

İnme Sonrası Erken Dönem Epileptik Nöbet Geçiren Bir Olgunun Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Değerlendirilmesi

Evaluation of a Patient With Epileptic Seizure Who Returned Early After a Stroke According to the Comfort Theory of Kolcaba

Türkan ÇALIŞKAN¹, Ayfer KARADAKOVAN²

¹Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Bireyin nörolojik fonksiyonlarının kalıcı ya da geçici kaybıyla sonuçlanan kronik bir hastalık olan inme sonrasında, kayıp yaşanan enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin yeniden kazanılmasında hemşirelik bakımının konfor sağlayıcı rolü önemlidir. Bu yazıda, Konfor kuramı çerçevesinde; inme tanısı almış ve epileptik nöbet geçiren 82 yaşındaki erkek bir olgunun, aktivite kısıtlılığı nedeni ile yaşadığı konfor sorunlarına ilişkin hemşirelik yönetimi ele alınmış ve kuramın kullanımına yönelik bir örnek oluşturulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İnme, Epilepsi, Konfor, Hemşirelik Kuramı

Abstract

After stroke, which is a chronic disease that results in permanent or temporary loss of the neurological functions of the individual, the comforting role of nursing care is important in regaining lost instrumental daily life activities. In this article, in the framework of Comfort theory; nursing management of comfort problems experienced due to the stroke of a eighty-two-year-old male patient who had a stroke diagnosis and had activity restriction and to provide an example of the use of theory.

Keywords: Stroke, Epilepsy, Comfort, Nursing Theory

Yazışma adresi: Türkan ÇALIŞKAN, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye, Tel: 0 532 307 80 05, Mail: turkanc@balikesir.edu.tr

ORCID No (Sırasıyla): 0000-0002-7808-2363, 0000-0002-7225-6860

Geliş tarihi: 27.06.2020

Kabul tarihi: 02.12.2020

DOI: 10.17517/ksutfd.758967

GİRİŞ

İnme bütün dünya ülkeleri için önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (1). Beyin kan akımının çeşitli sebeplere bağlı olarak aniden kesilmesiyle nörolojik kayıplara (2,3) sebep olan inmede işlevler hafif, orta veya ciddi şekilde, kalıcı veya geçici olarak bozulabilir (4,5). Temel kişisel ihtiyaçların çoğunun yardımıyla karşılayabilecek düzeyde bağımlı hale gelmesiyle sonuçlanabilir (6,7). Bağımlılık bireyin yaşam kalitesinin ve konfor düzeyinin düşmesine yol açabilir.

Konfor hissi bireyin beden, zihnen ve ruhsal yönden arzuladığı ya da ihtiyaç hissettiği duyguların ifade şeklidir (8,9,10). Konfor kavramı hemşirelik kuramlarında ele alınan bir kavramdır. Peplau'nun kuramında temel bir gereksinim, Orlando'nun kuramında fiziksel ve mental olarak konforu artıran durum, Roy'un adaptasyon modelinde psikolojik konfor, Watson'un modelinde bakımın sıklıkla bir değişkeni iken Kolcaba konforun rahatlık sağlayıcı yönüne ağırlık vermiştir (11,12). Rahatlık/konfor ihtiyacı insanın yaşam boyunca anlamlı bir ihtiyacı olmuş dolayısıyla hemşireliğin doğasında çok öncelerden beri var olan bir kavram olarak yerini almıştır (13). Konfor kuramına göre hemşire; hasta ve aile üyelerinin rahatlık ihtiyaçlarını belirler ve bu ihtiyaçları karşılamak için girişimlerini tasarlar ve uygular.

Kolcaba, konforu bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzuru sağlama ve sorunların üstesinden gelebilme durumu olarak tanımlamaktadır (14). Hastaların konfora olan gereksinimini demans ünitesinde çalıştığı yıllarda fark eden Kolcaba (12), kavram analizi çalışmaları sonucunda holistik konfor kuramını iki boyutta açıklamıştır (**Tablo 1**). Taksonomik yapıdaki konfor kuramını sütunlar ve satırlar olarak ifade etmiştir (8,9,10,12).

