

VAKA SUNUMU / Case Presentation

## Tip 2 Diyabet Tanısı Alan Bireyin NANDA'ya Göre Hemşirelik Tanıları ve NIC Girişimlerinin Belirlenmesi

### *Determination of According to Nursing Diagnoses and Interventions of an Individual Diagnosed With Type 2 Diabetes According To NANDA and NIC*

Tuğba KAVALLALI ERDOĞAN<sup>1</sup>, Zeliha KOÇ<sup>2</sup>

#### ÖZ

Diyabet, günümüzde yaygın olarak görülen, bireylerin yaşam kalitesini etkileyen metabolik kaynaklı kronik bir hastalıktır. Multidisipliner bir yaklaşım gerektiren diyabet, ciddi komplikasyonlara neden olabilen; bireye, toplum ve sağlık bakım sistemine ekonomik yük getiren önemli bir sağlık sorunudur. Bakımın yönetilmesinde sergilediği mesleki liderlik rolü ile ekibin vazgeçilmez bir üyesi olan hemşireler, bireyin tanımlanmış sağlık sorunlarına yönelik bakımı planlayarak diyabetik bireylerin hastalığı yönetmesine yardımcı olabilir. Sağlıklı/hasta bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde ve bireye özgü bakım sunulmasında bilimsel bir problem çözme yöntemi olan hemşirelik sürecinden yararlanılır. Bununla birlikte hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında ortak bir hemşirelik dili ile sistematik sınıflama sistemleri kullanımının hemşirelik sürecinin etkinliğini artırdığı vurgulanmaktadır. Bu çalışmada Tip 2 diyabet tanısı alan birey, Roper, Logan ve Tierney'in geliştirdiği "Yaşam Modeli" doğrultusunda değerlendirilmiş, NANDA Taksonomi II sınıflama sistemi kullanılarak "North American Diagnosis Association – NANDA" hemşirelik tanıları geliştirilmiş ve her taniya uygun "Nursing Intervention Classification- NIC" girişimleri belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik bakımı, Hemşirelik uygulamaları, NANDA, NIC, Tip 2 diyabet.

#### GİRİŞ

Diyabet, pankreasın insülin üretmediği veya vücudun üretilen insülini kullanmadığı durumda ortaya çıkan; karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmalarında bozulmalara neden olan kronik bir hastalıktır (1,2). Multidisipliner bir yaklaşım gerektiren diyabet, ciddi komplikasyonlara neden olabilen; bireye, toplum ve sağlık bakım sistemine ekonomik yük getiren önemli bir sağlık sorunudur (3). Uluslararası Diyabet Federasyonu (In-

1.Araş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi E-posta Adresi: tugbakavalali@hotmail.com  
ORCID ID: 0000-0001-7903-4905

2. Prof. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi ORCID ID: 0000-0002-8702-5360

#### ABSTRACT

Today, diabetes is a common chronic metabolic disease which affects the quality of life of individuals. Diabetes, which requires a multidisciplinary approach, is an important health issue that can cause severe complications and puts an economic burden on the individual, society and healthcare system. Nurses as indispensable members of the team with their professional leadership role in managing care can help the individuals with diabetes manage the disease by planning care for the individual's defined health problems. The nursing process, which is a scientific problem-solving method, is utilized to identify the healthcare needs of healthy / sick individuals and to provide an individualized care. Nevertheless, it is also emphasized that the use of a common nursing language and systematic classification systems in all stages of the nursing process increases the effectiveness of the nursing process. In this study, an individual diagnosed with Type 2 diabetes was assessed in accordance with the "Life Model" developed by Roper, Logan and Tierney and "North American Diagnosis Association – NANDA" nursing diagnoses were developed using NANDA Taxonomy II classification, and "Nursing Intervention Classification - NIC" interventions were determined for each diagnosis.

**Keywords:** NANDA, NIC, Nursing Care, Nursing Interventions, Type 2 Diabetes

ternational Diabetes Federation-IDF) (2017) dünyada 20 -79 yaş aralığında bulunan 424,9 milyon kişinin diyabet tanısı aldığını, 4 milyon kişinin diyabet nedeniyle yaşamını yitirdiğini; 2045 yılında ise dünya genelinde 628.6 milyon kişinin diyabet tanısı alacağını bildirmiştir. Ayrıca Uluslararası Diyabet Federasyonu (2017) Türkiye'nin Avrupa'da %12.1 ile Almanya ve Rusya'dan sonra yaşa göre düzeltilmiş diyabet prevalansına sahip üçüncü ülke olduğunu belirtmiştir (2). Ülkemizde 2010 yılında yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışmasında da (TURDEP-II), Türk erişkinlerde diyabet prevalans hızının %13.7'ye (erkeklerde %12.4 ve kadınlarda ise %14.6) yükseldiği bildirilmiştir (4).

Gönderim Tarihi:26.06.2019 - Kabul Tarihi: 11.06.2020

Yaşam tarzındaki değişimlerin, obezitenin, sedanter yaşam tarzının, sağlık ve teknoloji alanındaki ilerlemelerin ve yaşam süresinin uzamasının diyabet hastalığına zemin hazırladığı düşünülmektedir (5). Multifaktöriyel nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan diyabet hastalığının, Tip 1, Tip 2 ve gestasyonel diyabet olmak üzere 3 primer tipi ile bazı spesifik tipleri bulunmaktadır. Tüm diyabet tiplerinin yaklaşık olarak %90-95'ini Tip 2 diyabet oluşturmaktadır. Tip 2 diyabet belirti ve bulgu vermeden sinsi bir şekilde ilerleyebilen ve uzun süre varlığını sürdürebilen bir hastalıktır (1).

Tip 2 diyabet tanısı alan bireylerde ilk önce glikoz sonra yağ depolarının yıkıma uğraması nedeniyle "hiperlipidemi"; glikozun idrar ile atılmasıyla "glikozüri"; idrar yoğunluğunun artmasıyla "poliüri"; kaybedilen su ve elektrolitleri yerine koyabilmek için "polidipsi"; protein depolarının kullanılmasıyla "polifaji" gibi semptomlar görülebilmektedir. Ayrıca bu belirtilere bulanık görme, ciltte kuruluk, yorgunluk, nöropati ve idrar yolu enfeksiyonları eşlik edebilmektedir (6-8). Diyabetin ayırıcı özelliği olan "hiperglisemi" insülin eksikliği veya hücrelerin insüline yanıt verememesi sonucu glikozun kanda yüksek düzeyde seyretmesi ile ortaya çıkabilmektedir. Hiperglisemi uzun süre kontrol edilemezse, retinopati ve körlük gibi göz hastalıklarına, nöropati, nefropati, kardiyovasküler hastalıklar gibi yaşamı tehdit eden sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (2,6-8). Diyabet, ciddi komplikasyonlara yol açmasının yanı sıra bireylerin iyilik halini, yaşam kalitesini, sosyal ve mesleki yaşantısını olumsuz yönde etkileyebilen bir hastalıktır. Bununla birlikte diyabet depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemlere de neden olabilmektedir (1,9).

Hastalık yönetimi, bütüncül bakımın koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamada, profesyonel ekip çalışmasını desteklemede, sunulan bakımın kalitesini arttırmada, beklenen hasta sonuçlarını iyileştirmede ve bakımın maliyetini azaltmada etkin bir rol oynamaktadır (10). Kol ve arkadaşlarının aktardığına göre; Florence Nightingale hemşirelik bakımını "Bireyin yaşamından sorumlu olmak" şeklinde tanımlarken; Virginia Henderson ise hemşirenin temel görevini "Sağlam veya hasta

bireylere sağlıklarını korumaları, tedavilerini sürdürmeleri veya huzur içinde ölmeleri için yardım etme" olarak tanımlamıştır (11). Bu doğrultuda bakımın yönetilmesinde sergilediği mesleki liderlik rolü ile ekibin vazgeçilmez bir üyesi olan hemşireler, bireyin tanımlanmış sağlık sorunlarına yönelik bakımı planlayarak bireyin hastalığını yönetmesine yardımcı olurlar (10).

