

Huntington Koreli Hastanın Hemşirelik Bakımı
Nursing Care in Patients with Huntington's Chorea-Case Report

Selma DAĞCI^a, Besey ÖREN^b

ÖZET Huntington koresi, otozomal dominant geçiş gösteren ve motor, kognitif ve psikiyatrik belirtilerle kendini gösteren nörodejeneratif bir hastalıktır. Huntington kore olgularında hemşirelik bakımı oldukça önemlidir. Çünkü hastalık bireyin biyolojik, fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik tüm boyutlarını etkilemektedir. Bu nedenle Huntigton Koreli hastaya bakım veren hemşirelerin, hastalığı, tanı ve tedavi yöntemlerini iyi bilmesi, bakım ve tedavinin neden olduğu komplikasyonları ve yan etkilerini takip edebilmesi, bu komplikasyon ve yan etkilerin önlenmesine ve ya ortaya çıkan sorunların çözümlenmesine yönelik bakım girişimlerini planlayıp uygulayabilmesi gerekmektedir. Bu makalede Huntington Koreli hastanın hemşirelik bakımı, hemşirelik sürecinin aşamaları olan; tanılama, planlama-hemşirelik girişimleri, uygulama, değerlendirme aşamalarına göre incelenmiş; hastalık sürecinde hastanın yaşadığı sorunlara ve hemşirelik girişimlerinin önemine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakımı, hemşirelik, Huntington koresi, örnek vaka,

ABSTRACT Huntington's chorea is a neurodegenerative disease of autosomal dominant inheritance and presents with motor findings such as dystonia, psychiatric disorder, and progressive dementia. Nursing care is of crucial importance in cases with Huntington's chorea because the disease has profound effects on the biological, physiological, socio-cultural, and economic domains. Thus, nurses who provide care for patients with Huntington's chorea should know about the disease and its diagnosis and treatment and should be able to monitor complications and side effects related to care and treatment and plan and implement care interventions aimed at alleviating such complications and side effects. In this article, nursing care in patients with Huntington's chorea was examined according to the phases of the nursing process, which are diagnosis, planning-nursing interventions, implementation, and assessment. In addition, it was aimed to draw attention to the importance of problems encountered by these patients and of nursing interventions.

Key words: Case study, Huntington's chorea, nursing care, nursing

Geliş Tarihi/Recevi ed: 24.02.2015 Kabul Tarihi/Accepted:19.05. 2015

^a Uzm. Hemşire, selma.dagci@gmail.com, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Elmalıkent Mah. Adem Yavuz Cad. No:1 34764, Ümraniye/İSTANBUL/TÜRKİYE

^b Yrd. Doç. Dr. besey_oren@yahoo.com, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Demirkapı Cad. Karabal Sk. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi içi 34740 Bakırköy/İSTANBUL/TÜRKİYE

Giriş

Huntington koresi (HK); otozomal dominant geçiş gösteren ve kendini distoni gibi motor bulgular, psikiyatrik bozukluk, progressif seyirli demans ile gösteren nörodejeneratif bir hastalıktır.^{1,2} Hastalığın bulgularından en önemlisi koredir. "Kore" Yunanca'da dans anlamına gelir. Kore kelimesi; ani ortaya çıkan, düzensiz, hızlı, sıçrayıcı veya akıcı, rastgele yayılan ve kendiliğinden oluşan genellikle ekstremitelerin distalini tutan küçük amplitüdü istemsiz hareketler için kullanılır. Başlangıçta huzursuz ve kıpır kıpır görünen hastalarda ortaya çıkan koreik hareketler; yüz, boyun, gövde, el ve kollarda istemsiz dans eder gibi hareketlere yol açar, vücuda bir dalga gibi yayılarak yürüme zorluğu ve özürüllüğe neden olur. Daha çok 30-50'li yaşlar arasında ortaya çıkmakla birlikte çocukluktan yaşlılığa kadar herhangi bir yaşta kendini gösterebilen HK hastalığının genellikle babadan kalıtımının söz konusu olduğu bildirilmektedir.³ Huntington'un görülme sıklığı yaklaşık 3-7/100.000'dir.⁴ Ortalama hastalık süresi 17-20 yıldır. Hastalık ilk kez 1872 yılında George Summer Huntington tarafından tanımlanmış ve ilerleyen yıllarda hastalık ile ilgili ayrıntılı çalışmalar yapılmış ve 1983'de kromozom 4'ün kısa kolunda HK ile ilgili gen (IT-15) gösterilmiştir. Huntington hastalığına neden olan 4. kromozomun kısa kolunda yer alan ve huntington proteinini kodlayan IT 15 genindeki mutasyondur. IT 15 geninde yer alan CAG (Citozin-Adenin-Guanin) normalde 17-30 kez tekrarlamaya gösterirken mutasyon olduğunda CAG 39'dan fazla tekrarlamaya gösterir. CAG tekrarı 40'ın üzerinde olursa HK, 30-35 arasında ise premutasyon, 36-39 arasında ise düşük hastalık riski söz konusu olmaktadır. Patolojik CAG tekrar sayısı normal sınıra yaklaştıkça, hastalığın ortaya çıkış süresi de genellikle uzamaktadır. Huntingtin geninin ürünü olan huntingtin proteinin görevi henüz tam olarak bilinmemesi de protein ve hücre metabolizmasında bazı rolleri olduğu

