

Tip II Diyabetli Hastaya Klinikte Bütüncül Yaklaşımla Sunulan Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Holistic Nursing Care for Hospitalized Type II Diabetes Patient: Case Report

(Olgu Sunumu)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(3), 77-82

G. Deniz BULUCU-BÖYÜKSOY¹, Gökçe DEMİR¹, Hacer DURMUŞ², Nursu DAZIROĞLU²

¹Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Kırşehir, Türkiye

²Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Kırşehir, Türkiye

Uluslararası Katılımlı 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresinde sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 29 Şubat 2016

Kabul Tarihi: 17 Ekim 2016

ÖZ

Bu araştırmada dâhiliye kliniğinde yatmakta olan bir tip II diyabet hastası olgu olarak sunulmuştur. Hastaya hemşirelik öğrencileri ve öğretim elemanları tarafından klinik uygulama sırasında Roper, Logan ve Tierney'in geliştirdiği günlük yaşam aktiviteleri modelinden yararlanılarak bütüncül yaklaşımla hemşirelik bakım planı uygulanmıştır. Olguda saptanan sorunlar; kan glikoz düzeyinin yüksek olması, deri bütünlüğünde bozulma ve ayak yarası riski, düşme riski, ağız içi hijyeninde bozulma, iştahsızlık ve sosyal ilişkilerin zayıf olmasıdır. Saptanan sorunlara yönelik ilaç kullanımı, beslenme, egzersiz, ayak bakımı, epilepsi ve düşme riski ile ilgili eğitim verilmiş, deri, ağız ve ayak bakımı uygulanmış ve sosyal ilişkilerini güçlendirmek amacıyla motive edilmiştir. Değerlendirme aşamasında hasta ve aile üyesinden eğitimlere yönelik olumlu geribildirim alınmıştır. Ancak birey evde takip edilemediğinden eğitimler sonunda davranış gelişip gelişmediği bilinmemektedir. Tip II diyabet bakımı ve tedavisi için klinik ve birinci basamak sağlık ekibinin iletişim kurarak birlikte çalışması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta bakım planı, hemşirelik bakımı, tip II diyabet

ABSTRACT

In this study, a patient with type II diabetes who was hospitalized in an internal medicine clinic was presented as a case. During clinical practice, a holistic nursing care plan developed by utilization of Roper, Logan and Tierney's Daily Living Activities Model was carried out with the patient by nursing students and their instructors. The problems determined in this case were; high blood glucose level, deterioration of skin integrity and risk of foot wound, risk of fall, deterioration of oral hygiene, loss of appetite, and poor social relations. In order to solve these problems, education were provided regarding drug use, nutrition, exercise, foot care, epilepsy and risk of fall; skin, oral and foot care was provided; and the patient was motivated for strengthening her social relations. In the stage of evaluation, a positive feedback regarding

İletişim : gizemdenizbulucu@gmail.com

the education was received from the patient and the family member. However, as the patient was not followed up at home, it was not known whether or not the behavior was developed at the end of the education. It is suggested that clinical and primary care team should cooperate by communicating for the care and treatment of type II diabetes.

Key Words: *Nursing care, patient care plan, type II diabetes*

GİRİŞ

Dünyada ve Türkiye’de giderek artan tip II diyabet, sakatlık ve yeti yitimlerine yol açan önemli bir sağlık sorunudur¹⁻³. Akut ve kronik komplikasyonu olan, metabolik kontrolü kötü olan ve yoğun insülin tedavisine gereksinimi olan bireyler hastanede yatarak tedavi almaya gereksinim duyarlar⁴.

Uluslararası Diyabet Federasyonu’na göre diyabet kontrolünün sağlanması ve komplikasyonlarının önlenmesi için hastalık başlamadan önce, yeni başladığında ve ilerlediğinde çeşitli koruma ve önleme stratejilerini benimseyen bir sağlık hizmeti sunulmalıdır². Fişek’e göre hastalıkların tedavisinde, bireyi fiziksel ve sosyal çevresi ile bir bütün olarak kabul etme ve insanı çevresi ile birlikte ele alan bir yaklaşım, daha doğru ve sürekli tedavi sunma olanağı sağlar⁵. Uluslararası Hemşirelik Konseyi’ne göre ise hemşireler, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve önlenmesi konusunda önemli role sahiptir⁶. Kronik hastalık bakımında koruyucu bakımın önemi ve hemşirenin rolü göz önünde bulundurularak bu çalışmada, çağdaş halk sağlığı görüşünden esinlenilerek bütüncül yaklaşımla hemşirelik bakımı geliştirilmiştir.

