



HEMŞİRELİK BİLİMİ  
Dergisi

Journal of  
NURSING SCIENCE



## Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of NursingScience

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

### Olgu Sunumu

## Diyabetik Ayak Flep-Greft Onarımı Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı:Olgu Sunumu

### Nursing Care According To Functional Health Patterns Of Diabetic Foot Flap-Graft Repair: Case Report

Canan ERAYDIN <sup>\*</sup>,<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ZONGULDAK

#### ÖZET

Diyabetli bireylerde diyabetik ayak ülserleri gelişme riski sağlıklı bireylere göre %15 daha fazladır. Diyabetik ayak ülserleri, bireylerde fiziksel, duygusal ve sosyal işlevleri azaltmasının yanı sıra, ekonomik açıdan da maliyetli olabilmektedir. Diyabetik ayak ülserlerine karşı multidisipliner bir yaklaşım izlendiğinde, ekonomik yükü azaltacak ve yaşam kalitesini arttıracak tahmin edilmektedir. Multidisipliner yaklaşımın ilk adımı, diyabetin sistemik yönünü kontrol etmektir. Diyabetik ayak ülserleri, yarının büyüklüğü ve derinliğinin sürekli takibi, nitelikli yara bakımı, ödem ve enfeksiyon kontrolü, yara gelişimine uygun malzeme kullanımı, uygun debridman yöntemi, negatif basınçlı yara tedavileri ve hiperbarik oksijen tedavisi ile sonuç alınmayan diyabetik ayak ülserlerinde flep-greft rekonstrüksiyon prosedürünün uygulanmasını gerekli kılar. Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri, veri toplama konusunda sistematik ve standart bir yaklaşım oluşturmak ve hemşirenin sağlık ve insan yönünden 11 fonksiyonel alanda hastaya bütüncül olarak bakım vermesi konusunda olanak sağlamaktadır. Olgu, kapsamlı ve standardize edilmiş veri toplama yöntemleri ve hemşirelerin hasta bakımında daha kapsamlı bir değerlendirme yapması, hemşirelik sürecini uygulayabilmeleri için kullanılmak üzere tanımlanmış bir süreç olup, 15 yıldır diyabeti olan ve diyabetik ayak nedeniyle flep-greft onarımı yapılan hastaya hemşirelik bakımı ele alınırken Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri hemşirelik bakım modeli, NANDA hemşirelik tanıları ile değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabetik Ayak, Hemşirelik bakımı, Deri Grefti, Fonksiyonel sağlık örüntüleri, Hemşirelik tanısı

#### ABSTRACT

The risk of developing diabetic foot ulcers in people with diabetes is 15% higher than in healthy individuals. Diabetic foot ulcers can reduce the physical, emotional and social functions of individuals and can be costly in terms of economics. When a multidisciplinary approach to diabetic foot ulcers is followed, it is estimated that it will reduce the economic burden and improve the quality of life. The first step of the multidisciplinary approach is to control the systemic aspect of diabetes. Diabetic foot ulcers, continuous monitoring of the size and depth of the wound, qualified wound care, edema and infection control, the use of materials suitable for wound development, appropriate debridement method, negative pressure wound treatments and hyperbaric oxygen therapy can not be achieved in the diabetic foot ulcers in the implementation of the flap-graft reconstruction procedure required. Gordon's functional health patterns provide a systematic and standardized approach to data collection and enable the nurse to provide comprehensive care to the patient in 11 functional areas of health and humanity. Case, comprehensive and standardized data collection methods and a more comprehensive evaluation of nurses' patient care The nursing care model of Gordon's functional health patterns were evaluated with NANDA nursing diagnoses while the nursing care of the patient who had diabetes for 15 years and a flap-graft repair due to diabetic foot was taken into consideration.

**Keywords:** Diabetic Foot, Nursing Care, Skin Grafting, Functional Health Patterns, Nursing Diagnosis

\*Sorumlu Yazar: Canan ERAYDIN  
Adres: Bülent Ecevit Üniversitesi İbn-i Sina Kampüsü Sağlık Bilimleri Fakültesi 67600-Zonguldak, TÜRKİYE  
e-posta: [eraydincanan@gmail.com](mailto:eraydincanan@gmail.com)