anlaşılmıştır. Ana patolojinin kortikal ve striatal projeksiyon nöronlarındaki kayıptan kaynaklandığı, dopamin içeriği ve reseptör sayısında değişimin hareket ve bilişsel bozulmalara yol açtığı düşünülmektedir. Huntingtinde dejeneratif değişiklikler striatuma yakın diğer beyin bölgelerinde de meydana gelmektedir. Hastalık ilerledikçe dejeneratif değişiklikler neo-korteks, talamus, subtalamik nukleus, globus pallidus, substantia nigra, pars retikulata ve hipotalamusu da kapsar. GABA ve asetilkolinde ki önemli kayıp bazal gangliada dopamin aktivitesinde görece bir fazlalığa neden olur ve hastada anormal hareketlere yol açar.⁵ Hastalığın kesin tanısı CAG nükleotid tekrar sayısındaki artışın gösterilmesi ile konur. Huntington şüphesi olan veya genetiği yatkın bireyler için prediktif ve prenatal tanı da mümkündür.⁶

İlk ortaya çıktığı dönemde kore; hasta tarafından hissedilemeyen hafif şiddette plan yapma, davranışları organize etme gibi bilişsel değişiklikler oluşur, hatta hasta yakınları bunları artmış sinirlilik haline yorumlayabilirler. Bu dönemde hastalar aynaya bakarken bile koreik hareketlerini farketmezler, sadece beceriksizlikten yakınrlar ve sıklıkla istem dışı olarak cisimleri ellerinden düşürürler.⁷ Koreik hareketler konuşurken ve bir hareket sırasında ya da sıkıntı altındayken daha belirgin olur ve genellikle uykuda kaybolur. HK'li hasta yapması istenen bir hareketi sürdüremez; dilini çıkarıp uzatması istendiğinde dil çabucak ağız içine girer ve çıkar, sabit bakışı sürdüremez, kollarını ileri uzattığında ellerini ve parmaklarını kıpırdatmadan duramaz, hastaya iki parmak uzatılıp sürekli sıkması istendiğinde peş peşe sıkıp gevşettiği hissedilir, bu duruma "süt sağma bulgusu" adı verilir. Kore yorucu bir hal alınca hastalar konuşurken ellerini koltuk altına saklayarak baskılamaya çalışırlar. Konuşma, yutma ve nefes alma sırasındaki koreik kasılmalar tedavi edilmediği zaman aspirasyona yol açabilir. Yaygın kore aşırı

kalori tüketimine yol açar ve bunu karşılayacak miktarlarda gıda tüketilemediğinde kilo kaybına neden olur.⁸ Şiddetli kore postür ve denge bozukluğuna da yol açar.

Kognitif ve psikiyatrik bulgular hareket bozukluğundan önce görülebilir. Hastalık ilerledikçe genel bir mental yıkım, dolayısıyla demans tablosu gelişir. HK'de en sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur. Bundan başka mani, obsesif-kompulsif bozukluk, iritabilite, anksiyete, ajitasyon, impulsivite ve apati olabilir. İntihar hastalığa bağlı ölümlerde pnömoniden sonra gelen en önemli etkindir. Dizartri ve disfaji hastalığın ileri basamaklarında görülür, anartriye kadar ilerleyebilir ve aspirasyona sebep olabilir. Terminal dönemde hasta yatağa bağımlı hale gelir. Ölüm genellikle aspirasyon pnömonisinden veya diğer tıbbi komplikasyonlardan olur. Bulguların ortaya çıkmasından sonra ölüme kadar geçen ortalama yaşam süresi genellikle 15-20 yıl arasındadır.^{1,2}

Olgu

Saldırgan davranışlar, kişilerarası iletişimde azalma, evden çıkmama ve yürümede bozulma şikayetleri ile getirilen 59 yaşındaki kadın hastanın koreik karakterde yaygın ekstremitte hareketlerinin olması nedeniyle yatışı yapıldı. Dört yıl önce yürüme ve hareket bozukluğunun başladığı ve yıllar içinde durumunun giderek kötüleştiği öğrenilen hastanın anneannesinde de benzer hastalık tablosunun olduğu öğrenildi. Hasta üst ekstremitelerinde meydana gelen koreatetoid tarzda istemsiz ve yavaşlayan hareketleri nedeniyle huzursuzdu ve bu hareketler hastanın günlük yaşamını etkiliyordu. Mental durum muayenesinde; bilinci açık ve koopereydi, zaman ve yer oryantasyonu yetersizdi ancak kişi oryantasyonu tamdı, öz bakıda belirgin azalma, dikkat ve konsantrasyonda bozulma, düşünce akışında yavaşlama, öyküde işitsel ve görsel varsanılar, psikomotor aktivitede yavaşlama,

