

Fournier Gangreni Tanısı Alan Bireyin Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care of an Individual Diagnosed With Fournier Gangrene: Case Report

Esra DANACI¹, Zeliha KOÇ²

ÖZ

Fournier gangreni perineal, genital veya perianal bölgelerin infeksiyonuna bağlı nekrotizan fasiit ile karakterize yumuşak doku nekrozudur. Fournier gangreninin erken tanı ve tedavisinde, nekrotik dokuların acil cerrahi debridmanı, intravenöz geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanımı ve multidisipliner yaklaşım oldukça önemlidir. Hastanın bakımında sağlık ekibine önemli roller düşmekle birlikte, hemşireler hasta bireyin bakıma ilişkin problemlerini tanımlarken, uygun hemşirelik girişimleri planlarken standardize edilmiş sistematik bir yaklaşım olan Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği-NANDA tanılarına ve Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi-NIC hemşirelik girişimlerine ihtiyaç duymaktadır. Bu olgu sunumunda Fournier gangreni tanısı almış bireyin hemşirelik bakımında, NANDA Taksonomi II sınıflama sisteminden yararlanılmıştır. NANDA Taksonomi II de yer alan sağlığın yükseltilmesi, konfor, aktivite/dinlenme, baş etme/stres toleransı ve güvenlik/koruma alanlarından toplam dokuz hemşirelik tanısı konulmuş ve bu tanımlara uygun 27 NIC hemşirelik girişimi belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fournier gangreni; Hemşirelik bakımı; NANDA; NIC

GİRİŞ

Fournier gangreni perineal, genital veya perianal bölgelerin infeksiyonuna bağlı nekrotizan fasiit ile karakterize yumuşak doku nekrozudur (1-3). Son derece sinsi bir başlangıca sahip olan hastalık yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir (4). Bu konudaki literatür incelendiğinde mortalite oranının %20 ile %50 arasında değiştiği, ileri yaş ile tanı ve tedavide meydana gelen gecikmenin mortalite oranını artırdığı (5,6), fasiyal yüzey boyunca hızla yayılan enfeksiyonun saatte iki ile üç santimetreye kadar ulaşabildiği bildirilmektedir (6).

1- Öğr. Gör. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Zonguldak, E-posta: esradnc89@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1453-6255,
2- Prof. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun, E-posta: zelihaceren@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-8702-5360

Gönderim Tarihi:06.11.2020 - Kabul Tarihi: 01.04.2022

ABSTRACT

Fournier's gangrene is a soft tissue necrosis characterized by necrotizing fasciitis due to infection of perineal, genital or perianal regions. Urgent surgical debridement of necrotic tissues, the use of intravenous broad-spectrum antibiotics and multidisciplinary approach are of great importance in the early diagnosis and treatment of Fournier's gangrene. Although medical team play essential roles in the care of patient, nurses need North American Nursing Diagnosis Association-NANDA diagnoses and Nursing Interventions Classification-NIC nursing interventions, a standardized systematic approach, when planning appropriate nursing interventions. In this case report, the NANDA Taxonomy II classification system was utilized in the nursing care of an individual diagnosed with Fournier's gangrene. A total of nine nursing diagnoses were made in the domains of health promotion, comfort, activity/rest, coping/stress tolerance and safety/protection included in the NANDA Taxonomy II, and 27 NIC nursing interventions in accordance with these diagnoses were determined.

Keywords: Fournier's gangrene; Nursing care; NANDA; NIC

Fournier gangrenine gram negatif bakteriler (Escherichia coli, Proteus mirabilis, Klebsiella, Pseudomonas, Bacteroides, Acinetobacter sp), gram pozitif bakteriler (Staphylococci, Streptococci, Enterococci, Clostridium) ve mantarlar neden olabilmektedir (7,8). Fournier gangreni kadınlarla karşılaştırıldığında erkeklerde daha sık görülmektedir (1). Bununla birlikte diyabet, ileri yaş, kronik alkolizm, obezite, hipertansiyon, AIDS, malnutrisyon, zayıf perineal hijyen ve immüno-supresyon gibi komorbid durumların Fournier gangreni açısından risk faktörü olduğu bildirilmektedir (6,8,9). Özellikle diyabeti olan bireylerin Fournier gangreni yönünden yüksek risk grubunda oldukları kabul edilmekte (10) ve diyabet kontrol altına alınamadığında hastaların prognozunun kötüleştiği bildirilmektedir (11).

Hastalık perineal ve genital bölgelerde nekroz, ağrı, eritem, akıntı, hassasiyet, şişlik, kızarıklık ve krepitasyon gibi belirtilerle kendini göstermektedir (9,12,13). Erken tanıda, nekrotik dokuların acil cerrahi debridmanı ve intravenöz geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı oldukça önemlidir (2,6,9). Bununla birlikte yaranın sürekli temizlenmesi, granülasyon dokusunun oluşumunu hızlandırmak için vakum destekli kapama sisteminin (VAC-Vacuum-Assisted Closure) kullanılması ve sürekli aktif drenajın sağlanması gerekmektedir (14,15).

Hastaya multidisipliner yaklaşım doğrultusunda uygulanan erken tanı, tedavi ve bakım hastalığın prognozunu olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (7). Ayrıca hastalara beden imajında meydana gelecek değişiklikler konusunda duyarlı davranılması (2), benlik kavramı ve beden imajı ile ilgili duygularını açıklama fırsatı sunulması oldukça önemlidir (15). Tedavi süreci boyunca enfeksiyon belirti ve bulgularının izlenmesinde, yara yerinin değerlendirilmesinde, pansumanların aseptik tekniklere uygun bir şekilde değiştirilmesinde, hastanın konforunun sağlanmasında, hastanın psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasında, hasta ve ailesine hastalığın ciddiyeti konusunda danışmanlık hizmeti sunulmasında hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (2,7,16,17).

Hemşireler hastaya özgü bireyselleştirilmiş bakım planı oluşturmada önemli roller üstlenirler (17). Hastaya ilişkin problemleri tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmede hemşirelik sürecinden yararlanırlar (15). Ayrıca bakımda ortak bir dil/terminoloji oluşturmak; bakımı evrenselleştirmek/standardize etmek, bakımın kalitesini arttırmak ve bütüncül bir bakım sunmak için sistematik bir yaklaşıma ihtiyaç duyarlar (18,19). Bu doğrultuda hemşirelik tanısı, hemşirelik girişimleri ve hemşirelik sonuçları üzerine odaklanan hemşirelik sınıflama sistemlerinden yararlanırlar (18,20). Bu amaç doğrultusunda genellikle Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği-NANDA tanıları ve Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi-NIC girişimlerini kullanırlar (18,19).

NANDA hemşirelik tanısını “birey aile ya da toplumun mevcut ya da olası sağlık problemlerine tepkileri hakkında hemşire tarafından verilen klinik kararlar” olarak tanımlanmaktadır. NANDA, 1986 yılında ilk sınıflandırma sistemini oluşturmuş ve 1987 yılında Taksonomi I’i yayımlamıştır. 2002 yılında ise uluslararası katılımı sağlamak amacı ile NANDA International adını almıştır. 2003 yılında Taksonomi II yayınlanmıştır. NANDA hemşirelik tanıları her iki yılda bir güncellenmektedir. NANDA sınıflandırması 13 alan, 47 sınıf ve 244 tanı içermektedir (21,22).