Sağlıklı/hasta bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde ve bireye özgü bakım sunulmasında bilimsel bir problem çözme yöntemi olan hemşirelik sürecinden yararlanılmaktadır. Literatürde modern hemşirelik anlayışı doğrultusunda hemşirelik süreci kullanılmasının, bakımın kalitesini arttırmada, bireye bütüncül bir bakım sunmada, sağlığı koruma ve geliştirmede, hemşirenin bilgisini arttırmada, hemşirelik uygulamalarını geliştirmede ve bağımsız işlevlerini arttırmada son derece yararlı olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında ortak bir hemşirelik dili ile sistematik sınıflama sistemleri kullanımının hemşirelik sürecinin etkinliğini arttırdığı vurgulanmaktadır (12-14).

Hemşirelik sınıflandırma sistemleri; hasta sorunlarını, hemşirelerin bu sorunlara yönelik olarak uyguladıkları girişimleri ve bu girişimlerin hasta sonuçlarına yararını sınıflandırmayı sağlamaktadır (13-15). NANDA Hemşirelik Tanıları Sınıflaması (North American Diagnosis Association), Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (Nursing Intervention Classification- NIC), Hemşirelik Bakımı Sonuçlarının Sınıflaması (Nursing Outcomes Classification-NOC), Omaha Sınıflama Sistemi (Omaha System), Klinik Bakım Sınıflaması (Clinical Care Classification) ve Hemşirelik Uygulamalarının Uluslararası Sınıflaması (International Classification for Nursing Practice- ICNP) Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından onaylanmış hemşirelik sınıflandırma sistemleri arasında yer almaktadır (13, 15-17).

NANDA, 1973 yılında hemşirelikte sınıflama ve ortak dil geliştirmek amacıyla "Ulusal Görev Gücü" olarak çalışmalarına başlamış; 1982 yılında Kanada da çalışan hemşirelerin katılımı ile Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği

(North American Nursing Diagnosis Association-NANDA) adını almıştır. En yaygın kullanılan sınıflama sistemlerinden biri olan NANDA, uluslararası standartlara uygun olarak tanı önerme, onaylama ve sınıflama ölçütlerini belirleyen ve düzenleyen bir kuruluş niteliğindedir. Uluslararası katılıma paralel olarak 2002 yılında NANDA International adını alarak, birçok dile çevrilmiştir. Her iki yılda bir yapılan toplantılar ile NANDA-I tanıları güncellenmektedir. NANDA-I sınıflandırması 13 alan, 47 sınıf ve 245 hemşirelik tanısı içermektedir (13, 15-18).

NIC, 1987 yılında Amerika'da Hemşirelik Girişimlerini Sınıflama grubu tarafından her alan ve bakım ortamında hemşirelerin uyguladığı girişimleri tanımlamak amacıyla geliştirilen bir sınıflama sistemidir. Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sisteminde her bir girişim, ad, tanım, girişime ait eylem ve aktiviteden oluşmaktadır. NIC sınıflama sisteminde her girişimin farklı bir numerik kodu bulunmakta ve her bir girişimin altında yaklaşık 10-30 hemşirelik aktivitesi yer almaktadır. Bununla birlikte NIC sınıflaması alan, sınıf ve aktiviteler olmak üzere 3 düzeyden oluşmaktadır. 2017 yılında yayınlanan güncel hemşirelik girişimleri sınıflama sisteminde 7 alan, 30 sınıf, 565 NIC girişimi ve yaklaşık 13.000 aktivite yer almaktadır (13, 15-17,19).

Bu çalışmada Tip 2 diyabet tanısı alan birey, Roper, Logan, Tierney Yaşam Modeli doğrultusunda değerlendirilmiş, NANDA Taksonomi II sınıflama sistemi kullanılarak NANDA hemşirelik tanıları geliştirilmiş ve her tanıya uygun NIC girişimleri belirlenmiştir.

## OLGU SUNUMU

F.B. 67 yaşında, evli, emekli ve ortaokul mezunu kadın bir hastadır. Eşi ile birlikte il merkezinde bir apartman dairesinde yaşamaktadır. Hasta evinde sık sık baş ağrısı yaşadığını, bu baş ağrısının 10 gün önce başladığını buna karşın bu ağrıyı önemsemediğini ifade etmiştir. Geçmeyen baş ağrılarında şikayetçi olan hasta hiperglisemiden şüphelendiği için evde kan şekeri ölçüm cihazı ile açlık kan şekerini ölçmüş ve sonucu 306 mg/dL olarak belirlemiştir. Kan şekeri düzeyi yüksek ol-

masına karşın hastaneye gitmeyi red etmiş, insülin dozunu kendisi arttırarak kan şekeri düzeyinin düşeceğini düşünmüştür. Baş ağrılarının geçmesi nedeniyle ertesi sabah tekrar kan şekeri ölçümü yapan hasta sonucu 416 mg/dL olarak belirlemiştir. Kan şekeri düzeyinde azalma yerine bir artma belirlediği için hasta eşi ile birlikte il merkezinde bulunan özel bir hastaneye başvurmuştur. Özel hastanede yapılan tetkikler sonucunda hasta 3 gün yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavi almıştır. Daha sonra hastanın kendi isteği ile bir üniversite hastanesinin endokrinoloji servisine transferi gerçekleştirilmiştir. Hastanın endokrinoloji servisinde 4 gündür tedavisi devam etmektedir.

Bireyin tıbbi özgeçmişine bakıldığında 38 yıldır diyabet, 12 yıldır hipertansiyon ve 5 yıldır astım tanısı ile tedavi edildiği belirlenmiştir. Hasta 35 yıl önce guatr ve bel fıtığı, 30 yıl önce histerektomi ameliyatı geçirmiştir. Ayrıca 12 yıl önce damar tıkanıklığı nedeniyle ameliyat olmuş ve 4 damarına stent takılmıştır. Bununla birlikte 15 sene önce geçirdiği trafik kazası nedeniyle platin protez ameliyatı olmuştur. Bireyin soy geçmiş öyküsünde herhangi bir kronik hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Hasta astım tedavisi için Ventolin 2,5mg 3x1 inhaler; Tip 2 diyabetes mellitus tedavisi için, Apidra 100 U/ML solostar SC enjeksiyon kalemi 3x6 IU, Glucophage 1000 mg tablet 2x1, Lantus Solostar 100 U/ML 1x20mg, hipertansiyon tedavisi için Delix 5 mg tablet 1x1, kalp damar hastalığı için Tarden 40 mg tablet 1x1, Vastarel MR 35 mg tablet 1x1, Ecopirin 100 mg tablet 1x1, Plavix 75 mg tablet 1x1 ve Ranitab 50mg/2ml ampul 2x1 kullanmaktadır.

