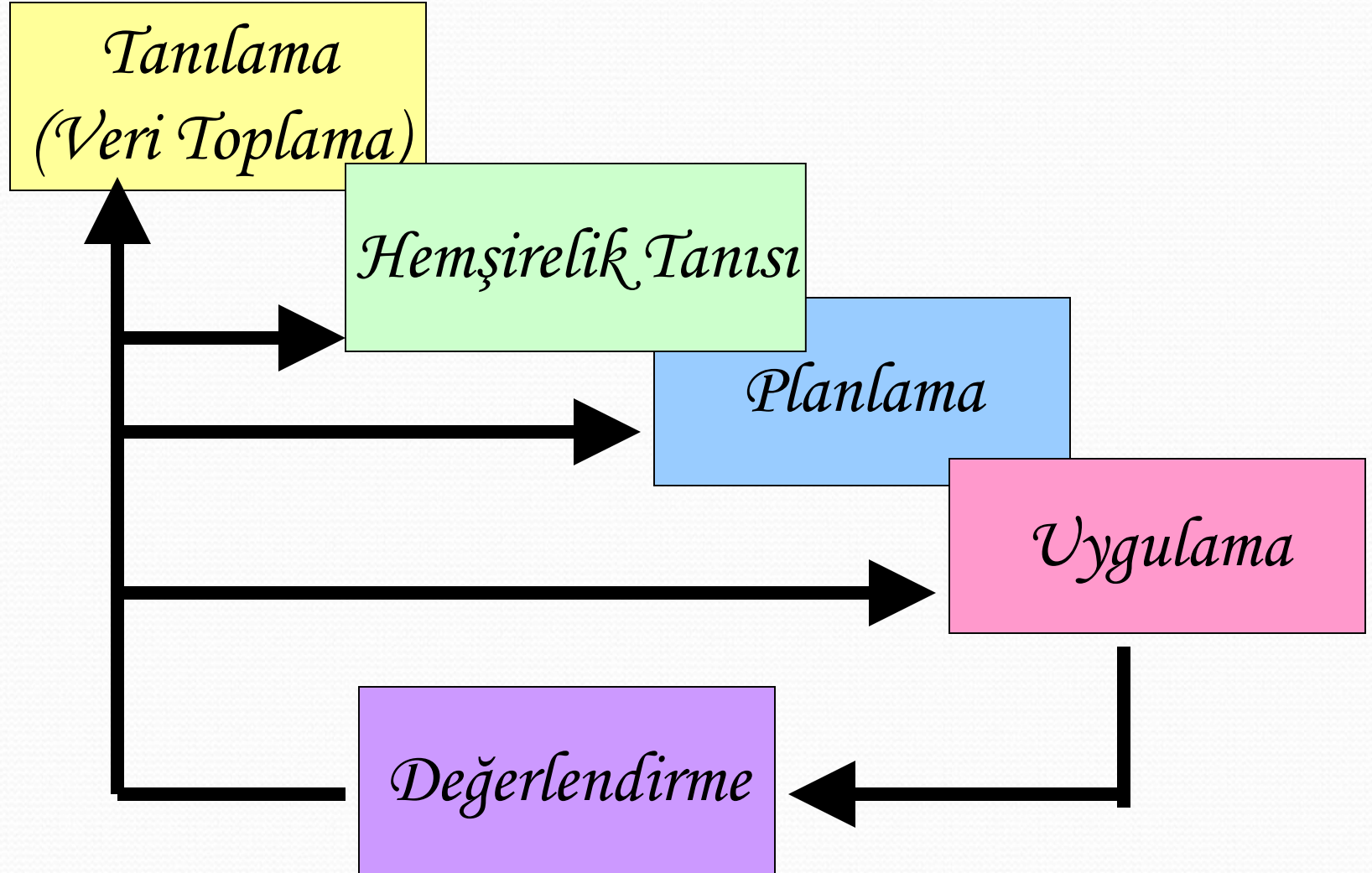




HEMŞİRELİK SÜRECİ

HEMŞİRELİK SÜRECİNİN AŞAMALARI



TANILAMA (VERİ TOPLAMA)