Geliş tarihi: 12.02.2019 Düzeltme Tarihi: 03.04.2019 Kabul tarihi: 24.05.2019

## Giriş

Dünyada yapılan istatistiklere göre, diyabetli bireylerin yaklaşık %3-4'ü diyabetik ayak ülseri oluşması açısından, sağlıklı bireylere göre diyabetik ayak ülseri gelişme insidansı yaşamları boyunca %15 daha fazladır(Hong, 2006). Diyabetik ayak ülserleri, bireylerde fiziksel, duygusal ve sosyal işlevleri azaltmasının yanı sıra, ekonomik açıdan da maliyetli olabilmektedir (Saar, 2005). Ayrıca, büyük amputasyonlardan sonraki 5 yıllık ölüm oranı % 39 ile % 80 arasında değişebilir. Bu nedenle, diyabetik ayak ülserlerine yönelik kurtarma, ekonomik yükü azaltacağı ve yaşam kalitesini artıracığı için önemini korumaktadır(Hong, 2012). Diyabetik ayak ülserlerinin tedavi edilmesinde multidisipliner bir yaklaşım izlenmelidir (Hong, 2006). Multidisipliner yaklaşımın ilk adımı, diyabetin sistemik yönünü kontrol etmektir. Diyabetli olan hastalarda malnütrisyon, kronik böbrek yetmezliği ve hipertansiyon sıklıkla görülür. Hastanın sistemik durumu bütüncül olarak değerlendirildiğinde, hastanın genel durumuna bağlı olarak; periferik vasküler durum; kemik anormallığı; yara derinliği, yeri ve süresi; kronik osteomyelit tutulumu; ve hasta motivasyonu, çeşitli yaralar cerrahi prosedürlerle tedavi edilebilir(Hong, 2012). Diyabetik ayak ülserleri, yaranın büyüklüğü ve derinliğinin sürekli takibi, nitelikli yara bakımı, ödem ve enfeksiyon kontrolü, yara gelişimine uygun malzeme kullanımı, uygun debridman yöntemi, negatif basınçlı yara tedavileri ve hiperbarik oksijen tedavisi ile sonuç alınamayan diyabetik ayak ülserlerinde flep-greft rekonstruksiyon prosedürünün uygulanması gerekli kılar (Topalan 2015). Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri, veri toplama konusunda sistematik ve standart bir yaklaşım oluşturmak ve hemşirenin sağlık ve insan yönünden 11 fonksiyonel alanda hastaya bütüncül olarak bakım vermesi konusunda olanak sağlamaktadır (Karaca, 2016). Olgu, kapsamlı ve standardize edilmiş veri toplama yöntemleri kullanılması ve hemşirelerin hasta bakımında daha kapsamlı bir değerlendirme yapması, hemşirelik sürecini uygulayabilmeleri üzere tanımlanmış bir süreç niteliğinde olup olgu için ele alınan hemşirelik tanıları tablo 1' de verilmiştir.

Bireylerin temel ihtiyaçlarını 11 fonksiyonel alanda ele alan bu model bireyleri bütüncül bağlamda tüm yönleriyle ele alarak değerlendirmektedir (Erdemir, 2012; Herdman, 2014). Olgu, 15 yıldır diyabet olan ve diyabetik ayak nedeniyle flep-greft onarımı yapılan hastaya hemşirelik bakımı ele alınırken Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri hemşirelik bakım modeli (Herdman, 2014) ve NANDA hemşirelik tanıları (Erdemir, 2012) ile değerlendirilmiştir.

## Olgu

### Sosyo-Demografik Özellikler

N.S. 47 yaşında, ev hanımı, boşanmış, yalnız yaşayan bir hastadır.

### Geçmiş Sağlık Hikayesi

N.S.'nin Sağ ayak 1. parmak (ampütasyon) opere edilmiş ve TDP (taze dondurulmuş plazma)(belirti olarak; tüm vücutta kızarıklık kaşıntı kabarma) alerjisi olduğu bilinmektedir. N.S. 15 yıl önce diyabet tanısı almış, 6 yıldır da hipertansiyon teşhisi ile tedavi edilmektedir.

## Şimdiki Sağlık Hikayesi

15 yıldır diyabeti olan hasta 3 ay önce ayağına diken batması sonucu sağ ayakta bül oluşumu (su toplanması) gözlenmiştir. Hastanın bu durumu fark etmemesi sonucu bülün patlamasıyla ayakta açık yara meydana gelmiştir. İlk oluşum meydana geldiğinde bu yarayı önemsemeyen hasta yaranın kötüleşmesi üzerine kliniğe başvurmuştur. Medikal tedavi sonrasında yaraları iyileşmeyen hasta durumunun kötüye gitmesi (yaranın büyümesi, kötü kokulu sarı akıntı) üzerine Eğitim Araştırma Hastanesine sevk edilmiştir.

20/03/2018 tarihinde enfeksiyon servisine yatan hastaya 10 gün medikal tedavi uygulanmıştır. Daha sonra sağ ayak 1. parmak amputasyonu için ortopedi servisine gönderilmiştir, 26 gün yatan hasta yarasının iyileşmemesi üzerine 01/05/18 tarihinde flep-greft operasyonu yapılması amacıyla plastik ve rekonstruktif cerrahi servisine yatırılmıştır. Hastanın servise yatırıldığı anda sağ ayak 1. Parmak ampute, sağ ayak 2. parmak ucu nekrotik doku(3mm) mevcut durumdaydı.

Tıbbi tanıları: Diyabetik Ayak Sendromu+Osteomyelit, Hipertansiyon

### Olgu Sunumunun Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine göre Değerlendirilmesi

#### Sağlığın Yükseltilmesi

Hastanede yatış süresinin uzaması, yara iyileşmesinin gecikmesi ve osteomyelit sebebiyle hastanın banyo ihtiyacını karşılayamaması, hijyenik kuralları yerine getirememesi (ağız bakımı, ayak bakımı) hastada özbakım eksikliği ile sonuçlanır.

**Hemşirelik tanısı 1** Özbakım Eksikliği Sendromu(NANDA Alanı 4: Aktivite/Dinlenme, Sınıf 2: Özbakım) (Lewis, Heitkemper , Dirksen , O'Brien , Bucher, 2007; Erdemir, 2014)

#### Beklenen sonuçlar

Hastanın yemek yeme, giyinme, tuvalet banyo aktivitelerine sözel olarak katılmak istediğini ifade etmesi, özenli ve ilgili bir destekten sonra optimal hijyen sergilemesi, öz bakımını kendi başına devam ettirmesidir.