## Roper-Logan-Tierney Yaşam Modeli Doğrultusunda Hastanın Değerlendirilmesi

*1. Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi:* Bireyin hastanedeki yatağının frenleri kapalıdır. Yatak korkuluklarının bir tarafı kaldırılmış durumdadır. Yatak hastanın rahatça kalkabileceği seviyededir. Hasta odasının zemini kurudur. Hastanın kullandığı terliğin tabanı kaymaz özelliindedir. Bireyin sol gözünde diyabetik retinopati nedeniyle %80 görme kaybı bulunmaktadır. Bireyin düşme riskini belirlemek amacıyla İtaki Düş-

me Riski Ölçeği kullanılmıştır. İtaki Düşme Riski Ölçeği, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı bünyesinde çalışan bir komisyon tarafından 2011 yılında, 16 yaş ve üzerindeki hastaların düşmelerine neden olabilecek risk faktörlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekten alınan toplam puanın 5 ve üzerinde olması hastanın düşme riskinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (20). Bireyin, İtaki Düşme Riski Ölçeği puanı 11 olup, yüksek düzeyde düşme riskine sahip olduğu belirlenmiştir. 15 yıl önce geçirdiği trafik kazası sonrasında hastanın sol bacağına platin protez takılmıştır. Bu nedenle yürürken bazen baston kullanma ihtiyacı duymaktadır. Bireyin basınç yarası riskini değerlendirmek için Braden Basınç Yarası Risk Tanılama Ölçeği kullanılmıştır. Braden Basınç Yarası Risk Tanılama Ölçeği, Bergstrom, Braden ve arkadaşları tarafından 1987 yılında basınç yarası riski olan hastaların erken tanınmasını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ilk olarak 1997 yılında Oğuz ve Olgun, daha sonra 1998 yılında Pınar ve Oğuz tarafından yapılmış, ölçeğin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır. Ölçek, duyuşsal algılama, sürtünme ve yırtılma, nemlilik, aktivite, hareket ve beslenme olmak üzere 6 maddeden oluşmakta olup, ölçekten alınabilecek toplam puan 6-23 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça basınç yarası gelişme riskinin azaldığı kabul edilmektedir. Bireyin Braden Basınç Yarası Risk Tanılama Ölçeği'nden aldığı puan 22'dir (21,22). Hastanın hastaneye yatmadan önce yeni aldığı ayakkabısının sağ ayak bileğinin arka kısmına vurduğu bu nedenle yara açıldığı belirlenmiştir.

2. *İletişim*: Birey, kendisine refakat eden eşi ve sağlık profesyonelleri ile kolaylıkla iletişim kurabilmektedir.

3. *Solunum*: Bireyin solunum sayısı 22/dk'dır. Öksürük, sekresyon ve siyanoz semptomları gözlemlenmektedir. Bireyde sigara öyküsü yoktur. Astım nedeniyle inhaler tedavi almaktadır.

4. *Beslenme*: Hasta hastanede kaldığı süre boyunca R<sub>3</sub> diyabetik+tuzsuz diyet almaktadır. Fakat birey hastane yemeklerini sevmediği için ana öğünlerde gelen porsiyonlarını bitiremediği ve ara öğün tüketmediği gözlemlenmiştir. Hasta

evde de 2 ana öğün tükettiğini ve hiç ara öğün almadığını ifade etmiştir. Günlük yaklaşık olarak 2 lt su tükettiğini, çay ve kahve tüketmeyi sevmediğini belirtmiştir. Çiğneme ve yutmada herhangi bir güçlük yaşamadığını, herhangi bir besine alerjisi olmadığını, fakat baklagil tüketmeyi sevmediğini ifade etmiştir. Hastanın beden kitle indeksi 25,71kg/m<sup>2</sup> olup birey son üç ayda 4 kilo kaybetmiştir.

5. *Boşaltım*: Birey boşaltım ihtiyacını yardım almadan tuvalete giderek kendisi karşılayabilmektedir. Günde yaklaşık 7-8 defa miksiyona çıktığını, herhangi bir problem (dizüri, hematüri, inkontinans gibi) yaşamadığını ifade etmiştir. Yaklaşık 4 gündür defekasyona çıkamadığını, evde defekasyon alışkanlığının (günde 1 defa) düzenli olduğunu bildirmiştir. Bireyin batın bölgesinde gerginlik olduğu gözlemlenmiştir.

6. *Kişisel temizlik ve giyim*: Hasta evde üç günde bir banyo yaptığını, hastaneye yattıktan sonra da bu alışkanlığını devam ettirdiğini ifade etmiştir. Bireyin genel görünümü, pijaması, yatak takımları temiz ve düzenlidir. Eksik ve çürük dişi bulunmamasına karşın, ağız içinde kuruluk ve bir adet oral mukozit gözlemlenmiştir. El ve ayak tırnakları temiz ve kısadır. Kıyafetlerini günlük değiştirdiğini, sadece intravenöz tedavi için branül olan tarafının kıyafetini çıkarırken eşinden destek aldığını, bunun dışında kişisel bakımını yardım almadan kendisi karşılayabildiğini belirtmiştir.

7. *Beden ısısının kontrolü*: Bireyin vücut sıcaklığı ortalama 36,3°C'dir.

8. *Hareket*: Birey hem evde hem de hastanede tek başına yürüyüş yapabilmektedir. Topuk kısmındaki yara dışında bası bölgelerinde herhangi bir kızarıklık veya yara gözlemlenmemiştir. Bel fitiği ve diz protezi nedeniyle ağrı yaşadığı için bazen bastonla yürümeyi tercih ettiğini belirtmiştir.

9. *Çalışma ve eğlence*: Hasta aile apartmanında çocukları ve torunlarıyla yaşadığını, boş zamanlarını sıklıkla torunlarıyla geçirdiğini belirtmiştir. Haftada bir kez akrabaları veya arkadaşları ile sosyal ortamlarda buluşup sohbet ettiklerini, evde olduğu zamanda ise müzik dinlemeyi sevdiğini belirtmiştir. Zaman zaman eşiyle birlikte sahilde kısa yürüyüşler yaptığını, bu yürüyüşlerin onu çok mutlu ettiğini çünkü emekli olmadan önceden eşi ile vakit geçiremediklerini ifade etmiştir.

**10. Cinsellik:** Hasta kadın kimliği ile uyumludur. Dört çocuk annesi olan hasta çocuklarını normal doğumla dünyaya getirmiştir. 30 sene önce histerektomi ameliyatı geçirdiğini, bu yüzden cerrahi menapoza girdiğini, fakat menapoz için herhangi bir ilaç kullanmadığını ifade etmiştir. Birey daha önce hiç kendi kendine meme muayenesi yapmadığını ve smear aldırmadığını bildirmiştir.

**11. Uyku:** Birey, hastaneye yattığı günden itibaren gürültü nedeniyle uyuyamadığı belirtmiştir. Gündüz uyuma alışkanlığı olmadığını belirten hasta, evde iken uykusunun düzenli olduğunu ifade etmiştir. Yaşadığı uykusuzluk nedeniyle yorgun olduğu gözlemlenmiştir.

**12. Ölüm:** Birey, ölümü düşünmediğini, hastaneden taburcu olup tekrar eski hayatına döneceğini ve içinin rahat olduğunu belirtmiştir.

### **Hemşirelik Tanısı 1: İnhaler Tedavi Kullanımına Bağlı Oral Mukoz Membran Bütünlüğünde Bozulma**

**Alan 11:** Güvenlik/Koruma, **Sınıf 2:** Fiziksel Yaralanma, **Kod:** 00045

#### **Hemşirelik Girişimleri:**

**NIC:** Ağız Sağlığını Sürdürme (Kod: 1710)

**Alan 1.** Fizyolojik: Temel **Sınıf:** Öz Bakımı Kolaylaştırma

- Rutin ağız bakımı yapılır.
- Dudakları ve ağız mukozasını nemlendirmek için gerektiğinde yağ içeren bir krem uygulanır.
- Hastaya yemeklerden sonra ve gerektiği sıklıkta ağız hijyenini gerçekleştirme için bilgi verilir ve yardım edilir.
- Düzenli aralıklarla diş fırçalama ve diş ipi kullanma olanağı sağlanır.
- Yumuşak kıllı diş fırçası kullanımı önerilir.
- Sağlıklı beslenme ve yeterli sıvı alımını önerilir.
- Dişleri temizlemek ve tükürük salgısını artırmak için şekersiz sakız çiğneme konusunda bilgi verilir.