Tanıılama Türleri

(Durum Değerlendirme)

- Başlangıç/kabul tanılaması
- Odak tanılama
- Yeniden tanılama
- Acil tanılama

Tanılama/Durum değerlendirilmesi çeşitleri	Uygulandığı zaman	Amaç	Örnek
Başlangıç / ilk durum değerlendirilmesi	Sağlık bakım ortamına girişten sonra açıkça belirtilen zaman içinde uygulanır.	Problemi tanımlamak kaynak olmak, ve gelecekle karşılaştırmak için tam veri tabanı oluşturmak.	-Hastanın hastaneye kabul durumunda değerlendirilmesi
Problem odaklı durum değerlendirilmesi	Bakımla entegre edilen devam eden süreç.	Daha erken durum değerlendirilmesi ile özel bir problemi tanımlamak, durumu saptamak. Yeni ve gözden kaçmış problemi tanımlamak.	-Yoğun bakımdaki hastanın aldığı sıvı ve idrar çıkışını saatlik değerlendirme - Banyo için hastaya yardım ederken, bireyin kendine bakabilme yeteneğini değerlendirme
Acil durum değerlendirilmesi	Hastanın herhangi bir fizyolojik veya psikolojik krizi sırasında.	Yaşamı tehdit eden problemleri tanımlamak.	- Kardiyak arrest sırasında, bireyin hava yolu, solunum durumu ve dolaşım durumunu hızla değerlendirme - İntihar (suisid) eğilimlerini veya şiddet olasılığını değerlendirme
Hızlandırılmış yeniden durum değerlendirilmesi	Başlangıç durum değerlendirilmesinden birkaç ay sonra.	Hastanın mevcut sağlık durumunu önceden elde edilen temel veriler ile karşılaştırmak.	- Hastanın evde veya ayaktan tedavi ortamında, hastanede yaşam aktivitelerini tekrar değerlendirme.

Tanılama (Veri Toplama)

1. Verilerin elde edilmesi

2. Verilerin analizi



1. Verilerin elde edilmesi

Veri Kaynakları

- Hasta
- Hasta ailesi ve yakınları
- Sağlık bakım ekibi üyeleri
- Tıbbi kayıtlar
- Diğer kayıtlar
- Literatürün gözden geçirilmesi
- Hemşirenin deneyimleri

Veri Toplama Yolları

- Gözlem
- Hemşirelik Öyküsü (Görüşme)
- Fizik muayene
- Lab. ve tanı testlerinin sonuçlarını inceleme
- Tıbbi kayıtların incelenmesi
- Diğer sağlık personelinin gözlem ve görüşlerine başvurma

Gözlem

- Hastaya ait verileri saptamak için hemşirenin tüm duyuları ile hastayı dikkatle izlemesidir.

- Görme
- Koklama
- İşitme
- Dokunma



Görüşme

- Belli bir amaç için başlatılmış ve belli bir içerik alanına odaklanmış iletişimin bir modelidir.