#### Hemşirelik girişimleri

Hastanın rahat yemek yiyeceği pozisyon almasına yardım edilmesi; hastanın tuvalete gitme, banyo yapma gibi ihtiyaçları olduğunda gerekli destek ve ekipmanlar (tekerlekli sandalye) sağlanması, saç banyosu(haftada 2 kez) ve vücut silme banyosunun(her gün) hemşire tarafından planlanan sıklıkta yaptırılması ve hastanın yapılan girişimlere teşvik edilmesi, hastaya düzenli ağız bakımı alışkanlığı kazandırılması açısından: ilk olarak; - Sodyum bikarbonat + 50cc SF ile ağız bakımı sağlanması, diş fırçası ve macun ile fırçalama alışkanlığı kazandırılmaya çalışılmıştır (Gulanick ve Meyer, 2014).

#### Değerlendirme

“Özbakım Eksikliği” tanısına yönelik olarak, hastaya haftada 2 kez saç banyosu yaptırıldı, hastanın da bakıma katılması sağlandı ve vücut silme banyosu her gün, hasta taburcu oluncaya kadar devam ettirildi Güvenli bir ortam sağlanarak hasta daha temiz olan özel odaya yatırıldı. Hastanın düzenli ağız bakımına uyum sağlaması kolaylaştırıldı. Günün belli saatlerinde (sabah 10:00 ve akşam 20:00) ağız bakımı uygulaması hastanın da katılımı sağlanarak verildi. N.S. verilen eğitimlere gerekli uyumu gösterdi, özellikle saç banyosu

verirken ve vücut bakımı yaparken optimal düzeyde bakıma katılımı sağlandı.

N.S., düzenli sağlık kontrolü yaptıramadığını, egzersiz olarak sadece ev işleri yaptığını, alkol, sigara vs daha önce kullanmadığını ifade etti. Parmak amputasyonu nedeniyle ağrı yaşadığını, bu durumun onu rahatsız ettiğini ağrı kesici almadan ağrısının hiçbir şekilde geçmediğini belirtti. VAS Ağrı skalasına göre hasta değerlendirildiğinde ağrı skalası puanı 5 olarak belirlenmiştir.

**Hemşirelik tanısı 2** Akut Ağrı (NANDA Alanı 12: Konfor (rahatlık), Sınıf 1:Fiziksel konfor) (Lewis ve ark., 2007; Erdemir, 2014)

#### **Beklenen sonuçlar**

Hastanın ağrısının minimum düzeye indirilmesi ve/veya hastanın ağrı derecesinde azalma olduğunu sözel olarak iletmesidir.

#### **Hemşirelik girişimleri**

N.S. 'nin ağrısının yeri, şiddeti ve niteliğinin, dinlenme halinde ve hareket halindeyken ne kadar ağrı yaşadığı, hareket ettikçe ve zaman geçtikçe ağrının nasıl değişiklik gösterdiği, derecesinin değerlendirilmesi; ağrıyı arttıran ya da azaltan durumların değerlendirilmesi; duruma uygun aktif dinlenmenin yapılması hekim isteminde yer alıyorsa analjezik uygulanması ve analjezi sonrası sonuçlarının değerlendirilmesi; hasta için istenmeyen durum geliştirmiyorsa ağrının kontrolü için kas gevşeme egzersizleri, pozisyon değiştirme, dikkat dağıtma, bölge etrafına masaj gibi farmakolojik olmayan yöntemler uygulanacaktır (Wilkinson, 2018).

#### **Değerlendirme**

N.S.nin VAS ağrı skalasına göre ağrı derecesinin 5 olduğunu, ağrının ampute edilen noktada olduğunu, hareket ettirince ağrının şiddetlendiğini ifade etti(somatik ağrı). Hastanın ifadelerine uygun uzuvda aktif dinlenme sağlandı. Belli aralıklarla dolaşımı rahatlatmak amacıyla hareketi sağlandı. Hasta ağrısının analjezik uygulandıktan sonra 2' ye düştüğünü ifade etti.

N.S. günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı olarak gerçekleştirmektedir. Ayrıca sıklıkla ortostatik hipotansiyon yaşaması ve sağ ayak parmağı ampute olduğu için düşme riski bulunmaktadır. İtaki düşme riski toplam puanı 14 olarak hesaplanmış olup hasta için 'yüksek risk' değerlendirmesi yapılacaktır.

**Hemşirelik tanısı 3** Düşme riski (NANDA Alanı 11: Güvenlik/Korunma, Sınıf 2: Fiziksel yaralanma) (Lewis ve ark., 2007; Erdemir, 2014).

#### **Beklenen sonuçlar**

Hastayı travmalara karşı korumak ve düşmesini önlemektir.

#### **Hemşirelik girişimleri**

Ciddi yan etki oluşturan ilaçların kullanımında hastanın sıklıkla değerlendirilmesi; hastaya uygulanan diğer hemşirelik girişimleri, gündelik olarak devamlı kullandığı malzemeleri rahatça alabileceği bir yere yerleştirilmesi; hasta yatarken yatak korkuluklarının kapalı tutulması; ayağa kalkarken desteklenmesi, yanında biri yoksa hemşire çağrı zilini nasıl ulaşacağı, gece lambası kullanarak riskin azaltılması; banyoda düş alırken oturmasının öneminin vurgulanması ve uygulanması; itaki düşme riski puanlama skalası günlük yapılması ve hasta için tehlikelerden uzak bir alan oluşturulmalıdır (hasta başında delici, kesici aletlerin olmaması,

komodin gibi köşesi sivri materyallerin sivri ucuna koruyucu takılması) (Tosun ve Özkan, 2005).

