

## Akut Miyeloid Lösemi Tanısı Alan Yaşlı Hastanın Bakımı: Bir Olgu Sunumu

### Caring for an Elderly Patient with Acute Myeloid Leukemia: A Case Study

ÖZGÜL EROL\*  
LALE YACAN\*

Geliş Tarihi: 07.03.2016, Kabul Tarihi: 12.04.2017

#### ÖZ

Akut Miyeloid Lösemi (AML), hematolojik hücrelerin olgunlaşma yeteneğini kaybederek kontrolsüz bir şekilde çoğalması, kanda, kemik iliğinde ve diğer dokularda birikmesi ile ortaya çıkan malign bir hastalıktır. Yetişkinlerde en sık görülen ve sıklığı yaşla birlikte artan akut lösemi türüdür.

Seksen iki yaşında, evli, erkek hasta yaklaşık olarak 4 ay önce halsizlik, yataktan kalkamama ve yürüyememe yakınmaları ile hastaneye başvurdu. Akut Miyeloid Lösemi tanısı alan hastaya Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Modeline göre değerlendirme yapılarak gerekli hemşirelik bakımı planlandı. Bu model doğrultusunda hastaya hava yolunu temizlemede etkisizlik, fiziksel mobilitede bozulma, özbakım eksikliği sendromu (beslenme, giyinme, hijyen), beslenmede dengesizlik: gereksinimden az beslenme, aktivite intoleransı, sosyal etkileşimde bozulma, oral mukoz membranda bozulma, kanama riski, deri bütünlüğünde bozulma riski, aspirasyon riski, infeksiyon bulaştırma riski, düşme riski hemşirelik tanıları konuldu ve gerekli girişimler uygulandı.

**Anahtar kelimeler:** Akut miyeloid lösemi; hemşirelik bakımı; yaşlı.

#### ABSTRACT

Acute myeloid leukemia (AML) is a malign disease characterized by the rapid growth of abnormal hematologic blood cells accumulating in the bone marrow, blood and other tissues. It is the most common acute leukemia affecting adults, and its incidence increases with age.

An 82 year-old married male patient was admitted to hospital because of fatigue, the inability to get out of bed, and the inability to walk. The patient was diagnosed with AML and was being cared for according to Gordon's Functional Health Patterns. Based on this model, nursing diagnoses included ineffective airway clearance, impaired physical mobility, self-care deficit (nutrition, dressing, hygiene), imbalanced nutrition, activity intolerance, impaired social activity, impaired oral mucous membrane, risk for bleeding, impaired skin integrity, risk for aspiration, risk for transmitting infection, and risk for falling, and the needed interventions were administered.

**Keywords:** Acute myeloid leukemia; nursing care; elderly.

**H**ematolojik hücrelerin olgunlaşma yeteneğini kaybederek kontrolsüz bir şekilde çoğalması, kanda, kemik iliğinde ve diğer dokularda birikmesi ile ortaya çıkan malign bir hastalıktır.<sup>[1,2]</sup> Akut Miyeloid Lösemi, çocuklardaki akut lösemilerin %15-20'sini, yetişkinlerdeki akut lösemilerin ise %80'ini oluşturur. Erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülür ve yaşla birlikte prevalansı artar, en sık 60-65 yaşlarında görülür.<sup>[3]</sup>

Akut Miyeloid Lösemi tanısı alan hastalarda ilk saptanan belirtiler anemi ile ilgilidir. Anemiye bağlı olarak yorgunluk,

halsizlik, çabuk yorulma, fiziksel aktivite sırasında nefes darlığı, çarpıntı gibi belirtiler görülürken, trombositopeniye bağlı olarak vücutta morluklar, diş eti ve burun kanamaları görülür. Hastanın ateşi yükselir ve solunum yolu infeksiyonlarına sık rastlanır. İştahsızlık ve kilo kaybı yaygın olarak görülen belirtilerdendir. AML ani başlar ve tedavi edilmezse kısa sürede ölüme yol açabilir.<sup>[4-8]</sup>

#### Olgu Sunumu

Seksen iki yaşında, evli olan erkek hasta, yaklaşık olarak 4 ay

\* Ö Erol, Doç. Dr.; L Yacan, Araş. Gör.  
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne  
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:  
Özgül Erol, Doç. Dr.  
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Balkan Yerleşkesi, Edirne  
Tel.: 0 284 2133042/1006 Faks: 0 284 212 61 07  
e-posta: ozgulerol@trakya.edu.tr

önce hâlsizlik, yataktan kalkamama ve yürüyememe yakınmaları ile devlet hastanesine başvurdu. Yapılan tetkikler sonucu hemoglobin düzeyi (Hb): 5.8 g/dl olarak bulundu ve üniversite hastanesine sevk edildi.