• Hemşirelik Öyküsü

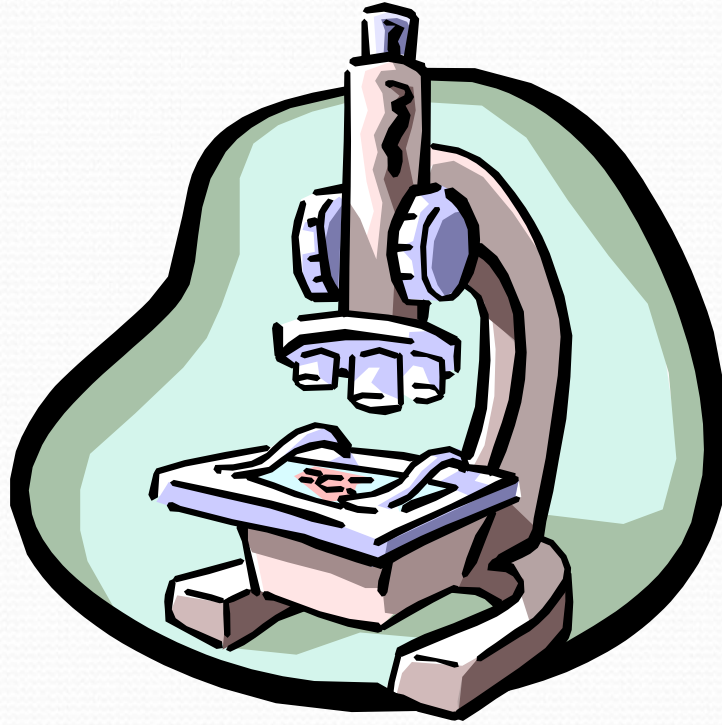
- Bireyin fizik ve gelişimsel, duygusal, entelektüel, sosyal ve spiritüel durumu
- Demografik veriler
- Sağlık bakımı alma nedeni
- Hastanın beklentileri
- Mevcut sağlığı
- Geçmiş hastalık hikayesi
- Aile anamnezi (Öyküsü)
- Çevresel hikaye, Ruhsal hikaye
- Sistemlerin gözden geçirilmesi

Fizik muayene

- **Hemşirelik Öyküsünü takiben yapılır**
- İnspeksiyon
- Palpasyon
- Perküsyon
- Oskültasyon
- Olfaksiyon

tekniklerinin kullanılarak tüm bedenin muayene edilmesi, yaşam bulgularının alınmasıdır.

Teşhis ve Laboratuvar Verileri

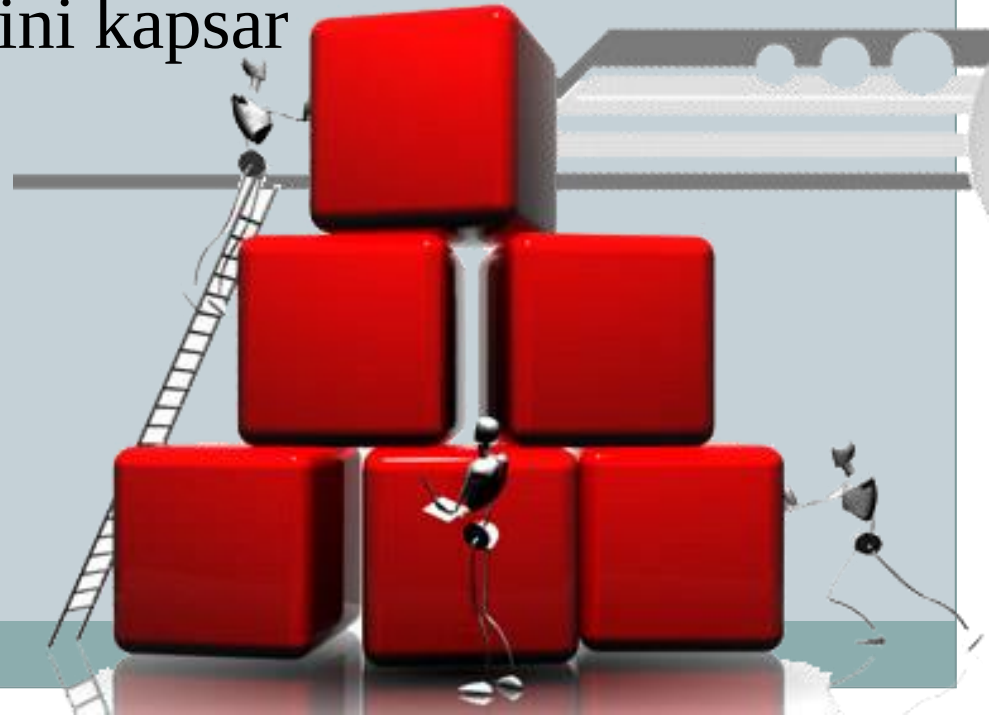


- **Veriler hangi yöntemle toplanırsa toplansın; sorunla ilgili olmalı, anlamlı olmalı, gizliliği olmalı, kaydedilebilir olmalıdır.**