#### **Değerlendirme**

Hasta yatakta olduğu sürece yatak korkuluklarının kapalı olması sağlandı, devamlı olarak kullandığı malzemeleri yakın konuma getirip, kullanması için hasta bilgilendirildi, saç banyosu sırasında hasta sandalyeye oturtularak yıkanması sağlandı, ayağa kalkarken yanında biri olmadığında hemşire çağrı zilini kullanması sağlandı, hasta hastanede yattığı sürece düşme gerçekleşmedi fakat risk devam ediyor.

#### **Beslenme- Metabolik Durum**

N.S.'nin hekim istemine göre diyabetik diyet uygulaması gerekiyordu. N.S., oral olarak yetersiz beslendiği için total parenteral beslenme başlatıldı. N.S iştahının hastaya yattığı günden itibaren azaldığını, son 2 ayda 5 kilo verdiğini belirtti.

N.S. nin son 2 ayda 5 kilo vermesi, kas güçsüzlüğü ve yumuşaklığının görülmesi, serum albumin düzeyinin 1.89-3.52 mg/dl, Total protein 4.60-5.12 mg/dl arasında düşük seviyelerde takip edilmiştir.

**Hemşirelik tanısı 4** Dengesiz beslenme; beden gereksiniminden az (NANDA Alanı 2: Beslenme, Sınıf 1: Yutma) (Lewis ve ark., 2007; Erdemir, 2014).

#### **Beklenen sonuçlar**

Hastanın iştahını arttıracak yöntemleri açıklaması günlük alınması gereken besinleri alması ve aktivite düzeyine uygun kas kaybı olmadan normal kilosunu sürdürmesi, günlük alımdaki eksiklikleri tanılamasıdır.

#### **Hemşirelik Girişimleri**

N.S.'nin günlük besin alımı ve kilo kaybı, güçsüzlük, iştahsızlık, zayıflama gibi malnutrisyon belirtilerinin değerlendirilmesi; hastaya uygulanan diğer hemşirelik girişimleri, günlük besin ihtiyacının karşılanması için diyabet hemşiresi ile işbirliği içinde diyabete ilişkin beslenmenin planlanması ve izlenmesi; diyetisyen ile işbirliği içinde günlük tuz kullanımını kısıtlaması ve iştah arttırıcı vitaminler konusunda öneriler sunulması; öğünlerden önce dinlenme sağlanması; sıvı tüketiminin takibi; hidrasyon durumunun (mukoz membran, nabız ve ortostatik hipotansiyon vb.) izlenmesi; beslenmenin önemi, günlük kilo takibi ve kilo değişikliklerini kaydetmesi hususunda not tutması ile ilgili bilgi verilmesidir (Wilkinson, 2018).

#### **Değerlendirme**

Hastanın besin tüketim durumu ve malnutrisyon belirti bulguları değerlendirildikten sonra diyetisyen işbirliği ile hastanede yatış süresi ve taburculuk sonrası için özel bir program niteliğinde beslenme takip çizelgesi oluşturuldu, günlük kilo takibine ilişkin hasta taburcu olana kadar yalnızca 350 gr almıştır. Verilen eğitimlerle hastanın farkındalığı ve bu sürece ilişkin uyumu arttı.

N.S.'nin diyabetik ayak ve greft yapılan alanın enfekte olma olasılığına karşı aseptik teknikle işlem yapılmakta fakat, hastanın lökosit değeri 7.9 mm<sup>3</sup>, C-reaktif protein (CRP) düzeyi (78.26- 22.9 mg/L arasında değişti) yüksek bulunmuştur.

**Hemşirelik tanısı 5** İnfeksiyon riski (NANDA Alanı 11: Güvenlik/Korunma, Sınıf 1: İnfeksiyon) (Lewis ve ark., 2007; Erdemir, 2014).

**Beklenen sonuçlar**

Mevcut enfeksiyonları kontrol altına almak ve sekonder enfeksiyon gelişiminin önlenmesidir.

**Hemşirelik Girişimleri**

İnfeksiyon gelişimi takibi ve enfeksiyonlardan korunulması bakımından gerekli önlemlerin kişiye anlatılması; IV kateter ve foley sonda uygun sıklıkta(2x1) bakımlarının yapılması; pansuman kirlendiğinde temiz pansuman yapılması; Enfeksiyonun bulaşıcılığı ve riskleri konusunda bireylere ve ailelere uygun eğitim verilmesi; amputasyon bölgesinde kızarıklık, şişlik ve akıntı varlığının değerlendirilmesi; etkin ve dikkatli bir el yıkama işleminin, tekniği ile birlikte anlatılmasıdır (Tosun ve Özkan, 2005).

**Değerlendirme**

Ampute edilen ve greft yapılan bölgelerde kaşıntı, kızarıklık, koku veya akıntı gözlenmedi. CRP 22.9'a düştü, vücut sıcaklığı 36.5 °C üstüne çıkmadı.Risk devam ediyor.

**Boşaltım**

N.S. hastaneye yatmadan önce barsak aktivitesini her gün belli saatte yapabilmektedir. Opere olduktan sonra N.S.'nin barsak aktivitelerinde kısmi azalma olmuş olup, barsak sesleri 4-5/dk, gaita 1/gün olduğu izlenmiştir. Fakat hasta düzenli alışkanlıklarının bozulması her gün aynı saatte defekasyona çıkamaması gibi nedenlerle sürekli laksatif almak istemektedir.

**Hemşirelik tanısı 6** Algılanan Konstipasyon(NANDA Alanı 3: Boşaltım ve Gaz Değişimi, Sınıf 2: Gastrointestinal Fonksiyon) (Lewis ve ark., 2007; Erdemir, 2014).