Hemşirelik Girişimlerini Sınıflama Sistemi-NIC, Amerika Birleşik Devletleri’nde Iowa Üniversitesi Hemşirelik Girişimlerini Sınıflama Grubu tarafından 1987 yılında “Iowa Girişim Projesi” olarak başlatılmıştır (19). Hemşirelik Girişimlerini Sınıflama Sistemi, her alanda ve her bakım ortamında hemşirelerin yerine getirdiği işlemleri/girişimleri tanımlamak üzere geliştirilen kapsamlı, araştırmaya dayalı ve standartlaştırılmış bir sınıflandırma sistemidir (23). Girişim “Klinik yargı ve bilgiye dayanarak, bir hemşirenin hasta/müşteri sonuçlarını geliştirmek için gerçekleştirdiği herhangi bir tedavi” olarak tanımlanmaktadır (24).

NIC girişimleri hem fizyolojik (örneğin; asit baz yönetimi) hem de psikososyal (örneğin; kaygı azaltma) girişimleri içermektedir. Hemşirelik Girişimlerini Sınıflandırma sisteminde, her bir girişimin, sınıflandırma içinde bir adı, bir tanımı ve girişime ait eylem ve aktiviteleri bulunmaktadır. NIC sınıflaması üç düzeyde (alan, sınıf, girişim ve aktiviteler) olup, sınıflamada her bir girişimin farklı bir nümerik kodu bulunmakta ve her bir girişimin altında yaklaşık 10 ile 30 arasında değişen hemşirelik aktivitesi yer almaktadır. NIC-Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırma Sisteminin 2018 yılı yedinci baskısında yedi alan ve 30 sınıf altında 565 hemşirelik girişimi bulunmaktadır. Bu yedi alan temel fiziksel, kompleks fiziksel, davranışsal, güvenlik, aile, sağlık sistemi ve toplumu içermektedir (23).

Hasta bakımı için kullanılan sınıflama sistemleri ve hemşirelik modelleri hemşirelere sistematik bir bakış açısı kazandırmakta ve hemşirelik sürecinin

işlevselliğini artırmaktadır. Bu olgu sunumunda; Fournier gangreni tanısı alan bir hastanın NANDA Taksonomi II doğrultusunda hemşirelik tanıları geliştirilerek, NIC hemşirelik girişimleri sunulmuştur. Çalışmada veriler toplanmadan önce hastaya araştırma hakkında bilgi verilerek onamı alınmıştır.

OLGU

FK 67 yaşında ve altı çocuk annesidir. Evli olmasına karşın eşinden sekiz yıldır ayrı yaşamaktadır. Hasta, bir haftadır anal bölgede ağrı, şişlik ve kaşıntı şikayetleri nedeniyle 28.04.2019 tarihinde İlçe devlet hastanesine başvurmuştur. Hastanın yapılan muayenesinde anal bölgede apse olduğu belirlenmiştir. Hastaya anal apse drenajı yapılmış ve evine gönderilmiştir. Aynı gün içerisinde hasta özellikle ağrı şikayetinin artması nedeniyle tekrar merkeze başvurmuş ve operasyona alınmıştır. İntraoperatif değerlendirme sırasında perianal bölgede ve cilt altı dokularda yaygın nekroz tanılanan hasta Üniversite Hastanesi genel cerrahi servisine sevk edilmiştir.

Üniversite Hastanesinde yapılan fizik muayenede; batının doğal görünümüne sahip olduğu, batında hassasiyet, defans ve rebound bulgusu bulunmadığı ve bağırsak seslerinin normal olduğu (6/dk) belirlenmiştir. Buna karşın perianal bölgedeki 2cm'lik insizyon yerinde pürülan akıntı ile birlikte bu alandan sağ vulvaya doğru yayılan oldukça geniş nekrotik alanlar gözlemlenmiştir. Sağ vulvada ödem ile birlikte krepitasyon varlığı olan hastaya Fournier Gangreni tanısı konulmuştur. 28.04.2019 tarihinde hasta operasyona alınmış, perianal bölgeye debridman yapılmış, koruyucu kolostomi açılmış ve vakum yardımcı kapama (VAC) işlemi uygulanmıştır.

Operasyon sonrası yoğun bakıma alınan hastanın; bilinci açık, vücut sıcaklığı 36,4°C, nabız hızı 70/dk, solunum sayısı 18/dk, kan basıncı 130/60 mmHg ve oksijen saturasyonu %92 olarak değerlendirilmiştir. Hastaya nazal kanül ile kısa süreli oksijen tedavisi uygulanmıştır. Hastada bulantı/kusma, konstipasyon ve diyare şikayeti olmamıştır. Hastanın oral alımı durdurulmuş ve antiemolitik çorap giydirilmiştir. İdrar takibi foley sonda ile yapılmıştır. Stomasından günlük 20-30

ml sıvı drene olmuştur. Stoma çevresinin doğal görünümde olduğu saptanmıştır. 30.04.2019 tarihinde hastanın yara yerinden alınan doku kültüründe acinetobacter, çok sayıda gram negatif basil, gram negatif coc ve az sayıda maya hücresi üremesi görülmüştür. Hastaya temas izolasyonu uygulanmıştır. Hastaya yoğun bakımda yattığı süre içerisinde üç günde bir olmak üzere toplamda dört kez perianal debridman ve VAC uygulaması yapılmıştır. Yoğun bakım ünitesinde 11 gün takip edilen hasta 08.05.2019 tarihinde genel cerrahi servisine transfer edilmiştir.

FK genel cerrahi servisinde yapılan değerlendirmesinde; otuz yıldır diyabet ve hipertansiyon hastası olduğunu, altı yıl önce ise inkontinans, sistosel ve rektosel nedeniyle opere edildiğini, sol kulağında işitme ve sağ gözünde görme kaybı olduğunu ifade etmiştir. Hasta işitme cihazı kullanmamaktadır. Bununla birlikte hasta yirmi yıl önce umblikal herni ve kolesistektomi operasyonu geçirmiştir. Yalnız yaşayan hasta diyabet ve hipertansiyon ilaçlarının isimlerini bilmediğini, ilaçlarını düzenli olarak alamadığını, maddi durumu yeterli olmadığı için doktor kontrollerine gidemediğini, çocuklarının onunla ilgilenmemesi nedeniyle evini geçindiremediğini, kendine bakamadığını, komşularının desteği ile yaşamını devam ettirdiğini ve bu yaşam tarzının onu yorduğunu belirtmiştir. Ayrıca hasta iyileşmemekten, yürüyememekten ve yatağa bağımlı kalmaktan korktuğunu, yatağa bağımlı olduğunda ona bakacak bir yakınının olmadığını bildirmiştir. Hastaya hastanede kaldığı süre boyunca komşuları refakat etmiştir.