Konfor kuramında konfor düzeyi ferahlama, rahatlama ve üstünlük olarak üç aşamadan oluşmaktadır. Ferahlama; gereksinimleri karşılanan bireyin sıkıntıdan kurtulması ile hissettiğidir. Herhangi bir ihtiyacın karşılanması sonucu yaşanır. Rahatlama; sakin ve huzurlu olma durumudur. Hastanın iyileşmesi için gerekli konfor ve onun iyileşmeye olan katkısı ile pozitif ilişkili, kalıcı bir durumdur. Üstünlük; bireyin kendi gücünü arttırması ile sorunların üstesinden gelebilmesi durumudur. Bu üç gereksinim alanında konforu karşılanmayan birey eksiklik hisseder. Gereksinimleri giderildiğinde ise eksiklik ortadan kalkar (15,16,17)

Kuramda konforun boyutları ise fiziksel, sosyokültürel, psikospiritüel ve çevresel konfor gereksinimleri olarak dört aşamada tanımlanmıştır. Fiziksel boyutta konfor gereksinimleri, homeostatik mekanizma, bağımsızlık durumu, bedensel algıları (dinlenme, gevşeme, hastalığa karşı yanıtlar, beslenme, hidrasyon vb.) kapsamaktadır (18). Sosyokültürel boyuttaki konfor gereksinimleri, sosyokültürel rahatlık aile ve diğer sosyal kurumlarla etkileşimleri ve kişiler arası ilişkileri kapsar. Sosyal ve kişiler arası ilişkileri düzenleyen gelenekler, kurallar ve dinsel, yasal özellikler bu kapsamda yer almaktadır (8,11). Psikospiritüel boyutta konfor gereksinimlerinde, kişinin akılsal, ruhsal ve manevi durumunu (kendine güven, öz saygı, cinsellik, yaşamın anlamı) ifade edilmektedir (10,16,17). Bireyin çevresindeki ışık, ses, koku, renk, sıcaklık, mobilya, manzara gibi fiziksel faktörlerin yanında, bu faktörlerin insan üzerindeki etkileri çevresel konfor gereksinimlerini kapsamaktadır (8,11,17).

Kolcaba, konfor gereksinimlerinin belirlenmesi ve hemşire tarafından yapılan uygulamalardan sonra karşılanan gereksinimlerin hasta konforuna etkisinin değerlendirilmesi için Genel Konfor Ölçeğini (GKÖ) geliştirmiştir. Madde sayısı 48 ve dörtlü likert tipte olan ölçeğin alt boyutları; ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde), üstünlük (15 madde) ten oluşmaktadır. Pozitif ve negatif ifadelerin olduğu ölçekte düşük konfor (1p) (kesinlikle katılmıyorum), yüksek konfor (4p) (kesinlikle katılıyorum) şeklinde ifade edilmektedir. Negatif maddelerde ise bu puanlama ters kodlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi sonucunda elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,88 olarak belirlenmiştir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Kuşuoğlu ve Karabacak tarafından 2004 yılında yapılmıştır ve iç tutarlılık katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur (19).

Konfor kuramını pratikte uygulamak için öncelikle kuramın taksonomik yapısını kullanarak bireyin konfor gereksinimlerini tanımlamak gerekmektedir (12). Karşılanamayan konfor gereksinimlerine yönelik toplanan veriler ile hastanın konfor düzeyini yükseltmek hemşirelik hedefidir (9). Ancak konforu yükseltme hedefli girişimlere ulaşıp ulaşılmadığını belirlemek için hastanın bakım öncesi ve sonrası konfor düzeyi GKÖ ile ölçülerek belirlenmelidir (12). Beklenen konfor düzeyinde artış sonucuna göre yeni planlamalar yapılmalıdır (9).

