



İNME SONRASI TABURCULUK VE HASTA EĞİTİMİ

Büşra KATMERCİ AĞBULUT¹, Nurdan YILDIRIM¹

¹Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Florence Nightingale Hastanesi, Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, Türkiye.

 <https://orcid.org/0009-0002-6343-6904>,  <https://orcid.org/0000-0002-9958-1786>

ÖZ

Beyin damar hastalıkları ve inme dünya genelinde mortalite oranı ile üçüncü sırada yer almaktadır. Yaklaşık olarak yılda 17 milyon birey inmeden mağdur olmakta 6 milyon birey ölmektedir. Bununla birlikte inmeden mağdur olan bireyler yaşamlarında fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak birtakım değişimler deneyimlemektedir. Bu noktada inmeli hastaların rehabilitasyonu ve hastaların bakımı önemli olup, hemşireler evde bakım döneminde ev koşullarında hasta yakınlarına rehberlerin doğru kullanımını aktarmalı, bakım planlarını aktarmalıdır. Bu derleme ile güncel literatür ışığında inme sonrası taburculuk ve hasta eğitiminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akut İnme, Hemşirelik Bakımı, Taburculuk Planı, Hasta Eğitimi

POST-STROKE DISCHARGE AND PATIENT EDUCATION

ABSTRACT

Cerebrovascular diseases and stroke take the third place in the mortality rate in the world. Approximately 17 million individuals suffer from stroke annually, and 6 million individuals die. However, individuals who are victims of stroke experience some physical, psychological and social changes in their lives. At this point, the rehabilitation of stroke patients and the care of patients are important, and nurses should convey the correct use of guides and care plans to their relatives in home conditions during the home care period. In this review, it is aimed to evaluate post-stroke discharge and patient education in the light of current literature.

Keywords: Acute Stroke, Nursing Care, Discharge Training, Patient Education

İletişim/Correspondence

Büşra KATMERCİ AĞBULUT

Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Florence Nightingale Hastanesi

Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, Türkiye

E-posta: busra.ktmrc@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 12.06.2023

Kabul tarihi/Accepted: 06.08.2024

DOI: 10.52881/gsbdergi.1313301

GİRİŞ

İnme, beynin belli bir bölgesine giden kan akışının azalması ya da durmasına bağlı ani başlayan nörolojik sendrom olarak tanımlanmaktadır (1). Patolojik süreçte ise damar duvarında bir lezyon, lümenin emboli ya da trombüsle tıkanması, kan viskozitesinde artış, ateroskleroz, anevrizmal dilatasyon, arterit, hipertansif aterosklerotik değişiklikler yer almaktadır (2). Serebrovasküler hastalıklar, tüm dünyada kardiyovasküler hastalıklar ve kanserden sonra gelen en önemli ölüm nedenidir. (1).

Beyin damar hastalıkları ve inme dünya genelinde mortalite oranı ile üçüncü sırada yer almaktadır. Yaklaşık olarak yılda 17 milyon birey inmeden mağdur olmakta 6 milyon birey ölmektedir (3). İnmenin, Türkiye’ de kardiyovasküler hastalıklardan sonra görülen ikinci ölüm nedeni olarak kadınlarda üçüncü, erkeklerde ise dördüncü ölüm sebebi olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte Türkiye’ de inme mortalitesinde 2002 yılından 2017 yılına kadar %56 oranında artış olduğu görülmüştür (4). Bu noktada inme, hastaları ve ülke ekonomilerini etkileyen hastalık olarak önem taşımaktadır (5). İnme dünyada en fazla fonksiyon kaybına sebep olan ve yaşam kalitesini etkileyen hastalık grubunda yer almaktadır (6). İnme için hasta bakımında en önemli hedef komplikasyonları önlemek ve hastayı taburculuğa hazır bir hale getirmektir (7). Hastanın taburculuk eğitimi, hastanın hastaneye yatması ile başlamakta ve taburculuk sonrasındaki süreçte de devam etmektedir. Taburculuk eğitimi ve planlaması hemşirelerin sorumluluğunda

olup, bireyi komplikasyon ve diğer sağlık sorunlarından korumayı amaçlar (8).

Bu derleme ile güncel literatür ışığında inme sonrası taburculuk ve hasta eğitiminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

İNMEDE AKUT DÖNEM HEMŞİRELİK BAKIMI

İnme, multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşımının benimsendiği hastalık olup, hemşireler multidisipliner yaklaşımın içerisinde aktif olarak yer almaktadır. Günümüzde hemşireler daha etkili bir bakım verebilmek için bilgi ve becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Hemşireler inmeli hastalarda akut dönemde değerlendirme, tedavi ve yönetimi sağlamaktadır. İnme sonrasında ise hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi ve öz bakımını sağlayabilmesi, hastalığa bağlı komplikasyonları önlemede kilit rol oynamaktadır (9). Akut dönemde derin ven trombozu, pnömoni, pulmoner emboli, malnütrisyon, basınç yarası, ortostatik hipotansiyon, serebral ödem görülebilmektedir (10). Akut dönemde görülen komplikasyonlara yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri aşağıdaki gibidir:

Derin Ven Trombozu

İnme hastalarında derin ven trombozu yaşamı tehdit eden, iyileşmeyi geciktiren ve inmenin prognozunu olumsuz yönde etkileyen önemli bir komplikasyondur. Hareketsizliğin neden olduğu derin ven trombozu gelişmesini önlemek için koruyucu önlemler olarak; hastanın bacak bölgesi günlük dolaşım, ödem, kızarıklık ve bacaklar arasındaki çap farkı açısından mutlaka değerlendirilip sıvı kısıtlaması

yoksa uygun hidrasyon sağlamalıdır. Yeterli sıvı alımı konusunda hastaların teşvik edilmesi ve hastanın oral alımı yetersiz ise doktor önerisiyle hidrasyonun sağlanması gerekmektedir. Bununla birlikte immobil hastalarda pnömatik kompresyon ve yatak içi aktiviteleri desteklenerek vücut postürü ve eklem açıklığının korunup iki saatte bir pozisyon değişikliğinin sağlanması hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır (1,11,12,13,14).

