istemek (fizyoterapist, iş terapisti, doktorlar gibi)

## Hemşirelik Tanıları

### 4-Tek taraf ihmali

Bevindeki iskemiyeye bağlı gelişebilir.

## Hedefler

Hastada tek taraflı ihmalin giderek azaldığının ve/veya adaptasyonunun başladığının gözlenmesi;

- ✓ Etkilenen taraftaki uyarımları fark etmesi,
- ✓ Etkilenen vücut bölümlerini fark etmesi,

## Planlama / Uygulama

- a) Tek taraf ihmali olma durumu değerlendirmek (ör; etkilenen tarafa bakmama, etkilenen taraftan uyarılara cevap vermeme, etkilenen taraftaki ekstremitelerin farkında olmama gibi)
- b) Serebral doku perfüzyonu iyileştirmek için gereken önlemleri almak/yerine getirmek (Bkz.Tanı 1. b)
- c) Tek taraflı ihmal varsa;

*\*Etkilenen taraftaki ekstremitelere sürekli olarak uygun pozisyonu vermek,*

*\*Etkilenen taraftaki ekstremiteleri yaralanmalardan korunmak,*

*\* Rutin olarak etkilenen taraftaki ekstremitelere dokunmak ve hareket ettirmek (bu durum duyuşsal uyarıyı sağlar ve hastanın normal hareket ettirebilmesine yardımcı olur)*

*\*Hastanın durumu stabilize olduktan sonra, etkilenen tarafın farkındalığını artıracak önlemler almak;*

- Hastaya kişisel bakım verilirken, banyo yaptırılırken ve elbiseleri giydirilirken, sağlam eli ile etkilenen taraftaki elini tutması konusunda teşvik etmek,
- Hastanın etkilenen ekstremiteyi taşıyarak aktivitelere katılmasına yardım etmek (örn; ROM egzersizleri gibi),
- Bazı eşyaları (televizyon, saat, resim, takvim vb.) hastanın etkilenen tarafına yerleştirmek (etkilenen tarafın görünürlülüğünü artırmak için).
- Hastanın etkilenen ekstremitelerini fark etmesi için bu ekstremitelere alışık olduğu objeler yerleştirilebilir (en çok sevilen takı eşyaları ve en sık giyilen terlikler, ayakkabılar kullanılması gibi)

*\*Hastanın ihmal ettiği vücut bölümlerinin aktif hale gelmesine yardımcı olmak için doktor, fizyoterapist, iş terapisti gibi sağlık çalışanlarının konsültasyonu sağlanak*



## Hemşirelik Tanıları

### 5- Sözel iletişimde bozulma

- ✓ Konuşmayı sağlayan kasların fonksiyonlarında bozulmaya bağlı,
- ✓ Serebral iskemiye bağlı gelişebilir.

## Hedefler

Hastanın iletişim kurmaya istekli olması ve etkili iletişim kurması

## Planlama / Uygulama

a) Hastanın sözel iletişimdeki bozuklukları değerlendirmek (ör; konuşma gücü, cümle kurmada zorluk, düşüncelerini sözlü olarak ifade etmede sıkıntı, uygun olmayan sözel ifadeler vb), *eğer* hastada afazi (konuşma yitimi) oluşmuş ise, davranışlarını ve tepkilerini gözlemlemek

b) İletişimi kolaylaştıracak önlemler almak;

*\*Hasta ile iletişimde sakin ve sabırlı olmak, hastayı dikkatlice dinlemek ve konuşması için bol zaman tanımak,*

*\*Hastanın iletişime yoğunlaşabilmesi için sessiz bir ortam hazırlamak, yüksek sesle konuşmaktan ziyade, hastanın duyabileceği seviyede konuşmak,*

*\*Kısa cevap alınabilecek sorular sormak, *eğer* hasta konuşmada zorlanıyorsa ve/veya yorgunsa, baş sallama ya da göz işareti yaparak iletişimi sürdürmeye teşvik etmek,*

*\*Konuşma terapisi ve ziharet saatlerinde hasta konuşma için maksimum çaba harcayabileceğinden bu faaliyetlerden önce hastanın dinlenmesini sağlamak,*

*\*Hastayla konuşulurken; hastaya doğru dönmek, göz teması kurmak, yavaş ve anlaşılır konuşmak, kısa cümleler kurmak, yalnızca bir fikir ya da bir düşünce üzerinde konuşmak, mimik hareketlerinden kaçınmak,*

*\*İletişime yardımcı olabilecek materyaller kullanmak (kalem, bilgisayar, bloknot, kelime kartı, resim tahtası vb),*

*\*Konuşma terapisti ile konuşmanın düzelmesine ilişkin yeni öneriler ve egzersizler için iletişime geçmek*

- Aile üyelerini hastanın iletişim becerilerini geliştirmek için farklı teknikler konusunda bilgilendirmek (Tonlama vb (ses tonu, vurgu)),
- Hasta iletişim kuramasa veya tepkisiz olsa bile hasta yakınlarmı hastayla konuşmaları için teşvik etmek,
- Eğer hastanın sözlü iletişiminde bozulma artıyorsa, uygun sağlık profesyonelleri ile (konuşma terapisti, hekim vb.) iletişime geçmek.

**Hemşirelik Tanıları****6- Mobilitede bozulma**

- ✓ Motor fonksiyonların azalması ve mekân algılamadaki bozulmaya bağlı,
- ✓ Etkilenmiş ekstremitelerde, kas tonusunun kaybına bağlı,
- ✓ Etkilenmiş ekstremitelerde hipertoniye bağlı,
- ✓ Yaralanma korkusu sebebiyle hareketlerdeki kısıtlamaya bağlı,
- ✓ Uzun süre kullanılmayan ekstremitelerde kas kitlesi, tonus ve gücündeki kayba bağlı gelişebilir.