Tablo 1. Konforun taksonomik yapısı

Konfor		Düzeyleri	
Boyutları	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel			
Psikospiritüel			
Çevresel			
Sosyokültürel			

OLGU SUNUMU

Bilgilendirilmiş onamı alınarak görüşmenin başlatıldı-đı 82 yaşındaki erkek olgu, 1,76 cm boyunda ve 82 kilodur. Emekli, evli ve üç çocuğu olan bay N.K.'nin sosyal güvencesi mevcuttur. Olgunun geçmiş sağlık öyküsünde beş yıldır antihipertansif(Dilatrend 1x1) ilaç kullandığı saptandı. Geçirilmiş ameliyat öyküsü bulunmayan hastamızın son bir yıldır prostat şikayetinin olduğu öğrenildi.

Olgumuzda alkol, sigara kullanım alışkanlığı ve herhangi bir durum ya da ilaca karşı alerji öyküsü bulunmamaktadır. Soy geçmişine ait özellik tanımlanamamaktadır. Son birkaç aydır var olan prostat bulgularına güçsüzlük ve ayağı üzerine basamama şikâyetleri de eklendiğinden 112 aracılığıyla acil servise başvuran olgumuzun yapılan tetkiklerden sonra dördüncü ventrikül odaklı plaklara bağlı dolaşım bozukluğu olduğu saptanmış, tedavisi düzenlenerek (Depakin 1x1; Dilatrend 1x1; Plavix 1x1) taburcu edilmiş. Taburculuğu izleyen ilk 24 saat içinde jeneralize tip nöbet öyküsü ve paraparezi tablosuyla yeniden 112 aracılığıyla acil servise başvuru yapan hastamız ilk acil servis başvurusundaki tetkiklerinin tekrarı ve 24 saatlik acil servis takibinin ardından taburcu edilmiştir. Olgumuzun kızımdan alınan öyküye göre evinde geçirdiği bir haftalık süre içinde zaman zaman absans tipte nöbetler geçirmektedir. Yeniden jeneralize tipte geçirdiği nöbet nedeniyle tekrar 112 aracılığıyla acil servise başvuru yapan hastamızın tedavisini düzenleme ve takip amacıyla nöroloji servisine yatışı yapılmıştır.

Servise kabulünde oral alımı sınırlı, uykuya meyilli ve yutkunma problemi mevcut olan N.K boşaltım ihtiyacı için kalıcı kateter kullanmaktadır. N.K'nin refakatindeki kızı ile yapılan görüşmede epileptik nöbet geçirme ve nöbet tekrarı konusunda endişeli oldukları, uykuya meyli ve aspirasyon riski nedeniyle ilaç, besin ve sıvı alımını yönetemedikleri için çaresizlik hissettikleri, hastamızın ise foley kateterden rahatsız olduğu, hareketlerine gelen sınırlılık, bağımsız hareket edememe nedeniyle huzursuz olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Olgumuzun yapılacak girişimler öncesi genel konfor düzeyini belirlemek için GKÖ kullanıldı ve ortalama puanı 2,29 olarak belirlendi. Sonuç olarak değerlendirildiğinde N.K inme ve inmeye bağlı gelişen disfaji odaklı sıvı alımı yetersizliğinden kaynaklanan erken dönem epileptik ataklar nedeniyle konforunun düşük olduğu saptandı. İnmenin yaşamına getirdiği bağımlılığa bağlı uyum problemi ve anksiyete yaşıdığı görüldü. N.K'nin ve ailesinin inme nedeniyle yaşamlarındaki ani değişikliğe bağlı bozulan yaşam kalitelerine yönelik konfor kuramının taksonomik yapısına göre hemşirelik tanıları ve girişimleri belirlendi (**Tablo 2**).