Pnömoni

İnmenin ciddi ve yaygın komplikasyonlarından biri pnömonidir. İnme ile ilişkili pnömoniye sıklıkla aspirasyon neden olmaktadır. Nörolojik yaralanma nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların yutma refleksi zayıf olduğundan, aspirasyon gelişimine karşı duyarlı olmaktadır. Hastalara büyük hacimli aspirasyonlara karşı korunmaya yardımcı olmak için endotrakeal tüp yerleştirilmektedir. Ancak bu durum faringeal veya mide içeriğinin oluşabilecek aspirasyon riskini ortadan kaldıramamaktadır. Aynı zamanda endotrakeal tüpün varlığı öksürük gibi normal savunma mekanizmalarına müdahale ederek ventilatörle ilişkili pnömoni gelişme riskini de artırmaktadır (15). Yapılan bir çalışma örneğinde öksürük refleksinin zayıflaması ve yutkunma bozukluğu, aspirasyon pnömonisinin gelişimi ile ilişkilendirilmiştir. Aynı çalışmada artmış pnömoni riskine maruz kalan, koruyucu refleksi zayıflamış, inme sonrası hafif ve orta derecede bağımlı hastalarda beslenme tüpü kullanılması önerilmiştir (16). Bununla birlikte yapılan araştırmalar inme sonrası görülen pnömoninin önlenilebileceğini belirtmektedir (17,18). İnme sonrası pnömoni riskini azaltmak için oral hijyen

protokolü önerilmektedir. Yoğun oral hijyen protokollerinin inmede aspirasyon pnömonisi riskini azalttığını belirten çalışmalara dayanılarak bu önerinin uluslararası kılavuzlarda yer aldığı görülmektedir (19,20). Hastanın yutma refleksi, aspirasyon riski hemşire tarafından düzenli aralıklarla takip edilmeli, alınacak önlemlerin hastaya uygun ve bakım kalitesini iyileştirmeyi sağlamak üzere bireye özgü hedefler doğrultusunda planlanması gerekmektedir (21).

Pulmoner Emboli

Akut inme hastalarında meydana gelen dehidrasyon, hareketsizlik ve enfeksiyonlar nedeniyle pulmoner emboli gelişme riski görülmektedir (22). Bu noktada hemşireler pulmoner emboliye yönelik belirti ve bulguları erken tanıyabilmeli ve uygun hemşirelik girişimlerini uygulayabilmelidir. Hemşirelik girişimi olarak; hastaların erken mobilizasyonu sağlanmalı, yatak içi aktif ve pasif egzersizler yaptırılmalıdır. Hastalarda popliteal vene olan basıyı azaltmak için diz altına yastık konularak, elastik çorap kullanılmalıdır. Antikoagülan kullanımına dikkat edilmelidir (23).

Malnütrisyon

İnme hastalarının çok büyük bir bölümü malnütrisyon riski altındadır. Akut dönemde inme hastalarının %4-32'sinde malnütrisyon görülmektedir. Bu oran altı ay sonunda yaklaşık olarak beş kat daha artmaktadır. Bu noktada girişimler olarak disfaji değerlendirmesi yapılarak mümkün olan en kısa zamanda enteral diyet başlanmalıdır. Enteral beslenen her hastada günde en az iki kez klorheksidin gibi antiseptiklerle ağız bakımı yapılarak pnömoni riski azaltılmalıdır (24).

Basınç Yarası

Hastada basınç yarasını önlemek için, hemşire tarafından hastanede yattığı süre ve taburcu olduktan sonra braden ölçeği ile düzenli olarak cilt değerlendirmesi yapılmalıdır. Cilt bütünlüğünde bozulmayı önlemek için inmeli hastanın sürtünme ve basınca maruziyeti azaltılarak, cilt yüzeyi uygun şekilde desteklenmelidir. Hemşire hastayı aşırı nemlendirmekten kaçınarak, yeterli beslenme ve hidrasyonu sağlamalıdır (25,26). Pozisyon verilmesi basınç ve yırtılma kuvvetlerinin farklı bölgelere dağıtılması, doku iskemisi ve doku hasarının önlenmesinde önemlidir. Lateral tilt pozisyonu, baş ve boynun doğru dizilimi ve pozisyonu sakral ve oksipital basınç yaralanmalarını önlemede önerilen pozisyonlardır (27)

Ortostatik Hipotansiyon

İnme hastalarında kan basıncı kontrolü oldukça önemli olup yapılan bir meta analiz çalışmasında inme ile hipotansiyon arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (28). Yapılan bir çalışma örneğinde ise; ayaktan tedavi gören 60 inme hastasının yaklaşık dörtte birinde ortostatik hipotansiyon olduğu, bu durumun koroner arter hastalığının bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada ortostatik semptomların varlığına bakılmaksızın ortostatik hipotansiyon taraması yapılması önerilmiştir (29). Bu noktada hemşirenin inme hastasında kan basıncını değerlendirerek hastalık sürecini yönetmesi oldukça önem taşımaktadır.