**NIC:** Beslenme Yönetimi (Kod:1100)

**Alan 1.** Fizyolojik: Temel **Sınıf:** Beslenme Desteği

- Hastanın beslenme durumu ve beslenme gereksinimleri belirlenir.
- Hastanın herhangi bir besine alerjisi olup olmadığı sorgulanır.

- Hastanın besin tercihleri belirlenir.
- Beslenme ihtiyacı hakkında hasta bilgilendirilir.
- Beslenme gereksinimlerini karşılamak için gerekli olan besin tipleri ve kalori miktarı tanımlanır.
- Gerekli ise diyet ayarlaması yapılır (örn: yüksek proteinli besinler verilir, tuza alternatif olarak bitkiler ve baharatlar önerilir, şeker yerine tatlandırıcı sağlanır, kalori artırılır, vitamin, mineral ve ek gıdalar artırılır).
- Öğün tüketimi için en uygun çevre sağlanır (örn: temiz, havalandırılmış, rahat ve kesin kokulardan arındırılmış).
- Yemek öncesi ağız bakımı sağlanır veya yardım edilir.
- Hastanede ya da bakım merkezlerinde uygunsa hasta yakınlarını hastaların sevdiği yemekleri getirmeleri konusunda cesaretlendirilir.
- Yapılması gereken diyet değişiklikleri konusunda hasta bilgilendirilir (örn: sıvı gıda, berrak sıvı, yumuşak ya da tolere edilebilen diyet).
- Yaşa ve gelişime uygun özel diyet gereksinimleri konusunda hasta bilgilendirilir (örn: emziren kadınlar için kalsiyum, protein ve sıvıdan zengin, yaşlılar için konstipasyonu önleyici liften zengin diyet).
- Diyet alımı ve kalorisi izlenir.
- Kilo alımı ve kaybı izlenir.
- Güvenli besin hazırlama ve saklama teknikleri konusunda cesaretlendirilir (23).

**Beklenen Hasta Sonucu:** Bireyin ağız mukoz membranında iyileşme olması ve ilerleyen zamanda tekrar oral mukozit oluşmamasıdır.

### **Hemşirelik Tanısı 2: İştahsızlık ve Kilo Kaybına Bağlı Beslenmede Dengesizlik: Beden Gereksiniminden Az**

**Alan 2:** Beslenme, **Sınıf 1:** Yeme, **Kod:** 00002

#### **Hemşirelik Girişimleri:**

**NIC:** Beslenme Yönetimi (Kod: 1100)

**Alan 1.** Fizyolojik: Temel **Sınıf:** Beslenme Desteği

**\*Beslenme Yönetimi** “Oral Mukoz Membran Bütünlüğünde Bozulma” hemşirelik tanısında açıklanmıştır (23).

**Beklenen Hasta Sonuçları:** Sağlıklı beslenmenin önemini açıklayabilmesi, günlük besin alı-

mındaki eksikleri tanımlayabilmesi ve ideal vücut ağırlığında olmasıdır.

### **Hemşirelik Tanısı 3: İştahsızlığa Bağlı Konstipasyon**

**Alan 3:** Eliminasyon ve Değişim, **Sınıf 2.** Sindirim fonksiyonu, **Kod:** 00011

#### **Hemşirelik Girişimleri:**

**NIC:** Konstipasyon/Fekal Tıkaç Yönetimi (Kod: 0450)

**Alan 1.** Fizyolojik: Temel **Sınıf:** Eliminasyon Yönetimi

- Uygun şekilde dışının rengi, şekli, hacmi, sıklığı, kıvamı ve bağırsak hareketleri izlenir.
- Bağırsak sesleri izlenir.
- Hastaya problemin nedeni ve aktivitelerin gerekçesi açıklanır.
- Konstipasyona sebep olan veya katkıda bulunan faktörler (örn: tıbbi tedavi, yatak istirahati, diyet) tanımlanır.
- Uygun şekilde tuvalete çıkma programı oluşturulur.
- Kontrendike olmadıkça sıvı alımı artırılır.
- İlaç profili gastrointestinal yan etkiler bakımından değerlendirilir.
- Hastaya/ailesine bir besin günlüğünün nasıl tutulacağı öğretilir.
- Yüksek lifli diyeti uygun şekilde hastaya/ailesine öğretilir.
- Hastaya/ailesine uygun laksatif kullanımını hakkında öğretim yapılır.
- Hastaya/ailesine konstipasyon/fekal tıkaç ile diyet, sıvı alımı ve egzersiz arasındaki ilişki hakkında öğretim yapılır.
- Konstipasyon veya fekal tıkaç devam ederse hastaya doktora danışması önerilir.
- Uygun şekilde laksatif/gaita yumuşatıcı kullanımını önerilir.
- Uygun şekilde lavman ya da irigasyon uygulanır.
- Hasta düzenli aralıklarla tartılır.
- Kabızlığın çözümü için zaman dilimi hakkında hastaya/ailesine bilgi verilir (23).

**NIC:** Beslenme Yönetimi (Kod: 1100)

**Alan 1.** Fizyolojik: Temel **Sınıf:** Beslenme Desteği

**\*Beslenme Yönetimi** “Oral Mukoz Membran Bütünlüğünde Bozulma” hemşirelik tanısında açıklanmıştır.

**Beklenen Hasta Sonuçları:** Bireyin defekasyona çıkması ve normal (günde bir defa) bağırsak alışkanlığına dönmesidir.

### **Hemşirelik Tanısı 4: Hospitalizasyona Bağlı Uyku Örüntüsünde Bozulma**

**Alan 4.** Aktivite/dinlenme, **Sınıf 1.** Uyku/dinlenme, **Kod:** 00198

#### **Hemşirelik Girişimleri:**

**NIC:** Uykunun Güçlendirilmesi (Kod: 1850)

**Alan 1.** Fizyolojik: Temel **Sınıf:** Öz Bakımı Kolaylaştırma

- Hastanın uyku örüntüsü ve saatleri izlenir.
  - Uykusuzluğun nedenleri (ağrı, anksiyete, ameliyat sonrası dönemde yaşanan sıkıntılar vb.) ve bunu önlemek için olası yollar hasta ve hasta yakınına açıklanır.
  - İlaç uygulama saatleri hastanın uyku/uyanıklık döngüsüne göre planlanır.
  - Hastanın aldığı ilaçların uyku örüntüsüne etkisi belirlenir.
  - Bakım, hastanın uyku/uyanıklık dönemlerine göre planlanır.
  - Normal gece-gündüz döngüsünün sürdürülmesi için çevresel uyarılar düzenlenir.
  - Masaj, pozisyon verme ve duyuşal dokunma gibi rahatlatma yöntemleri uygulanır (23).
- NIC:** Çevre yönetimi: Rahatlık (Kod: 6482)
- Alan 1.** Fizyolojik: Temel **Sınıf:** Fiziksel Rahatlığı Geliştirme
- Çevre yönetimine ve optimum rahatlığa yönelik hastanın hedefleri belirlenir.
  - Hastanın çağrı ziline ulaşabilmesi sağlanır.
  - Sakin, destekleyici, güvenli ve temiz bir ortam sağlanır.
  - Gözlerine ışık gelmesi önlenerek, bireysel aktivite gereksinimlerini karşılayabilecek şekilde aydınlatma sağlanır.
  - Rahat edebileceği bir pozisyon verilir (23).

**Beklenen hasta sonuçları:** Bireyin uykusunun yeterli olduğunu söylemesi, dinlenerek kalktığını ifade etmesi ve yorgunluk belirtilerinin gözlenmemesidir.