Hastadan alınan anemneze göre, hastanın hiç alkol kullanmadığı, 35 yıl boyunca günde 2 paket sigara içtiği ve 10 yıl önce sigarayı bıraktığı saptandı. Hastanın özgeçmişinde 55 yaşında geçirdiği inguinal herni operasyonu ve 8 yıl önce geçirmiş olduğu serebrovasküler olay (SVO) vardı. Hastada SVO'ya bağlı herhangi bir sekel kalmamıştı. Hastada hepatit B bulunmaktaydı. Soygeçmişinde herhangi bir sağlık sorunu yoktu.

**Tablo 1: Olgunun Biyokimya ve Hemogram Sonuçları**

BİYOKİMYA SONUÇLARI		
TETKİK ADI	SONUÇ	NORMAL DEĞERLERİ
Üre	34 mg/dl	15-43 mg/dl
Kreatinin	0.56 mg/dl	0.57-1.11 mg/dl
K+	2.6 mmol/L	3.5-5.1 mmol/L
Ca++	7.7 mg/dl	8.4-10.2 mg/dl
LDH	331 U/L	125-220 U/L
ALP	250 U/L	40-150 U/L
CRP	5.1 mg/L	0-0.34 mg/L
Bilirubin	1.7 mg/dl	0.3-1.2 mg/dl
Albümin	2.7 g/dl	3.2-5.2 g/dl

  

HEMOGRAM SONUÇLARI		
TETKİK ADI	SONUÇ	NORMAL DEĞERLERİ
Eritrosit	3.620.000 mm <sup>3</sup>	4.800.000-6.000.000 mm <sup>3</sup>
Hemoglobin	10.6 g/dl	14-20 g/dl
Lenfosit	13.900 mm <sup>3</sup>	20.000-55.000 mm <sup>3</sup>
Lökosit	3.500 mm <sup>3</sup>	6.000-10.000 mm <sup>3</sup>
Trombosit	63.000 mm <sup>3</sup>	150.000-450.000 mm <sup>3</sup>

K: Potasyum, Ca++: Kalsiyum, LDH: Laktat dehidrogenaz, ALP: Alkalen fosfataz, CRP: C-reaktif protein

**Hastanın yaşamsal bulguları:** Kan basıncı: 140/90 mmHg, Nabız: 80/dk., Ateş: 36.5°C, Solunum: 16/dk. olarak belirlendi. Hastanın biyokimya tetkik sonuçlarına ilişkin olması gereken normal değer aralığı Tablo 1'de verilmiştir. Kalça kırığı nedeniyle hasta yeme-içme, temizlenme, yürüme, yataktan kalkma gibi özbakım aktivitelerinde bağımlıydı. Genellikle gün içinde uyuyan hastanın ara ara sayıklamaları oluyordu. Hastanın oral mukoz membranı değerlendirildiğinde kırmızı renkte olduğu görüldü, oral mukozit mevcuttu, "Beck Oral Mukoza Değerlendirme Ölçeği"ne göre puanı 17 idi ( $\leq 5$ = Disfonksiyon yok; 6-10= Hafif disfonksiyon; 11-15= Orta disfonksiyon; 16-20= Ciddi disfonksiyon). Hastada yutma güçlüğü olduğundan sulu yumuşak diyet ve günde 2 defa 250 ml olan beslenme solüsyonu veriliyordu. Hastanın hemogram tetkik sonuçlarına ilişkin normal değer aralığı Tablo 1'de verilmiştir. Balgam çıkarmakta zorlanan ve dispnesi olan hastada hırıltılı solunum

mevcuttu. Hastanın üriner kateteri vardı. Bir hafta önce odasında düşen hastada sol kalça kırığı meydana geldi. Hastanın tedavisinde, Filgrastim (G-CSF) 1x1, Duocid flk 4x1 ve hemogram sonucuna göre eritrosit ve taze donmuş plazma transfüzyonu bulunmaktaydı.