FK'nın cerrahi servisinde yapılan fizik muayenesinde; bilincinin açık, oryante, koopere olduğu (GKS 15/15) ve vital bulgularının stabil olduğu görülmüştür (vücut sıcaklığı 36,5°C, nabız 82/dk, solunum sayısı 16/dk, kan basıncı 120/60 mmHg ve oksijen saturasyonu %94). Hastanın genel görünümünün dağınık, cilt ve dudaklarının kuru, ağız mukozası ile dilinin üstünün hiperemik ve dudak kenarlarının çatlak olduğu belirlenmiştir. Hasta sulu yumuşak (R2) diyet almaktadır. Yemek yerken yutma güçlüğü yaşamaktadır ve diş protezi kullanmaktadır. Doku debridmanı nedeniyle hastanın beslenmesi yakından izlenmektedir.

Ayrıca hastanın alt ekstremitelerinde pretibial +2 (4mm) derece gode bırakan ödem mevcuttur.

Perianal bölgeye üç günde bir ameliyathane ortamında anestezi ile debridman ve vakum yardımcı kapama (VAC) işlemi ile aktif drenaj uygulanmaktadır. Bu nedenle hasta operasyon öncesi korku yaşadığını ifade etmektedir. Hasta operasyon sonrası ağrı yaşadığı için yürüyememektedir. Ağrısı VAS'a göre değerlendirildiğinde, ağrı skoru 5-6 arasında değişmektedir. Geceleri ağrı nedeniyle sık sık uyandığını ifade etmektedir. Hasta yatak içerisinde hareket edebilmektedir. Ancak hareketleri sırasında ağrı yaşaması nedeniyle yardıma ihtiyaç duymaktadır. Hasta İtaki Düşme Riski Ölçeği doğrultusunda değerlendirildiğinde 22 puan ile yüksek risk grubu içinde yer almaktadır (Dört yapraklı yonca). Hastada basınç ülseri gelişme olasılığı Braden Risk Değerlendirme Skalası ile değerlendirilmiş ve basınç ülseri gelişimi yönünden risk grubu (14 puan ile) içinde yer aldığı belirlenmiştir.

Genel cerrahi servisinde takibi devam eden hastanın 09.05.2019 tarihinde perianal bölgedeki yara yerinden alınan doku kültüründe, acinetobacter üremesinin devam ettiği görülmüş ve hastaya temas izolasyonu uygulanmıştır. 15.05.2019 tarihli laboratuvar sonuçları CRP:52,0 mg/L (0-5) ve WBC:4,8 ((4-10)10³/uL) olarak belirlenmiştir. Hasta Mopem 3x1000 mg flakon ve Kolistipol 2x150 mg flakon almaktadır. Kan şekeri takibi altı saat ara ile yapılmaktadır. Kan şekerinin düzenlenmesi için Novorapid flexpen 4 ünite enjektabl ve Lantus solester 12 ünite enjektabl insülin uygulanmaktadır. Hastanın almış olduğu diğer ilaçlar; Problok 2x50mg tablet, Desal 1x40 mg tablet, Amlodis 1x5 mg tablet (kan basıncı 140/90 mmHg'nın üzerine çıktığında), Panto 1x40 mg tablet, Parol 1x100 mg flakon ve Cholvast 1x20 mg tablet'tir. Hasta %5 dekstroz ve %9 NaCl IV sıvı infüzyonu almakta ve foley sonda ile aldığı-çıkardığı takibi yapılmaktadır.

Tablo 1: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği-NANDA ve Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi-NIC' ne göre bireyin hemşirelik bakımı

<p style="text-align: center;">HEMŞİRELİK TANISI 1: Postoperatif debridmana sekonder olarak “AKUT AĞRI” Alan 12. Konfor Sınıf 1. Fizisel Konfor Kod:00132</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri: Alan 1. Fizyolojik: Temel Sınıf: Fiziksel Sağlığı Geliştirme NIC: Ağrı yönetimi (Kod: 1400)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.). • Ağrının nedeni, ne kadar süre devam edeceği ve işlemden dolayı beklenen rahatsızlık miktarı hasta ile birlikte değerlendirilir. • 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. <p>Alan 2: Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: İlaç Yönetimi NIC: Analjezik uygulaması (Kod: 2210); İlaç tedavisinin uygulanması (Kod: 2300) Analjezik uygulaması;</p> <ul style="list-style-type: none"> • İlaç uygulamadan önce ağrının, yeri, özellikleri, niteliği ve şiddeti belirlenir. • Reçete edilen analjeziğin adı, dozu ve sıklığı istemden kontrol edilir. • İlaç alerjisi öyküsü kontrol edilir. • Ağrının tipine ve şiddetine göre analjezik belirlenir. • Optimal analjezi sağlamak için tercih edilen analjeziğin veriliş yolu (IM yerine IV) ve dozu belirlenir. <p>İlaç Tedavisinin Uygulanması;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Alan 1: Fizyolojik: Temel Sınıf: İmmobilite Yönetimi NIC: Pozisyon verme (Kod: 0840) *Pozisyon verme “Fiziksel Mobilitede Bozulma” hemşirelik tanısında açıklanmıştır.</p>	<p>Beklenen Hasta Sonuçları: Bireyin ağrısının şiddetini tanımlayarak, yaşadığı ağrı semptomlarını yönetebilmesi, ağrının azalma olduğunu ifade etmesi, VAS ağrı puanının düşmesi, uyku ve dinlenme sırasında daha az ağrı yaşadığını belirtmesidir.</p>
---	---	---

<p>HEMŞİRELİK TANISI 2. Perianal bölgedeki debridman, vac uygulaması ve ağrıya bağlı “YATAK İÇİ HAREKETLİLİKTE BOZULMA” Alan 4. Aktivite/Dinlenme Sınıf 2. Aktivite/Egzersiz Kod: 00091</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri: Alan 1: Fizyolojik: Temel Sınıf: İmmobilite Yönetimi NIC: Pozisyon verme (Kod: 0840)</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta pozisyon değişimine katılması konusunda cesaretlendirilir.• Etkilenen vücut bölümünün uygun şekilde hareketsiz kalması sağlanarak desteklenir.• Hasta aktif ve pasif eklem hareket açıklığı egzersizlerini yapmaya cesaretlendirilir.• Hastaya ağrıyı arttıran bir pozisyon vermekten kaçınılır.• Hastaya pozisyon verirken ve döndürürken sürtünme ile makaslama hareketlerinden kaçınılır.• Yara üzerine basınç oluşturmayı engelleyecek uygun bir pozisyon verilir.• Yatak başı uygun şekilde yükseltilir.• Hasta herhangi bir aktivite yaparken, iyi bir postür ve doğru vücut mekaniğini nasıl kullanacağı hakkında bilgilendirilir.• Hasta derisinin durumu ile ilgili belirtildiği şekilde döndürülür.• Yeniden pozisyon vermek için uygun şekilde yazılı bir program oluşturulur. <p>Alan 1. Fizyolojik Temel Sınıf: Fiziksel Rahathğı Geliştirme NIC: Ağrı yönetimi (Kod: 1400) *Ağrı Yönetimi “Akut Ağrı”, hemşirelik tanısında açıklanmıştır.</p>	<p>Beklenen Hasta Sonuçları: Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde mümkün olan hareketliliği sağlamada istekli olması, fiziksel aktiviteden kaynaklanan ağrının daha az olduğunu ifade etmesi, hareketliliğe bağlı cilt bütünlüğünde bozulma vb. komplikasyonların gelişmemesidir.</p>
--	---	---