### **Hemşirelik Tanısı 5: Sol Bacağındaki Platin ve Proteze Bağlı Kronik Ağrı**

**Alan 12.** Konfor, **Sınıf 1.** Fiziksel Konfor, **Kod:** 00133

### **Hemşirelik Girişimleri:**

**NIC:** Ağrı Yönetimi (Kod: 1400)

**Alan 1.** Fizyolojik: Temel **Sınıf:** Fiziksel Rahatlığı Geliştirme

- Ağrının yerini, özelliğini, başlangıcını/süresini, sıklığını, niteliğini ve yoğunluğunu içeren kapsamlı bir değerlendirme yapılır.
- Ağrıyı azaltan ya da arttıran faktörler hasta ile birlikte değerlendirilir (Örn; pozisyon vb.).
- Dikkatli bir analjezik bakımı sağlanır.
- Ağrı deneyimini tanımlamak için teröpatik iletişim stratejileri kullanılır ve hastaya ağrıya tepkisinin kabul edildiği iletilir.
- Hastanın ağrı hakkında bilgi ve inançları değerlendirilir.
- Ağrı deneyiminin yaşam kalitesi üzerine etkileri değerlendirilir (Örn; uyku, aktivite, ruh hali vb.).
- Hastanın rahatsızlığa tepkilerini etkileyebilecek çevresel faktörler değerlendirilir (oda ısısı, aydınlatma, gürültü vb.).
- Ağrıyı hafifletme/giderme yöntemi seçilirken hastanın bu yönetime katılma istekliliği değerlendirilir.
- Ağrının şiddeti artmadan önce ağrı kontrol yöntemlerinin kullanılması sağlanır.
- Ağrı deneyimi sürekli değerlendirilerek ağrı kontrol yöntemlerinin etkinliği değerlendirilir (23).

**NIC:** Başetmeyi Güçlendirme (Kod: 5230)

**Alan 3.** Davranışsal **Sınıf:** Başetme Yardımı

- Sakin ve güven verici bir yaklaşım kullanılır.
- Hastanın hastalık sürecini nasıl algıladığı değerlendirilir.
- Stresli durumda hastanın bakış açısı değerlendirilir ve yoğun stres altında iken karar vermesi önlenir.
- Duyularını, algılarını ve korkularını sözel olarak ifade etmesi için cesaretlendirilir.
- Hastanın beden imgesindeki değişimlere uyumu değerlendirilir.
- Hastanın yaşam tarzının, rol ve ilişkilerini nasıl etkilediği değerlendirilir.
- Zorlandığı durumun üstesinden kademeli olarak gelmesi için hasta cesaretlendirilir.
- Hastanın sosyal destek gereksinimleri/istekleri değerlendirilir (23).

**NIC:** İlaç Tedavisinin Uygulanması (Kod: 2300)

**Alan 2.** Fizyolojik: Temel **Sınıf:** İlaç Yönetimi

- İlaçların doğru ve güvenli bir şekilde hazırlanması için kurum politika ve prosedürlerine uyulur.
  - İlaç uygulaması on doğru ilkesine göre yapılır.
  - Uygulama öncesi hastaya ilacın türü, uygulama nedeni, beklenen ve istenmeyen etkileri anlatılır.
  - Hasta uygulanan ilacın istenmeyen etkileri yönünden izlenir (23).
- NIC:** Egzersiz Terapisi: Eklem Hareketi (Kod:0224)
- Alan 1.** Fizyolojik: Temel **Sınıf:** Aktivite ve Egzersiz Yönetimi
- Eklem hareketindeki sınırlılıkları ve hareket işlevi üzerine etkisi belirlenir.
  - Bir egzersiz programı geliştirilmesi ve yürütülmesi için fizyoterapist ile iş birliği yapılır.
  - Hastanın eklem hareketlerini korumaya veya iyileştirmeye yönelik motivasyon düzeyi belirlenir.
  - Hastaya/aileye eklem egzersizlerinin amacı ve egzersiz planı açıklanır.
  - Hareket/aktivite sırasında rahatsızlık veya ağrının yerini ve doğasını takip edilir.
  - Hasta egzersiz süresince travmadan korunur.
  - Düzenli ve planlı bir programa göre aktif ROM egzersizlerine teşvik edilir.
  - Egzersize yönelik yazılı taburculuk talimatı verilir.
  - Ağrı, dayanıklılık ve eklem hareketindeki sınırlılıklar dahilinde düzenli ritmik eklem hareketleri desteklenir.
  - Hedefe ulaşma doğrultusunda ilerleme belirlenir.
  - Eklem egzersizlerini gerçekleştirmek için olumlu pekiştirme kullanılır (23).
- NIC:** Egzersiz Terapisi: Kas Kontrolü (Kod: 0226)
- Alan 1.** Fizyolojik: Temel **Sınıf:** Aktivite ve Egzersiz Yönetimi
- Hastanın aktivite veya egzersiz protokolünü uygulamaya hazır olup olmadığı belirlenir.
  - Egzersiz programını oluşturmada ve yürütmede fizyoterapist, uğraşı ve eğlence terapistleri ile uygun biçimde iş birliği yapılır.
  - Egzersiz sırasında hasta için en iyi pozisyonu ve her hareket örüntüsünün tekrar sayısını belirlemek için fizyoterapiste başvurulur.
  - Duyusal işlevleri değerlendirilir.
  - Hastaya/ailesine egzersiz tipi ve protokolünün

gerekçesi açıklanır.

- Egzersiz sırasında hastanın mahremiyeti sağlanır.
  - Egzersize/aktiviteye başlamadan önce ağrı kontrol önlemleri alınır.
  - Yaralanmayı en aza indirmek ve etkiyi artırmak için doğru egzersiz yapma şekli konusunda hastaya verilen bilgiler pekiştirilir.
  - Kuvvet, dayanıklılık ve esneklik için egzersiz protokollü oluşturmada hastaya yardım edilir (23).
- Beklenen Hasta Sonuçları:** Bireyin ağrı düzeyinde azalma olması ve bireysel ağrı yönetimini sağlayabilmesidir.

#### **Hemşirelik Tanısı 6: Topuk Kısımındaki Yara Oluşumuna Bağlı Doku Bütünlüğünde Bozulma**

**Alan 11.** Güvenlik, **Sınıf 2.** Fiziksel Yaralanma, **Kod:** 00044

#### **Hemşirelik Girişimleri:**

**NIC:** Deri Gözetimi (Kod: 3590)

**Alan 2.** Fizyolojik: Karmaşık **Sınıf:** Deri/ Yara Yönetimi

- Deri ve mukozaları kızarıklık, aşırı sıcaklık, ödem ya da akıntı yönünden gözlenir.
- Ekstremiteleri renk, sıcaklık, şişlik, nabızlar, doku, ödem ve ülserasyon yönünden değerlendirilir.
- Deri bütünlüğü bozulma riski belirlenmesinde değerlendirme aracı kullanılır.
- Deri renk değişiklikleri, çürükler ve bütünlüğü bozulmuş alanlar yönünden değerlendirilir.
- Basınç ve sürtünme kaynakları kontrol edilir.
- Bireyin giysilerinin sıklığı değerlendirilir.
- Deri aşırı kuruluk ve nemlilik açısından kontrol edilir.
- Deri ve mukozadaki değişiklikler kaydedilir.
- Uygun şekilde, aile üyesi/bakım verici deri bütünlüğünün bozulmasına yönelik belirtiler konusunda bilgilendirilir (23).

**NIC:** Enfeksiyondan Korunma (Kod: 6550)

**Alan 4.** Güvenlik **Sınıf:** Risk Yönetimi

- Enfeksiyonun lokalize ve sistematik belirti ve bulguları izlenir.
- Enfeksiyona yatkınlığı izlenir.
- Cilt ve mukoz membranlar kızarıklık, aşırı sıcaklık ya da drenaj yönünden gözlenir.
- Yeterli besin alımı sağlanır.
- Sıvı alımı uygun şekilde teşvik edilir.