Fiziksel Boyut:

İnmeli hastaların yaklaşık yarısında disfaji görülmektedir (20,21). Sıklıkla sıvı ve yumuşak gıdaları yutma sırasında yaşanan bir sorundur (22) Aspirasyon pnömonisi, dehidratas-

yon ve malnütrisyon riskinin artmasına prognozun kötüleşmesine neden olması nedeniyle önemlidir. Sıklıkla inmeden sonraki birkaç hafta içerisinde iyileşir ancak bazı hastalarda trakeostomi yapılması da gerekebilir (20). İnme sonrası erken dönemde görülen epileptik nöbetlerde (23) beslenme ve sıvı alımı yetersizliği tetikleyici bir faktördür (24). Disfaji sonucu gelişen sıvı alımı yetersizliğinin tetiklediği erken dönem epileptik nöbetler ve tekrarlayan epileptik nöbetlerin sonrasında görülen postiktal döneme bağlı uykuya meylin artması beden gereksinimden az besin ve sıvı alımı olgumuzun fiziksel konforunu olumsuz yönde etkilemiştir. Sıvı gıda alımında yutma güçlüğu yaşayan N. K' ya parenteral yolla sıvı desteği verildi. Bakım vericiler ile de görüşerek besleme sırasında yatak içinde tam oturtulması, aspirasyonu önlemek için bu pozisyonun yemekten sonra yarım saat daha korunması, özellikle sıvı verilirken pipet kullanmamaları, çiğneme ve yutkunma için yeterince beklemeleri, yuttuğundan emin olmadan yeni yudum vermemeleri yönünden bilgi paylaşımı yapıldı. Disfaji problemi henüz çözümlenmemekle birlikte aspirasyon pnömonisi gibi fiziksel konforunu bozacak yeni bir problem yaşanmadı. Günlük sıvı alımı ağırlıklı olarak parenteral yolla karşılanan N.K. yakınlarının desteğiyle oral olarak 1000 cc'ye yakın sıvı gıda tüketmeye başladı.

Yatağa bağımlılık, inaktif yaşam, yetersiz beslenme, depresyon, nörojenik durum, kognitif bozukluklar, nedeniyle konstipasyon inmeli hastalarda sık yaşanan bir problemdir (21,22). Klopidoğrel, iskemik inmede sekonder korumaya yönelik tedavi seçeneklerinden biridir. Akut dönemden başlayarak yaygın olarak kullanılan sekonder korumaya yönelik ilaçların etkisini inceleyen çalışmalar inme tekrarının önemli ölçüde engellendiği bazı tedavi kombinasyonlarında hemoraji olduğu yönündedir (25). Antikoagülan tedaviye bağlı hemorajik inme görülmesi bile basit bir travma hastada ekimoz ya da hematoma sebep olabilir. Olgumuzun inmeye bağlı aktivite kısıtlılığı, uykuya meyil nedeniyle bağırsak boşaltımında değişiklik ve uygulanan antikoagülan tedaviye bağlı travma ve kanama riski olması da fiziksel konforunu etkilemiştir. İnmenin erken döneminde sıvı alımını artırma, diyetin posa miktarını arttırma, dışkı yumuşatıcıları, laksatifler ve enema ile konstipasyon kontrol altına alınabilir (2). Bakım vericileri sıvı alımında rahat olmayan N.K'ye yarı katı, püre kıvamı meyve ve sabahları zeytinyağı içme, yatak içi hareketliliği arttırmaya çalışma gibi teknikleri kullandıklarını ifade etmiştir. Olgumuza yatışının ikinci gününde defekasyon ihtiyacı için yatak yanına komod getirilmiş ve defekasyona çıkmıştır. Olası kanama riskini önlemek için invaziv girişimler daha az sayıda ve planlı yapılmış, travmaya sebep olabilecek durumlardan korunmuş, olası kanamalar için peteşi, hematoma, ekimoz, hematüri, hematemez, melena, mental durumda değişiklikler gibi iç ve dış kanama belirti yönünden takip edilmiş, yaşam bulguları, laboratuvar bulguları (trombosit sayısı, Htc., Hb., PT, aPTT) takip edilmiştir. Taburculuk sonrasında da olası kanamalara karşı yapabilecekleri konusunda yakınları bilgilendirilen olgumuzda kanama gibi konfor bozucu bir durum yaşanmamıştır.