**Hedefler**

Hastanın kendi limitleri içerisinde maksimum fiziksel aktivite kapasitesine ulaşmasını sağlamak

**Planlama / Uygulama**

- a) Hastanın mobilite durumunu skalalarla değerlendirmek, (Barthel İndeksi, Katz İndeksi)
  - b) Mobiliteyi artırmak için önlemler almak
- \*Hastada kontrendike bir durum yoksa ROM egzersizlerini günde en az 3 kez yapması konusunda bilgilendirmek ve yapmasını sağlamak,*
- \*Doktor ve iş terapistinin önerdiği egzersiz ve aktiviteleri planlamak ve yapmasını sağlamak,*
- \*Hastada kontrendike bir durum yoksa, kişisel bakıma katılmaları konusunda teşvik etmek; destek alarak (yatak kenarlıklarına yada başlarının üzerindeki trapezlere tutunarak) hareket etmeleri için cesaretlendirmek,*
- \*Kontraktür riskini azaltmak için girişimlerde bulunmak*
- \*Yeterli beslenmesini sağlamak,*
- \*Beklenen sınırlarda fiziksel aktivite sağlanamamışsa, doktor ve fizyoterapist konsültasyonu istemek,*
- \*Hastanın dinlenmesi için aktivite öncesinde yeterli dinlenme periyotları sağlamak,*
- \*Etkilenen ekstremitedeki spastisiteyi rahatlatmak için order edildiği takdirde (baclofen ve dantrolene gibi) kasın gevşemesini sağlayıcı ilaçlar kullanmak*
- \*Hastanın düşme korkusunu azaltacak, düşmeyi önleyecek önlemler almak,*
- \*Eğer hastanın durumu uygunsa hastanın hareketliliğini arttıracak aletler kullanmak (walker, baston gibi),*
- \*Hastanın durumu stabil olduğunda; denge çalışmaları (oturma, kalkma, yürüme vb), nörolojik gelişim tedavileri (botoks tedavisi; etkilenen ekstremitelerde normal hareketliliği sağlayabilir vb), nöromüsküler eğitim teknikleri (elektroterapi, biofeedback; kas gücünün gelişimini ve etkilenen ekstremitedeki spastisiteyi azaltmada etkilidir) kullanılabilir.*

**Hemşirelik Tanıları****7- Kişisel bakım yetersizliği  
(öz bakım eksikliği)**

- ✓ Bozulan fiziksel mobilite, görme ve algıda bozulma, apraksi, tek taraflı ihmal ve düşünce sürecinde bozulmaya bağlı
- ✓ Uzun süre kullanılmayan ekstremitelerde kas kitlesi, tonus ve gücündeki kayba bağlı olarak fiziksel mobilitede bozulma görülebilir.

**Hedefler**

Hastanın fiziksel ve bilişsel sınırları içerisinde kendi kişisel bakım aktivitelerine katılmasının sağlanması

**Planlama / Uygulama**

- a) Hasta ile birlikte, günlük fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak için, gerçekçi bir plan geliştirmek,
  - b) Hastanın kişisel bakımını yapabilmesini kolaylaştıracak önlemleri almak;
1. Hastanın bakıma katılabileceği zamanları belirlemek (ör; analjezik ilacın etkinliğinin maksimum olduğu durumlarda, dinlenme zamanlarından sonra planlanmalı, yemek veya tedaviden hemen sonra bakım verilmemeli hastaya zaman tanınmalı),
    - \* *İhtiyaç duyulan malzemelere kolay erişilebilecek yerlere koymak,*
    - \* *Bitkinlik ve yorgunluğu önlemek ve hastanın gücünün devamlılığını sağlamak için aktivite intoleransını önleyici eylemler planlamak,*
    - \* *Eklemler ve kas fonksiyonlarını en üst seviyede tutmak için girişimlerde bulunmak*
    - \* *Hastanın öz bakımını yapabilmesi için gereken zamanı ayırmak*
    - \* *İç terapistin önerdiği bakımı kolaylaştıracak alet ve malzemeleri ~~teşvik~~ sağlamak*
    - \* *Hastanın tedavi planı ve fiziksel limitleri içerisinde, aktivite kısıtluluklarına rağmen, kişisel bakıma katılması için cesaretlendirmek,*
    - \* *Hasta yakınlarına, hastanın kendi bakımına katılmasının önemini anlatmak, teşvik edilmesi gerektiği ve bunun hastanın bağımsızlık seviyesini arttıracak konusunu bilgilendirmek,*
    - \* *Hastanın kişisel bakım aktivitelerini kolaylaştıracak önlemleri almak;*
    - \* *Eğer hastada apraksi oluşmuş ise, diş fırçalamayı, saç taramayı ve havlusunu nasıl kullanacağını açıklamak ve göstermek,*
  2. Hastanın mümkün olduğunca kendi kendine beslenmesini sağlamak;
    - \* *Yiyecek ve içecekler hastanın görüş alanı içerisinde koymak,*
    - \* *Eğer hastada algılamayetersizlik varsa yiyecek tepsisine bir kereden fazla bir kaç obje koymak,*
    - \* *Yemek tepsisinde tabakların yerini belirlemek, kapları açmak, yiyecekleri küçük parçalara ayırmak,*
    - \* *Yemek yemeyi kolaylaştıracak malzemelerin kullanımında iç terapistinden yardım almak. (Örneğin; tutmayı kolaylaştıracak geniş saplı kaşık, bıçak vb.)*
  3. Hastanın mümkün olduğunca kendi kendine giyinmesini sağlamak;
    - \* *Hastanın pantolonunu çekmesi, düğmelerini iliklemesi ve ayakkabısını giymesi konusunda teşvik etmek, (düğmesiz veya tri düğmeli giyecekler, uzun saplı ayakkabı çeşitlerini kullanabilir)*

## Hemşirelik Tanıları

### 8- İdrar boşaltımında bozulma: inkontinans

- ✓ Mesane reflex aktivitelerinde artış, üriner eliminasyonu kontrolünde kayıp (etkilenen motor sinire bağlı),
- ✓ Bilinç seviyesinde azalma, üriner kontrol yeteneğinde azalma, mesane doluluğunu fark etme yeteneğinin bozulması,
- ✓ İletişim yeteneğindeki bozulmaya bağlı olarak idrara çıkma isteği uyandığında yardım alma da gecikme
- ✓ Bozulan fiziksel mobiliteye bağlı gelişebilir.