<p>HEMŞİRELİK TANISI 3. Akut ağrı, aile desteğinin yokluğu, maddi yetersizlik ve başkasına bağımlı olma korkusuna bağlı “ANKSIYETE”</p> <p>Alan 9. Başetme/Stres Toleransı Sınıf 2. Başetme Kod: 00146</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri:</p> <p>Alan 3. Davranışsal Sınıf: Psikolojik Rahatlığı Sağlama NIC: Anksiyetenin azaltılması (Kod: 5820)</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastaya sakin ve güven verici bir yaklaşım kullanılır. Korkuyu azaltmak ve güven sağlamak için hastanın yanında bulunulur. Bireye yapılan tüm işlemler ile işlemler sırasında neler hissedebileceği (ağrı batma vb.) açıklanır. Anksiyete düzeyindeki değişimlerin farkında olunur. Anksiyetenin sözel ve sözel olmayan belirtileri takip edilir. Tanı, tedavi ve prognoza ilişkin gerçekçi bilgiler verilir. Duyularını, algılamalarını ve korkularını sözel olarak ifade etmesi için cesaretlendirilir. Beklenen/yaklaşan bir olayı (ameliyat, debridman vb.) gerçekçi bir şekilde tanımlaması/sözel olarak ifade etmesi için hastaya yardımcı olunur. Uygun savunma mekanizmalarının kullanımı değerlendirilir. <p>Alan 3. Davranışsal Sınıf: Başetme Yardımı NIC: Başetmeyi güçlendirme (Kod: 5230), Var olma/Yanında bulunma (Kod: 5340)</p> <p>Başetmeyi güçlendirme</p> <ul style="list-style-type: none"> Sakin ve güven verici bir yaklaşım kullanılır. Hastanın hastalık sürecini nasıl algıladığı değerlendirilir. Hastanın karar verme yeterliliği 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. Hastanın en çok ilgilendiği bilginin ne olduğunu tanımlamasına ve edinmesine yardım edilir. Zorlandığı durumun üstesinden kademeli olarak gelmesi için hasta cesaretlendirilir. Hastanın sosyal destek gereksinimlerin/istekleri değerlendirilir. <p>Var olma/Yanında bulunma</p> <ul style="list-style-type: none"> Güven verici ve pozitif bir saygı ortamı oluşturulur. Hastanın deneyimlerinin anlaşıldığı sözel olarak ifade edilir. Hastanın endişeleri dinlenir. Hastanın geleneklerine ve inançlarına saygılı olunur. Uygun bir şekilde şefkati ifade etmek için hastaya dokunulur. İntereaktif cevaplar beklemeksizin fiziksel olarak yanında olmaya devam edilir. Ulaşılabilir bir konumda olduğunun farkına varması için hastaya yardım edilir, fakat bağımlı davranışlar pekiştirilmez. Anksiyete dönemleri sırasında hasta ile kalınır bu şekilde kendini güvende hissetmesi sağlanır. <p>Alan 3. Davranışsal Sınıf: İletişimi Güçlendirme NIC: Aktif dinleme (Kod: 4920)</p> <ul style="list-style-type: none"> Etkileşimin amacı açıklanır. Düşüncelerini, duygularını ve endişelerini açıklaması için sorular sorulur. Duyularının farkında olunur ve hassasiyet gösterilir. İfade edilen kelimelere eşlik eden sözsüz mesajların yanı sıra kaçınılan kelimelerin farkında olunur. Ses tonundaki değişikliklerin farkında olunur. Alınan mesajların anlaşılır olduğunu yansıtacak şekilde zamanında cevap verilir. Geribildirim ve sorular kullanılarak verilen mesajların anlaşılabilirliği doğrulanır. Aktif dinleme engellerinden kaçınılır (örn; duyguları en aza indirin, kolay çözümler sunun, sözünü kesmeyin, kendisi hakkında konuşun ve konuşmayı zamanından önce bitirmeyin). 	<p>Beklenen Hasta Sonuçları: Anksiyete yaratan düşüncelerini ifade etmesi, anksiyetesinin azalmış olduğunu postür, yüz ve mimikleriyle göstermesi, anksiyetesini kontrol etme tekniklerini kullanmasıdır.</p>
---	--	--

<p>HEMŞİRELİK TANISI 4. Akut ağrı ve anksiyete yaşamasına ilişkin “UYKU ÖRÜNTÜSÜNDE BOZULMA” Alan 4. Aktivite/Dinlenme Kod: 00198</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri: Alan 1. Fizyolojik: Temel Sınıf: Özbakımı Kolaylaştırma NIC: Uykunun güçlendirilmesi (Kod: 1850) • 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. • Hastanın gündüz uykularını sınırlandırmasına yardım edilir. • Normal gece-gündüz döngüsünün sürdürülmesi için çevresel uyarılar düzenlenir. • Masaj, pozisyon verme ve duyuşal dokunma gibi rahatlama yöntemleri uygulanır. Alan 1. Fizyolojik: Temel Sınıf: Fiziksel Rahatlığı Geliştirme NIC: Çevre yönetimi: Rahatlık (Kod: 6482); Ağrı yönetimi (Kod:1400) Çevre yönetimi: Rahatlık • Çevre yönetimine ve optimum rahatlığa yönelik hastanın hedefleri belirlenir. • Hastanın çağrı ziline ulaşabilmesi sağlanır. • Sakin, destekleyici, güvenli ve temiz bir ortam sağlanır. • Nemli pansuman, drenaj tüpünün pozisyonu, sıkışık giysiler, kırışık yatak çarşafı ve çevresel iritanlar gibi rahatsızlığa neden olan kaynaklar belirlenir. • Gözlerine ışık gelmesi önlenerek, bireysel aktivite gereksinimlerini karşılayabilecek şekilde aydınlatma sağlanır. • Rahat edebileceği bir pozisyon verilir. Alan 1. Fizyolojik Temel Sınıf: Fiziksel Rahatlığı Geliştirme NIC: Ağrı yönetimi (Kod: 1400) *Ağrı Yönetimi “Akut Ağrı”, hemşirelik tanısında açıklanmıştır. Alan 3: Davranışsal Sınıf: Psikolojik Rahatlığı Geliştirme NIC: Anksiyetenin azaltılması (Kod: 5820) *Anksiyetenin Azaltılması “Anksiyete” hemşirelik tanısında açıklanmıştır.</p>	<p>Beklenen Hasta Sonuçları: Uyumayı engelleyen faktörleri tanımlaması, uyku süresinin yeterli düzeyde (7-8 saat) olduğunu söylemesi, uykuya dalmada sıkıntı ve uykü bölünmesi yaşamadığını belirtmesi, dinlenmiş olarak uyanmadığını ifade etmesi, gece uykü sırasında ağrı yaşamadığını ya da uyanma sıklığının azaldığını ifade etmesi, gündüz uykusunun ve yorgunluk belirtilerinin gözlenmemesidir.</p>
--	---	---