duygulanımda sığılık, iritabil duygudurum saptandı. Anlık bellek yeterli, yakın ve uzak bellek yetersizdi. Hastanın öz bakımı yetersizdi, çevreye karşı kayıtsızdı ve konuşması dizartrik ve azdı. Koreik hareketlerine bağlı yutma güçlüğü ve buna bağlı beden gereksiniminden az beslenmesi vardı. Soy geçmişinde psikiyatrik bozukluk öyküsü tanımlanmayan hasta, "Psikotik Bozukluk" tanısı ile 2010 yılından beri bir devlet hastanesinin psikiyatri polikliniğinde tedavi görmüştür. Öykü, klinik değerlendirme ve yapılan genetik tetkikler ile birlikte tablo HK olarak değerlendirildi. Hasta 3 kız ve 1 erkek olmak üzere toplam dört çocuğa sahipti. Hastadan alınan onam ile yapılan genetik testler sonucunda çocuklarda HK tanısı olmadığı saptandı. Kliniğimizde 31 gün boyunca takip edilen hastanın mevcut durumu değerlendirilerek semptomları azaltmak, komplikasyonları önlemek, ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla hemşirelik girişimleri planlandı ve uygulandı. Hastamızdan olgu sunumu için yazılı aydınlatılmış onam formu alınmıştır. HK tanılı hastanın bakımında saptanan hemşirelik tanıları şu şekilde sıralandı: 1- Koreik hareketler ve yürüme bozukluğuna bağlı *düşme riski*. 2- Tedavi planının amacı, yöntemi ve sonuçları; taburculuk ve evde bakım konusunda *bilgi yetersizliği*. 3- Hastalık sürecinin ve sonuçlarının belirsizliği ile ilişkili *anksiyete*. 4- HK tanısının aile bireylerinin yaşamındaki olumsuz etkisi ile ilişkili *bireysel baş etmede yetersizlik*. 5- Yutma yeteneğinde bozulmaya bağlı *aspirasyon riski*. 6- Yaygın koreik hareketlere bağlı *yemek yeme ve yutmada güçlük*. 7- Yutma güçlüğüne ve kore nedeniyle metabolik gereksinimin artmasına bağlı *beden gereksiniminden az beslenme*. 8- Hareketsizliğe bağlı *konstipasyon riski*. 9- Yaygın koreik hareketlerin varoluşuna, muhakeme yeteneği ve dürtü kontrolünün azalmasına bağlı *öz bakım eksikliği*. 10- Yutma güçlüğü ve salya akmasına bağlı *oral mukoz membranda değişim riski*. 11- Koreik hareketlere bağlı *hipertermi riski*.

12- Motor fonksiyon bozukluğuna bağlı *fiziksel harekette bozulma*. 13- Etkisiz baş etme, sekel oluşumu, rollerini yerine getirmede başkalarına gereksinim duyması, ümitsizlik ve sıkıntı hisleri ile ilişkili *rol performansında değişim*. 14- Koreik hareketlere bağlı *beden imajında bozulma*. 15- Koreik hareketlerin sürekli devam etmesine bağlı *uyku örüntüsünde bozulma*.

Huntington Koreli Hastanın Hemşirelik Bakımı

Tanımlama

Nörolojik sorunları olan bireyden veri toplama, hasta ile karşılaşılan ilk anda başlar ve aralıksız devam eder. Toplanan verilerin doğru ve eksiksiz toplanması çok önemlidir. Bireyin tüm boyutlarına yönelik sorunları ile ilgili veri sistematik şekilde toplanmalı, bu amaçla seçilen hemşirelik modeline uygun veri toplama formatları oluşturulmalı ve elde edilen verilerin analizi ile tüm hemşirelik tanıları belirlenebilmelidir.^{9,10} Tanılama hastadan alınacak ayrıntılı bir anamnez ile başlar, hastalığa ilişkin subjektif ve objektif bulguların değerlendirilmesi ile devam eder. Öykü, yaş, cinsiyet, öz-geçmiş, soygeçmiş, duygu durumu, kronik hastalık varlığı, iş yükü, bireysel ve toplumsal rolleri, sağlık kuruluşuna başvurma nedenleri, şikayeti ve süresi, etkilenen sistemlere ilişkin bilgileri kapsamalıdır.

Klinik Belirti ve Bulgular

Hastamız HK belirti ve bulgularını göstermektedir; hastada saldırgan davranış, kişilerarası iletişimde azalma, evden çıkmama, yürümede bozulma, yutma güçlüğü, zaman ve yer oryantasyonunda bozulma, öz bakım yetersizliği, çevreye karşı kayıtsızlık ve dizartrik ve az konuşma gözlenmektedir.