**Beklenen sonuçlar**

Konstipasyonunun nedenlerini açıklaması, laksatif kullanımının tehlikelerini açıklaması, düzenli olarak laksatif kullanımını istememesidir.

**Hemşirelik girişimleri**

Dengeli beslenmenin ve hareketin öneminin anlatılması; hastaya her gün laksatif almanın ne tür zararı olabileceği detaylı açıklanması; günde en az 6-10 bardak su içmesi gerektiğinin hatırlatılması; kahvaltıdan 30 dk. önce 1 bardak ılık su içmesinin sağlanması; laksatif, lavman ve suppozituar olmaksızın normal barsak fonksiyonlarının sağlanabileceği vurgulandı(Hong, 2006).

**Değerlendirme**

Hasta günlük sıvı alımını arttırdı. Kahvaltıdan önce yarım bardak ılık su içerek güne başladı ve bunu sürdüreceğini belirtti. Hasta defekasyon çıkışlarının evdeki gibi sürdürülmesinin nedenlerini anladığını açıkça ifade etti. Bu durumu kabul etti ve sürekli laksatif almasının zararlarını anladığını ifade etti.

**Aktivite- Egzersiz**

N.S.'nin operasyona bağlı greft ve flep bölgelerinde sızlama nedeniyle mobilizasyon sağlamasında güçlük ve operasyona bağlı sol kolda sabitleyici yarım alçının olması nedeniyle hastanın yeterince hareket edememesi fiziksel mobilitede bozulma tanısı ile sonuçlanır.

**Hemşirelik tanısı 7** Fiziksel Mobilitede Bozulma(NANDA Alanı 4: Aktivite/Dinlenme, Sınıf 2: Aktivite / Egzersiz) (Lewis ve ark., 2007; Erdemir, 2014).

**Beklenen sonuçlar**

Erken ve yeterli mobilizasyon, hareket özgürlüğü ve kişisel bakım yetisi kazandırma, yatak istirahatine, hareketsizliğe bağlı komplikasyonları azaltma ve önlemek amaçlanmaktadır.

**Hemşirelik girişimleri**

Pozisyon değişikliği açısından hastanın desteklenmesi; elevasyonu sağlanan cerrahi insizyon bölgelerinin dışındaki diğer ekstremitelerin mobilizasyonunun sağlanması; hastaya, kontraktürler gelişmemesi için yavaş yavaş aktif Rom egzersizleri yaptırılması; kalça ve üst uyluk bölgesinin yanlarını destekleme amacıyla kum torbası benzeri malzeme yerleştirilmesi; yatak dışında zaman geçirmesi için hasta ve yakını bilgilendirilmesi; İlk etapta birkaç dakika ile başlanarak, günde 3 kez en fazla 15 dk olacak şekilde planlanması, yürüyüş mesafesini her gün arttırması, hasta ayağı ağrıdığı zaman tekerlekli sandalye aracılığıyla yatak dışında zaman geçirilmesi sağlandı (Hong 2006; Ducic 2011; Erdemir, 2012).

**Değerlendirme**

'Fiziksel Mobilitede Bozulma' hemşirelik tanısına yönelik yapılan girişimler sonucunda N.S.'nin hareket kabiliyetinde artış gözlemlendi ve hareketsizliğe bağlı gelişebilecek komplikasyonları önledi. Hasta gün içinde iki defa yatağın dışında en az 10 dakika vakit geçiren hasta yürüyüş mesafesini ilk güne oranla 3 kat arttırmıştır.

N.S. bası yarası (koksiks grade 1), cerrahi insizyon, hasarlı-nekrotik doku (sağ ayak 2.parmak ), diyabetes mellitus, ciltte kuruluk meydana gelmesi nedeniyle hastanın doku kitlesinin belli bölümünde bozulma meydana gelmiştir.

**Hemşirelik tanısı 8** Doku Bütünlüğünde Bozulma(NANDA Alanı 11: Güvenlik/Korunma, Sınıf 2: Fiziksel Yaralanma) (Lewis ve ark., 2007; Erdemir, 2014).

**Beklenen sonuçlar**

Doku bütünlüğünün devamlılığının sağlanması, bozulan doku bütünlüğünde hasarın azaltılması ya da giderilmesidir.

**Hemşirelik girişimleri**

Hastanın günlük vücut kontrolünün yapılması, hastanın vücudundaki yara ve cerrahi girişim yerleri enfeksiyon (kızarıklık, ödem, akıntı, sıcaklık vb.) açısından kontrol edilmesi, hastaya 2 saatte bir pozisyon verilmesi; Pozisyon verirken yatak çarşaflarının temiz, kuru ve kırışksız olmasına özen gösterilmesi; Hastanın günlük ayak bakımının yapılması ve bu konuda bilgi verilmesi geribildirim alınması, hastaya ağız bakımı verilerek nemli kalmasının sağlanması, koksiks bölgesinde bası yarası üzerine pomad ile pansuman ve günlük ödem kontrolü yapılmıştır(Hong, 2006; Wilkinson, 2018).

**Değerlendirme**

Hemşirelik girişimleri sonucunda N.S.'nin doku bütünlüğü bozulan alanlarının belli aralıklarla kontrolü yapıldı. Hareketsizliğe bağlı gelişebilecek yaralar masaj ve pozisyonlama ile minimum seviyeye indirildi. Bozulan doku bütünlüğünde hasarın azaltılması için hastanın koksiksinde gelişen grade 1 bası yarası bariyer krem ve yara örtülerinin kullanımı ile iyileşme gözlemlendi.