<p>HEMŞİRELİK TANISI 5. Stoma ve perianal bölgede nekrotik alanlara uygulanan debridmana bağlı “DOKU BÜTÜNLÜĞÜNDE BOZULMA” Alan 11. Güvenlik/Koruma Sınıf 2. Fiziksel Yaralanma Kod: 00044</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri; Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: Deri/Yara Yönetimi NIC: Yara bakımı (Kod: 3660); Yara bakımı: kapalı drenaj (Kod: 3662); Deri gözetimi (Kod:3590); Basınç yönetimi (Kod:3500); Basınç yarasının önlenmesi (Kod:3540) Yara Bakımı;</p> <ul style="list-style-type: none">• Yara drenaj, renk, büyüklük ve koku yönünden değerlendirilir.• Yara bakımı yaparken uygun şekilde steril pansuman teknikleri sürdürülür.• Pansuman drenaj miktarına göre değiştirilir ve her değişimde yara yeri gözlemlenir.• Yaradaki herhangi bir değişiklik düzenli olarak karşılaştırılır ve kayıt edilir.• Yara yerinde oluşacak gerginliği azaltmak için bireye uygun pozisyon verilerek en az iki saate bir değiştirilir.• Basınç azaltıcı araçlar uygun şekilde yerleştirilir (düşük hava akımlı yatak vb.).• Hasta ve yakını yara bakımı uygulamaları hakkında bilgilendirilir.• Hasta ve yakını enfeksiyon belirti ve bulguları hakkında bilgilendirilir.• Yara yerinin büyüklüğü ve görünümü kayıt edilir. <p>Yara Bakımı: Kapalı Drenaj</p> <ul style="list-style-type: none">• Drenaj sisteminin kateter giriş bölgesi ve tüpü görünür hale getirilir.• Enfeksiyon, inflamasyon bulguları ve drenin etrafındaki hassasiyet takip edilir.• Kateter tıkanıklığı, tüpün yerinden çıkması ve drenaj sistemi ile ilgili tüm sorunlar sağlık personeline bildirilir.• Mikroorganizmaların bulaşmasından kaçınılır.• Drenajın özelliği ve miktarı (renk, yoğunluk, koku) kayıt edilir. <p>Deri Gözetimi;</p> <ul style="list-style-type: none">• Deri kızarıklık, sıcaklık, ödem ve akıntı yönünden gözlenir.• Deri bütünlüğü bozulma riski belirlenirken değerlendirme aracı kullanılır (Braden Risk Değerlendirme Skalası puanı: 14),• Deri renk değişiklikleri, çürükler ve bütünlüğü bozulmuş alanlar yönünden değerlendirilir.• Basınç ve sürtünme kaynakları kontrol edilir.• Bireyin giysilerinin sıklığı değerlendirilir.• Deri döküntü ve sıyrık yönünden değerlendirilir. <p>Basınç Yönetimi;</p> <ul style="list-style-type: none">• Etkilenen vücut bölgesine basınç uygulamaktan kaçınılır.• Kızarık ve bütünlüğü bozulan alanlar yönünden deri izlenir.• Hastanın mobilitesi ve aktivitesi izlenir.• İmmobil hasta belirli bir programa göre en az iki saatte bir döndürülür. <p>Basınç Yarasının Önlenmesi;</p> <ul style="list-style-type: none">• Hastanın risk faktörlerini izlemek için geliştirilmiş bir risk değerlendirme aracı (Braden Risk Değerlendirme Skalası puanı: 14) kullanılır.• Vücut ağırlığı ve değişimleri kayıt edilir (Hastanın vücut ağırlığı 80 kg'dır).• Günlük olarak hastanın cilt durumu değerlendirilir.• Herhangi bir kızarıklık olan bölgeler yakından izlenir.• Hastanın döndürülmesi sırasında sürtünme önlenir.• Pozisyon verme sırasında en az günde iki kez kemik çıkıntıları ve basınç noktaları üzerindeki cilt gözlemlenir.• Yatağa temas eden basınç noktalarını eleve etmek için yastıkla desteklenir.• Yatak takımlarının kuru, temiz ve kırışık olmamasına dikkat edilir.• Basınç ve sürtünmeye yol açan durumlar izlenir.• Bireyin hareketlilik ve aktivitesi izlenir.• Yeterli besin alması sağlanır (yeterli kalori, protein, B ve C vit., Demir).• Bireye bakım verenlere cilt bütünlüğünde bozulma belirtileri hakkında bilgi verilir. <p>Alan 4. Güvenlik Sınıf: Risk Yönetimi NIC: Enfeksiyon kontrolü (Kod: 6540)</p> <ul style="list-style-type: none">• İzolasyon önlemleri uygun şekilde yerine getirilir ve sürdürülür.	<p>Beklenen Hasta Sonuçları: Yaranın boyutunda küçülme ve granülasyonda artma olmasıdır.</p>
---	---	---

<p>HEMŞİRELİK TANISI 5. Stoma ve perianal bölgede nekrotik alanlara uygulanan debridmanaya bağlı “DOKU BÜTÜNLÜĞÜNDE BOZULMA” Alan 11. Güvenlik/Koruma Sınıf 2. Fiziksel Yaralanma Kod: 00044</p>	<ul style="list-style-type: none">• Ziyaretçilerin sayısı uygun şekilde sınırlanır.• Hasta ve yakınına el yıkama uygun şekilde öğretilir.• Hasta odasına giren ziyaretçilere el yıkama uygun şekilde öğretilir.• Her hasta bakım aktivitesinden önce ve sonra eller yıkanır.• Evrensel önlemler politikasına uygun olarak eldiven ve steril eldiven giyilir.• Uygun yara bakımı yönteminin sağlandığından emin olunur.• Antibiyotik tedavisi uygun şekilde uygulanır.• Hasta ve yakınına enfeksiyon belirtisi, bulgularını ne zaman sağlık çalışanlarına bildirmeleri gerektiği anlatılır. <p>Alan 1. Fizyolojik: Temel Sınıf: Beslenme Desteği NIC: Beslenme yönetimi (Kod: 1100)</p> <ul style="list-style-type: none">• Yemekten önce ağız bakımı yapılır.• Hastanın beslenme gereksinimlerini karşılama durumu belirlenir.• Hastanın herhangi bir besin alerjisi olup olmadığı sorgulanır.• Hastalık durumu ile ilgili diyet gereksinimi konusunda hasta bilgilendirilir (R2 sulu yumuşak diyet).• Hastanın diş protezlerini taktığından emin olunur. <p>Alan 1. Fizyolojik: Temel Sınıf: İmmobilite Yönetimi NIC: Pozisyon verme (Kod:0840) *Pozisyon verme “Fiziksel Mobilitede Bozulma” hemşirelik tanısında açıklanmıştır.</p>	<p>Beklenen Hasta Sonuçları: Yararın boyutunda küçülme ve granülasyonda artma olmasındır.</p>
---	--	--