Serebral Ödem

Serebral ödem, iskemik inmeden kaynaklanan ciddi bir komplikasyon olup kafa içi basıncın artmasına ve nörolojik semptomların hızla kötüleşerek beyin fitiği oluşumuna neden olmaktadır. İnme sonrası

doğurabileceği olumsuz sonuçlar açısından oldukça önemli bir risk faktörüdür (30). Yatak başının, kafa içine olan venöz dönüşü kolaylaştırdığı ve beyin omurilik sıvı akışını arttırarak kafa içi basıncı azalttığı için 20 veya 30 derece yükseltilmesi önerilmektedir (6).

Akut inme hastasının hemşirelik bakımında yaşam bulgularının saatlik izlemi, 6 saatlik kan şekeri takibi, kan gazı değerlerinin 12 saatte bir izlemi, saatlik AÇT (Aldığı Çıkarıldığı Sıvı Takibi) yapılması, heparin ve coumadin (warfarin sodyum) kullanımı var ise; aPTT-PT-INR kan değerlerinin günlük izlemi, BT ve acil laboratuvar testleri yapılarak izleminin kontrol edilmesi önem taşımaktadır (31). Akut inme sonrası hastalarda genellikle hava yolu açık olmakla birlikte bazı hastalarda solunum sistemi ile ilgili sorunlar görülebilmektedir. Entübasyon veya mekanik ventilasyon uygulanması gerektiği durumlarda, mekanik sonrası hastaların solunum rezervleri, akciğerlerin inspirasyon ve ekspirasyonu önemlidir. Bu nedenle hastanın mevcut akciğer ve solunum sistemi rahatsızlıkları bilinmesi ve takip edilmesi gerekmektedir (6).

Hemşirelik bakımında disfaji taraması, nütrisyon takibi, nörolojik değerlendirme ve bilinç düzeyi izlemi, depresyona yönelik destek, komplikasyonların takibi ve önlenmesi gerekmektedir (24).

Disfaji Taraması

Disfaji inme hastalarında sık görülen bir komplikasyondur. Erken teşhis yüksek aspirasyon riski taşıyan hastaların belirlenmesinde etkili olmaktadır. Uygun hidrasyon ve beslenmenin sağlanması amacıyla hastaların güvenli ve etkili bir şekilde yutkunabildiklerini doğrulamak oldukça önemlidir (32). Disfaji; aspirasyon

pnömonisi, malnutrisyon, dehidratasyon, uzamış hastane yatışı, daha uzun süreli rehabilitasyon ve bakım ihtiyacı, hayat kalitesinde düşme ve mortalitede artışa neden olmaktadır (6). Kılavuzlar yutmanın değerlendirilmesi için geçerliliği gösterilmiş bir yatak başı tarama testinin kullanılmasını önermektedir (33). Yapılan bir sistematik derlemede akut iskemik inme hastalarında ilk 24 saat içinde yutma refleksinin uygun bir disfaji tarama testi ile değerlendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır (34).

Nütrisyon Takibi

İnme hastalarında; bilinç kaybı, iletişim bozukluğu, yatak başı su yutma testinde güvenli yutamama durumunda ilk 24-48 saat içerisinde beslenme tüpünün takılarak enteral nütrisyonun başlanması gerekmektedir. Erken enteral nütrisyonun başlanması pnömoni, mortalite, yoğun bakım yatışı ve hastanede kalış süresini azaltmaktadır (35). Hemşire tüp takılı olan hastaları beslemeden önce tüpün yerinde olduğundan emin olmalı, barsak sesleri dinleyerek, besleme ve sonrası 30-45 dakika hasta başını yüksek tutarak takip ve değerlendirme yapılmalıdır. Sıvı verirken kaşık veya bardak kullanmak, erken dönemde pipet kullanmamak ve büyük apraksi varlığında hastayı küçük lokmalar ile besleyerek bir lokma bitmeden diğerini vermeyerek kıvam modifikasyonu (yatak başı yutma testi sonucuna göre güvenli yutabildiği kıvamda beslemek, gerekirse kıvam artırıcı ile sıvıları koyulaştırmak) sağlamak gereklidir. Oral alım (yeme, içme, oral ilaç alımı) başlatılmadan önce innmeli hastaların yutma açısından taranması gerekmektedir. Yutma taraması dil ve konuşma terapisti tarafından yapılabileceği gibi yutma konusunda eğitimden geçirilmiş hemşireler tarafından da yapılabilmektedir

(6). İnme hastaları, genellikle malnütrisyon riski altında olup prognozu olumsuz etkileyen malnütrisyonun nütrisyon değerlendirilmesi yapılırken değerlendirilerek hastaların beslenme planlarının buna uygun olarak uygulanması ve takibi önerilmektedir. Bununla birlikte inme hastasında kalori, protein ve sıvı ihtiyacı hesaplanarak uygun beslenme ürününün hangi dozdan verileceği belirlenerek kontrolü sağlanmalıdır (36).