Tanı Testleri

Klinik belirti ve bulguları Huntington koresi ile uyumlu olan hastaya hekim istemi ile kranial MR çekilmiş ve ayrıca genetik test yapılmıştır. Bunlar sonucunda

tıbbi tanı Huntington koresi olarak kesinleşmiştir.

Hemşirelik Tanıları, Hemşirelik Bakımının Sonuçları ve Hemşirelik Girişimleri

Huntington Koreli hastada sıklıkla görülen hemşirelik tanıları ve bu tanımlara yönelik hemşirelik bakım sonuçları ve hemşirelik girişimleri Roper, Logan, Tierney'in Yaşam Modelinin ilgili Günlük Yaşam Aktiviteleri doğrultusunda ele alınmıştır.¹¹

1. Güvenli Çevre Sağlama Aktivitesi

Hemşirelik Tanısı: Koreik hareketler ve yürüme bozukluğuna bağlı **düşme riski**.

Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Hastada düşmeye bağlı yaralanma gelişmeyecek, hasta ve ailesi, yaralanmaya sebep olabilecek etkenleri ve yaralanmalardan koruyucu girişimleri anladığını ifade edecek.

Hemşirelik Girişimleri: Düşme riski ölçeği kullanılarak düşme riski puanı değerlendirilir. Olgumuzun İtali Düşme Riski Ölçeğine göre düşme puanı 11 idi. Hastanın başucuna yonca amblemi konulur, yatak kenarlıkları kaldırılır. Koreik hareketler esnasında yaralanmaması için yatak ve kenarları yumuşak materyal ile kaplı olmalıdır. Hasta yatağından kaldırılırken yakınlarından veya bir sağlık görevlisinden destek alması sağlanır. Ayağından çıkmaması ve kaymaması için patik tarzı terlik kullanılması önerilir. Hastanın odasında sabitlenmiş mobilyalar kullanılır. Yerde bulunan halı ya da kilim kaymayan özellikte olmalı, hastanın sıklıkla kullandığı aparatların (lamba, masa vs.) kolay ulaşılabilir uzaklıkta olmasına dikkat edilir. Koordinasyon sorunları ve kore nedeniyle hareket etmek için daha geniş bir alana gereksinim duyacağından, hastanın bulunduğu ortamda eşya yoğunluğu mümkün olduğunca azaltılmalıdır. Banyoda ve tuvalette tutunma aparatları kullanılır. HK'nın ilerlemiş dönemlerinde

yükseltilmiş klozet kullanılır. Tuvalette hastanın düşmesini önleyecek önlemler alınır. Hastaya ya da hasta yakınlarına bu konuda bir eğitim programı hazırlanır.^{8,12} Hastada herhangi bir yaralanma olmadı.

2. İletişim Aktivitesi

Hemşirelik Tanısı: Tedavi planının amacı, yöntemi ve sonuçları; taburculuk ve evde bakım konusunda **bilgi yetersizliği**.

Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Hasta ve yakınları tedavi planının amacını, hedeflerini, yöntemini, taburculuk planını ve evde bakımı anladığını sözel olarak ifade edecek ve tanımlayacak.

Hemşirelik Girişimleri: Tedavi planını kavrama durumu incelenir, yanlış anlaşılmalara önüne geçilir ve yanlış anlaşılma kısımları varsa hasta veya yakınlarının anlayacağı açık bir dille açıklanır, soru sormalarına imkan tanınır, anlaşılmayan noktalar hastanın anlayabileceği şekilde kapsamlı olarak açıklanır, gerektiğinde konunun uzmanına yönlendirilir, yazılı materyallerle desteklenmiş bir eğitim planı oluşturulur, evde bakımın gerekliliği ve önemi vurgulanır, acilen kuruma veya hekime başvurulması gereken durumlar hasta ve yakınlarına açıklanır, hekim onayının dışında ilaç kullanılmaması gerektiği konusunda eğitim verilir.¹³

Hemşirelik Tanısı: Hastalık sürecinin ve sonuçlarının belirsizliği ile ilişkili **anksiyete**.

Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Hastanın anksiyetesi azalacak veya kontrol altına alınacak.