**Uyku – Dinlenme**

N.S. uykuya dalmada zorlandığını, sabahları uyandığında sanki hiç uyumamış gibi hissettiğini ifade etti. Eski yaşantısına göre uyku süresi gece 4-5 saate düşmüş bu yüzden gündüz en az 2 saat

uyuduğunu, gece ara ara ayağında ağrı şikayetiyle uyandığını ifade etti( VAS ağrı puanı: 5).

**Hemşirelik tanısı 9** Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık (NANDA Alanı 4: Aktivite/Egzersiz,Sınıf1: Uyku/Dinlenme) (Lewis ve ark., 2007; Erdemir, 2014).

#### **Beklenen sonuçlar**

Uykusuzluğa ilişkin sorununun azalması, hastanın sabah uyandığında yeterli ve dinlenmiş olarak uyandığını belirtmesidir.

#### **Hemşirelik girişimleri**

N.S.'nin sık ziyaret sebebiyle yakınması ifadesiyle ziyaretçi kısıtlamasına yapılması; N.S.'nin ağrı seviyesini minimum düzeye indirmeye ağrıyı azaltmaya yönelik gevşeme teknikleri, müzik dinleme hastaya önerilmesi; gerektiğinde ağrıyı azaltmaya yönelik hekim istemine göre analjezik uygulanması hastanın uyumadığı saatlerde vital bulguların alınması; gündüz uyuma saatlerini en aza indirmesinin sağlanması; dinlendirici, sessiz ve sakin ortam oluşturulması; uyku öncesi alışkanlıklarını sürdürmesinin sağlanması; tıbbi girişimlerin uyku düzenine göre planlandı.<sup>7</sup>

#### **Değerlendirme**

N.S. hastanede kaldığı süre boyunca iyi uyuyamadığını ve hastane ortamının hiç bir şekilde uyuma ortamı açısından uygun olmadığını ifade etti.

#### **Bilişsel-Algisal Durum**

N.S.'nin Glaskow koma puanı 14 olup, kişi, yer ve zaman oryantasyonu vardır. N.S. hastalığı ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli düzeyde bilginin verilmemesi, ayağına diken batmasının onun için tehlikeli olabileceği düşünmemesi hastalığına ilişkin bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir.

**Hemşirelik tanısı 10** Bilgi Eksikliği(Nanda Alanı:5: Algılama/Kavrama, Sınıf: 4 Kavrama) (Lewis ve ark., 2007; Erdemir, 2014).

#### **Beklenen sonuçlar**

Hastanın hastalık hakkında (diyet, ilaç kullanımı, kontroller ve insülin kullanımı) bilgilendirilmesinin sağlanması, hastanın diyabetik ayağın enfeksiyonlara eğilimi arttığına ilişkin kişide farkındalık oluşturularak, enfeksiyon belirtileri ve enfeksiyondan korunma hakkında bilgi edinmesinin sağlanması.

#### **Hemşirelik girişimleri**

Hastalığın kontrolü için oral antidiyabetik tedavi ve insülin kalem kullanımı yönetiminin öğretilmesi; hastalığın kontrolünde uygun beslenme eğitiminin verilmesi ve beslenme programıyla desteklenmesi; hastanın evde uygulayabileceği kanda glikoz testinin öğretilmesi, düzenli aktivite ve egzersizin ve her gün yaklaşık aktivite düzeyini sürdürmesinin öneminden bahsedilmesi, enjeksiyon uygulama tekniği ve uygulanan bölgelerin rotasyonu hakkında bilgi verilmesi, uygun ayak bakımı eğitimi gösterilerek broşürle desteklenmesi geri bildirim alınması; diyabetin oluşabilecek komplikasyonlarının önlenmesi hakkında bilgi verilmiştir(Wilkinson, 2018).

#### **Değerlendirme**

N.S.'nin diyabet ve diyabetik ayak gelişmesine ilişkin bildikleri konusunda üzerinde konuşuldu. Hastanın eksik olarak bildiği veya hiç bilmediği konular üzerinde hasta eğitimi planlandı ve

hasta uygun olduğu zamanda eğitim verildi. Geri dönüşler kapsamında N.S. diyabetin kontrol altına alabileceğini öğrendiğini ifade etti. Taburculuk ve hayatının geri kalan kısmında dikkat etmesi gereken yönlerin farkına vardı.

#### **Kendini Algılama- Benlik Kavramı**

N.S. Vücutun bir uzvunun ampute edilmesi, vücudunda değişime uğramış yere (yara yeri skar dokusuna) dokunamaması, vücuduna bakamaması nedeniyle hastanın özgüvenini zedelemekte ve hastanın algısında değişime neden olmaktadır.

**Hemşirelik tanısı 11** Beden İmajında Bozulma (Nanda Alanı:6:Kendini Algılama, Sınıf: 3 Beden İmajı) (Lewis ve ark., 2007; Erdemir, 2014)

#### **Beklenen sonuçlar**

Hastanın bedenindeki değişikliği kabul etmesini, benimsemesini sağlamak, öz bakımını, rol ve sorumluluklarını yerine getirmeye başlaması ve bunu sürdürmeye isteklilik göstermesi

#### **Hemşirelik Girişimleri**

Hastanın rahatsızlık hissettiği duygu ve durumlarda kendini ifade etmesi için desteklenmesi, hasta olağan durumu ile ilgili tedavisi, durumundaki gelişmeler ve seyri konusunda soru sorması için cesaretlendirilmesi, hasta ile benzer durumda flep operasyonu uygulanmış ve iyileşme sürecinde ilerleme kaydetmiş pozitif bir hasta ile görüşmesinin sağlanması, Bu görüşmelerden sonra hasta hazır olduğunda vücudundaki pansuman ve ampute yerine bakması ve dokunması açısından cesaretlendirilmesi; yanıtlanmasını istediği sorulara ilişkin güven verici bilgilendirme yapılarak hastanın halihazırda mevcut durumu, bu hastalık durumuna ilişkin endişelerini dile getirmesi için hasta desteklendi(Erdemir, 2012; Wilkinson, 2018).