Nörolojik Değerlendirme ve Bilinç Düzeyi İzlemi

İnme, ani başlayan semptom ve diğer klinik belirtilerin eşlik ettiği bir klinik tablodur (2). Yapılan çalışmalarda en çok görülen belirti ve bulguların vücutta tek taraflı zayıflık, tek taraflı his kaybı, görmede güçlük ve konuşmada bozukluk olduğu bildirilmektedir (37). Baş dönmesi, bilinç bulanıklığı, unutkanlık, disfaji ve kendini iyi hissetmeme semptomları da inmenin diğer semptomlarına eşlik edebilmektedir (38). Hemşirelik bakımında belirti ve bulgulara yönelik nörolojik değerlendirme ve bilinç düzeyi izlemi olarak; yaşam bulguları ve nörolojik bulgular başlangıçta 15 dakikada bir durumu stabilizeştikten sonra her dört saate bir kontrol edilerek bir önceki bulgularla karşılaştırılmalıdır. Hastanın pupil büyüklüğü, ışığa reaksiyonu, motor ve duyuusal fonksiyonları değerlendirilmelidir. Hastanın baş ağrısı varsa tipi, yerleşimi ve özellikleri, pitozis varlığı, verilen uyarı ile gözü açıp kapatma ve mimiklerde bozulma değerlendirilmelidir. Bununla birlikte hemşire tarafından hastada görme, işitme, dokunma duyusu ile ilgili kayıplar ve afazi de mutlaka değerlendirilmelidir (6)

Depresyona Yönelik Destek

İnme aniden ortaya çıkarak kişinin hayatını tamamen değiştirmektedir. Akut inme geçiren hastalar, durumlarının neden olduğu ani değişiklikleri kabullenmekte zorluk çekmektedirler. Hastaneye yatmanın getirdiği çevresel değişiklikler, ağrı ve hastalık korkusu kriz durumunu tetikleyebilmektedir. Ayrıca, akut inme geçiren hastalarda sıklıkla bilinç bozukluğu ve bilişsel işlev bozuklukları görülebilmektedir. Bununla birlikte inme sonrası depresyon hastaların yaklaşık %33'ünde komplikasyon oluşturabilmektedir (39). Hemşireler inme sonrası hastalarda depresyon bulguları değerlendirmeli, reçete edilen ilaçları uygulayarak aile üyeleri /informal bakım vericileri bilgilendirip, ilaca bağlı gelişen yan etki ve ilaç etkilerini yakın takip etmelidir (6).

İNME SONRASI TABURCULUK VE HASTA EĞİTİMİ

İnmeli hastalarda taburculuk eğitimi hastanın hastaneye kabul edilmesiyle başlayan bir süreçtir. Belirti ve bulgu izlemi ile komplikasyonların önleminin planlanması önemlidir. Hastaların bağımlılık seviyelerini azaltarak yaşam kalitesini iyileştirmek hedeflenmektedir (40). İnme sonrası hasta yakınları ve bakım verenlerin hastanın taburculuğu ile evde bakım sürecine geçiş için hazır oluş düzeyleri değerlendirilip, uygulamaların hasta odaklı değerlere ve gereksinimlere uygun olması önemlidir. Bu noktada hasta ve yakınlarının; baş etme becerileri, depresyon ve diğer psikolojik ve fiziksel özellikleri belirlenmelidir. Hasta ve yakınlarının klinik ziyaretlerde ihtiyaçları saptanmalı, bilgi almada hazır olma

durumları, beceri düzeyleri ve emosyonel destek ihtiyaçları da belirlenmelidir (6).

İnmeli hastaların taburculuk sonrası %70' inde komplikasyon görülebilmektedir. Bu komplikasyonlar arasında omuz çıkıkları, kas-iskelet ağrıları, barsak ve mesane disfonksiyonları, enfeksiyon ve depresyon yer almaktadır. Bu örnekler hastaların eve geçiş sürecinde yaşadıkları sorunları göstermektedir (41). Hasta sorunlarını tanımlama, çözüm üretme, planlama ve uygulama hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Böylece hastanın günlük yaşam aktivitesinde katılımı artırmak, fiziksel hareketliliği sürdürme amaçlı erken dönemde mobilizasyonu sağlamak, beslenmesinde ölçekler kullanılarak kalori değerlendirmesi yapmak ve malnütrisyonu engellemek taburculuk planlaması içinde yer almalıdır (42). İnme hastalarının taburculuk planlamasında yer alan hemşirelik uygulamaları aşağıdaki gibidir:

Mobilizasyon

Erken mobilizasyon; hastada derin ventrombozu, pulmoner emboli, malnütrisyon, basınç yarası, pnömoni, kontraktür gelişimi, üriner enfeksiyon riskini önlemede önemlidir. İnme hastasının erken dönemde hemşire ve fizyoterapist eşliğinde mobilizasyonu sağlanmalıdır. Bununla birlikte hafif ve orta dereceli inme hastalarında sık aralıklarla yatak dışı aktiviteler önerilmektedir. Hemşire tarafından etkilenen taraftaki ekstremitelerin güçlendirilmesi için kas gücünü arttırıcı egzersizlerle hasta desteklenmeli hasta ve ailesi bu konuda bilgilendirilmelidir (6).