Hemşirelik Girişimleri: Hasta taşikardi, çarpıntı hissi, göğüs ağrısı, göğüste basınç hissi, baş dönmesi, uyuşukluk, gastrointestinal ve solunum sistemine ait fiziksel belirtiler ile; konfüzyon, olayın anlamını değerlendirmede yanlışlıklar, konsantrasyon güçlükleri, algı bozuklukları

ve hatırlama güçlüğü gibi bilişsel anksiyete belirtileri açısından gözlemlenir. Olgumuzda konfüzyon, konsantrasyon güçlüğü, algılama bozukluğu mevcuttu. Hemşireler, hasta ve ailesini depresyon yönünden değerlendirilir, iştah kaybı, uyku bozuklukları gibi depresyon belirtileri yönünden izlenir, erken dönemde hastaların sosyal ve psikiyatrik destek gereksinimleri saptanarak çeşitli baş etme yöntemleri geliştirmelerine yardımcı olunmalı ve danışmanlık alabilmesi için psikiyatrist yada psikologa yönlendirilmelidir. Hasta ve yakınlarına konu ile ilgili açık ve anlaşılır bir dille bilgi verilir. Hastanın hedeflerinin gerçekçi olması sağlanır ve dikkati başka yöne çekme, gevşeme teknikleri uygulama gibi anksiyeteyi azaltıcı yollar bulması için hasta teşvik edilir.^{8,15} Hastaya karşı ön yargılı davranılmadı, kişiliğine saygı duyuldu, iletişimde anlaşılır bir dil ve empati kullanıldı, konuşurken sakin ses tonu kullanıldı, duygularını açıklamasına imkan sağlandı ve hastanın anksiyetesi azaldı.

Hemşirelik Tanısı: HK tanısının aile bireylerinin yaşamındaki olumsuz etkisi ile ilişkili **bireysel baş etmede yetersizlik**.

Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Hasta çevresinin ve çevresindeki olumsuz durumların farkına varacak, bu durumları değiştirmek için kararlar alacak, kararları doğrultusunda harekete geçecek, sağlıklı bireysel baş etme mekanizmalarını kullanacak, yardıma ihtiyacı olduğunda bunu dile getirebilecek, etrafında var olan sosyal kaynakları ve hizmetleri tanıyacak, kendisi hakkındaki görüşlerini sözel olarak ifade edecek ve kendisindeki olumlu özellikleri tanımlayacak ve bu yetileri geliştikçe aile bireylerinin bakım yükü azalacak.

Hemşirelik Girişimleri: Bireyde var olan; olumlu, olumsuz, pozitif baş etme stratejileri belirlenir; mevcut başarılı baş etme stratejilerinin geliştirilmesine yardım

edilir. Böylece bireyin günlük yaşamına özgü beklentilerini hastalığına uyarlayabilmesi sağlanır. Aile bireylerinin sosyal ve psikiyatrik destek gereksinimlerini saptanır, çeşitli baş etme yöntemleri geliştirmelerine yardımcı olunur ve danışmanlık alabilmeleri için psikiyatrist yada psikologa yönlendirilir.^{14,19} Psikiyatri ile işbirliği yapıldı. Hasta ailesi kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade ettiler.

3. Solunum Aktivitesi

Hemşirelik Tanısı: Yutma yeteneğinde bozulmaya bağlı **aspirasyon riski**.

Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Hasta açık / temiz bir havayolu ile solunum yapacak, solunum sayısı, hızı ve şekli normal sınırlarda (dakikada 12-20) olacak.

Hemşirelik Girişimleri: Akciğerler sık sık dinlenir, solunumun kalitesini değerlendirebilmek için, solunum hızı, şekli ve SPO₂ 2-4 saatte bir kontrol edilir, öksürme, etkin solunum ve sekresyonlarının çıkmasına yardım için, birey hareket etmeye yönlendirilir, hareketi mümkün değilse yatak içinde öksürme ve postüral drenaj uygulanır.^{17,18} Olgumuzun solunum sayısı 18 ve SPO₂ değeri 98 idi.

4. Beslenme Aktivitesi

Hemşirelik Tanısı: Yaygın koreik hareketlere bağlı **yemek yeme ve yutmada güçlük**.

Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Hasta yeterli miktarda beslenecek, beden kitle indeksi 18.5- < 25 kg/m² aralığında olacak, doğru yemek yediğini veya yutmayı sağlayan beslenme tekniklerini uyguladığını gösterecek.

Hemşirelik Girişimleri: Bireyin yemeye bağlı anksiyetesini azaltmak için beslenme sırasında mahremiyetine özen gösterilir, hastaya ayakta yemek verilmez, bireyin kullanımını kolaylaştırıcı tabak, çatal, kaşık ve tek veya çift kulplu bardak kullanımı

sağlanır, yemeği küçük lokmalar ve püre halinde verilir, dik oturur pozisyonda yemek yemesine özen gösterilir, hastanın dinlenmiş olduğu zamanlarda yemek saati planlanır, hasta aspirasyon riski belirti ve bulguları açısından gözlemlenir, hasta yakınları boğulma belirtileri ve ilkyardım (Heimlich manevrası) konusunda bilgilendirilir.¹⁸ Hastada aspirasyon problemi yaşanmadı.

Hemşirelik Tanısı: Yutma güçlüğüne ve kore nedeniyle metabolik gereksinimin artışına bağlı **beden gereksiniminden az beslenme**.

Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Hasta beden gereksinimine uygun ve yeterli miktarda besin alacak.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın 24 saat içinde aldığı besin miktarı tanınır, hastanın sevdiği ve sevmediği yiyecekler belirlenir, yüksek kalorili ve protein ağırlıklı beslenmesi sağlanır, öğünleri atlamaması sağlanır; sık sık ve küçük porsiyonlarda yiyecek servisi yapılır, sindirimi ve yutması kolay yiyecekler seçilir, kilo takibi yapılır, oral mukoz membran bütünlüğü sağlanır, hasta ve ailesine beslenmenin önemi anlatılır, yemekten önce dinlenme periyotları sağlanır, hastanın odası temiz tutulur ve kötü kokular uzaklaştırılır.^{13,18} Hastanın kilosu 50 ve BKI 18.3 kg/m² idi.

5. Boşaltım Aktivitesi

Hemşirelik Tanısı: Hareketsizliğe bağlı **konstipasyon riski**.

Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Hasta rutin dışkılama alışkanlığı doğrultusunda barsak boşaltımını sağlayacak ve sürdürecektir.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın daha önceden var olan barsak boşaltım alışkanlıkları tanınır. Barsak seslerini ve sayısını belirlemek için steteskop ile abdominal bölge dinlenir, distansiyon

yönünden abdominal bölge palpe edilir, lifli diyet ve bol sıvı alımı önerilir. Olgunun barsak sesi 5 olarak normal sınırlarda değerlendirildi. Dışkılama alışkanlığını yeniden sağlayabilmek için tuvalete zaman ayırma, mahremiyet ve alışkanlıklara özen gösterme gibi girişimlerle yeterli barsak boşaltımı sağlanır.^{8,13}

6. Kişisel Temizlik ve Giyinme Aktivitesi

Hemşirelik Tanısı: Yaygın koreik hareketlerin varoluşuna, muhakeme yeteneği ve dürtü kontrolünün azalmasına bağlı **öz bakım eksikliği**.

Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Hasta öz-bakım konularında kendi kararlarını doğru biçimde verebilecek, maksimum hijyen sağlanacak, yemek yeme, giyinme, tuvalet, banyo aktivitelerine optimum seviyede katkı sağlanacak, yaşamını idame ettirebilmesi için gerekli araç-gereci kullanabilecek.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyi ve bu durumun hareketsizliği üzerine olan etkileri izlenir, hastanın yetersiz kaldığı alanlara yönelik özel girişimler uygulanır (yatak banyosu, baş banyosu vb) ve hastanın uygulanan bu girişimlere katılımı sağlanır.^{9,13}

Hemşirelik Tanısı: Yutma gücü ve salya akmasına bağlı **oral mukoz membranda değişim riski**.

Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Hastanın oral hijyeni sağlanacak ve oral mukoz membran bütünlüğü korunacak.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın ihtiyacı olan aralıklarla ağız bakımı planlanır, bu tip hastalarda diş fırçası kullanımı sıkıntılı olabileceği için gliserinli swaplar yardımıyla ağız bakımı verilir, turuncgiller gibi asitli yiyecekler tahrişe neden olabileceği için bu tip yiyeceklerden

kaçınması söylenir, hafif ve yumuşak bir diyet düzenlenir.¹

7. Beden Isısının Kontrolü Aktivitesi

Hemşirelik Tanısı: Koreik hareketlere bağlı **hipertermi riski**.

Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Hastanın vücut sıcaklığının normal değerlerde kalması sağlanacak.

Hemşirelik Girişimleri: HK'lı hastalar genellikle terleme eğilimindedir. Öncelikle altı saatte bir ateş kontrolü yapıp, enfeksiyon gibi ateş nedenleri ekarte edilir. Hastanın oda ısı azaltılır, pamuklu, rahat ve çıkartılması kolay kıyafetler giydirilir. Oda sık sık havalandırılır. Hasta mental değişiklikler konusunda gözlemlenir.⁸ Olgumuzun vital bulgularının takibinde ateşi 36.7 C civarında olup, normal değer aralığında seyretmiştir.

8. Hareket Aktivitesi

Hemşirelik Tanısı: Motor fonksiyon bozukluğuna bağlı **fiziksel harekette bozulma**.

Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Hastada korein istenmeyen hareketlerine bağlı sorunlar (yürümede güçlük, hareketlerde yavaşlama, düşme) gelişmeyecek.

Hemşirelik Girişimleri: Kas tonüsü, yürüyüş biçimi gibi motor işlevler sekiz saatte bir kontrol edilir ve kaydedilir. Her dört saatte bir eklem açıklığını sağlayan egzersizler uygulanır ve her iki saatte bir hastaya uygun yatış pozisyonu verilir.¹²

9. Çalışma ve Eğlence Aktivitesi

Hemşirelik Tanısı: Etkisiz baş etme, sekel oluşumu, rollerini yerine getirmede başkalarına gereksinim duyması, ümitsizlik ve sıkıntı hisleri ile ilişkili **rol performansında değişim**.

Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Hasta iş ve ev hayatının sorumluluklarının farkına varacak, öz-bakımını etkileyen etmenleri tanımlayacak, bireysel veya ev yaşantısındaki sorumluluklarını sağlama becerisini gösterecek, bakım sorumluluklarını yerine getirebilmesi için gereken becerileri sağlama yeteneğini gösterecek, sorumluluklarını yerine getirebilmenin doyumunu ve mutluluğunu ifade edecek; diğer taraftan aile bireyin bakımına destek verecek, bireyin hasta rolünden, iyi/sağlıklı role dönmesini kolaylaştıracak, anlamlı ilişkileri artırma yollarını tartışacak.

Hemşirelik Girişimleri: Bireyin eğlence aktiviteleri hakkında var olan düşünceleri ve alışkanlıkları sorgulanır. Ziyaret saatlerinde bireyin yakınları ile daha fazla zaman geçirmesine izin verilir. Bireyin düşmesini engellemek için sandalyede mobilize edilerek hemşire kontrolünde klinikten dışarı çıkartılması sağlanır. Bireyin sevdiği eğlence aktivitelerini (kitap/gazete okumak, müzik dinlemek vb.) gerçekleştirmesine fırsat verilir. Bireyin yatak başına/odasına sevdiği yakınlarının fotoğrafı yerleştirilir. Bu konuda aile bireylerinden destek alınır.^{9,14}

10. Cinselliği İfade Etme Aktivitesi

Hemşirelik Tanısı: Koreik Hareketlere bağlı **beden imajında bozulma.**

Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Hasta var olan beden imajını kabullenecek, vücudunda gerçekleşmiş değişimler hakkında bilgi edinecek, kendi bakımına katılacak, vücut değişimine uyum sağlamaya başlayacak.

Hemşirelik Girişimleri: Hastaya duygularını ifade etme imkanı sağlanır, bireyin beden imajını algılama şekli değerlendirilir. Bu süreçte hastanın mahremiyeti sağlanır, bireysel hijyen öz saygıyı arttıracığı için birey bu konuda desteklenir. Bireyin aile ortamında kabul görmesi kendini kabul etmesinde önemli

bir etkidir. Bu nedenle aile ve arkadaşlarının desteği alınır. Bireyin beden imajı konusunda doğru bilgi edinmesini sağlamak için açık ve net sorular sorulur, fiziksel görünümünde gerçekleşen değişiklikleri kabul etmesini kolaylaştırmak için karakterine ve değer sistemine uygun yaklaşım benimsenir.^{15,16} Hasta ve aile beden imajındaki değişiklik ile ilgili duygularını ifade etti ve daha rahat hissettiklerini belirttiler.

11. Uyku Aktivitesi

Hemşirelik Tanısı: Koreik hareketlerin sürekli devam etmesine bağlı **uyku örüntüsünde bozulma.**

Hemşirelik Bakımının Sonuçları: Hasta, uyumayı engelleyen bireysel, çevresel ve tedaviye ilişkin faktörleri tanımlayacak, dinlenme ve aktivite arasında denge kurulacak, kendini dinlenmiş hissedecek ve daha uzun süre uyuyabilecektir.

Hemşirelik Girişimleri: Bireyin normal uyku düzeni ve alışkanlıkları, gelişen uyku sorununun türü saptanır, bireyin banyo, içecek, kitap okuma gibi uyku öncesi alışkanlıkları varsa bu alışkanlıklarını sürdürmesi sağlanır, yatmadan önce kafeinli içecek içmemesi ve boşaltımını gerçekleştirmesi önerilir. Fizyolojik parametrelerin ve tedavi girişimlerinin mümkün olduğu kadar bireyi gerçekleştirilmesine dikkat edilir. Ortamın aydınlatması belirli bir saatten sonra azaltılır. Ortamın sıcaklığı kontrol edilir. Bireyin uyumayı tercih ettiği rahat bir pozisyonda uyumasına imkan verilir.^{12,20} Olgumuzun uyku aktivitesi uygulanan girişimlere rağmen düzene girmedi ve ketiapin 25 mg başlandı. Ketiapin sonrası uyku düzeni normale döndü.

Değerlendirme

Hemşirelik sürecinin son aşamasıdır. Değerlendirme planlanan ve uygulanan hemşirelik girişimlerinde başarıya ulaşıp ulaşılamadığının kanıtıdır. Eğer başarıya ulaşılamadıysa süreç yeniden aşama aşama

gözden geçirilir, yeniden hazırlanır ve uygulanır.¹⁰

Huntington Koreli Hastanın Taburculuğunun Planlanması: Bireyin yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi, ev ve toplumsal sorumlulukları saptanmalıdır. Bu tip hastaların psikolojik rehabilitasyonuna ve evde bakımına özen gösterilerek gereken destek sağlanmalıdır.