#### **Değerlendirme**

N.S. durumu kısmi de olsa kabullenmeye başladı. Bir an önce iyileşip, hastaneden çıkıp normal hayatına döndüğünde durumunun daha iyi olacağını belirtti. Hasta bedenindeki değişikliği kabul etmeye başladı.

#### **Rol- İlişki**

N.S. aile içinde herhangi bir sıkıntı yaşamadığını ifade etti. N.S. çalışmadığı için sosyal ortamını etkilemediğini, hastaneye yatmadan önce de çok sık görüşmediğini, hastalığının hayatını rol-ilişki bağlamında etkilemediğini ifade etti.

#### **Cinsellik- Üreme**

N.S. cinsel hayatında herhangi bir değişiklik olmadığını ifade etti.

#### **Başetme- Stres Toleransı**

N.S. hastalığıyla baş etmede zorlanmadığını, hastalığının onu zaman zaman strese soktuğunu ifade etti. Stresle baş edebildiğini fakat iler seviyede bir amputasyon gelişirse baş etmesinin zorlaşacağını ifade etti.

#### **Değerlendirme**

Uzun süreli diyabeti olan ve diyabetik ayak tanısı almış hastalarda psikososyal yönden beden imajının bozulması, bağımlılık, özbakımı gerçekleştirmede yetersizlik hastanın aile rol ve işlevlerinde bozulmaya da yol açabilir. Hastanın diyabete ve diyabetik ayağa ilişkin(diyet, ilaç, egzersiz) farkındalık oluşması ve destek önemlidir(Tan, Atik, Ergen, Acemoğlu, 2007). Bu nedenle

N.S. ve ailesinin diyabete ilişkin karmaşık süreçler gelişmesi halinde psikososyal destek almaya gereksinimleri olacaktır.

Marjory Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntülerine göre ele alınan olgunun içeriği tablo 1' de verilmiştir.

### Değer- İnanç

N.S. diyabetin ve diyabetik ayağın inanç ve değerlerine ilişkin etkisi olmadığını ifade etti.

1. Sağlığı Algılama- Sağlığın Yönetimi		
Hemşirelik tanısı 1: Özbakım Eksikliği Sendromu	NANDA Alanı 4:Aktivite/Dinlenme	Sınıf 2.Özbakım
Hemşirelik tanısı 2: Akut Ağrı	NANDA Alanı 12: Konfor / rahatlık	Sınıf 1. Fiziksel konfor
Hemşirelik tanısı 3: Düşme riski	NANDA Alanı 11:Güvenlik/Korunma	Sınıf 2. Fiziksel yaralanma
2. Beslenme- Metabolik Durum		
Hemşirelik tanısı 4: Dengesiz beslenme; beden gereksiniminden az	NANDA Alanı 2:Beslenme	Sınıf 1. Yutma
Hemşirelik tanısı 5: İnfeksiyon riski	NANDA Alanı 11:Güvenlik/Korunma	Sınıf 1.İnfeksiyon
3. Boşaltım		
Hemşirelik tanısı 6: Algılanan Konstipasyon	NANDA Alanı 3: Boşaltım ve Gaz Değişimi	Sınıf 2. Gastrointestinal Fonksiyon
4. Aktivite- egzersiz		
Hemşirelik tanısı 7: Fiziksel Mobilitede Bozulma	NANDA Alanı 4: Aktivite/Dinlenme	Sınıf2. Aktivite / Egzersiz
Hemşirelik tanısı 8: Doku Bütünlüğünde Bozulma	NANDA Alanı 11: Güvenlik/Korunma	Sınıf2. Fiziksel Yaralanma
5. Uyku – dinlenme		
Hemşirelik tanısı 9: Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık	NANDA Alanı 4: Aktivite / Dinlenme	Sınıf 1. Uyku/Dinlenme
6. Bilişsel-algusal durum		
Hemşirelik tanısı 10: Bilgi Eksikliği	NANDA Alanı :5: Algılama/Kavrama,	Sınıf4. Kavrama
7. Kendini algılama- benlik kavramı		
Hemşirelik tanısı 11: Beden İmajında Bozulma	NANDA Alanı :6:Kendini Algılama,	Sınıf 3. Beden İmajı

Diğer alanlara ilişkin hemşirelik tanısı konulmamıştır(Lewis ve ark., 2007; Erdemir, 2014).

### Sonuç

Bu olguda diyabetik ayak sendromu-Osteomyelit tanısı almış olan bir hastanın değişen sağlık durumunun ve bu durumla ilgili problemlerinin artmasına bağlı olarak Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Hemşirelik Bakım Modeli ve NANDA hemşirelik tanıları kullanılarak bakım planı hazırlanmış ve uygulanmıştır.