Tablo 2. Konfor Kuramı'nın taksonomik yapısına göre inmeli bireyin hemşirelik bakımı

Konfor		Düzeyleri	
Boyutları	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel			
Oral alımında yetersizlik	Disfajisi olan hastanın beslenmesinde dikkat edilmesi gerekenler ile ilgili hasta yakınlarının bilgilendirilmesi Parenteral yolla beslenmenin sağlanması	Tedavi düzeni sağlanıncaya kadar ihtiyacı olan besin ve ilaçların parenteral yolla verileceğinin açıklanarak hasta yakınlarının rahatlamalarının sağlanması	Uyanık olduğu dönemlerde besin ilaç ve sıvı alımının sağlanması, damar yoluyla desteklenmesi
Uykuya meylin artması	Epileptik nöbetler ve evreleri ile ilgili bilgilendirme yapılması	Epileptik nöbet sonrası uykuya meylin doğal bir süreç olduğunun açıklanarak hasta yakınlarının rahatlamalarının sağlanması	Parenteral yolla besin ve sıvı alımıyla sürecin yönetiminin sağlanması
İnmeye bağlı; bağırsak boşaltımında değişiklik	İnaktiviteye bağlı bağırsak boşaltımındaki değişime yönelik bilgi eksikliğini giderme ve konstipasyonu giderici besin alımı listesi oluşturma	Önerilen besin alımı listesi ve yatak içi hareketlilik ile bağırsak alışkanlıklarına ilişkin bilgi eksikliğini giderilerek hastanın rahatlatılması	Hareketlilik ve listeye uygun beslenme
Antikoagülan tedaviye kaynaklı kanama riski	Kanama bulgularının takip edilmesi	Kanama riski yaratabilecek durumların önlenerek hastanın rahatlatılması	Kanamamanın önlenmesi
Psikospiritüel Aile üyelerinin yutma güçlüğü ve epileptik nöbetlere ilişkin endişeleri	Aile üyelerinin endişelerini ifade etmesinin sağlanması Endişelerine yönelik inme komplikasyonları ile ilgili bilgilendirme yapılması	Endişelerinin giderilerek rahatlatılmalarının sağlanması	Endişenin yarattığı anksiyete ile baş etmenin sağlanması
Çevresel İnmeye bağlı konforda bozulma	Girişimlerin konforu en az etkileyecek şekilde uygulanması	Girişimlerin günlük yaşam aktivitelerini etkilemeyecek şekilde uygulanması	Günlük yaşam aktivitelerinin hasta tarafından devam ettirilmesinin sağlanması
İnvaziv girişimlere, kalıcı katatere bağlı enfeksiyon riski	Tüm girişim ve bakımlarda asepti kurallarına uygun davranılması Enfeksiyon belirti ve bulgularının takip edilmesi Hasta ve yakınlarına Enfeksiyonun önlenmesi ile ilgili bilgi verilmesi	Enfeksiyon önlenerek hastanın rahatının sağlanması	Hasta ve yakınlarının Enfeksiyonun önlenmesi ile ilgili bilgi sahibi olması
İnmeye bağlı düşme riski	Düşmeyi önleyecek şekilde çevre düzenlenmesi yapılması, düşme konusunda hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi	Düşmenin önlenerek konforun devam ettirilmesi	Düşmenin yaralanmaların önlenerek vücut bütünlüğünün devamlılığının sağlanması

Psikospiritüel Boyut:

İnme sadece hastanın değil ailelerinin ve bakıcılarının yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkiler (3). Hastalar sıklıkla geçmiş yaşamlarına tekrar dönüp dönemeyecekleri endişesinden kaynaklanan anksiyete ve depresyon yaşayabilirler (7,24). Aile üyeleri epileptik nöbetlerle gelen uykuya meyil ve disfajiye bağlı aspirasyon riski nedeniyle ilaç, besin ve sıvı alımını yönetemedikleri, devam eden bu döngünün epileptik nöbetlerin tekrarına dönüştüğü için çaresizlik hissettiklerini ifade etmişlerdir. Öncelikle aile üyelerinin endişelerini ifade etmelerini sağlayıcı yaklaşım planlandı. İnme sonrası erken ya da geç dönemde epileptik nöbetlerin görülmesinin beklenen bir durum olduğu söylendi. Epileptik nöbetler için tedavi düzeni sağlanıncaya kadar ihtiyacı olan besin ve ilaçların parenteral yolla verileceği, epileptik nöbet sonrası uykuya meylin doğal bir süreç olduğu, erken dönemde görülen nöbetlerin olgumuzda da olduğu gibi yutma güçlüğü kaynaklı elektrolit veya asit baz dengesizliğine bağlı olduğu, antiepileptik ilaç tedavisine cevap verdiğinde uykuya meylin de düzene gireceği, yine de nöbet başladığında tipi, süresi, özellikleri yönünden hastamızı dikkatli gözlemelerini ve hekimi bilgilendirmelerinin tedavi düzeni ve seyrinde etkili olduğu, nöbet geçirdiği sırada hava yolu açıklığının sürdürücü önlemleri almaları, nöbet sırasında hastanın başını travmalardan korumaları, antiepileptik ilaçların her gün aynı saate alınmasını, doktor bilgisi olmadan ilaç dozu atlama ya da kesme gibi ezber davranışın nöbet kontrolünü bozacağını ve hastanın hayati tehlikesini arttırabileceği açıklanarak hasta yakınlarının rahatlamaları dolayısıyla psikospiritüel konforları sağlanmıştır.

Çevresel Boyut:

İnme tüm vücudu etkiler, sıklıkla paralizisi, motor kontrol kayıp, duysal, görsel, bilişsel bozukluklar farklı derecelerde yeti yitimine, uzun süreli bakıma ihtiyacı arttırmaktadır (4,26,27). Bireyin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirmede zorlandığı (27,28) bu süreç konfor algısını da olumsuz etkilemektedir. Olgumuz için aktivite kısıtlılığı, güçsüzlük ve yorgunluk nedeniyle istedik sınırlarda aktivite sağlayıcı girişimler planlandı, yatak istirahatine devam edildi, tolere edeceği günlük yaşam aktivitelerini yapması konusunda teşvik edildi, gerektiğinde öz bakım aktiviteleri sırasında desteklendi.

İnme sonrası özellikle, ekstremitelerde gelişen güç kaybı, kas tonüsündeki değişiklikler, duyu kayıpları, koordinasyon ve denge kaybı düşme riskini arttırmaktadır (22,26). Olgumuzun düşme yönünde öyküsü olmamakla birlikte tanısı ve yaşı nedeniyle riskli grupta olduğu için yakınlarına N.K.'nin yalnız bırakılmaması, ihtiyacı olduğunda ulaşabileceği ses çıkaran zil, düdük gibi bir aracın yakınına konulması, ortamın yeterli aydınlatılması ve yatak kenarlıklarının çekilmesi ile düşmeye karşı güvenli bir ortam sağlamıştır.

İnme sonrasında hastaların yarısından fazlasında detrusör kası aşırı aktivitesinin sonucu orta veya ağır şiddette üriner ve fekal inkontinans gelişir. İnmenin ilk aşamalarındaki tab-

lo zaman içinde yavaş yavaş normale döner. Düzelmemesi kötü prognoz ile ilişkilidir (21). Olgumuzun inme öncesinde başlayan prostat şikayeti inkontinans tablosunun normale dönme sürecini olumsuz yönde etkilemiştir. Foley sondanın uzun süreli kalmasına bağlı gelişebilecek üriner enfeksiyondan korumak için prezervatif sonda takılmış ve mesane eğitim programına da başlanmıştır. N.K.'nin genel tablosu nedeniyle oral sıvı alımı istenen düzeyin altında olduğundan ilerleyen zamanlarda tablo düzeldiğinde sıvı alımında gündüz saatlerini tercih etmeleri, düzenli saat aralığı ile sürgü verme ve hasta bezi kullanma önerileriyle kontinans durumunu yönetmesi ve dolayısıyla çevresel konforunu bozabilecek durumlar kontrol altına alınmaya çalışılmıştır.