## Hemşirelik Bakım Planı

Yapılan gözlem ve değerlendirmeler sonucunda Gordon'un "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Modeli"ne göre AML tanısı almış hasta için ele alınabilecek başlıca hemşirelik tanıları aşağıdaki gibi sıralanabilir:<sup>[9-11]</sup>

- Hava yolunu temizlemede etkisizlik
- Fiziksel mobilitede bozulma
- Özbakım eksikliği sendromu (beslenme, giyinme, hijyen)
- Beslenmede dengesizlik: Gereksinimden az beslenme
- Aktivite intoleransı
- Sosyal etkileşimde bozulma
- Oral mukoz membranda bozulma
- Kanama riski
- Deri bütünlüğünde bozulma riski
- Aspirasyon riski
- İnfeksiyon bulaştırma riski
- Düşme riski

Hemşirelik tanılarına yönelik nedenler, amaç, girişimler ve değerlendirmeler Tablo 2'de verilmiştir.

## Tartışma

Akut miyeloid lösemi yetişkinlerde daha sık, özellikle 60-65 yaş grubunu etkileyen ve erkek cinsiyette daha fazla görülen bir hastalıktır.<sup>[12]</sup> Literatür bilgisi ile uyumlu bir şekilde bu çalışmada ele alınan olgu da 82 yaşında erkek hastaydı.

Akut lösemilerde başlangıçta ortaya çıkan belirtiler hafif iken, ilerleyen zamanlarda bu belirtiler gittikçe ağırlaşmaya başlar. Akut miyeloid lösemi hastalarında aneminin belirtilerinden olan hâlsizlik, solukluk, yorgunluk, uykuya eğilim, baş ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı, nefes darlığı sık görülür.<sup>[2]</sup> Bizim hastamızın da acil servise başvurma nedenleri arasında hâlsizlik, yorgunluk, yataktan kalkamama gibi anemiden kaynaklanan sorunlar vardı. Hastanın hemoglobin değeri: 5.8 g/dl idi (normal değeri: 14-20 g/dl). Hastaya eritrosit ve taze donmuş plazma transfüzyonları yapılması sonucunda Hb değerinin 10.6 g/dl'ye yükseldiği görüldü.

Akut miyeloid lösemi tanısı alan hastalarda kemoterapiye bağlı anoreksiya ve kilo kaybı yaygın olarak görülmektedir.<sup>[4]</sup> Bizim hastamızda da 20 gün önce aldığı kemoterapi (sitarabin) nedeniyle iştah, kilo kaybı ve yutma güçlüğü gibi sorunlar mevcuttu. Hastanın düzenli olarak beslenmesini sağlamak için takviye olarak beslenme solüsyonu verildi. Oral mukozit,

kanserli hastalara uygulanan kemoterapi, radyoterapi, kemik iliği ve kök hücre transplantasyonu gibi tedavilerin komplikasyonu olarak ortaya çıkabilir.<sup>[5]</sup> Bu hastada da beslenmeyi olumsuz yönde etkileyen oral mukozit mevcuttu. Hastanın ağız mukozası kırmızı görünümdeydi. Beck oral mukoza puanı 17 olarak bulundu.

Akut miyeloid lösemi hastalarında normal hematopoezinin baskılanması sonucu trombositopeni görülebilir. Hastalarda da trombositopeniye bağlı olarak hemoraji riski yüksektir.<sup>[12]</sup> Bizim hastamızda da trombositopeni mevcuttu. Hastanın trombosit değeri 63.000 mm<sup>3</sup>tür (normal değeri: 150.000-450.000 mm<sup>3</sup>). Hasta kanamaya eğilimliydi.