## Hedefler

Hastanın idrarını tutabilmesi

## Planlama / Uygulama

- a) Hastanın sıvı alım ve idrar çıkışını değerlendirmek (ör; günde kaç kez mesane boşaltımı sağlanıyor, sıvı alım miktarı, aldığı sıvıların çeşidi, ihtiyaç duyulandan az sıvı alımı, önceki inkontinans durumu vb),
- b) Üriner inkontinans riskini azaltmak için önlemler almak;
  - \*Eğer endikasyon varsa, hastaya 2-4 saatte bir sürgü vermek,
  - \*Hastada kontrendike bir durum yoksa idrarını yapabilmesi için normal pozisyon vermek,
  - \*Tuvalet ihtiyacını ertelememesi için girişimlerde bulunmak (ör; hastanın uzanabileceği yakınlıkta bir çağrı aleti olmalı, ihtiyacı olunca yardım alabileceği konusunda cesaretlendirilmeli, yanına sürgü verilmeli, hastanın elbiseleri kolay çıkacak şekilde seçilmeli, vb),
  - \*Eğer hastada apraksi mevcutsa, idrarını yapmasını teşvik edici iletişim kurmak
  - \*Hastanın bir seferde çok fazla sıvı alımı yerine, sıvı alımını zamana yaymak
  - \*Hastada gece olabilecek inkontinansları azaltmak için, geceleri oral sıvı alımını sınırlandırmak,
  - \*Alkol ve kafein içeren sıvı alımından kaçınmak (alkol ve kafeinin diüretik etkisi vardır, mesaneyi irrite edebilir böylece hastada mesane kontrolünde sıkıntı yaşanabilir),
- c) Eğer üriner inkontinans devam ederse, doktor ile görüşülerek sonda takılabilir.

**Hemşirelik Tanıları****9- Düşünme sürecinde bozulma**

- ✓ Serebral iskemi sonucu serebral dokunun zarar görmesine bağlı
- ✓ Bozulan fiziksel mobiliteye bağlı gelişebilir.

**Hedefler**

Hastada düşünme sürecinin iyileştiğini gösteren bulguların görülmesi

- ✓ Dikkat süresi, hafıza ve problem çözme yeteneğinin gelişmesi,
- ✓ Oryantasyon seviyesinin gelişmesi,
- ✓ Uygunsuz cevapların azalması.

**Planlama / Uygulama**

- a) Hastanın bilişsel ve duyuşsal fonksiyonlarının normalin dışında olabileceğinin önemini hasta yakınlarına açıklamak,
- b) Doku ferfüzyonun iyileşmesine yönelik önlemler almak (Bkz. Tanı 1)
- c) Hastanın bozulan düşünme sürecini değerlendirmek (ör; dikkat süresinin azalması, hafızanın zayıflaması, problem çözme yeteneğinin azalması, uygunsuz cevap verme, konfüzyon vb), Eğer hasta düşünme sürecinde bozulmaya yönelik belirtiler gösteriyor ise;

*\*Mümkün olduğunca kişi, yer ve zamana oryantasyonunu sağlamak,*

*\*Hastaya, adı ile hitap etmek,*

*\*Hastanın görebileceği yere açına olduğu saat, takvim gibi objeleri yerleştirmek,*

*\*Hastaya her hangi bir girişimde bulunurken yavaş ve sakin bir tutum takınmak, iletişim için hastaya yeterli zaman tanımak,*

*\*Hastaya komutları, açık, basit ve kısa cümlelerle tekrarlamak,*

*\*Çevresel uyaranları minimum düzeyde tutmak, duyuşsal yoksunluktan kaçınmak,*

*\*Hasta rutinlerinde tutarlı olmak,*

*\*Hastaya aktiviteleri yapabilmesi için yeterli zaman tanımak,*

*\*Hastayı, aktivitelerini ve sorularını planlaması veya bir liste oluşturması için cesaretlendirmek,*

*\*Hastanın duyuşsal patlamalarını (taşkınlıklarına) ve uygunsuz yanıtını durdurmak için önlemler almak (örn. Bakması veya tutması için eline bir obje vermek, el çıparak oyalanmasını sağlamak, radyo ve tv açmak gibi)*

*\*Hastanın öğrenme, algılama ve hafıza yetilerinin geliştirilmesine ilişkin gerçekçi beklentiler sağlamak,*

*\*Hastanın düşünce sürecindeki bozukluklarla yakınlarının nasıl mücadele edeceğine ilişkin yöntemleri öğretmek ve onları cesaretlendirmek,*