Bu çalışmada dâhiliye kliniğinde yatmakta olan bir tip II diyabet hastası birey, olgu olarak sunulmuş; bireye öğretim elemanları ve aynı zamanda hemşire olarak da çalışan iki hemşirelik öğrencisi tarafından klinik uygulama sırasında, Roper, Logan ve Tierney’in geliştirdiği günlük yaşam aktiviteleri modelinden⁷ yararlanılarak bütüncül yaklaşımla hemşirelik bakım planı uygulanmıştır.

Roper, Logan ve Tierney tarafından, günlük yaşam aktivitelerine dayalı olarak geliştirilen hemşirelik bakım teorisi, kapsamlı ve bütüncül hasta bakımında kullanılmak üzere oluşturulmuştur. Hastanın yaşam kalitesini ve günlük yaşamdaki bağımsızlığını artırmak amacıyla oluşturulan modelde; hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama, iletişim, solunum, beslenme alışkanlığı, boşaltım alışkanlığı, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme, cinsellik, uyku, ölüm şeklinde listelenen günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilir⁷.

OLGU SUNUMU

54 yaşında ve kadın olan A.A, en son geçirdiği epilepsi nöbeti sonucu düştüğü için 31.10.2015 tarihinde ambulansla acil servise gelmiştir. Burada çekilen röntgen sonucuna göre sol kosta fraktürüne bağlı hemopnömotoraks olduğu görülmüş ve tüp torakostomi uygulanmıştır. Bu operasyondan sonra hasta iki gün genel yoğun bakımda kalmış, 02.11.2015 tarihinde göğüs cerrahisi servisine çıkarılmıştır. Bu serviste 14 gün yatan A.A, kan glikozu değerlerinin düzenli olmaması nedeniyle 16.11.2015 tarihinde dahiliye servisine nakil edilmiştir. Hasta hastanede yaklaşık beş hafta yatmış, 18.12.2015 tarihinde taburcu olmuştur.

Hastanın tıbbi özgeçmişine bakıldığında; 12 yıldır tip II diyabetes mellitus (DM) hastası olduğu, diyabetik retinopati nedeniyle sol gözünde %40 görme kaybı olduğu, Hepatit B taşıyıcısı olduğu, 7 yaşından beri devam eden epilepsi hastalığı olduğu belirlenmiştir. Tip II DM'nin tedavisi için %30 Aspart kalem karışım insülini sabah 12, akşam 8 ünite olarak kullanmaktadır. Epilepsi tedavisinde Tegretol 200 mg tb. 2x2, Convulex 300 mg tb. 3x1 ve Keppra 500 mg tb. 2x1 kullanmaktadır.

A.A, kendisi gibi bekâr olan 75 yaşındaki ablası F.A ile şehir merkezine 1 km uzaklıktaki bir mahallede, kendilerine ait, beşinci kattaki bir apartman dairesinde oturmaktadır. Ailenin aylık geliri 1100 TL olan emekli aylığıdır. A.A ve F.A hiç okula gitmemiştir ve okuma yazma bilmemektedir. F.A, konutta içme ve kullanma suyu olarak şebeke suyu kullandıklarını, kanalizasyon olduğunu, atık ve çöplerin belediye tarafından uzaklaştırıldığını, konutun doğalgaz ile ısındığını ifade etmiştir. A.A ve F.A evlerinin yakınındaki bir aile sağlığı merkezine kayıtlı olduklarını ve aile hekimliğinden sadece ilaç yazdırmak amacıyla yararlandıklarını ifade etmişlerdir. A.A'nın annesinin 75 yaşında akciğer kanseri, babasının 85 yaşında iken kalça kırığı ameliyatından sonra ameliyat komplikasyonu nedeniyle vefat ettiği öğrenilmiştir. F.A ise sadece kemik erimesi olduğunu ve bundan başka kronik hastalığı olmadığını ifade etmiştir.