## Sonuç

Hemşirelik bakım planında da yer aldığı üzere; hasta iletişime açık olmadığı ve sürekli uykulu olduğu için sekresyonların atılmasına yönelik derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilmeye çalışıldı, fakat hasta tarafından etkili şekilde yapılamadığı için istenen sonuçlar alınamadı. Hastada sekresyon varlığı hâlâ devam etmekteydi. Hastada sol kalça kırığı olması nedeniyle yatakta dinlenmeye devam etti, yatak içi egzersiz yapmaya istekli değildi ve özbakıma katılma konusunda motivasyonu çok düşüktü. Kalça kırığı nedeniyle hareket ettiği takdirde ağrısı olacağı ya da zarar göreceği korkusu vardı. Hastanın yatağa bağımlı olması ve sürekli uykulu olması sebebiyle özbakım eksikliği aile üyeleri ile işbirliği içinde giderildi. Hastada oral mukozite bağlı yutma güçlüğü olduğundan beslenmesi, sulu diyet ve beslenme solüsyonları ile sürdürüldü. Hastanın kırmızı renkte görünen oral mukozası her gün kontrol edildi ve oral mukozite yönelik ağız bakımı yapıldı, aileye de ağız bakımı eğitimi verildi. Basınç yarası oluşmasını engellemek için hastaya yatak içinde iki saat aralıklarla pozisyon verildi. Pozisyon verilirken hastanın sol kalça kırığı olması nedeniyle fizik tedavi uzmanı tarafından istenilen direktif göz önüne alınarak, sol tarafı yastıklarla desteklemek suretiyle pozisyon değişimleri yapıldı. Hastanın infeksiyon bulaştırma riskine karşı evrensel önlemler alındı. Hasta, kanama belirti ve bulguları açısından takip edildi, hasta ailesine de kanama belirti bulguları hakkında bilgi verildi.

Hastayı düşme riskine karşı korumak için gerekli güvenlik önlemleri alındı. Hastanın infeksiyon riski nedeniyle infeksiyon belirti bulguları izlendi, hasta ve ailesine de gerekli bilgiler verildi. İnfeksiyondan korunmaya yönelik güvenlik önlemleri alındı, antibiyotik tedavisi uygulandı.

## KAYNAKLAR

1. O'Donnell MR, Abboud CN, Altman J, et.al. Acute myeloid leukemia. J Natl Compr Canc Netw. 2012; 10(8):984-1021. (<http://www.jnccn.org/content/10/8/984.long>)
2. Öz ZS. Kemoterapi alan hematolojik malignansili hastalarda yaşam kalitesi. Marmara Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: 2006.
3. Akyol A. Kan Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İzmir: Meta Basım; 2013.
4. Mehrekula Z. Hematolojik malignitelere semptom kontrolü. Ege Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İzmir: 2010.
5. Kepçioğlu N. Kemoterapi uygulanan hematolojik maligniteli hastalarda oral mukozit riskinin ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: 2012.
6. Türk Hematoloji Derneği. Akut miyeloid lösemi. 2010. [http://www.thd.org.tr/THD\\_Halk/?sayfa=akut\\_miyeloid](http://www.thd.org.tr/THD_Halk/?sayfa=akut_miyeloid) (Erişim Tarihi: 9 Şubat 2016).
7. Memiş S. Hematolojik hastalıklar. İçinde: Karadakovan A, Aslan FE editör. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3.baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2014: 579-610.
8. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 3.baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2012.
9. Tosun N. Lösemi. İçinde: Akbayrak N, İlhan ES, Ançel G, Albayrak A, editör. Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Alter Yayınevi; 2007: 207-11.
10. Durna Z, Akın S, Özdiilli K. İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi. İstanbul: Cinius; 2009: 45-50.
11. Moyet LJC. Hemşirelik Tanımları El Kitabı. Çeviri, F. Erdemir. İstanbul: Nobel; 2014.
12. Çürük GN. Hematolojik sorunlar ve hemşirelik yönetimi. İçinde: Ovayolu N, Ovayolu Ö, editör: Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2016: 509-13.