Hemşirelik Tanıları	Hedefler	Planlama / Uygulama
<p><b>10- Yaralanma riski: düşme, yanma, kesilme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Motor, göme ve algılama bozukluğuna bağlı,</li> <li>✓ Spastisitenin varlığına bağlı,</li> <li>✓ Hızlı ve düşünmeden yapılan hareketlere bağlı,</li> <li>✓ Düşünme sürecinde bozulmaya bağlı gelişebilir.</li> </ul>	<p>Hastada düşme, yanma veya yaralanmanın olmaması.</p>	<p>a) Yaralanma riskini azaltılmak için önlemler almak,</p> <p>1.Düşmeyi önleyecek girişimlerde bulunmak;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Yatağın seviyesi uygun olmalı, yatak kenarlıkları olmalı,</li> <li>*Hastanın ihtiyaç duyacağı eşyalar uzanıp alabileceği yakınlıkta ve görüş açısı içerisinde olmalı,</li> <li>*Hasta yardama ihtiyaç duyduğunda uzanıp barabileceği bir çağrı aleti olduğunu bilmeli ve hasta bu çağrı aletini kullanması konusunda teşvik edilmeli,</li> <li>*Eğer görme bozukluğu varsa; hastanın bulunduğu ortama oryantasyonu sağlanmalı, çevresi, odası ve mobilyaları hareketine engel olmayacak şekilde dizayn edilmeli,</li> <li>*Hasta sandalyede oturtulduğunda düşmemesi için kemer kullanılmalı,</li> <li>*Hasta ayağa kaldırıldığında ayağına uyan, alçak topuklu ve kaymayan ayakkabı veya terlik giydirilmeli,</li> <li>*Zeminde takılıp düşmeye neden olacak objeler ortadan kaldırılmalı</li> <li>*Hasta güçsüz ve ayakları üzerinde durmakta zorlanıyorsa ayakta durmayı desteklemek için walker, baston gibi yardımcı araçlar kullanılmalı</li> <li>*Fizik tedavi uzmanının önerileri doğrultusunda doğru transfer ve ambulasyon teknikleri kullanılmalı,</li> <li>*Hastaya aktiviteleri için zaman tanınmalı, acele ettirilmemeli,</li> <li>*Hasta banyo yaparken kaygan zemine dikkat edilmeli, banyo yaparken sandalyeye oturmalı, çağrı aleti, tutunma çubuğu ve yeterli aydınlatma olmalı,</li> <li>*Hastanın dengesini geliştirmek için yatak dışında hastanın etkilenen kolu askıya alınmalı,</li> </ul> <p>2.Yanıkları önlemek için girişimlerde bulunmak;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Yiyecek ve içecekleri ılık verilmeli,</li> <li>*Hasta sigara içiyorsa bu esnada kontrol edilmeli</li> <li>*Hasta banyo yapmadan önce suyun sıcaklığı kontrol edilmeli</li> </ul> <p>3.Kesilmeleri önlemek için, hastanın yapabileceği motor davranışları değerlendirmek (tırnak gibi),</p> <p>4.Hastada etkilenen tarafta spastisite gelişmiş ise; order edilen kas gevşetici ilaçları uygulamak.</p> <p>b) Yaralanmaların önlenmesi için alınan önlemlere hasta ve yakınlarını dahil etmek.</p>

## Hemşirelik Tanıları

### 11- Aspirasyon riski

- ✓ Yutma bozukluğu, öksürme ve öğürme refleksinin baskılanmış olması ve bilinç düzeyinin azalması bağlı

## Hedefler (desired outcome)

- Hastanın yiyecek, içecek ve sekresyonları aspire etmemesi;
- ✓ Solunum seslerinin açık/belirgin/temiz olması,
  - ✓ Öksürük, takipne ve dispnenin olmaması.

## Planlama / Uygulama

- a) Sekresyonları, yiyecekleri veya içecekleri aspire etme belirti ve bulgularını değerlendirmek (ör; akciğerler seslerinin bozulması, öksürük, dispne, takipne, taşikardi vb.)
- b) Aspirasyon riskini azaltmak için önlemler almak;
- \*Eğer hastada öğürme refleksi yok veya baskılanmış ise, ciddi yutma güçlüğü varsa, hastanın bilinci açık değilse ağızdan beslememek*
- \*Aşırı sekresyonu uzaklaştırma için, sekresyonlar aspire etmek ve sık sık ağız hijyeni sağlamak,*
- \*Hasta tüple besleniyorsa;*
- Her beslemeden önce tüpün yerinde olup olmadığı kontrol etmek
  - Tüple beslenirken besinleri yavaş vermek,
  - Aksi bir durum olmadıkça hasta beslendikten sonra, en az 30 dk. fowler pozisyonunda tutmak,
- \*Eğer hasta oral alıyorsa;*
- Yutma yeteneğini geliştirmek için girişimlerde bulunmak (Bak.Tanı 2. b)
  - Yemek için bol zaman vermek, acele etmemek,
  - Hastaya yemek ve sıvı alımlarında konuşmaması ve gülmemesini söylemek,
  - Aksi bir durum olmadıkça hastanın yemeğini yedikten sonra, en az 30 dk. fowler pozisyonunda oturması sağlamak,
  - Beslendikten sonra ağızda yiyecek artıklarının kalmaması için hastaya ağız bakımı vermek,
- c) Eğer hastada aspirasyon belirti ve bulguları varsa;
- Oral alımı kesmek,
  - Trakeal aspirasyon yapmak,

**Hemşirelik Tanıları****12- Etkisiz baş etme (baş etmede yetersizlik)**

- ✓ Korku, anksiyete, depresyon, sözlü iletişim yeteneğinde azalma, motor ve duyu fonksiyonlarında değişim, düşünce süreci, yaşam stili ve rollerdeki değişim, uzun rehabilitasyon sürecine

**Hedefler**

Hastanın etkili baş etme stratejileri kullanması;

- ✓ Hastalığın etkileri ile baş etme yeteneğinin gelişmesi,
- ✓ Uygun problem çözme tekniklerini kullanması,
- ✓ Tedavi planına katılma ve temel ihtiyaçlarını karşılamada istekli olması,
- ✓ Savunma mekanizmalarını uygun şekilde kullanması,
- ✓ Mevcut destek sistemlerinden yararlanması