Beslenme

Akut dönemdeki tüm inme hastalarının, özellikle de oral beslenmede problem yaşayanların, günlük gıda ve sıvı alımları takip edilmeli ve haftada bir hastaların beslenme durumları değerlendirilmelidir. Kronik dönemde ve rehabilitasyon sürecindeki inme hastalarında malnütrisyon taraması ve izlemi oldukça önemlidir (43). Bu noktada evde bakım hastası olan bir inme hastasının ve ailesinin belirlenen gereksinimler doğrultusunda eğitimi ve yönlendirilmesi oldukça önem taşımaktadır (6). Ağızdan beslenen hastalarda dik pozisyonda iken beslenmesi gerektiği, aceleci davranmaması ve PEG (Perkütan Endoskopik Gastrostomi) yoluyla beslenen hastalarda hasta yakınlarına tüpün bakımı ve tıkanması sırasında yapılacaklar konusunda hemşirelerin hasta yakınlarına eğitim vermesi önem taşımaktadır (42).

Günlük Yaşam Aktiviteleri

Hemşire inme hastalarının günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olmaktan sorumlu olup hastanın yapamayacağı günlük yaşam aktivitelerinin tamamını yapmamalı, aksine hastanın bağımsızlığını kazanmasına yardımcı olmalıdır. Ayrıca hastanın öz bakım becerisini değerlendirerek hastanın günlük yaşam aktivitelerinde neye ihtiyacı olduğunu doğru saptamalıdır. Hemşire hastanın günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme konusundaki maksimum yeteneğini gerçek günlük aktivitelerle karşılaştırarak farkı belirleyerek analiz etmelidir. Nitekim hastaların günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı olmaya erken başlanması, daha sonraki bağımsızlık derecesi üzerinde olumlu sonuçlara sağlayacaktır (39).

Gastrointestinal Sistem

İnme sonrası gastrointestinal sistem komplikasyonları hastalığın seyrini önemli ölçüde değiştirerek olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Böylece bu yan etkileri önlemeye yönelik potansiyel tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi önemli önceliklidir. Antibiyotik profilaksisi, sağlıklı mikrobiyota nakli, prebiyotikler ve probiyotikler, diyet uygulamaları ile hasta desteklenmektedir (44). Kalıcı bağırsak sorunları evde bakım ve rehabilitasyon sürecini önemli ölçüde olumsuz yönde etkilemekte olup hasta ve yakınlarının gereksinimleri doğrultusunda desteklenmesi önem taşımaktadır. Hasta yakınları/ informal bakım verenlere hastanın günlük dışkılama durumunu takip etmesi, hastanın beslenmesi ve sıvı alımının önemli olduğu, perine bakımının nasıl yapılması gerektiği, hastanın dışkılama problemlerinde sağlık kuruluşuna başvurması veya takip eden sağlık ekip üyeleri ile iletişim kurması konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (6).

Üriner Sistem

İnmeli hastalar üriner inkontinans ve retansiyon açısından mutlaka değerlendirilmelidir. Üriner kateterizasyon aseptik tekniklere uygun bir şekilde yapılmalıdır. Hem aralıklı kateterizasyon hem de kalıcı kateter ile taburcu edilen hastaların yakınlarına üriner kateterin bakımı, üriner katetere bağlı gelişen enfeksiyonun belirti ve bulguları ile enfeksiyon varlığında nasıl bir yol izleyeceği en yakın sağlık kuruluşuna başvurması konusunda bilgi verilmelidir (45,46).

Emosyonel Destek

İnme sonrasında emosyonel bozukluklar sıklıkla görülmektedir. Hem hastalarda hem de bakım verenlerde artan duygusal sıkıntı, geç fiziksel iyileşme, yüksek morbidite ve mortalite riskinin olumsuz etkilerini önlemek için, duygusal sıkıntının inmenin iyileşme sürecinde erken dönemde tanımlanması ve tedavi edilmesi gerekmektedir. İnme sonrası hasta ve bakım verenlerin hemşire tarafından bir bütün olarak ele alınması ve gereksinimler doğrultusunda desteklenmesi gerekmektedir (47).

Risk Faktörlerinin Yönetimi

İnmenin değiştirilemeyen risk faktörleri; yaş, cinsiyet, ırk ve genetik faktör iken, değiştirilebilir risk faktörleri hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları, hiperlipidemi, obezite, atriyal fibrilasyon, sedanter yaşam biçimi ve alkol kullanımı olarak bildirilmektedir (10). Uygun risk faktörlerinin yönetimiyle iskemik ve hemorajik inmeler ile geçici iskemik ataklar önlenebilmektedir. Dolayısıyla da risk faktörlerinin yönetimi, multidisipliner yaklaşım gerektirmekte olup bireye özgü olarak uygulanması önemlidir. Bu noktada kapsamlı olarak değerlendirildiğinde AHA/ASA kılavuzu, Çin kılavuzu ve Kanada ve ESO kılavuzlarının risk faktörlerini tanımladığı ve sağlık profesyoneli olarak hemşirelerin literatürdeki güncel bilgileri kullanarak kanıt düzeyleri ile kapsamlı önerilerin yer aldığı bu kılavuzları kullanması ve bu bilgiler doğrultusunda hasta ve yakınlarını bilgilendirerek yönlendirmesi önem taşımaktadır (48-52).