<p>HEMŞİRELİK TANISI 6. İlaçlarını düzenli olarak kullanmaması, yalnız yaşama ve maddi yetersizliğe bağlı “SAĞLIĞI ETKİSİZ YÖNETME”</p> <p>Alan 1. Sağlık Yükseltilmesi Sınıf 2. Sağlık Yönetimi Kod: 00078</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri:</p> <p>Alan 3. Davranışsal Sınıf: Hasta Eğitimi NIC: Öğretim: Hastalık süreci (Kod: 5602);</p> <ul style="list-style-type: none">• Hastanın mevcut hastalık ile yaşam süreci hakkındaki bilgi düzeyi değerlendirilir.• Hastalık süreci uygun şekilde bireye anlatılır.• Bireye mevcut durumu açıklanır.• Hastanın fiziksel durumundaki değişiklikler (Perianal nekroza bağlı fiziksel harekette bozulma ve stoma vb) belirlenir.• Boşa güvence vermekten kaçınılır.• Hastalık sürecini kontrol etmek ya da gelecekteki komplikasyonları önlemek için gerekli yaşam değişiklikleri belirlenir.• Hastaya hangi belirti ve bulguları sağlık personeline bildirmesi gerektiği konusunda bilgi verilir. <p>Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: İlaç Yönetimi NIC: İlaç tedavisinin yönetimi (Kod: 2380)</p> <ul style="list-style-type: none">• Hastanın kendi kendine ilaç kullanma yeterliliği belirlenir.• Hastanın ilaç hakkındaki bilgisi belirlenir.• Hastanın ilacı reçete edildiği gibi almasını engelleyebilecek faktörler belirlenir.• Tedavi edici etki için, gerekli ilaçların sayısı ve sıklığını en aza indirmek amacıyla diğer sağlık personeli ile görüşülür.• Hastanın ilaç tedavisine uyumu izlenir.• Hastaya ilacın tedavi edici etkisi açıklanır.• İlacın istenmeyen etkileri izlenir.• Reçete edilen ilaçların edinilmesi için olası finansal kaynaklar uygun şekilde araştırılır.• Ne zaman tıbbi yardım araması gerektiği konusunda hasta bilgilendirilir.• Hastaya ilaç tedavisi hakkında daha fazla bilgiye ulaşmak için iletişimde bulunabileceği kaynakların listesi sağlanır. <p>Alan 1. Fizyolojik: Temel Sınıf: Özbakımı Kolaylaştırma NIC: Öz-bakım yardımı (Kod:1800)</p> <ul style="list-style-type: none">• Öz bakım faaliyetlerini desteklerken hastanın kültürü göz önünde bulundurulur.• Öz bakım faaliyetlerini desteklerken hastanın yaşı göz önünde bulundurulur.• Hastanın bağımsız öz bakım becerileri gözlemlenir.• Hastaya bağımlılık ihtiyacını kabullenmede yardım edilir.• Beceri düzeyine uygun olarak normal günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme konusunda hasta cesaretlendirilir. <p>Alan 3. Davranışsal Sınıf: Baş etme Yardımı NIC: Baş etmeyi güçlendirme (Kod: 5230) *Baş etmeyi güçlendirme “Anksiyete” hemşirelik tanısında açıklanmıştır.</p>	<p>Beklenen Hasta Sonuçları: Kendi bakımına katılmada istekli olması, yardım alabileceği kaynaklardan ve desteklerden haberdar olması, tıbbi yardım alması gereken belirtilerin farkında olması ve ilaç tedavisi hakkında bilgi alabileceği kaynakları tanımasıdır.</p>
--	---	--

<p>HEMŞİRELİK TANISI 7. Anestezi altında debridman yapılması, yaş, uykusuzluk ve itaki puanının 22 olmasına bağlı “DÜŞME RISKİ”</p> <p>Alan 11. Güvenlik/Koruma Sınıf 2. Fiziksel Yaralanma Kod: 00155</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri:</p> <p>Alan 4. Güvenlik Sınıf: Risk Yönetimi NIC: Düşmeyi önleme (Kod:6490); Çevre yönetimi: Güvenlik (Kod:6486); Vital bulguları izleme (Kod:6680)</p> <p>Düşmeyi Önleme;</p> <ul style="list-style-type: none">• Hastanın düşme riskini tanımlanır (İtaki Düşme Riski Ölçeği puanı 22).• Düşme öyküsü belirlenir.• Düşme riskini arttıracak çevresel riskler belirlenir.• Hastanın eşyaları kolay ulaşabileceği bir yere konumlandırılır.• Hasta hareket ederken 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.• Çağrı zili ya da ışığa bekletmeden cevap verilir.• Görmeyi kolaylaştıracak yeterli ışık sağlanır.• Yatak başında gece lambası bulundurulur.• Hasta odanın fiziksel düzenlemesine oryante edilir ve ortamın yeniden değiştirilmesinden kaçınılır.• Düşme riski yönünden yüksek riskli hastaların fark edilmesi için uyarılar (Dört yapraklı yonca) yerleştirilir. <p>Çevre yönetimi: Güvenlik;</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 hareket ya da tehlike durumlarının oluşumunu sınırlandırmak için koruyucu araçlar (örn; tespitler, yatak kenarlıkları, kilitli parmaklıklar vb.) kullanılır. <p>Vital Bulguları İzleme;</p> <ul style="list-style-type: none">• Kan basıncı, nabız, vücut sıcaklığı ve solunum durumu uygun şekilde izlenir.• Kan basıncındaki düzensiz değişimler kaydedilir.• Kan basıncı hasta yatarken ve otururken ölçülür.• Kan basıncı her iki koldan ölçülerek karşılaştırılır.• Hasta ilaç aldıktan sonra kan basıncı izlenir. <p>Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: Elektrolit ve Asit Baz Yönetimi NIC: Hipoglisemi yönetimi (Kod:2130)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Alan 1. Fizyolojik: Temel Sınıf: İmmobilite Yönetimi NIC: Pozisyon verme (Kod:0840); * Pozisyon verme “Fiziksel Mobilitede Bozulma”, hemşirelik tanısında açıklanmıştır.</p> <p>Alan 1. Fizyolojik: Temel Sınıf: Özbakımı Kolaylaştırma NIC: Uykunun Güçlendirilmesi (Kod:1850) *Uykunun Güçlendirilmesi; “Uyku Örüntüsünde Bozulma”, hemşirelik tanısında açıklanmıştır.</p> <p>Alan 1. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: Fiziksel Rahatlığı Geliştirme NIC: Ağrı yönetimi (Kod: 1400) *Ağrı Yönetimi “Akut Ağrı”, hemşirelik tanısında açıklanmıştır.</p>	<p>Beklenen Hasta Sonuçları: Hastanın hareketleri sırasında yardım istemesi, yardım çağırma zilini nasıl kullanacağını bilmesi, düşmeyi önleyici davranışları bilmesi, hastada düşme ve yaralanma olmamasıdır.</p>
---	--	---