**Planlama / Uygulama**

a) Etkisiz baş etme belirti ve bulguları değerlendirmek (ör; iletişim kurmada ve yardım arayışında isteksiz olma, beklentileri karşılamada, problem çözmede, basit ihtiyaçları karşılamada yetersizlik, uykusuzluk, tedavi planına katılmada isteksizlik, kendini geri çekme, uygun olmayan savunma mekanizmaları kullanma vb). Hastanın alguları dikkatli değerlendirilmeli. bazı davranışların nörolojik değişiklikler sonucu olduğu unutulmamalı.

b) Hastanın şu anki durumunu nasıl algıladığını değerlendirmek,

c) Etkili baş etmeyi sağlamak için önlemler alınmak;

*\*Hastanın tedavi planına, tanısına, hastalığın yaşam stili ve rolleri üzerinde bıraktığı etkilere alışması için zaman tanımak,*

*\*İletişimi kolaylaştırıcı eylemlerde bulunmak (Bkz. Tanı 5.b),*

*\*Anksiyete ve korkuyu azaltıcı girişimlerde bulunmak,*

*\*Hastanın mevcut durumu ile baş etmeyi kolaylaştırmak için kişinin güçlü yanları ve kaynaklarını belirlemek için yardım etmek,*

*\*Tedavinin etkileri konusunda gerçekçi beklentiler oluşturulmasını sağlamak;*

- Hastanın bağımsız olarak başarabildiği aktivitelere odaklanılmalı,
- Güçsüz yanlarının zamanla gelişebileceği hakkında cesaretlendirilmeli,
- Fizik tedavi, konuşma ve iş terapilerinin olumlu etkilerinden yararlanılmalı

*\*Etkili problem çözme tekniklerini öğretmek,*

*\*Hastanın yaşantısı ile ilgili gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler belirlemesine yardımcı olmak,*

*\*Hastanın ev ortamını düzenleme konusunda destek olmak (hastanın aktivitelerini kolaylaştıran düzenlemeler yapılabilir).*

*\*Hastanın dinsel inançları, destek sistemlerini gözden geçirerek destek sağlamak*

*\*Hastayı hoşlandığı aktivitelere yönlendirmek (ör; müzik dinleme, vb),*

*\*Order edildiği takdirde antidepressif ilaçlar verilebilir,*

*\*Eğer hastanın baş etmede sıkıntısı devam ederse diğer sağlık profesyonellerinden (psikiyatri hemşiresi, klinik doktoru vb) yardım almak.*



**Hemşirelik Tanıları****13- Aile içi ilişkilerde bozulma**

- ✓ Hasta aile üyesinin sözel, motor ve algı bozukluğu ile ilişkili olarak aile rol ve yapısında değişikliğe bağlı,
- ✓ Uzun dönem rehabilitasyon ihtiyacına bağlı gelişebilir

**Hedefler**

Aile üyelerinin değişen aile yapısına ve rollere alışması/uyum göstermesi;

- ✓ Hastanın ihtiyaçlarının karşılanması,
- ✓ Yaşam stili ve rol değişimlerine adaptasyonun sözel olarak ifade edilmesi,
- ✓ Hastanın rehabilitasyon ve karar verme sürecine aktif katılımın sağlanması,
- ✓ Aile üyelerinin birbirleriyle pozitif iletişimin sağlanması.

**Planlama / Uygulama**

- a) Aile işlevlerinde aksaklığı gösteren belirti ve bulguları değerlendirmek (ör; hastanın ihtiyaçlarını karşılamada yetersizlik, hasta tanısını kabul edememe, ailedeki rol/sorumluluk ve yaşam biçimi değişimleri yapamamak; karar vermeye yetersizlik, hastanın rehabilitasyona katılmasını ret etme ve aile bireyleri arasında olumsuz etkileşim),
- b) Aile üyelerinin birbirinden beklentilerini belirlemeye yardımcı olmak,
- c) Hastanın tanısına alışma, aile sistemi içerisindeki hasta fonksiyonlarındaki değişim ve aile üyelerinin rol değişimlerine alışma sürecini kolaylaştırıcı eylemler planlamak;
  - \*İnme hakkında düşüncelerini ve inmenin aile yaşantısına etkisini sözel olarak ifade etmelerini sağlamak; aile üyelerini dinlemek, hissettiklerini paylaşmak,
  - \*Doktorun inme hakkında açıklamaları, tedavi ve rehabilitasyon sürecine katılmaları için güçlendirmek,
  - \*Hastanın durumu hakkında aile üyelerine gerçekçi bilgiler vermek, gerçekçi olmayan, ümit verilmecinden kaçınmak,
  - \*Aile üyeleri ve hastanın duygularını/hissettiklerini paylaşmaları konusunda destek olmak (uygun iletişim tekniği kullanılarak),
  - \*Aile bireylerinin hastanın ihtiyaçlarından arta kalan zamanlarda kendi ihtiyaçlarına odaklanmaları için teşvik etmek, desteklemek,
  - \*Aile üyelerinin ihtiyaçlarının karşılanmasını önemini vurgulamak; yeterli dinlenmeyi ve beslenmeyi sağlamak, stres yönetimi tekniklerini öğretmek, böylece hastanın bakımını sağlarken duygusal ve fiziksel olarak daha güçlü olmalarını sağlamak,
  - \*Ailenin baş etme stratejilerini değerlendirmek ve etkili baş etme stratejileri kullanmaları konusunda cesaretlendirmek, yardım etmek,
  - \*Aile üyelerinin gerçekçi hedefler belirlemesine ve bu hedeflere ulaşmalarına yardımcı olmak,
  - \*Aile üyelerini hastanın bakımına, tedavisine ve rehabilitasyon sürecine katılmaları konusunda teşvik etmek,
  - \*Aile üyelerini uzun dönem bakım sürecinde desteklemek için uygun kaynaklara yönlendirmek (danışmanlık hizmetleri, sosyal hizmetler, psikolojik ve dini destek, dinlenmelerini sağlayacak düzenlemeler, destek gruplarına katılmaları gibi...).
- d) Aile üyeleri bakım sürecinde sorun yaşadıklarında yada uyum sağlamada sorunlar devam ettiğinde uygun sağlık profesyonellerinden destek alınmasını sağlamak (psikiyatri hemşiresi, klinik doktor, psikolog vb).