**Tablo 2:** Olgunun “Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Modeli”ne Göre Hemşirelik Bakımı

HEMŞİRELİK TANISI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
<b>AKTİVİTE-EGZERSİZ</b>				
Hava yolunu temizlemede etkisizlik *Dispne *Hırıltılı solunum *Etkisiz öksürme	Hareketsizlik	Etkili hava yolu açıklığını sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hava yolu açıklığına neden olan risk faktörleri belirlendi.</li> <li>Hastanın solunum fonksiyonu değerlendirildi.</li> <li>Hastaya semifowler pozisyonu verildi.</li> <li>Günde 3 kez ağız bakımı verildi.</li> <li>Kan gazı sonuçları değerlendirildi.</li> <li>Sıvı alımı artırıldı.</li> <li>Derin solunum-öksürme egzersizleri öğretildi.</li> <li>Hekim tarafından istemi yapılan oksijen tedavisi ve antibiyotik tedavisi uygulandı.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın solunum sıkıntısı devam ediyor. Derin solunum ve öksürme egzersizlerini etkili şekilde yapamıyor. Etkili öksüremediği için yeterince sekresyon çıkartmıyor Kan pH:7.25</li> <li>PO<sub>2</sub>:80 mmHg,</li> <li>PCO<sub>2</sub>:55 mmHg, SaO<sub>2</sub>:%90</li> <li>Direktifler doğrultusunda oksijen ve antibiyotik tedavileri uygulandı.</li> </ul>
<b>AKTİVİTE-EGZERSİZ</b>				
Fiziksel mobilitede bozulma *Yatağa bağımlılık *Hareket etme isteğinin olmaması	Hastada sol kalça kırığının olması	Fiziksel hareketin devamlılığının sağlanması	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yaşam bulguları takip edildi.</li> <li>Yatak içi egzersiz hareketleri öğretildi.</li> <li>Önerilen egzersizleri düzenli yapması için hasta ve yakınları desteklendi.</li> <li>Komplikasyonları önlemek için kalça kırığının olduğu bölge yastıklarla desteklenerek hastanın durumuna uygun yatak içi pozisyon verildi.</li> </ul>	Hasta sol kalça kırığı olması nedeniyle yatakta dinlenmeye devam etti. Hasta, halsiz olduğunu söyleyerek yatak içi egzersiz yapmayı reddetti.
<b>AKTİVİTE-EGZERSİZ</b>				
Öz bakım eksikliği sendromu *Günlük yaşam aktivitelerini (beslenme, hijyenik bakım, giyinme) kendi kendine yapamama	Yatağa bağımlılık, kemoterapi nedeniyle eritrosit ve hemoglobin değerlerinin düşük olmasına bağlı halsizlik	Hastanın öz bakım gereksinimlerinin karşılanması, ailenin bakıma katılımının sağlanması	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın öğünlerde alması gereken besinleri alıp almadığı değerlendirildi.</li> <li>Yeterli beslenemediği durumlarda hastanın beslenmesine yardımcı olundu.</li> <li>Yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı uygulandı.</li> <li>Hastanın temizlik alışkanlıklarını değerlendirildi ve yetersizlik durumu belirlendi.</li> <li>Hastanın el-yüz temizliği, genel vücut temizliği, ağız bakımı, ayak bakımı ve tırnak bakımı faaliyetleri aile ile birlikte planlandı.</li> <li>Günlük el-yüz ve ağız bakımının yapılması sağlandı.</li> <li>Hastanın giysilerinin değiştirilmesi ve giydirilmesi sağlandı.</li> </ul>	Hastanın öz bakım gereksinimleri ailesinin desteği ile giderildi.
<b>BESLENME- METABOLİK</b>				
Beslenmede dengelessizlik: Gereksinimden az beslenme *Hastanın son bir ay içerisinde 3 kilo vermesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beck oral mukoza puanının 17 olması</li> <li>Yutma güçlüğü'nün olması</li> </ul>	Hastanın yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yetersiz beslenmeye yönelik risk faktörleri belirlendi.</li> <li>Hastanın oral mukoz membranı gün içinde 3 kez bütünlük açısından değerlendirildi.</li> <li>Laboratuvar bulguları (total protein, albümin, hemoglobin vb.) takibi yapıldı.</li> <li>Hastanın sulu besinleri pipet/çubuk ile yavaş yavaş yudumlaması konusunda aileye bilgi verildi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta oldukça iştahsız, beslenmesi sıvı besinler ve beslenme solüsyonları ile sürdürülüyor.</li> <li>Total protein, albümin ve hemoglobin değerleri normal değerlerin altında.</li> </ul>
<b>AKTİVİTE-EGZERSİZ</b>				
Aktivite intoleransı *Halsiz ve solgun görünüm *Hareket etmede isteksizlik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etkisiz solunum nedeniyle dokuların yeterince oksijenlenememesi</li> <li>Hemoglobin değerinin düşük olması (10.6 g/dl)</li> <li>Hastanın kalça kırığı nedeniyle hareket etmektensekinması</li> </ul>	Aktivite toleransının arttırılması	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın yapacağı ve yapamayacağı aktiviteler tespit edildi.</li> <li>Hastanın yatak içinde günde en az 2 defa ROM egzersizleri yapması sağlandı.</li> <li>Daha yavaş, daha kısa süreli ve daha fazla yardım edilerek aktivite toleransı arttırmaya çalışıldı.</li> <li>Hasta ile konuşularak hareket etmenin önemi anlatıldı ve motivasyonu arttırmaya çalışıldı.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın aktivite intoleransı devam ediyor.</li> <li>ROM egzersizlerini günde bir kez yapıyor.</li> </ul>