<p>HEMŞİRELİK TANISI 8. Anestezi eşliğinde debridman yapılması ve yutma gücüne bağlı “ASPIRASYON RİSKİ,” Alan 11. Güvenlik/Koruma Sınıf 2. Fiziksel Yaralanma Kod: 00039</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri: Alan 4. Güvenlik Sınıf: Risk Yönetimi NIC: Aspirasyon Önlemleri (Kod: 3200)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hastanın geçirme, öksürme refleksi, yutma yeteneği ve bilinç seviyesi izlenir. • Yutma güclüğü uygun şekilde izlenir. • Hava yolu açıklığı sürdürülür. • Bağırsak fonksiyonları izlenir. • Beslendikten sonra yatak başına 30-90 derecelik pozisyon verilir. • Sakşın seti hazır bulundurulur. • Beslenme takip edilir ve gerektiğinde yardım edilir. • Küçük miktarlarda beslenir. • Yiyecekler küçük parçalar haline getirilir. • Ağız bakımı verilir. <p>Alan 2. Fizyolojik: Karmaşık Sınıf: Perioperatif Bakım NIC: Anestezi sonrası bakım (Kod:2870)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ağrı değerlendirmesi de dahil hastanın tüm yaşam bulguları her 15 dakikada bir gerektiğinde daha sık aralıklarla alınır ve kayıt edilir. • Hasta derin nefes almaya ve öksürmeye cesaretlendirilir. • Bilinç düzeyi izlenir. 	<p>Beklenen Hasta Sonuçları: Aspirasyon olmaksızın oral yolla beslenmesi ve beslenme için uygun pozisyonun farkında olmasıdır.</p>
<p>HEMŞİRELİK TANISI 9. Ağız içinde kızarıklık, kuruma ve dudaklarda çatlamaya bağlı “ORAL MUKOZ MEMBRANDA BOZULMA RİSKİ” Alan 11: Güvenlik/Koruma, Sınıf 2: Fiziksel Yaralanma, Kod: 00247</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri; Alan 1. Fizyolojik: Temel Sınıf: Özbakımı Kolaylaştırma NIC: Ağız sağlığını iyileştirme (Kod:1730)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hastanın ağızı; dil, dudaklar, muköz membranlar, dişler, diş etleri, diş protezleri ve uygunluğu anormal özellikler (renk, koku vb.) yönünden izlenir. • Uygun ağız bakımı için sağlık bakım personelinden yardım alınır. • İhtiyaç duyulan ağız bakım sıklığı belirlenir. • Hastanın ağızını çalkalaması sağlanır. • Hasta sadece yemek yerken protezlerini kullanması ve yemek yemediği zamanlarda protezlerini çıkarması için teşvik edilir. • Gerektiğinde oral mukozayı nemlendirmek için yağlı kremler kullanılır. • Hastaya uygun ağız bakımı konusunda eğitim verilir. • Yeterli besin alımının önemli tartışılır. <p>Alan 1. Fizyolojik: Temel Sınıf: Beslenme Desteği NIC: Beslenme yönetimi (Kod: 1100) *Beslenme Yönetimi “Doku Bütünlüğünde Bozulma” hemşirelik tanısında açıklanmıştır.</p>	<p>Beklenen Hasta Sonuçları: Ülser, enflamasyon olmadan nemli oral mukoz membran devamlılığının sağlanmasıdır.</p>

TARTIŞMA

Bu olgu sunumunda; Fournier gangreni tanısı alan bir hastanın NANDA Taksonomi II doğrultusunda, NANDA tanıları tanımlanmış ve bu tanıları uygun NIC girişimleri belirlenmiştir. NANDA Taksonomi II de yer alan sağlığın yükseltilmesi, konfor, aktivite/dinlenme, baş etme/stres toleransı ve güvenlik/koruma alanlarında toplam dokuz hemşirelik tanısı konulmuştur. NANDA taksonomi II de yer alan dokuz hemşirelik tanısına uygun NIC Sınıflandırma sisteminden 27 girişim belirlenmiştir.

Fournier gangreni nadir görülen, hayatı tehdit eden ürolojik bir acildir (25). Hastaların şikayetlerini tam olarak tanımlayamaması ve genital bölge muayenesine bağlı utanç duygusu nedeniyle furnier gangreni tanısının konulmasında gecikmeler yaşanmaktadır. Bu durum hastalığın tedavisinde geniş spektrumlu antibiyotikler kullanılmasına ve aseptik teknikler doğrultusunda uygun cerrahi girişimler uygulanmasına karşın hastalarda mortalite oranının artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle hastanın hayatta kalması için mümkün olan en kısa sürede tanı konulması, geniş spektrumlu antibiyotiklere başlanması, acil cerrahi debridman ve uygun yara bakımının yapılması kritik önem taşımaktadır. Ayrıca özellikle yaşlı bireylerde perineal, genital ve perianal bölgelerdeki en küçük şikayetler dikkatle değerlendirilmeli ve bu tür şikayetler furnier gangreninin ön tanısı dahilinde düşünülerek hastaya uygun hemşirelik bakımı verilmelidir (2).

Fournier gangrenine yönelik hemşirelik bakımı; yara bakımının yapılması, nekroz alanlarının ve enfeksiyon belirtilerinin takip edilmesi, antibiyotik tedavisinin yönetimi, yaşamsal bulguların izlenmesi, kan şekerinin takip edilmesi, dengeli beslenmenin sağlanması, hasta ve yakınlarına hastalık hakkında bilgi verilmesi ve rehberlik edilmesi ile psikolojik sağlığın sürdürülmesini içermektedir (7).

Olgu sunumunda hastanın 30 yıldır diyabet hastası olduğu belirlenmiştir. Literatürde diyabeti olan ve kan şekeri kontrol altına alınamayan bireylerin Fournier gangreni açısından risk altında oldukları bildirilmiştir (10). Vayvada ve arkadaşlarının

(2012) yapmış oldukları bir çalışmada nekrotizan fasiit tanısı almış toplam 68 hasta retrospektif olarak incelenmiş ve 52 hastanın diyabet öyküsü olduğu belirlenmiştir (26).