## Hemşirelik Tanıları

**14- Dengesiz beslenme:** vücut gereksiniminden az

- ✓ Oral alımın azalması
- ✓ Çiğneme, yutma güçlükleri,
- ✓ Kendi kendine beslenememesine bağlı gelişebilir

## Hedefler (desired outcome)

Hastanın yeterli beslenmesinin sağlanması,

- ✓ Hastanın normal kilo sınırlarında olması,
- ✓ Hastanın serum albümin, prealbümin, Hct, Hb, vb değerlerinin normal sınırlarda olması,
- ✓ Hastanın güçlenmesi ve aktivite toleransının artması,
- ✓ Sağlıklı oral membran mukozasının olması.

## Planlama / Uygulama

- a) Hastanın yemekleri ve ara öğünlerini değerlendirmek, yetersiz alımları tespit etmek, hastanın yeterli beslenmesini sağlamak,
  - b) Oral alımı geliştirici girişimler planlamak;
- \*Hastanın diyeti düzenlenirken; kişisel özellikleri ve kültürel özelliklerini göz önünde bulundurmak ve mümkün olduğunca yiyecek ve içecekleri seçmesine imkan tanımak,*
- \*Hazımsuzluk, mide doluluğu ve gaz sancısını değerlendirmek,*
- \*Hastanın tolere edebildiği düzeyde aktivitelerini arttırmak (aktiviteler; genellikle hastanın kendini iyi hissetmesini sağlar, iştahını açar, midenin boşalmasını ve gaz çıkâyetinin azalmasını sağlar),*
- \*Rahat ve temiz bir çevre sağlamak,*
- \*İzolasyon ve yalnızlık duygusunu azaltmak için girişimlerde bulunmak (böylece hastanın iyi olması sağlanır ve iştahı artar),*
- \*Eğer hasta zayıf ve bitkin ise yemeklerden önce dinlenmesini sağlamak,*
- \*Hastanın iştahı yoksa zayıf ve yorgun ise; öğünleri az ve sık aralıklarla olacak şekilde planlamak,*
- \*Yemeklerden önce oral hijyen sağlamak (oral hijyen ağız nemlendirir, çiğneme ve yutmayı kolaylaştırır, yiyecek ve içeceklerde daha iyi tat almasını sağlar),*
- \*Yiyecek ve içecekler servis edilirken güzel ve çekici hazırlanmalı (yemeklerin hastaya güzel kokması iştahını arttırır),*
- \*Aksi bir durum yoksa hastanın sevdiği yiyecekler hazırlanmalı böylece hastanın iştahı artabilir,*
- \*Eğer hasta çiğnemesinde zorlanıyorsa, besinler püresi haline verilebilir,*
- \*Yemekler uygun ıstida servis edilmeli böylece hastaya daha cazip gelebilir,*
- \*Hasta yemekle ilgili deneyimlerini paylaşması konusunda cesaretlendirilmeli,*
- \*Sevmediği yiyeceklere alternatif olabilecek yiyecekler listesi verilebilir,*
- \*Yeterli kalori alımı yoksa, diyetisyenle görüşülerek yüksek proteinli beslenme solüsyonları önerilebilir.*
- Eğer haftada 0.5-1 kg'dan fazla kilo kaybı varsa, diyetisyen ile görüşülmeli,
  - Hasta yeteri kadar ağızdan beslenmiyorsa, doktora bilgi verilerek alternatif yöntemler uygulanabilir (parenteral beslenme, PEG açılması vb).

**Hemşirelik Tanıları****15- Fekal eliminasyonda değişiklik**

- ✓ Hastalık sürecinde anksiyete ve aktivitelerin azalmasına bağlı gastrointestinal hareketliliğin azalması,
- ✓ Tuvalete gitmede yetersizlik, sürgü ve bez kullanımına bağlı,
- ✓ Abdominal kasların zayıflığına bağlı,
- ✓ Lif ve sıvı alımının azalması bağlı gelişebilir.

**Hedefler (desired outcome)**

Hasta da konstipasyonun olmaması;

- ✓ Normal sıklıkta ve kıvamda defekasyon yapılması,
- ✓ Abdominal distansiyonun ve ağrının olmaması,
- ✓ Rektal doluluk ve basıncın hissedilmemesi,
- ✓ Defekasyon sırasında sıkıntı yaşamaması.
- ✓ Laksatif/lavman ya da supozituvaya gereksinimin azalması/olmaması,