Literatürde ve klinik uygulamada diyabetik hastalara kompleks ekstremitte kurtarma tekniklerinin uygulanmasına ilişkin belirli bir kötümserlik vardır. Birçok ülser veya kangren diyabet hastaları için acil amputasyonu beraberinde getirir. Gerçekten de, acil servise başvuran dört diyabet hastasından biri amputasyonu için opere edilir. Amputasyon yapıldığında, yakın ekstremitede ikinci amputasyon insidansı 2 yıl içinde yüzde 50'ye yaklaşır (Saar, 2005). N.S.'nin sağ ayak 1. Parmak ampute edildikten kısa bir süre sonra, sağ ayak 2. parmak ucu nekrotik doku(3mm) mevcut durumdaydı. Doku bütünlüğünün devamlılığının sağlanması ve bozulan doku bütünlüğünde hasarın azaltılması ya da giderilmesi amacıyla hastanın yara ve cerrahi girişim yerleri enfeksiyon (kızarıklık, ödem, akıntı,

sıcaklık vb.) açısından kontrol edildi. Hastanın günlük ayak bakımı yapıldı (Enç ve Can, 2015) ve bilgi verildi. Ampute edilen bölgeye pansuman yapılırken aseptik teknik kullanıldı.

Cerrahi operasyon ile başlayan, iyileşme süreci ile azalan ve dokunun onarılması ile sonlanan Postoperatif ağrı, enflamatuvar sürecin de eşlik ettiği akut bir bulgudur. Doku defekti nedeniyle greft-flep onarımı yapılan hastaların, greft donör alanındaki ağrı, post-operatif dönemde hastaların ilk klinik şikayet bulgusu olarak karşımıza çıkmaktadır (Attinger, Ducic, Cooper, 2002). N.S.nin VAS ağrı skalasına göre ağrı derecesinin 5 olduğunu, ağrının ampute edilen noktada somatik ağrı olduğunu, hareket ettirince ağrının şiddetlendiğini ifade etti. Hastanın ifadelerine uygun uzuvda aktif dinlenme sağlandı. Belli aralıklarla dolaşımı rahatlatmak amacıyla hareketi sağlandı. Hekim istemine uygun analjezik uygulandı ve analjezi etkisinin geçtiği zamanlarda hastanın bulmaca çözerek dikkatini dağıtması sağlandı.

Sonuç olarak kapsamlı ve standardize edilmiş veri toplama yöntemleri kullanılan hemşirelik modellerinde, hastanın

ihtiyaçlarının daha kapsamlı ve sistematik olarak değerlendirilmesi, daha gözle görülür ve hastaya özgü hemşirelik bakımı verilmesine, klinik ortamda kullanılmasının da hemşirenin her hastayı bütüncül olarak değerlendirebilmesi açısından olanak sağlamaktadır.

#### Kaynaklar

1. Attinger, C. E., Ducic, I., Cooper, P., Zelen, C.M.(2002). The role of intrinsic muscle flap of the foot for bone coverage in foot and ankle defects in diabetic and nondiabetic patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Volume 128(1):173-179.
2. Enç N, Can G (editörler), Özcan Ş, Tülek Z, Uysal H, Öz Alkan H. İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Öğrenci Modülü. 2.baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. s. 7-40.
3. Erdemir F (çeviri editörü). Hemşirelik Tanıları El kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.
4. Gordon M. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ve Klinik Karar Verme, İçinde: Erdemir F, Yılmaz E, editör. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri, Klinik Uygulama, Eğitim, Araştırma ve Yönetimde Kullanımı. Ankara; 2003. s. 87-93.
5. Gulanick M, Meyer JL.(2014). *Nursing Care Plans Diagnoses, Intervention and Outcomes*. Philadelphia: Elsevier; p. 817-829.
6. Herdman TH, Kamitsuru S (eds). *Nursing Diagnoses, Definitions and Classification 2015-2017*. Tenth edition, UK: WileyBlackwell; 2014.
7. Hong JP, Oh TS.(2012). An algorithm for limb salvage for diabetic foot ulcers. *Clin Plast Surg*; 39(3):341-52.
8. Hong P.(2006). Reconstruction of the Diabetic Foot Using the Anterolateral Thigh Perforator Flap. *Plastic and Reconstructive Surgery*, p. 1599-1607.
9. Jensen S., Craven R., Hinle C., Uysal N (edt)(2015). *Hemşirelik Esasları İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları*. LippincottWilliams&Wilkins.
10. Karaca T.(2016). Functional Health Patterns Model –A Case Study. *Case Studies Journal ISSN (2305-509X)*, 5(7):14-22.
11. Lewis SL, Heitkemper MM, Dirksen SR, O'Brien GP, Bucher L.(2007). *Medical-Surgical Nursing, Assessment and Management of Clinical Problems*. Seventh edition, St.Louis: Mosby Elsevier; p. 1214-1215.
12. Saar WE, Lee TH, Berlet GC.(2005). The economic burden of diabetic foot and ankle disorders. *Foot Ankle International*, 26(1):27-31.
13. Tan O, Atik B, Ergen D, Acemoğlu H.(2007). Compare of dry open and wet closed dressing technique in splitt hickness skin grafts. *Van Medical Journal*, 14(1):1-5.
14. Topalan M.(2015). Diyabetik ayakta yumuşak doku rekonstrüksiyonu, *TOTBİD Dergisi*, 14:433-443.
15. Tosun Z. Özkan A.(2005). Delaying the Reverse Sural Flap Provides Predictable Results for Complicated Wounds in Diabetic Foot. *Annals of Plastic Surgery* Volume 55, Number 2.
16. Wilkinson M, Kapucu S (edt).(2018). *Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Pelikan Kitabevi.