Sosyokültürel Boyut:

GYA'larındaki bağımsızlık taburculuğun belirlenmesinde önemlidir (29). İnme sonrası yaşanan yeti yitimi hastaların hem günlük yaşam aktivitelerindeki öncelik sırasını hem de bunları karşılamadaki bağımsızlıklarını etkiler. Bu durum bireyleri bağımsızlıktan, az ya da çok bağımlı duruma getirmektedir (28).

Anksiyete belirsiz ya da tanımlanamayan bir tehdide karşı bireyin endişe, huzursuzluk hissetme durumudur. İnme sonrası dönemde hastalar sıklıkla geçmiş yaşamlarına tekrar dönüp dönemeyecekleri endişesinden kaynaklanan anksiyete ve depresyon yaşayabilirler. Ağlama veya gülme gibi duygusal tepkilerini kontrol edemeyip sosyal izolasyon yaşayabilirler (7,24). Hastamız inmeye bağlı beden imajında değişim ve tekrar yürüyememek, dışarıya çıkamamak, camiye gidemekten korktuğunu ifade etmektedir. Bireyin anksiyetesini tanımlayabilmesi ulaşılması beklenen ilk hedefdir. Zaman geçtikçe duygusal tepkilerin sıklık ve şiddetinin azalacağını, duygusal tepkiler ileri düzeye ulaştığında profesyonel yardım alabilecekleri, hekim istemiyle antidepresan kullanabilecekleri, dikkatini başka yöne çeken aktivitelere yönlendirme gibi etkili baş etme yöntemlerini kullanarak rahatlaması, tolere edebildiği günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebilmesi önerilerek sosyal konfor düzeyinin artırılması hedeflenmiş ancak olgumuz inmenin erken döneminde olduğu için sonuçları gözlemlenememiştir.

Uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında N.K.'nin konfor düzeyinde değişiklik olup olmadığını saptamak için GKÖ tekrar uygulanmıştır. Uygulama sonrası ölçek puan ortalaması 3,04 olarak belirlenmiş ve konfor düzeyinin arttığı kanıtlanmıştır.

Sonuç olarak Kolcaba'nın "Konfor Kuramı" çerçevesinde olgunun bakım süreci; fiziksel, çevresel, sosyokültürel ve psikospiritüel boyutta ele alınarak problemlere yönelik hemşirelik tanıları belirlenmiş ve gerekli girişimler yapılarak holistik olarak konforu sağlanmıştır. Konfor kuramı, temeli bakım olan hemşirelik mesleğine farklı bir bakış açısı kazandırmıştır. Kuram ile inme tanısı alan bireylere sistematik olarak hemşirelik süreci uygulanabileceği, hemşirelik bakımının ana amaçlarından biri olan rahatlık ve konforun sağlanarak yaşam kalitesinin artırabileceği görülmüştür.

Çıkar çatışması ve finansman beyanı

Bu çalışmada çıkar çatışması yoktur ve finansman desteği alınmamıştır.

Araştırma Katkı Oranı Beyanı Özeti

Yazarlar, yazıya eşit katkıda bulduklarını beyan ederler.