Bu olguda hasta anal bölgede var olan doku nekrozu ve stoma nedeniyle ağrı, yürüyememe, eski boşaltım aktivitesini tekrar geri dönememe, yatağa bağımlı kalma ve ona bakacak bir yakınının olmaması konularında anksiyete yaşadığını belirtmiştir. Fournier gangreni tanısı alan hastalar, doku debridmanı ve geçirilen cerrahi girişimler nedeniyle vücutlarında şekil bozuklukları, fiziksel aktivitede ve doku bütünlüğünde bozulma ile fonksiyon kayıplarına maruz kalmakta ve bu duruma bağlı olarak da değişik derecelerde kaygı yaşamaktadır. Bu nedenle hasta ve ailesi hastalığın ciddiyeti, bakım ve tedavisi konularında sürekli bilgilendirilmeli ve hastalara beden imajındaki bozulma konusunda duygularını ifade etme fırsatı verilmelidir (2). Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak yapılan bir çalışmada nekrotizan fasiit tanısı alan bir hastanın postoperatif debridmana bağlı ağrı ve doku bütünlüğünde bozulma, belirsiz yara iyileşmesi ve uzun süre hastanede kalma ile ilgili anksiyete, akut ağrıya bağlı fiziksel aktivitede bozulma, diyabet ve öz bakımı ile ilgili bilgi eksikliği yaşadığı bildirilmiştir (27).

Bu çalışmada hasta yemek yerken yutma güclüğü yaşamakta ve sulu yumuşak (R2) diyet almaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinden biri olan beslenme, sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde önemli rol oynayan bir aktivitedir (28). Bu doğrultuda Fournier gangreni tanısı alan bireylerde yaranın cerrahi olarak debride edilmesi ve doku granülasyonun sağlanabilmesi için hastanın beslenme durumunun yakından izlenmesinin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir (2).

SONUÇ

Bu olgu sunumunda bireye sunulan hemşirelik bakımında NANDA ve NIC sınıflandırma sisteminin kullanılması, bireyin bakım gereksinimlerinin sistematik bir şekilde karşılanmasında yardımcı olmuştur. Fournier gangreni tanısı alan bireyin bakım, eğitim ve danışmanlığı konularında hemşirelere önemli

görevler düşmektedir. İyi planlanmış hemşirelik girişimlerinin olası problem ve komplikasyonların önlenmesindeki etkisi kaçınılmazdır. Bununla birlikte hemşirelik bakımında NANDA tanılarının ve NIC hemşirelik girişimlerinin kullanılmasının ekip üyeleri arasındaki iletişim ile etkileşimi artırarak sunulan bakımın kalitesini yükselteceği ve fournier gangreni tanısı alan bireylere bakım veren hemşireler için önemli bir kaynak olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Çelen MK, Uluğ M, Tekin R, Geyik MF, Ayaz, C. Fetal Seyirli Fournier Gangreni: Bir Olgu Sunumu, ANKEM Dergisi. 2008;22:39-41.
2. Özşaker E, Yavuz M, Altınbaş Y, Köze BŞ, Nurülke B. The care of a patient with Fournier's gangrene. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi. 2015;21(1):71-4.
3. Wampler KM, Bluedorn EA, Michael K. Sonographic evaluation of Fournier's Gangrene. Journal of Diagnostic Medical Sonography. 2015;31(4):250-253.
4. Sökmen S. Fournier gangreni. ANKEM Dergisi. 2012;26(Ek 2):331-336.
5. Benjelloun el B, Souiki T, Yakla N, Ousadden A, Mazaz K, Louchi A et al. Fournier's gangrene: our experience with 50 patients and analysis of factors affecting mortality. World Journal Emergency Surgery. 2013;18(1):13.
6. Chan BYO, Wong BWB, Lo KKY, Yim C, Tse CTY. Fournier's gangrene: A 10-year review and validation of mortality predictors in a Hong Kong major regional centre. Surgical Practice. 2018; 22(2):60-66.
7. Cruz RAO, Andrade LL, Arruda AJCG. Scientific production about gangrene fournier and the nursing care: Integrative review. Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem. UFPE; 2016:10.
8. Zor M, Kaya E, Yılmaz S, Ebioloğlu T, Kangal KÖ, Bedir S. Fournier gangreni tedavisinde çok basamaklı yaklaşım: seri cerrahi debridman, koruyucu kolostomi, vakum yardımlı kapatma ve hiperbarik oksijen tedavisi. Yeni Üroloji Dergisi. 2018;13(1):56-59.
9. Gadler T, Huey S, Hunt K. Recognizing Fournier's Gangrene in the emergency department, Advanced Emergency Nursing Journal. 2019;41(1):33-38.
10. Huang CS. Fournier's gangrene. New England Journal of Medicine. 2017;376(12):1158.
11. Singh A, Ahmed K, Aydın A, Khan, MS, Dasgupta P. Fournier's gangrene. A clinical review, Archivio Italiano di Urologia e Andrologia. 2016; 88(3), 157-164.
12. Yılmazlar T. Fournier Gangreni: sinsi, öldürücü, ancak tedavi edilebilir hastalık. Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi. 2012;22:45-49.
13. Voelzke, BB, Hagedorn, JC, Presentation and diagnosis of Fournier gangrene. Urology. 2018;114:8-13.
14. Misiakos EP, Bagias G, Patapis P, Sotiropoulos D, Kanavidis P, Machairas, A. Current concepts in the management of necrotizing fasciitis. Frontiers in Surgery. 2014;1:36.
15. Bilgiç Ş, Çelikkalp Ü, Sarıkaya N. Nekrotizan fasiitli bir olgunun yaşam modeli doğrultusunda tanılanması, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(4):320-325.
16. Santos P, Aylla A, Lins Da Silva FC, Ferreira Souza KR, Tenório Xavier Póvoas F, De Assis Bastos ML et al. Nursing care for puerperal woman with necrotizing fasciitis: experience report. Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE. 2013;7(4):1248-1253.
17. Tan TW. A case of post-operative nursing care experience for necrotizing fasciitis patient with poorly controlled diabetes mellitus. Journal of Nursing and Care. 2015;4(5):174.
18. Ay F. Uluslararası alanda kullanılan hemşirelik tanıları ve uygulamaları sınıflandırma sistemleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2008;28:555-61.
19. Şahin AO, Erdemir F. Hemşirelikte ortak dil ve uluslararası hemşirelik terminolojileri. Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics. 2016;2(1):27-36.
20. Carpenito-Moyet LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Erdemir F, ed. 13. baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2013. p. 790.
21. Birol L, Hemşirelik Süreci; Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım, 10. Baskı, 2016. p. 181-186.
22. NANDA-International. Nursing Diagnosis: Definitions&Classifications 2018-2020. Eleventh edn, 2018. p. 33.
23. The University of Iowa, NIC, College of Nursing. <http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-interventions-classification-overview>, 2018 (accessed 19.05.2019)
24. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing interventions classification (NIC) 7th edn. St. Louis, Elsevier, 2018. P. 2-3.
25. Champion SE. A case of Fournier's gangrene, Urol Nurs. 2007;27(4):296-9.
26. Vayvada H, Demirdöver C, Menderes A, Karaca C, Nekrotizan fasiit: Tanı, tedavi ve literatürün gözden geçirilmesi, Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi. 2012;18(6):507-513.

27. Tan TW. *A case of post-operative nursing care experience for necrotizing fasciitis patient with poorly controlled diabetes mellitus, J Nurs Care. 2015; 4:5.*

28. Kaya N. *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. In Babadağ K, Atabek Aşti T (ed.) Yaşam Modeli, 2. baskı, İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 2012. p. 1-7.*