Taburculuk planında hasta ve aile üyeleri taburculuğun her aşaması konusunda bilgilendirilmeli, özel gereksinimlerini giderecek bakım planları aile üyeleri ile

hazırlanmalıdır. Taburculuk planlaması iyi organize edilerek, sağlık bakım üyeleri, hasta ve yakınlarının iş birliği içerisinde hazırlanmalıdır. Taburculuk sonrasında kullanılacak ilaçlar planlanmalı, gerekli destek hizmetleri organize edilmelidir. Hastanın genel durumu ve gereksinimleri doğrultusunda ev ortamının güvenli hale getirilmesi konusunda bilgilendirme yapılması, olası engellerin belirlenerek ailenin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Aile üyeleri haftalık, aylık ziyaret zamanları belirtilerek, gerekli durumlar için danışmanlık telefonu paylaşılmalıdır (6).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerin, akut inmeli hastaları hızlı tanınması, tedavilerini uygulayarak, taburculuk eğitimi ve rehabilitasyonu için etkin olması gerekmektedir. Bununla birlikte hastaneye yatışında ve sonrası dönemde multidisipliner ekiple birlikte verilen hizmetlerin akut inme geçirmiş olan hastalarda iyileşme sağladığı ve hastaların yaşam aktivitelerinde bağımsız rol oynayabildikleri belirtilmektedir. Çalışmalara baktığımızda taburculuk planlamalarının hastanın hastaneye tekrar yatış oranlarını azalttığı, hastanede kalış sürelerinin kısalttığı görülmektedir. Bu sebeple akut dönem bakım ve sonrası süreçte bakım veren ekibin, hastanın yaşam kalitesini artırmada ve verilen sağlık hizmetini artırmada önemli yere sahip olduğu görülmektedir.

Sınırlılıklar: Bulunmamaktadır.

Araştırma Katkı Oranı Beyanı: Literatür Tarama – B.K.A.; Makaleyi derleme– B.K.A, N.Y. Eleştirel İnceleme – N.Y

Maddi Destek/Teşekkür: Bulunmamaktadır.

Çıkar Çatışması: Bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Demir GT, Ethemoglu O, Ağırcan D, Demir HA. Awareness Of Ischemic Stroke Among Physicians In Primary Care And Emergency Departments. Medical Science And Discovery. 2023;10(4) ISSN: 2148-6832. <http://Dx.Doi.Org/10.36472/Msd.V10i4.923>
2. Akkoca A. Hastane Öncesi Serebrovasküler Hastalıklara Yaklaşım Organizasyonu. Journal Of Pre-Hospital. 2022, 7(2); 261-273
3. Topçuoğlu MA, Tülek Z, Boyraz S, Özdemir AÖ, Özakgöl A, Güler A, Nazlıel B, Togay Işıkkay C, Yaka E, Arsava EM, Çağlar G, Şirin H, Midi İ, Atmaca MM, Alankaya N, Ongun N, Yıldırım N, Aykaç Ö, Küçükgülü Ö, Usta Yeşilbalkan Ö, Baydemir R, Öztürk Ş, Acar T, Mollaoğlu M, Karadakovan A, Durna Z. İnme Hemşireliği: Standartlar Ve Pratik Uygulamalar Kılavuzu Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği Ve Nöroloji Hemşireliği Derneği Ortak Strateji Projesi. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2020; 26(1): proof. doi: 10.5505/tbdhd.2020.00000
4. Topçuoğlu MA, Özdemir AÖ. Türkiye'de Akut İnme Yönetimi: Mevcut Durum ve Gelecek Projeksiyonu. Turkish Journal Of Cerebrovascular Diseases. 2022; 28(1):1-13. Doi: 10.5505/Tbdhd.2022.92668
5. Bilgili N, Gözüm S. İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014; 7 (2):128-150
6. Bártlová S, Šedová L, Havierníková L, Hudáčková A, Dolák F, Sadílek P. Quality of Life of Post-stroke Patients. Zdr Varst. 2022;61(2):101-108. DOI: 10.2478/sjph-2022-0014
7. Rymer MM, Summers D. Ischemic stroke: prevention of complications and secondary prevention. Mo Med. 2010;107(6):396-400.
8. Yalçın S, Arpa Y, Cengiz A, Doğan S. Hemşirelerin Hastaların Taburculuk Gereksinimlerine Yönelik Görüşleri İle Hastaların Eğitim Gereksinimlerine Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi. 2015;12 (3): 204-209.
9. Erol Ö. İnme Sonrası Verilen Taburculuk Eğitimi ve Telefonla Danışmanlık Hizmetinin Hastaların Fonksiyonel Durumlarına Ve Hasta Yakınlarının Bakım Yüküne Etkisi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2019, Edirne.
10. Karaman SN, Tuncer T. Akut Dönemde İnme Rehabilitasyonu. Türkiye Klinikleri. 2016;9(1).
11. Büyükyılmaz F, Şendir M. Ameliyat Sonrası Bakımda Göz Ardı Edilen Bir Sorun: Derin Ven Trombozu (Dvt) Riskinin Tanılanması Ve Hemşirelik Bakımı. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 23 (1): 48-54.
12. Khan MT, Ikram A, Saeed O, Afridi T, Sila CA, Smith MS, Irshad K, Shuaib A. Deep Vein Thrombosis in Acute Stroke - A Systemic Review of the Literature. Cureus. 2017; 9(12):e1982. doi: [10.7759/cureus.1982](https://doi.org/10.7759/cureus.1982)
13. Gürsoy A, Çilingir D. Cerrahi Hastaları İçin Sessiz Tehlike: Derin Ven Trombozu Risk Azaltıcı Hemşirelik Bakımı. ACU Sağlık Bil Derg. 2018; 9(3):213-219.
14. Shaaban A, Abo Seada A.I, Fathallah Mostafa M. Effect Of Nursing Care Protocol On Deep Vein Thrombosis Occurrence Among Critically Neurological Patients. Port Said Scientific Journal of Nursing. 2021; 8(1): 206-225. doi: 10.21608/pssjn.2021.64444.1088
15. Grossmann I, Rodriguez K, Soni M, Joshi PK, Patel SC, Shreya D, Zamora DI, Patel GS, Sange I. Stroke and Pneumonia: Mechanisms, Risk Factors, Management, and Prevention. Cureus. 2021;13(11):e19912. doi: 10.7759/cureus.19912