Sonuç

Huntington Koreli hastaların bakım planı, bireyin en üst düzey, bio-psiko-sosyo-kültürel işlevlerinin sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla yönelik hemşirelik girişimlerini kapsamalıdır. Bu derlemede HK hastalığı olan bireylerde sıklıkla görülen hemşirelik tanıları ve hemşirelik bakımı, bir olgu ile birlikte ele alınarak, bir hemşirelik kuramı olan Yaşam Modeli'nin ilgili Günlük Yaşam Aktiviteleri çerçevesinde açıklandı. Uygulanan hemşirelik bakımı ile; hastada herhangi bir yaralanma olması önlenmiş, hasta ve yakınları tedavi planına uyum sağladı, hasta ve ailenin anksiyete düzeyi azaldı, psikiyatri konsültasyonu ile bireysel baş etmede aile üyeleri kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade ettiler. Herhangi bir aspirasyon olmadı, kişisel hijyeni sağlandı, hastanın uykusu düzene girdi, beden ısısı normal sınırlarda idi, boşaltım ile ilgili bir sorun yaşanmadı. Rol performansındaki değişim ile ilgili hasta ve ailenin endişeleri kısmen devam ediyordu ve beslenme yetersizliği tam olarak giderilemedi. Rol performansındaki değişikliği kabul etme ve normal beslenme düzenine geçme uzun süreli bakımı gerektirdiğinden sonuçları tam olarak alınamadı.

Kaynaklar

1. Bredley W, Daroff R, Fenichel G, Marsden C. Neurology in clinical practice. Fourth edition. Philadelphia. Butterworth Heinemann; 2004. 2148 – 52.
2. Benelli RM, Hofmann PA. Review of the treatment options for Huntington's disease. Expert Opin Pharmacother 2004; 5(4):767-76.
3. Cardoso F, Seppi K, Mair KJ, Wenning GK, Poewe W. Seminar on choreas. Lancet Neurol 2006; 5:589–602.
4. Jankovic J. Huntingtons disease, Wilsons disease, and neuroacanthocytosis. A Comprehensive Review of Movement Disorders for the Clinical Practitioner. 2nd Annual Course New York, NY: Columbia University; 1992. 261-78.
5. Ersoy N, Başak AN. Huntington hastalığının moleküler biyolojisi. Türk Nöroloji Dergisi 2005;11(1): 27 – 44.
6. Fénelon G, Percheron G. Revision of the international classification of diseases. Mov Disord 1997;12(2):256-7.
7. Sharp FR, Rando TA, Greenberg SA, Brown L, Sagar SM. Pseudochoreoathetosis: movements associated with loss of proprioception. Arch Neurol 1994; 51:1103–1109.
8. Rosenblatt A, Ranen NG, Nance MA, Paulsen JS. A. Physician's Guide to the Management of Huntington's Disease. Second Edition, Huntington's Disease Society of America 2008; ISBN 0-9637730-2-X.
9. Birol L. Hemşirelik Süreci 8. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık; 2007.
10. Kaya N, Babadağ K, Aştı T. Eds. Yaşam Modeli. Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., 2008;1-7.
11. Roper N, Logan W, Tierney A. Model For Nursing Based on a Model Living 4th ed. Newyork: Churcill Living Stone Publish; 1996.
12. Busse M, Khalil H, Quinn L. Physical therapy intervention for people with Huntington's disease. Physical Therapy 2008; 88 (7): 820-831.
13. Byrne J, Beety D. Tools to improve end of life care for neurological patients. British Journal of Neuroscience Nursing 2007; 3(5): 190-193.
14. Johnston TG. Risperidone long-acting injection and Huntington's disease: case series with significant psychiatric and

- behavioural symptoms. *Int Clin Psychopharmacol* 2011; 26:114-9.
15. Fiedorowicz JG, Mills JA, Ruggle A, Langbehn D, Paulsen JS. Suicidal behavior in prodromal Huntington Disease. *Neurodegener Dis* 2011; 8:483-90.
 16. Anderson KE, Gehl CR, Marder KS, Beglinger LJ, Paulsen JS. Huntington's Study Group. Comorbidities of obsessive and compulsive symptoms in Huntington's disease. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:334-8.
 17. Albayrak N, İlhan S.E., Ançel G.Ç, Albayrak A. Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut) Birlik Matbaası 1. Basım, Ankara, 2007.
 18. Trejo A, Boll M.C, Alonso Ma E, Ochoa A, Velasquez L. Use of oral nutritional supplements in patients with Huntington disease. *Nutrition* 2005; 21 (9): 889-894.
 19. Aubeeluck A, Moskowitz CB. Huntington's disease Part 3: Family aspects of Huntington's disease. *British Journal of Nursing* 2008; 17 (5): 328-331.
 20. Korczyn AD. Management of sleep problems in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences* 2006; 25 248 (1-2): 163-166.