**Tablo 2 Devam:** Olgunun “Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Modeli”ne Göre Hemşirelik Bakımı

HEMŞİRELİK TANISI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
<b>ROL-İLİŞKİ</b>				
Sosyal etkileşimde bozulma	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konuşmaya isteksiz olması</li> <li>Sürekli yatakta kalmak istemesi</li> </ul>	İletişiminin devamlılığının sağlanması	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta ile iletişime engel olabilecek dik-kati dağıtacak etkenler ortadan kaldırıldı.</li> <li>Hastanın ailesi iletişim sürecine dâhil edildi.</li> <li>Hasta ile güven ilişkisi kuruldu.</li> <li>Hastalık, tedavi ve seyrî konusunda aile üyelerine bilgi verildi.</li> </ul>	Hasta ile kısıtlı da olsa iletişim kuruldu, sorulara kısa kısa yanıtlar verdi. Aile ile iyi iletişim kuruldu.
<b>BESLENME- METABOLİK</b>				
Oral mukoz membrandaki bozulma *Oral mukozanın kırmızı görünümü *Beck mukozası puanı: 17	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kemoterapi</li> <li>Kötü ağız hijyeni</li> <li>Beslenme yetersizliği</li> </ul>	Oral mukoz membrandaki bozulmanın azaltılması ya da giderilmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın oral mukozası günlük olarak değerlendirildi.</li> <li>Oral mukozasındaki risk faktörleri belirlendi.</li> <li>Hastaya günde 3 kez bikarbonatlı solüsyon ile ağız bakımı verildi.</li> <li>Aile üyelerine ağız bakımının önemi ve nasıl yapılması gerektiği gösterilerek anlatıldı.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın oral mukoziti devam ediyor.</li> <li>Aile bakıma katılmaya istekli.</li> </ul>
<b>AKTİVİTE-EGZERSİZ</b>				
Kanama riski *Trombosit sayısının düşük olması (63.000 mm <sup>3</sup> )	Kemoterapiye bağlı kemik iliği depresyonu	Olası kanamanın erken fark edilmesi ve önlenmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta, kanama belirti ve bulgularından takip edildi (diş eti kanamaları, hematüri, burun kanaması vb. kalça kırığı nedeniyle opere edilen bölge).</li> <li>Hasta ve ailesine kanama belirti bulgular hakkında bilgi verildi ve fark edilmesi hâlinde derhâl bildirmeleri istendi.</li> <li>Hastanın bilinç durumu değerlendirildi.</li> <li>Hastanın hemogram tetkik sonuçları izlendi.</li> <li>Hastanın yaşamsal bulguları sık sık takip edildi.</li> <li>Yaralanmaları önlemek için çevre güvenliği sağlandı.</li> </ul>	Hastada kanama belirti ve bulguların gözlenmedi. Kanama riski devam ediyor.
<b>BESLENME- METABOLİK</b>				
Deri bütünlüğünde bozulma riski	Hastanın sürekli yatakta yatıyor olması	Deri bütünlüğünün devamlılığının sağlanması	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deri bütünlüğünün bozulmasına neden olabilecek risk faktörleri belirlendi.</li> <li>Hastanın kalça kırığı olan sol ekstremitesi yastıklarla desteklenerek yatak içinde 2 saat aralıklarla pozisyonu değiştirildi.</li> <li>Hasta yakınlarına doku bütünlüğünün devamlılığının önemi hakkında bilgi verildi.</li> <li>Hastanın yatağına havalı yatak serildi.</li> <li>Hastanın vücudundaki basınç bölgeleri gözlemlendi.</li> <li>Hastanın gereksinimlerine uygun hijyenik bakımlar verildi.</li> <li>Yatak çarşafın temiz ve kuru tutuldu.</li> </ul>	Hastada şu anda doku bütünlüğünde bozulma görülmedi fakat risk devam ediyor.
<b>BİLİŞSEL- ALGISAL</b>				
Aspirasyon riski	Kemoterapiye bağlı yutma güçlüğüne bağlı olması	Aspirasyonun önlenmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın başı semifowler pozisyona getirildi.</li> <li>Hasta beslenme sırasında gözlenerek, besinleri yutma durumu değerlendirildi.</li> <li>Hastaya sık sık ağız bakımı verildi.</li> </ul>	Hastada aspirasyon gözlenmedi.
<b>BESLENME- METABOLİK</b>				
İnfeksiyon bulaştırma riski	Hastanın Hepatit B değerinin pozitif olması	İnfeksiyonun bulaşmasının önlenmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın dosyasına Hepatit B kaydı yapıldı.</li> <li>Hastaya uygulanacak tüm girişimlerde evrensel kurallar uygulandı.</li> </ul>	Hastanın infeksiyon bulaşmasına yönelik tüm evrensel önlemler alındı.