16. Nakajoh K, Nakagawa T, Sekizawa K, Matsui T, Arai H, Sasaki H. J. Relation between incidence of pneumonia and protective reflexes in post-stroke patients with oral or tube feeding. *Intern Med.* 2000;247:39–42. DOI: 10.1046/j.1365-2796.2000.00565.x
17. Balami JS, Chen RL, Grunwald IQ, Buchan AM. Neurological complications of acute ischaemic stroke. *Lancet Neurol.* 2011;10(4):357-71. DOI: 10.1016/S1474-4422(10)70313-6
18. Kumar S, Selim MH, Caplan LR. Medical complications after stroke. *Lancet Neurol.* 2010;9(1):105-18. DOI: 10.1016/S1474-4422(09)70266-2
19. Sorensen RT, Rasmussen RS, Overgaard K, Lerche A, Johansen AM, Lindhardt T. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke. *J Neurosci Nurs* 2013; 45(3): 139-46. DOI: 10.1097/JNN.0b013e31828a412c
20. Wagner C, Marchina S, Deveau JA, Frayne C, Sulmonte K, Kumar S. Risk of Stroke-Associated Pneumonia and Oral Hygiene. *Cerebrovasc Dis* 2016; 41(1-2): 35-9. DOI: 10.1159/000440733
21. Zheng D, Li S, Ding Y, Chen H, Wang D, Wang H, Xie Y, Li C, Luo J. Effects of nurse-led hierarchical management care on acute stroke patients: A pilot study to promote stroke-associated pneumonia management. *Front Neurol.* 2023;14:1121836. doi: 10.3389/fneur.2023.1121836
22. Pilato F, Calandrelli R, Profice P, Della Marca G, Broccolini A, Bello G, Bocci MG, Distefano M, Colosimo C, Rossini PM. Pulmonary embolism in a stroke patient after systemic thrombolysis: clinical decisions and literature review. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2013;22(8):e667-70. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.06.016
23. Çavuşoğlu E, Gün M. 2022. Pulmoner Emboli ve Hemşirelik Yönetimi. Editör: Canlı Özer Z, Şenuzun Aykar F. *Kardiyovasküler Hemşirelik*, 1. Baskı, Akademisyen Kitabevi, Ankara 2022 s:329-46.
24. T.C Sağlık Bakanlığı. Akut İskemik İnme Tanı ve Tedavi Rehberi. 2020, Ankara.
25. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, Biller J, Brown M, Demaerschalk BM, Hoh B, Jauch EC, Kidwell CS, Leslie-Mazwi TM, Ovbiagele B, Scott PA, Sheth KN, Southerland AM, Summers DV, Tirschwell DL; American Heart Association Stroke Council. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2018;49(3):e46-e110. doi: 10.1161/STR.000000000000158
26. Alexandrov AW. Acute Stroke Nursing Management. In: Williams J, Perry, L, Watkins, C., ed. *Stroke Nursing*. published by Oxford: ohn Wiley & Sons Ltd 2020: 75-96.
27. Yankın S, Yıldırım N. Basınç Yaralanmasının Önlenmesinde Hemşirenin Rolü. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2024; 9(1): 1-11.
28. Min M, Shi T, Sun C, Liang M, Zhang Y, Tian S, Sun Y. The association between orthostatic hypotension and cognition and stroke: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Blood Press.* 2020;29(1):3-12. DOI: 10.1080/08037051.2019.1689808
29. Phipps MS, Schmid AA, Kapoor JR, Peixoto AJ, Williams LS, Bravata DM. Orthostatic hypotension among outpatients with ischemic stroke. *J Neurol Sci.* 2012;314(1-2):62-5. DOI: 10.1016/j.jns.2011.10.031
30. Gu Y, Zhou C, Piao Z, Yuan H, Jiang H, Wei H, Zhou Y, Nan G, Ji X. Cerebral edema after ischemic stroke: Pathophysiology and underlying mechanisms. *Front Neurosci.* 2022;16:988283. DOI: 10.3389/fnins.2022.988283
31. Memiş S. İnmelerde Akut Dönemde Hemşirelik Bakımının Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 2000; 4 (2): 89-98.
32. Sanjuan E, Pancorbo O, Santana K, Miñarro O, Sala V, Muchada M, Boned S, Juega JM, Pagola J, García-Tornel Á, Requena M, Rodríguez-Villatoro N, Rodríguez-Luna D, Deck M, Ribo M, Molina CA, Meler P, Romero V, Dalmases G, Rodríguez-Samaniego MT, Calleja L, Gutierrez T, Peña L, Gallego JC, Lorenzo E, Gonzalez Y, Moreno R, Rubiera M. Management of acute stroke. Specific nursing care and