- Dinlenmeye teşvik edilir (23).

**NIC:** Enfeksiyon Kontrolü (Kod:6540)

**Alan 4.** Güvenlik **Sınıf:** Risk Yönetimi

- İzolasyon önlemleri uygun şekilde yerine getirilir ve sürdürülür.
- Ziyaretçi sayısı uygun şekilde sınırlanır.
- Hastaya ve yakınına uygun şekilde el yıkama öğretilir.
- Her hasta bakım aktivitesinden önce ve sonra eller yıkanır.
- Evrensel önlemler politikasına uygun olarak eldiven giyilir.
- Uygun yara bakımı yönteminin sağlandığından emin olunur.
- Hasta ve aileye enfeksiyon belirti ve bulguları ile ne zaman sağlık çalışanlarına bildirmeleri gerektiği anlatılır.
- Hasta ve aile üyelerine enfeksiyonlardan nasıl kaçınılacakları öğretilir (23).

**NIC:** Öğretim: Ayak Bakımı (Kod: 5603)

**Alan 3.** Davranışsal **Sınıf:** Hasta Eğitimi

- Ayak bakımına ilişkin mevcut bilgi ve beceriler değerlendirilir.
- Mevcut ayak bakımı uygulamaları belirlenir.
- Yazılı ayak bakım rehberi sağlanır.
- Evde günlük ayak bakımı ve değerlendirme için bir plan geliştirmesine yardım edilir.
- Ayak bakımı yapma kapasitesi (örn: görme keskinliği, fiziksel hareket ve karar verme yetisi) değerlendirilir.
- Günlük olarak ayağın tüm yüzeyinin ve parmaklar arasının kızarıklık, şişlik, sıcaklık artışı, kuruluk, yumuşaklık, hassasiyet ya da deride açılma olması yönünden gözlemlenmesi önerilir.
- Ayakların günlük olarak ılık su ve sabun kullanılarak yıkanması önerilir.
- Ayaklar yıkandıktan sonra özellikle parmak araları olmak üzere ayağın iyi bir şekilde kurulması önerilir.
- Derinin günlük ıslatılarak ya da bir yumuşatıcı kullanımından sonra oda ısısındaki su ile yıkayarak ayak derisinin nemlendirilmesi öğretilir.
- Diyabetli kişilerde nöropati, yaralanma ve damar hastalığı, ülserasyon riski ve alt ekstremitte ampütasyonu arasındaki ilişkiye yönelik bilgi sağlanır.
- Enfekte ya da iyileşmeyen bir yara dahil, bir sağlık personeli ile ne zaman temasa geçmesinin



uygun olduğu konusunda tavsiyede bulunulur.

- Ayakta yaralanmaya yol açacak olası nedenler (örn: ısı, soğuk, nasırın kesilmesi, kimyasallar, güçlü antiseptik kullanımı, flaster kullanımı, yalınayak dolaşma ya da parmakları dışarıda olan ayakkabı kullanılması gibi) hakkında uyarıda bulunulur.
- Ayak tırnağının kesilmesi için uygun teknik konusunda eğitim verilir.
- Uygun ayakkabılar (örn: ayağın şekline uygun düşük topuklu ayakkabı, çarpmayı engelleyecek maddeden yapılmış tabanlı, ayarlanabilir bağcık kullanımı, nefes alan, yumuşak ve esnek malzemedden yapılmış ayakkabı) tanımlanır.
- Uygun çoraplar (örn: emici malzemedden yapılmış ve sıkımayan) tanımlanır.
- Yeni ayakkabıların ilk iki hafta için bir defa da sadece birkaç saat giyilmesi önerilir.
- Reçeteli ya da ortopedik ayakkabı gerekliliği uygun şekilde açıklanır.
- Çoraplardaki elastik lastikler ya da bacak bacak üstüne atma dahil, sinirlere ve kan damarlarına basınca neden olabilecek aktiviteler konusunda uyarıda bulunulur.
- Aile/yakınları öğretime uygun şekilde dahil edilir (23).

**Beklenen Hasta Sonuçları:** Bireyin doku bütünlüğünün sağlanması, doku bütünlüğünü bozacak durumları tanımlayabilmesi ve doku bütünlüğünün bozulmasını önleyebilmesidir.

**Hemşirelik Tanısı 7: Görme Kaybı ve İtaki Düşme Riski Ölçeğinden Alınan Puanın 11 Olmasına Bağlı Düşme Riski**

**Alan 11.** Güvenlik/Koruma, **Sınıf 2.** Fiziksel Yaralanma, **Kod:** 00155

**Hemşirelik Girişimleri:**

**NIC:** Düşmeyi Önleme (Kod: 6490)

**Alan 4.** Güvenlik **Sınıf:** Risk Yönetimi

- Hastanın düşme riskini tanımlanır.
- Düşme öyküsü belirlenir.
- Düşme riskini arttıracak çevresel riskler belirlenir.
- Hastanın eşyaları kolay ulaşabileceği bir yere konumlandırılır.
- Hasta hareketlerinde yardım istemesi için bilgilendirilir.
- Hastanın transferi sırasında tekerlekli sandalye, sedye ve yatakların kilitleri kapatılır.

- Yataktan düşmenin önlenmesi için gerektiği şekilde uygun uzunluk ve yükseklikte yatak kenarlıkları kullanılır.
- Mekanik yatak düşük seviyeye ayarlanır.
- Bağımlı hastalar için bakım vericiler bulunmadığında yardım çağırmasını sağlayacak bir araç (örn; çağrı zili veya ışığı vb.) temin edilir.
- Görmeyi kolaylaştıracak yeterli ışık sağlanır.
- Yatak başında gece lambası bulundurulmalıdır.
- Hasta odanın fiziksel düzenlemesine oryante edilir ve ortamın yeniden değiştirilmesinde kaçınılır.
- Düşme riski yönünden yüksek riskli hastaların fark edilmesi için uyarılar (Dört yapraklı yonca) yerleştirilir.
- Düşme riskini arttıracak ilaç yan etkileri en aza indirilmelidir (23).

**NIC:** Çevre Yönetimi: Güvenlik (Kod: 6486)

**Alan 4.** Güvenlik **Sınıf:** Risk Yönetimi

- Çevrede güvenliği etkileyen tehlikeler tanımlanır.
  - Tehlike ve riskleri en aza indirmek için çevre düzenlemesi yapılır.
  - Çevre güvenliğini arttırmak için uyarlanabilir araçlar (katlanabilir oturma, trabzanlar vb.) kullanılır.
  - Fiziksel hareketi ya da tehlike durumlarının oluşumunu sınırlandırmak için koruyucu araçlar (örn; tespitler, yatak kenarlıkları, kilitli parmaklıklar vb.) kullanılır (23).
- NIC:** Hipoglisemi Yönetimi (Kod: 2130)
- Alan 2.** Fizyolojik: Karmaşık **Sınıf:** Elektrolit ve Asit-Baz Yönetimi
- Hastanın hipoglisemi riski tanımlanır.
  - Kan glikoz düzeyi takip edilir.
  - Hipoglisemi belirti ve bulguları (titreme, terleme, sinirlilik, üşüme vb.) izlenir.
  - Hastanın hipoglisemi belirti ve bulgularını tanıma düzeyi belirlenir.
  - Diyet, insülin/oral antidiyabetikler arasındaki etkileşim ile ilgili öğretim yapılır.
  - Hasta ve yakınlarına hipoglisemi belirti ve bulguları öğretilir (23).
- NIC:** Uykunun Güçlendirilmesi (Kod: 1850)
- Alan 1.** Fizyolojik: Temel **Sınıf:** Öz Bakımı Kolaylaştırma
- \*Uykunun Güçlendirilmesi** “Uyku Örüntüsünde

Bozulma” hemşirelik tanısında açıklanmıştır.