**Planlama / Uygulama**

- a) Konstipasyona neden olan risk faktörlerini değerlendirmek,
- \*Hastanın normal barsak boşaltım alışkanlığı değerlendirilir,
  - \*Lifli gıdalar alması sağlanır,
  - \*Dışkılama zamanı düzenlenir (her gün aynı saatte ve yemeklerden sonra tuvalete kaldırma/sürgü verme vb.),
  - \*Sürgü yerine mümkünse komod/klozet kullanımına yardım edilir,
  - \*Defekasyon hissi olduğunda mümkün olduğunca ertelememesi önerilir,
  - \*Barsak boşaltımında egzersizin önemi açıklanır,
  - \*Tuvalete kaldırma/sürgü verme durumunda hastanın gizliliği sağlanır,
  - \*Boşaltım sonrası perine temizliğine özen gösterilir,
  - \*Uzun süreli analjezik ilaç kullanan hastalarda hekim istemi ile laksatifler uygulanır.
  - \*Eğer dışkı tıkanıklığı oluşmuşsa hekim istemine göre rektal yoldan mineral tıkk yağ verilir ve eldiven ile sert dışkı parçalanarak çıkarılabilir
- b) Konstipasyonu önleyici önlemler alınır;
- \*Defekasyon hissi duyduğu anda tuvalete gitmesi konusunda teşvik edilir,
  - \*Kontrendike bir durum yoksa hasta defekasyon için sürgüde yüksek fowler pozisyonuna getirilir,
  - \*Öncelikle hasta rahat olması konusunda cesaretlendirilir ve tuvalette uzanabileceği bir çağrı sistemi kurulması sağlanır,
  - \*Hastaya defekasyon için, yemeklerden sonra ya da günde belirli bir saat belirlenmesi gerektiği açıklanır,
  - \*Hasta lif değeri yüksek besinler tüketmesi konusunda teşvik edilir,
  - \*Kontrendike bir durum yoksa hastanın günde en az 1500-2000 ml sıvı tüketmesi sağlanır,
  - \*Sabahları aç iken sıcak içecekler tüketebilir,
  - \*Tolere ettiği düzeyde aktivite yapması önerilir,
  - \*Kontrendike bir durum yoksa abdominal gücü artırıcı aktiviteler planlanır,
  - \*Reçete edilmesi durumunda laksatif kullanılabilir.

## Hemşirelik Tanıları

### 16- Korku/anksiyete

- ✓ Sözel iletişim ve/veya motor ve algılamada bozulmaya,
- ✓ Hastalık sürecini anlamada eksikliğe,
- ✓ Tanı testleri ve tedavi sürecine,
- ✓ Gelecek kaygısına,
- ✓ -Yaşam biçimi ve rol değişimine
- ✓ Ekonomik sorunlara bağlı gelişebilir.

## Hedefler

- Hastanın korku ve anksiyetesinin azaltılması;
- ✓ Anksiyete duygusunu sözlü olarak ifade etmesi,
  - ✓ Genel olarak uyuyabilmesi,
  - ✓ Vücut hareketlerinde rahatlama hissetmesi,
  - ✓ Vital bulgularının stabil olması,
  - ✓ Diğer kişilerle iletişim kurabilmesi.

## Planlama / Uygulama

- a) Korku ve anksiyete belirti ve bulgularını değerlendirmek (ör; anksiyete duygularını sözel olarak ifade etmesi, uykusuzluk, gerginlik, titreme, huzursuzluk, terleme, kan basıncının yükselmesi, odaklanamama vb), Gerekirse depresyonunu belirlemek için duyarlılığı-seçiciliği yüksek depresyon skalası kullanmak,
- b) Korku ve anksiyeteyi azaltmada alınması gereken önlemler;
  - \*Hastanın çevreye, rutinelere ve evdeki araç gereçlere uyumunu sağlamak,
  - \*Bakıma kimin katılacağı belirlemek ve mümkünse aynı kişinin bakımı yapmasını sağlamak,
  - \*Hastayla iletişim kurulurken sıcak, destekleyici, güvenli bir tutum sağlamak,
  - \*Korku ve anksiyetesini sözlü olarak ifade etmesini teşvik etmek; geri bildirim vermek,
  - \*Ağrının azaltılması için girişimlerde bulunmak,
  - \*Sıcak ve dinlenebileceği bir çevre hazırlamak,
  - \*Hastaya rahatlama teknikleri hakkında eğitim vermek,
  - \*Hastaya özel stresörleri belirlemek ve baş etme yöntemlerini öğretmek
  - \*Hastanın dinsel ihtiyaçları hakkında konuşmak, bu konuda desteklemek
  - \*Hastanın önceliklerini belirlemek ve toplumsal destek kaynaklarına yönlendirmek.

## Hemşirelik Tanıları

### 17- Cinsel işlevde bozulma

- ✓ Fiziksel çekiciliğin kaybı hissi ile birlikte, reddedilme korkusu,
- ✓ Cinselliği ifade etmede yetersizlik,
- ✓ Üriner inkontinans,
- ✓ Vajinal değişimler (ör; vajinal sıvının azalması, vajinal duvar elastikiyetinde azalma ve kayıp, vb),
- ✓ İktidarsızlığa bağlı çekinme utanma (erekte olma süresinin azalması, hastalık sürecinden etkilenme vb). bağlı gelişebilir.