- treatments in the stroke unit. *Neurologia* (Engl Ed). 2023;38(6):419-426. DOI: 10.1016/j.nrleng.2020.07.026
33. Donovan NJ, Daniels SK, Edmiaston J, Weinhardt J, Summers D, Mitchell PH; American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and Stroke Council. Dysphagia screening: state of the art: invitational conference proceeding from the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012. *Stroke*. 2013;44(4):e24-31. DOI: 10.1161/STR.0b013e3182877f57
 34. Hines S, Kynoch K, Munday J. Nursing Interventions for Identifying and Managing Acute Dysphagia are Effective for Improving Patient Outcomes: A Systematic Review Update. *J Neurosci Nurs* 2016; 48(4): 215-23. DOI: 10.1097/JNN.0000000000000200
 35. Güngör L. Akut inmede nütrisyon: Sorunlar ve çözüm yolları. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 2022; 28(3): 128-140. doi: 10.5505/tbdhd.2022.15013
 36. Arsava E.M, Aydoğdu İ, Güngör L, Togay Işıkay C, Yaka E. İnme Hastalarında Nütrisyonel Yaklaşım ve Tedavi, Türkiye için Uzman Görüşü. *Turk J Neurol*. 2018; 24 :226-242. DOI:10.4274/tnd.92603
 37. Hankey GJ, Blacker DJ. Is it a stroke. *BMJ* 2015;350:h56 doi: 10.1136/bmj.h56
 38. Nadirova A, Sorgun Mh, Bahşi R, Togay Işıkay C. Akut İskemik İnme Öncesinde Görülen Fokal ve Non-Fokal Nörolojik Belirtiler. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 2021; 27(2): 145-152. Doi: 10.5505/tbdhd.2021.26928
 39. Hisaka Y, Paulo Blaquera A, Takase K, Tanioka T. Key Points of Nursing Care for Patients with Acute Stroke [Internet]. *Stroke - Management Pearls*. IntechOpen; 2023. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.111795>
 40. Akkaya R, Akkaya B. Sağlık Bilimlerinde Güncel Tartışmalar 5. Bilgin, 2022, Ankara.
 41. Suksatan W, Posai V. An Integrative Review of Discharge Planning Interventions with Thai Stroke Patients. *Systematic Reviews in Pharmacy*. 2020;11(11):1692-1700.
 42. Alankaya N. İnme Sonrası Yeti Yitimi ve Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2019;23(3):195-201
 43. Arsava EM, Aydoğdu İ, Güngör L, Togay Işıkay C, Yaka E. İnme Hastalarında Nütrisyonel Yaklaşım ve Tedavi, Türkiye için Uzman Görüşü. *Turk J Neurol*. 2018; 24(3): 226-242. DOI: 10.4274/tnd.92603
 44. Tuz AA, Hasenberg A, Hermann DM, Gunzer M, Singh V. Ischemic stroke and concomitant gastrointestinal complications- a fatal combination for patient recovery. *Front Immunol*. 2022;13:1037330. DOI: 10.3389/fimmu.2022.1037330
 45. Boyraz S. İnmede akut dönem bakımı ve komplikasyonların önlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics* 2015; 1(1): 13-21.
 46. Bjartmarz I, Jonsdottir H, Hafsteinsdottir TB. Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. *BMC Nurs* 2017; 16: 72. DOI: 10.1186/s12912-017-0262-y
 47. McCurley JL, Funes CJ, Zale EL, Lin A, Jacobo M, Jacobs JM, Salgueiro D, Tehan T, Rosand J, Vranceanu AM. Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers. *Neurocrit Care*. 2019;30(3):581-589. DOI: 10.1007/s12028-018-0641-6
 48. Fırat O, Karakuş M, Arsava E, Topcuoglu M, Demirkan K. İskemik İnmelerde Risk Faktörlerinin Yönetiminde Kılavuz Karşılaştırması. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2021; 30(3): 211 - 217. <https://doi.org/10.17942/sted.890125>
 49. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, Fang MC, Fisher M, Furie KL, Heck DV, Johnston SC, Kasner SE, Kittner SJ, Mitchell PH, Rich MW, Richardson D, Schwamm LH, Wilson JA; American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45(7):2160-236. DOI: 10.1161/STR.0000000000000024
 50. Wein T, Lindsay MP, Côté R, Foley N, Berlingieri J, Bhogal S, Bourgoin A, Buck

BH, Cox J, Davidson D, Dowlatshahi D, Douketis J, Falconer J, Field T, Gioia L, Gubitz G, Habert J, Jaspers S, Lum C, McNamara Morse D, Pageau P, Rafay M, Rodgerson A, Semchuk B, Sharma M, Shoamanesh A, Tamayo A, Smitko E, Gladstone DJ; Heart and Stroke Foundation Canadian Stroke Best Practice Committees. Canadian stroke best practice recommendations: Secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017. *Int J Stroke*. 2018;13(4):420-443. DOI: 10.1177/1747493017743062

51. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis*. 2008;25(5):457-507. DOI: 10.1159/000131083
52. Wang Y, Liu M, Pu C. 2014 Chinese guidelines for secondary prevention of ischemic stroke and transient ischemic attack: Compiled by the Chinese Society of Neurology, Cerebrovascular Disease Group. *International Journal of Stroke*. 2017;12(3):302-320. <https://doi.org/10.1177/17474930176943>