A.A'nın beden kitle indeksi 19.4 olup normaldir. Hastanın ağız içi muayenesinde lezyon, ülser, siyanoz olmadığı, eksik diş ve diş çürüğü olduğu, diş eti renginin normal olduğu, derinin kuru ve solgun olduğu, ciltte damar yolunun sık değiştirilmesi nedeniyle yaraların olduğu, el tırnaklarının kirli olduğu gözlemlenmiştir. Ayak muayenesinde ayak derisinin kuru olduğu ve çatlakların olduğu görülmüştür. Ayak tırnaklarında mantar olduğu ve ayak tırnağı hijyeninin de yetersiz olduğu gözlemlenmiştir. Hasta, ayaklarında yanma olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte ayakta ülser, kallus ve ödem gözlemlenmemiştir. Hastanın açlık kan şekeri hastaneye yattığı 16.12.2015 tarihinde sabah 418 mg/dl, akşam 279 mg/dl olarak ölçülmüştür. Taburcu olduğu 18.12.2015 tarihinde ise sabah 118 mg/dl, akşam 161 mg/dl olarak ölçülmüştür. Roper, Logan ve Tierney'in geliştirdiği hemşirelik bakım modeline göre planlanan bakım süreci aşağıda verilmiştir.⁷

Hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama: Bireyin epilepsi nöbeti geçirmesi ve daha önce düşme öyküsünün bulunması nedeniyle düşme riski vardır. Evdeki yatağında korkuluk olmadığı, bir tarafının duvara dayalı olduğunu ifade etmiştir. Buna göre bireye düşme riski tanısı konulmuştur. Yatak kenarları kaldırılarak hastanede yatak içindeki güvenliği sağlanmış, tuvalet için kalktığında yanında bulunulmuş, yürüyüşe çıktığında da walkerla yürümesi sağlanmıştır. Birey hastanede hiç düşmemiştir. Bireyin epilepsi ilaçlarını düzenli kullanması sağlanarak epilepsi nöbeti yönünden gözlemlenmiş, hastanede hiç nöbet geçirmemiştir. Birey ve yakını epilepsi ve düşme riski ile ilgili olarak evde dikkat edilecek durumlar konusunda bilgilendirilmiştir.

İletişim: Bireyin hastaneye yattığı ilk günlerde iletişime girmekten kaçınmaktadır. Bu durumda sözel iletişimde bozulma tanısı konularak hasta ile etkili iletişim kurulmuş, kendisini anlatması için fırsat verilmiştir. Bireyin ilerleyen günlerde daha iyi iletişim kurduğu, sorulan sorulara cevap verdiği ve hemşireye sorular yönelttiği gözlemlenmiştir.

Solunum: Bireyin solunumla ilgili bir sorunu yoktur. Solunum sayısı ortalama 20/dk'dır.

Beslenme alışkanlığı: Bireyin iştahsız olduğu gözlemlenmiş, evde de ara öğün yemediği ve yemek seçtiğini ifade etmiştir. Bu durumda gereksinimden az beslenme tanısı

konulmuştur. Bireye yeterli beslenmenin önemi ve eksikliğinin sonuçları anlatılarak diyabette beslenme önerilerini de içerecek şekilde beslenme eğitimi verilmiştir. Bireyin hastanede verilen yemeklerden yediği ancak tamamını tüketmediği gözlenmiştir.

Boşaltım alışkanlığı: Birey, hastaneye yattığı ilk üç gün çoğunlukla yatağından çıkmamıştır, bu nedenle tuvalet gereksinimi yatakta ve sonda ile karşılanmıştır. Daha sonra sonda çıkarılmış ve hasta walker yardımıyla tuvalete gitmiştir. Evde tuvalet sandalyesi kullandığını ifade etmiştir. Birey, hastane dışında defekasyonunu üç günde bir yaptığını ifade etmiştir. Bu durumun hastanın iştahsız olması ve az tüketmesi ile ilgili olduğu düşünülmüştür. Bu durumda bireyde konstipasyon riski gelişeceği düşünülerek beslenme önerilerine lifli gıdalar tüketmesi ve içtiği su miktarını artırması da eklenmiştir. Birey hastanede iken üç günde bir düzenli olarak defekasyona çıkmıştır.