## Hedefler

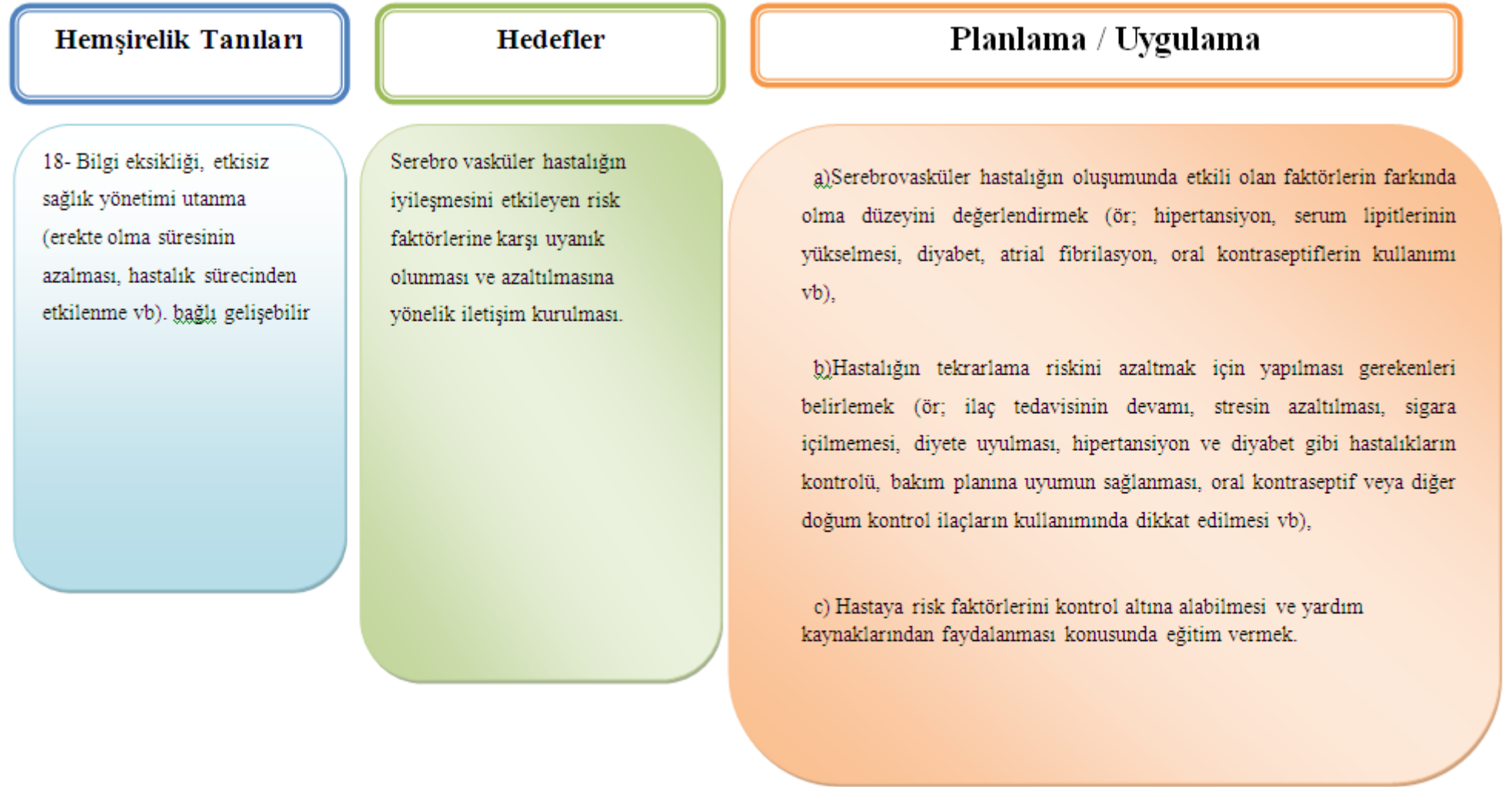
Hastanın eşiyle birlikte değişen duruma

adaptasyonunun sağlanması,

- ✓ Cinselliği kabul etmesi ve algılarını sözlü olarak ifade etmesi,
- ✓ Cinsel fonksiyonlarının hastalıktan etkilenme durumuna alışması.

## Planlama / Uygulama

- a) Cinsel değişim semptomlarını değerlendirmek (ör; sınırlılıklar, zorluklar, cinsel aktivitelerde ve davranışlardaki değişimlerin vb),
- b) Son zamanlardaki cinsel istekteki değişimleri değerlendirmek ve cinsel fonksiyonların değişimiyle ilişkili bilgi vermek,
- c) Hastalıkla ilişkili cinsel fonksiyonlardaki değişimler hakkında bilgi vermek (ör; cinsel tepkiler yavaşlayabilir veya aşırı olabilir, vajinal sıvı azalabilir, erekte olma problemi yaşanabilir vb),
- d) Hasta ile eşi arasında iletişim kurmada yardımcı olmak, hissedilen duyguların ifade edilmesini ve paylaşılmasını sağlamak,
- e) Cinsellik ile ilgili yaratıcı yöntemler tavsiye etmek (masaj, fantezi vb),
- f) Gerekirse konuyla ilgili bir uzmana yönlendirmek.



**KAYNAKLAR**

- Balkan, S. (2009). *Serebrovasküler Hastalıklar* (3. Baskı) Ankara: Öncü Basımevi.
- Barker, E. (2006). The Patient With Neurological Dysfunction, In: Rice R. (Ed) *Home Care Nursing Practice*. (4th Ed.) Mosby, pp: 302-315.
- Department of Health. (2007). National stroke strategy. Erişim: 10.01.2013. <http://tinyurl.com/2rhrhr>
- Han, B., Haley, W.E. (1999). Family caregiving for patients with stroke. *Stroke*. 30(7), 1478-85.
- Heart Disease and Stroke Statistics. (2013). Report from the American Heart Association. *Circulation*. Erişim: 10.01.2013. <http://circ.ahajournals.org/content/127/1/e6>
- Intercollegiate Stroke Working Party. (2012). *National Clinical Guideline for Stroke* (4th Ed.) London: Royal College of Physicians.
- Karadağ, A. (2003). Basınç ülserleri: değerlendirme, önleme ve tedavi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 7(2), 41-48.
- Karakurt, P., Kaşıkçı, M. (2008). İnmeli Bir Olgunun Yaşam Modeline Göre İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 11(1), 76-84.
- Kumral, E. (2005). *İnme Epidemiyolojisi. Serebrovasküler Hastalıklar*. (2. Baskı) Ankara: Güneş Kitabevi, ss: 39-56.
- Mohan, K.M., Wolfe, C.D.A., Rudd, A.G., Heuschmann, P.U., Kolominsky-Rabas, P.L., Grieve, A.P. (2011). Risk and cumulative risk of stroke recurrence. *Stroke*. 42(5), 1489-94.
- Tuzer, V. (2001). Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımı. *Klinik Psikiyatri*. 4(3), 193-202.
- Ulrich, S.P., Canale, S.W. (2005). *Nursing Care Planning Guides*. (6th Ed.), United States of America. pp: 225-243.
- Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Proje Raporu. Erişim tarihi: 17.01.2013. <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf>.