**Tablo 2 Devam:** Olgunun “Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Modeli”ne Göre Hemşirelik Bakımı

HEMŞİRELİK TANISI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
<b>SAĞLIĞI ALGILAMA-SAĞLIĞIN YÖNETİMİ</b>				
Düşme riski	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın 65 yaş üzeri olması</li> <li>Yorgun olması</li> <li>Sol kalça kınğı nedeniyle hastanın düşme korkusu</li> </ul>	Hastanın düşmesinin önlenmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Düşme riski prosedürüne göre hastanın düşme riski değerlendirildi.</li> <li>Hastanın zarar görmesine neden olabilecek risk faktörleri belirlendi.</li> <li>Hasta yatağı en alçak seviyeye getirildi, yatak kenarlıkları kaldırıldı.</li> <li>Bireyin tek başına odada kalması önlendi.</li> <li>Hastanın oda düzeni düşmeleri önleyecek şekilde düzenlendi.</li> </ul>	İkinci bir düşme sorunu olmadı.
<b>BESLENME- METABOLİK</b>				
Enfeksiyon riski Lökosit: 3500/mm <sup>3</sup> Lenfosit: 13900/mm <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın kemo-terapi nedeniyle kemik iliğinin deprese olması</li> <li>İnvazif girişimlerin uygulanması</li> <li>İştahsızlık ve oral mukozit nedeniyle yeterli beslenememesi</li> </ul>	Enfeksiyon gelişimini önlemek	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfeksiyon belirti bulguları (yüksek ateş, sekresyon çıkarma, idrar yaparken yanma, katater bölgesinde kızamıklık, şişlik gibi) yakından takip edildi.</li> <li>Hasta ve ailesine de enfeksiyon belirti bulguları hakkında bilgi verildi.</li> <li>Hasta ve ailesine el yıkamanın önemi anlatıldı.</li> <li>Hastaya yapılacak tüm invazif girişimlerde aseptik teknik ilkelerine uyuldu.</li> <li>Ziyaretçi kısıtlaması yapıldı.</li> <li>Hastanın odası sık sık havalandırıldı.</li> <li>Vital bulgular günde 3 kez izlendi.</li> <li>Hijyenik bakımları sürdürüldü.</li> <li>Hemogram sonuçları yakından izlendi.</li> <li>Direktif edilen antibiyotik tedavisi (Duo-cid 4x1) uygulandı.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta sekresyonları etkili biçimde atamadığı için dispne ve hırıltılı solunumu sürüyor.</li> <li>Vücut ısısı normal sınırlarda, hemogram sonuçlarında lökosit, lenfosit değerleri düşük. Antibiyotik tedavisi sürüyor.</li> </ul>