**NIC:** Ağrı Yönetimi (Kod: 1400)

**Alan 1.** Fizyolojik: Temel **Sınıf:** Fiziksel Rahatlığı Geliştirme

\***Ağrı Yönetimi** “Kronik Ağrı” hemşirelik tanısında açıklanmıştır.

**Beklenen Hasta Sonuçları:** Bireyin hastanede kaldığı sürece düşmesinin önlenmesi, düşmeye neden olabilecek faktörleri tanımlayabilmesi ve gerekli önlemleri alabilmesidir.

**Hemşirelik Tanısı 8: İntravenöz Girişim, Ayakta Yara ve Hospitalizasyona Bağlı Enfeksiyon Riski**

**Alan 11.** Güvenlik/Koruma, **Sınıf 1.** Enfeksiyon, **Kod:** 00004

**Hemşirelik Girişimleri:**

**NIC:** Yara Bakımı (Kod: 3660)

**Alan 2.** Fizyolojik: Karmaşık **Sınıf:** Deri/Yara Yönetimi

- Yara drenaj, renk, büyüklük ve koku yönünden değerlendirilir.
- Uygun şekilde yara yatağı ölçülür.
- Uygun şekilde normal salin solüsyon ya da toksik olmayan bir temizleyici ile yıkanır.
- Yara tipine göre uygun pansuman uygulanır.
- Yara bakımı yaparken uygun şekilde steril pansuman teknikleri sürdürülür.
- Pansuman drenaj miktarına göre değiştirilir ve her değişimde yara yeri gözlemlenir.
- Her pansuman değişiminde yara gözlenir.
- Yaradaki herhangi bir değişiklik düzenli olarak karşılaştırılır ve kayıt edilir.
- Uygun şekilde yara üzerindeki gerginliği önlemek için pozisyon verilir.
- Uygun şekilde en az her iki saatte bir hastanın pozisyonu değiştirilir.
- Uygun şekilde sıvı alma teşvik edilir.
- Uygun şekilde diyetisyene yönlendirilir.
- Uygun şekilde basınç azaltıcı araçlar yerleştirilir.
- Hasta ve ailesine pansuman malzemelerinin saklanması, imha edilmesi ve yara bakım uygulamaları hakkında bilgi verilir (23).

**NIC:** Öğretim: Hastalık Süreci (Kod: 5602)

**Alan 3.** Davranışsal **Sınıf:** Hasta Eğitimi

- Hastanın hastalık süreci hakkındaki mevcut bilgi düzeyi değerlendirilir.
- Hastanın durumu hakkındaki bilgisi gözden

geçirilir.

- Hastalığın yaygın görülen belirti ve bulguları uygun şekilde tanımlanır.
- Hastanın semptomları kontrol etmek için neler yaptığı incelenir.
- Hastalık süreci uygun şekilde açıklanır.
- Hastanın fiziksel durumu hakkındaki değişiklikleri kaydedilir.
- Hastalık sürecini kontrol etmek ve/veya gelecekteki komplikasyonları önlemek için gerekli olabilecek yaşam şekli değişiklikleri tartışılır.
- Durumun yönetimi/tedavisi uygulama önerilerinin mantıksal dayanakları tanımlanır.
- Hastalığa yönelik tedavinin yan etkilerini önleyecek/ en aza indirecek önlemler hastaya uygun şekilde öğretilir.
- Hastaya hangi belirti ve bulguları sağlık personeline bildirmesi gerektiği konusunda uygun şekilde öğretim yapılır (23).

**NIC:** Enfeksiyon Kontrolü (Kod: 6540)

**Alan 4.** Güvenlik **Sınıf:** Risk Yönetimi

\***Enfeksiyon Kontrolü** “Doku Bütünlüğünde Bozulma” hemşirelik tanısında açıklanmıştır.

**NIC:** Enfeksiyondan Korunma (Kod: 6550)

**Alan 4.** Güvenlik **Sınıf:** Risk Yönetimi

\***Enfeksiyondan Korunma** “Doku Bütünlüğünde Bozulma” hemşirelik tanısında açıklanmıştır.

**NIC:** Beslenme Yönetimi (Kod:1100)

**Alan 1.** Fizyolojik: Temel **Sınıf:** Beslenme Destegi

\***Beslenme Yönetimi** “Oral Mukoz Membran Bütünlüğünde Bozulma” hemşirelik tanısında açıklanmıştır.

**NIC:** Deri Gözetimi (Kod: 3590)

**Alan 2.** Fizyolojik: Karmaşık **Sınıf:** Deri/Yara Yönetimi

\***Deri Gözetimi** “Doku Bütünlüğünde Bozulma” hemşirelik tanısında açıklanmıştır.

**Beklenen Hasta Sonuçları:** Bireyde hastanede kaldığı süre boyunca enfeksiyon gelişmesinin önlenmesi, birey ve ailesinin enfeksiyon belirti, bulguları ve semptomlarını tanımlayabilmesidir.

**Hemşirelik Tanısı 9: Antikoagulan Kullanımına Bağlı Kanama Riski**

**Alan 11.** Güvenlik/Koruma, **Sınıf 2.** Fiziksel yaranma, **Kod:** 00206

**Hemşirelik Girişimleri:**

**NIC:** Kanama Önlemleri (Kod: 4010)

**Alan 2.** Fizyolojik: Karmaşık **Sınıf:** Doku Performans Yönetimi

- Hasta kanama yönünden yakından izlenir.
- İnatçı kanamaların belirti ve bulguları izlenir.
- Koagülasyon/pıhtılaşma çalışmaları (PT, PTZ fibrinojen, fibrin ve trombosit azalması) uygun şekilde izlenir.
- Kan basıncı dahil ortostatik yaşam bulguları takip edilir.
- Kanamaya neden olabilecek travmalardan hasta korunur.
- IM, IV ya da SC enjeksiyondan uygun şekilde kaçınılır.
- Hasta mobilize olurken ayakkabı giymesi konusunda uyarılır.
- Ağız bakımı için yumuşak diş fırçası ve diş bakım ürünleri kullanılır.
- Tıraş için jilet yerine elektrikli tıraş makinesi kullanımı tavsiye edilir.
- Rektal derece kullanımından kaçınılır.
- İlaçlar uygun şekilde uygulanır.
- K vitamininden zengin yiyeceklerin alımı artırılmaya çalışılır.
- Konstipasyondan uygun şekilde kaçınılır.
- Hastaya/ailesine kanama belirtileri ve kanama olursa yapılması gereken uygun eylemler konusunda öğretim yapılır (23).

**Beklenen Hasta Sonuçları:** Bireyde hastanede kaldığı süre boyunca kanama gelişmesinin önlenmesi, birey ve ailesinin kanama belirti, bulguları ve semptomlarını tanımlayabilmesi ve gerekli önlemleri alabilmesidir.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada Tip 2 diyabet tanısı alan birey, Roper, Logan, Tierney Yaşam Modeli doğrultusunda değerlendirilmiş, NANDA Taksonomi II sınıflama sistemi kullanılarak dokuz NANDA hemşirelik tanısı geliştirilmiş ve her tanıya uygun toplam 20 NIC girişimleri belirlenmiştir.

Bu olgu sunumunda günlük yaşam aktiviteleri modeli doğrultusunda yapılan değerlendirme sırasında, hastada diyabete bağlı retinopati, diyabetik ayak ve hipertansiyon tanılanmıştır. Kan şekeri düzeyinin kontrol altına alınamadığı durumlarda organ ve doku hasarları ile birlikte diyabetik ketoasidoz, hiperozmolar hiperglisemik durum, laktik

asidoz ve hipoglisemi gibi akut komplikasyonların yanı sıra koroner arter hastalığı, iskemik kalp hastalığı, diyabetik retinopati, diyabetik nefropati, diyabetik nöropati, diyabetik ayak gibi kronik komplikasyonlar gelişebilmektedir (24).