Kişisel temizlik ve giyim: Birey, haftada bir kere banyo yaptığını ve dişlerini hiç fırçalamadığını ifade etmiştir. Hastanede ise beş gündür banyo yapmadığını ifade etmiştir. Bireye kişisel temizliğini sürdürmede yetersizlik tanısı konulmuş, hem bireye hem de yakınına dişlerini fırçalamasının önemi anlatılmış, dişlerini fırçalaması konusunda teşvik edilmiştir. Hem birey hem de yakını taburcu olduktan sonra dişlerini fırçalayacaklarını ifade etmiştir. Birey ve yakınına hasta odasındaki duşta yıkanabileceği gösterilmiş, birey taburcu olup evinde yıkanmak istediği için hastanede yıkanmak istememiştir. Bunun üzerine bireye yatak içinde tam vücut silme banyosu yaptırılmıştır.

Beden ısısının kontrolü: Bireyin vücut sıcaklığı ortalama 36,5 °C olarak seyretmiştir.

Hareket: Birey, hastanede walker yardımı ile koridorda kısa yürüyüşler yapmaktadır. Evde de walker ile tuvalete ve banyoya kadar gittiğini ifade etmiştir.

Çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme: Birey, çalışma hayatı olmadığını ve boş vakitlerini değerlendirmek için herhangi bir aktivitede bulunmadığını ifade etmiştir. Birey, maddi anlamda başka birine bağımlıdır ve sosyal ilişkileri zayıftır. Bu durumda sosyal ilişkilerde yetersizlik tanısı konulmuş, birey ve yakınına sokağa çıkma, arkadaşları ile görüşme, ücretsiz kurslardan faydalanarak arkadaş edinme, komşularla görüşme önerilmiştir. Ancak birey ve yakını evde izlenemediği için sosyal ilişkilerin durumu değerlendirilememiştir.

Cinsellik: Birey, cinsel deneyimi olmadığını ifade etmiştir.

Uyku: Birey, evde de hastanede de günde 7 saat uyuduğunu ve dinlenebildiğini ifade etmiştir.

Ölüm: Birey, ölüm düşüncesi karşısında korku hissettiğini ifade etmiştir.

TARTIŞMA

Uzun süreli izlem, bakım ve tedavi gerektiren tip II DM; kontrol altında olmadığına kalp ve böbrek hastalıklarına yakalanma riskini artırmakta; diş kayıpları, körlük, amputasyon ve enfeksiyon gibi durumlar sonucu sakatlıklara yol açabilmektedir^{4,8}. Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir çalışmada diyabetlilerin yaklaşık yarısının hiç tedavi almadığı ya da diyabetinin kontrol altında olmadığı belirlenmiştir⁹. Buna göre diyabetin kontrol altında olmamasının diyabetten kaynaklanan sakatlık, yeti yitimi ve erken ölümleri artıracığı düşünülebilir. Yapılan başka bir çalışmada tip II DM’li bireylerin bakım ve tedavileri ile ilgili olarak %30.8’i ailesinden, %18.4’ü

doktordan yardım aldığını ifade etmiştir. Bununla birlikte bireylerin yalnızca %0.8'inin bakımlarını sürdürmede en çok yardım aldıkları kişi hemşiredir¹⁰.

Uluslar arası Hemşirelik Konseyi'ne göre kronik hastalıklardan korunmada hemşirelerin ekip işbirliği ile geniş ve kapsamlı bakım sunması gerekir⁶. Bu nedenle ister klinikte, ister kurumda ya da toplumda olsun tip II DM'ye yönelik hemşirelik bakımının; bireyi çevresi ve ailesi ile birlikte olarak ele alan, hastalığın kontrolünü etkileyecek fiziksel, biyolojik ve sosyal etmenleri göz önünde bulunduran bütüncül yaklaşımla planlanması, hastalık kontrolünün sürekliliği açısından önemlidir.