KAYNAKLAR

1. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah AG, Connor M, Derrick AB, et al. Global and Regional Burden of Stroke During 1990-2010: Findings From the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* (London, England) 2014;383:245-55.
2. Akın S, Durna Z. İnme ve Bakım, Türkiye Klinikleri J Intern-Med Nurs-Special Topics 2016;2(2):10-26.
3. Clare CS. Role of the Nurse in Stroke Rehabilitation. *Nursing Standard. Neurology / CPD Evidence&Practice* 2018;33(7):59-66.
4. Karadakovan A. Sinir Sistemi Hastalıkları. Ayfer Karadakovan, Fatma Eti Aslan. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Geliştirilmiş 2. Baskı. Adana: Adana Nobel Kitabevi, 2011; 1204-12.
5. Tülek Z. Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı: İnme. Nuray Enç. İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi. İstanbul, 50. Yıl Yayınları, Nobel Tıp Kitabevi, 2014;293-9.
6. Schure LM, Van den Heuvel ETP, Stewart RE, Sanderman R, de Witte LP, Meyboom-de Jong B. Beyond Stroke: Description and Evaluation of an Effective Intervention to Support Family Caregivers of Stroke Patients. *Patient Education and Counseling* 2006; 62(1):46-55.
7. Gençer AG, Hocaoglu Ç. İnme Sonrası Nöropsikiyatrik Durumlar, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2019;11(4):419-37.
8. Karabacak Ü, Acaroğlu R. Theory of Comfort. *Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanat Dergisi* 2011;4(1):197-202.
9. Çınar Yücel Ş. Kolcaba'nın Konfor Kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2011;27(2): 79-88.
10. Terzi B, Kaya N. Konfor Kuramı ve Analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;20(1):67-74.
11. Zengin N. Konfor Kuramı ve Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Konforuna Etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2010;14(2):61-6.
12. Orak ŞN. Konfor Kuramı. Ayşe Ferda Ocağcı, Şule Ecevit Aklar. Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2013:39-57.
13. Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık Kavramı ve Hemşirelikte Kullanımı. *DEUHYO ED*, 2013;6(4):224-30.
14. Kolcaba KY. A Theory of Holistic Comfort for Nursing. *J Adv Nurs*. 1994;19(6):1178-84.
15. Kolcaba K, Wilson L. ComfortCare: a Framework for Perianesthesia Nursing. *J Perianesth Nurs*. 2002;17(2):102-11.
16. Kolcaba K. Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Co. 2003:58.
17. Yücel Ş, Ergin E. Yaşlılıkta Konfor. *STED* 2020;29 (1):69-75.
18. Wilson L, Kolcaba K. Practical Application of Comfort Theory in the Perianesthesia Setting. *J Perianesth Nurs*. 2004;19(3):164-73.
19. Kuğuoğlu S, Karabacak Ü. Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi 2014;16(61):16-23.
20. Memiş S, Tülek Z. İnmeli Hastalarda Görülen Konuşma Bozukluklarında Hemşirenin Rolü, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004;8(1):53-61.
21. Eyigör S. İnmeli Hastada Rehabilitasyon Prensipleri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. 2007;53 (Özel Sayı 1):19-25.
22. Boyraz S. İnmede Akut Dönem Bakımı ve Komplikasyonların Önlenmesi, Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics 2015;1(1):13-21.
23. Ryvlin P, Montavont A, Nighoghossian N. Optimizing therapy of seizures in stroke patients. *Neurology* 2006;67(12 suppl 4):53-9.
24. Bakar M, Özdağ MF, Melek İ, Uludüz D, Tekgöl Uzuner G, Armağan O, ve ark. İnme Sonrası: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanı Ve Tedavi Kılavuzu – 2015. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 2015;21(3):169-79.
25. İnce B. İskemik İnmede İkili Antiagregan Tedavi. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 2019;25(2):86-93.
26. Alankaya N. İnme Sonrası Yeti Yitimi Rehabilitasyonu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2019;23(3):195-201.
27. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke Rehabilitation. *The Lancet* 2011; 377(9778):1693-702.
28. Koç A. Rehabilitation Nursing: Applications for Rehabilitation Nursing. *International Journal of Caring Sciences* 2012;5(2):80-6.
29. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, et al. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a Clinical Practice Guideline. *Stroke* 2005;36(9):100-43.