Tekin Yanık ve Erol'un (2016) tip 2 diyabet tanısı alan bireylerin öz yeterlilik düzeylerini belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada, araştırma bulgularıyla uyumlu olarak araştırma kapsamındaki hastaların %90'ında hipertansiyon (%81,3), iskemik kalp hastalığı ve inme (%32,6), retinopati (%16,5), nefropati (%9,1), nöropati (%8,7), ayak yarası (%3,9) ve ampütasyon (%1,3) geliştiği bildirilmiştir (25). Gülşen ve Olgun'un (2014) diyabetli hastalarda ayak bakım alışkanlıklarını belirlemek amacıyla yapmış oldukları diğer bir çalışmada, hastaların %60,1'inde hipertansiyon, %34,5'inde nöropati, %31,9'unda retinopati ve %7,6'sında nefropati görüldüğü belirtilmiştir (26).

Diyabet tedavisinin amacı, semptomları önlemek; bireyin iyilik halini yükseltmek, akut veya uzun dönemde gelişebilecek komplikasyonları önlemek veya komplikasyonların başlangıcını geciktirmektir (27). Bu olgu sunumunda bireyin beslenme alışkanlığına dikkat etmediği, ağırları nedeniyle fiziksel aktivitelerini kısıtladığı belirlendi. Diyabetik hastalarda sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri yaşam kalitesini artıran çok önemli bir faktör olmakla birlikte, sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri ile %44-58 oranında diyabette azalma sağlanabileceği veya diyabetin geciktirilebileceği bildirilmektedir (28). Bununla birlikte diyabet farkındalığını artırmak için birey ve ailesine sağlıklı beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, ilaç tedavisi ve öz bakım yönetimi konularında eğitim verilmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir (27).

Sonuç olarak Tip 2 diyabet tanısı alan bireyin bakımında hemşirelerin sunduğu bakım önemli rol oynamaktadır. Bununla birlikte bakımın sistematik bir yaklaşımla sunulması bakımın kalitesini, görünürlüğünü ve güvenilirliğini arttıracaktır. Tip 2 diyabet tanısı alan bireylere NANDA ve NIC sınıflama sistemlerinden yararlanarak bir hemşi-

relik bakımı planlaması ve sunulması bakım kalitesini ve memnuniyetini yükseltecektir.

## KAYNAKLAR

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). *Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu - 2018*, URL: [http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl\\_kilavuz/20180814161019-2018tbl\\_kilavuz6c373c6010.pdf](http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180814161019-2018tbl_kilavuz6c373c6010.pdf). Erişim tarihi: 02.05.2019
2. International Diabetes Federation International Diabetes Atlas-2017. URL: <https://diabetesatlas.org/en/resources/> Erişim Tarihi: 02.05.2019
3. Akgün Şahin Z, Tip 2 diyabetli hastaların, hastalığa karşı tutumu ve problem alanları arasındaki ilişki. *ODÜ Tıp Dergisi*, 2015;2(3): 134-138.
4. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Ayvaz G, Çömlekçi A, Türkiye'de ve Dünya'da Diyabet Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu Raporu, *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2012; 16 (1): 1-56.
5. Kaynak İ, Polat Ü. Diabetes mellituslu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumları ve diyabet tutumları ile ilişkisi. *Genel Tıp Dergisi*, 2017; 27(2): 56-64.
6. Kaptan G, Dedeli Ö (Ed), *Teoriden uygulamaya temel iç hastalıkları hemşireliği*, 1. Baskı, İstanbul tıp kitabevi, 2012,
7. Ovayolu N, Ovayolu Ö (Ed), *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar*, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2016.
8. Türkiye Diyabet Vakfı. (T.C.). *Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi- 2019*. URL: [https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet\\_Tani\\_ve\\_Tedavi\\_Rehberi\\_2019.pdf](https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2019.pdf) Erişim tarihi: 04.05.2019
9. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S, *Diyabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi*. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001; 12 (2): 89-98.
10. Zuhur Ş, Özpancar N, Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2017; 19(29): 57-74.
11. Kol E, Geçkil E, Arıkan C, İlter M, Özcan Ö, Şakırgün E, Dayan Ü, Uygun G, Kılış D, Macit M, Uslular E, Sızlı A, Çakır N, Solak D, Kavgacı A, Sabancıoğulları S, Atay S, Türkiye'de hemşirelik bakım algısının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017; (3): 163-172.
12. Kaya N, Babadağ K, Yeşiltepe Kaçar G, Uygur E, Hemşirelerin hemşirelik model/kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları, *Maltepe*

- Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2010; 3(3): 24-33.
13. Oskay Şahin A., Erdemir F., Hemşirelikte ortak dil ve uluslararası hemşirelik terminolojileri, *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*, 2016; 2(1):27-36.
14. Olmaz D, Karakurt P, Hemşirelerin bakım verirken hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumları, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2019; 12(1):3-14.
15. Korkmaz Aslan G., Emiroğlu O.N., Hemşireliğin görünürlüğünü artırmak için standardize ve kodlu bir sınıflama sisteminin kullanılması: klinik bakım sınıflama sistemi, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2012:69-79.
16. Ay F. Uluslararası alanda kullanılan hemşirelik tanıları ve uygulamaları sınıflandırma sistemleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008:28:555-61.
17. Birol L. *Hemşirelik Süreci; Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*, İzmir, Etki Yayınlar, 2011; 181-186.
18. NANDA-International. *Nursing Diagnosis: Definitions&Classifications 2018-2020*. 11. baskı, Oxford:Wiley Blackwell, 2018. URL: <https://www.nanda.org/nanda-i-publications/nanda-international-nursing-diagnoses-definitions-and-classification-2018-2020/> Erişim Tarihi: 30.04.2019.
19. The University of Iowa. NIC. College of Nursing 2018. URL: <http://www.nursing.uiowa.edu/cnce/nursing-interventions-classification-overview>. Erişim: 21.05.2019.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. İtiki düşme riski ölçeği, URL: <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,13486/itiki-dusme-riski-olcegi.html>, Erişim Tarihi: 08.06.2019.
21. Oğuz S, Olgun N. Bası yaralarında Braden Skalasının kullanımı. *V Ulusal Hemşirelik Kongresi Poster ve Bildiri Özet Kitapçığı*. 1997:39.
22. Pınar R, Oğuz S. Norton ve Braden Bası Yarası Değerlendirme Ölçeklerinin yatağa bağımlı aynı hasta grubunda güvenilirlik ve geçerliliklerinin sınanması. *VI Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı*. 1998:172-5.
23. Bulechek GM, Dochterman JM, Butcher HK, Wagner C *Nursing International Classification*. 6th Edition, Mosby Elsevier. 2012.
24. Olgun N. *Diyabet (Tip 2) Ve Bakım*. İçinde: Durna Z. (Editör). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2012:291-332.
25. Tekin Yanık Y., Erol Ö, Tip 2 diyabetli bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016; 19(3): 166-174.
26. Gülşen G., Olgun N, Diyabetli hastalarda ayak bakımı ve

ayakkabı kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi, *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2014; 1(2): 38-58.

27. Muslu L, Ardahan M, Diabetes mellitus'ta yaşam tarzı değişimi için motivasyonel görüşme tekniği, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2018;10(3): 346-357.

28. Lindström, J., Ilanne-Parikka, P., Peltonen, M., Aunola,

S., Eriksson, J. G., Hemiö, K., Härkönen P, Keinänen-Kiukkaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Mannelin M, Paturi M, Sundvalla J, TValle t, Uusitupa M, Tuomilehto J. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish diabetes prevention study. *The Lancet*, 2006; 368(9548), 1673-1679.