Bu olgu sunumunda, klinikte yatmakta olan tip II DM'li bireye bütüncül yaklaşımla hemşirelik bakımı sunulmuştur. Bireyin klinik bakımının yanında hastane dışında yaşadığı ortam, aile üyeleri ve sosyal ilişkileri de değerlendirilmiştir. Hastada saptanan sorunlar; kan glikoz düzeyinin yüksek olması, deri bütünlüğünde bozulma ve ayak yarası riski, düşme riski, ağız içi hijyeninde bozulma, sık epilepsi nöbeti geçirme, iştahsızlık ve sosyal ilişkilerin zayıf olmasıdır. Saptanan sorunlara yönelik ilaç kullanımı, beslenme, egzersiz ve ayak bakımına yönelik eğitim verilmiş, deri, ağız ve ayak bakımı uygulanmış, epilepsi ve düşme riski ile ilgili eğitim verilmiş, sosyal ilişkilerini güçlendirmek amacıyla motive edilmiştir. Girişimler bireyi ve ailesini kapsayacak şekilde uygulanmıştır.

Değerlendirme aşamasında hasta ve aile üyesinden eğitimler sonunda olumlu geri bildirim alınmıştır. Ancak kan glikoz düzeyinin evde takibi, ayak yarası oluşma durumunun ve evin düşme açısından taşıdığı risk durumunun değerlendirilmesi, hastanın evde düşme sıklığının ve sosyal ilişkilerinin güçlenme durumunun değerlendirmesi yapılamamıştır. İlaç kullanımı, beslenme ve egzersiz yapma konusunda davranış gelişip gelişmediği bilinmemektedir. Tip II DM bakımının önemli bir basamağı olan izlem; hasta taburcu olduktan sonra evde sağlık birimi ya da birinci basamak sağlık ekibi tarafından evde takip edilmediğinden gerçekleştirilememiştir. Tip II DM'nin izlemi için klinikte bütüncül yaklaşımla hemşirelik bakımı sunulması, tip II DM'li bireylerin evde birinci basamak sağlık ekibi ya da evde sağlık birimi tarafından izlenmesi ve klinikteki hekim ve hemşirelerin, birinci basamak sağlık ekibi ve evde sağlık birimi ekibi ile iletişim kurarak birlikte çalışması önerilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Hasta, klinikte 32 gün yatmıştır. Hastanın izlemi, klinik uygulama günlerinde yapıldığından, hasta 21 gün takip edilmiştir. Hastanın klinikte her gün birebir takip edilememiş olması, araştırmanın sınırlılığı olarak değerlendirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Global status on noncommunicable diseases. 2014;[302 screens]. URL: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Dec 04, 2015.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes atlas. 2013;[160 screens]. URL: https://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf. Dec 10, 2015.
3. Satman İ, Ömer B, Tütüncü Y, Kalaca Y, Gedik S, Dinççağ N, Karşıdağ K, Genç S, Telci A. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiology 2013 28 (2):169-80.

4. American Diabetes Association. Hospital admission guidelines for diabetes. Diabetes Care 2004 27 (suppl 1):103.
5. Fişek N. Halk sağlığına giriş. Ankara: Çağ Matbaası; 1983. s. 26
6. Benton DC. Non-communicable diseases: a vertical or horizontal approach? International Nursing Review 2012 59(3):296.
7. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. The Roper Logan Tierney model of nursing: Based on activities of living. Edinburg: Elsevier Health Sciences; 2000. s. 20
8. Onat A, Hergenç G, Uyarel H, Can G, Özhan H. Prevalance, incidence, predictors and outcome of type 2 diabetes in Turkey. Anadolu Kardiyol Derg 2006 6:314-21.
9. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. 2013;[353 screens]. URL: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>. Dec 04, 2015.
10. Acemoğlu H, Ertem M, Bahçeci M, Tuzcu A. Tip II diyabetes mellituslu hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri. EAJM 2006 38:89-95.