2. Verilerin analizi



1. Toplanan verilerin analizi ve yorumlanması
2. Bilgilerin gruplanması
3. Grupların isimlendirilmesini kapsar





DOĞRULANMASI

- NANDA'nın belirlediği hemşirelik tanıları kapsamında seçilen tanıya özgü tanımlayıcı faktörler hastanın belirti ve semptomları ile karşılaştırılır. En az bir tanesi uygunluk sağlıyorsa "hemşirelik tanısı" doğrulanmış olur. Uygunluk sağlamadığında o tamdan vazgeçilir ve yeniden daha kapsamlı veri toplanmaya başlanır.

BAKIM PLANININ YAZILMASI

- Hemşirelik tanısı
- Amaç ve Beklenen sonuçlar (Planlama)
- Hemşirelik girişimleri (Planlama)
- Uygulama
- Değerlendirme

Bakım Planı

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör	Tanımlayıcı Özellikleri	Tanı Adı	Amaç/Beklenen sonuçlar (-mek, -mak)	Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak)		
				Amaç: Beklenen Sonuçlar:			

HEMŞİRELİK TANISI

NANDA HEMŞİRELİK TANILARI

TAKSONOMİSİ: TAKSONOMİ II

- ✓ **NANDA** uzun çalışmalar sonucu, test edilmek üzere 1990'da 98, 2001-2002'de 156, 2004'de ise 167 hemşirelik tanısı belirlemiştir.
- 2015-2017'den itibaren NANDA Taksonomi II'de 235 hemşirelik tanısı bulunmaktadır. Bu tanılar toplam 47 sınıf altında ve bu sınıflar da 13 alan altında olmak üzere sınıflanmıştır.
- Bir tanının NANDA listesine girmesi için; ilgili tanının klinik ve literatür çalışmaları ile kanıta dayalı "Tanı Önerme süreçlerini" izleyerek NANDA'nın ilgili komitelerinden (Tanısal Hakem Komitesi/NANDA Diagnosis Review Committee- DRC ve Taksonomi Komitesi/NANDA Taxonomy Committee) onay alması gerekir.

2018-2020 Çıkarılan Hemşirelik Tanıları



- Orantısız büyüme riski
- Uyumsuzluk (Hemşirelik Bakım Planı)
- Gelişmiş sıvı dengesi için hazırlık
- Gelişmiş üriner eliminasyon için hazırlık
- Kardiyovasküler fonksiyon bozukluğu riski
- Etkisiz gastrointestinal perfüzyon riski
- Etkisiz böbrek perfüzyonu riski
- Dengesiz vücut ısısı riski

2018-2020 Yeni Hemşirelik Tanıları

<https://ar.israa.edu.ps/uploads/documents/2020/02/4gcM0.pdf>



- Gelişmiş sağlık okuryazarlığı için hazırlık
- Etkisiz ergen yeme dinamikleri
- Etkisiz çocuk yeme dinamikleri
- Etkisiz bebek yeme dinamikleri
- Metabolik dengesizlik sendromu riski
- Dengesiz enerji alanı
- Kararsız kan basıncı riski
- **Zorunlu göç riski**
- Yenidoğan yoksunluğu sendromu
- Akut madde yoksunluğu sendromu
- Akut madde yoksunluğu sendromu riski
- Cerrahi alan enfeksiyonu riski
- Ağız kuruluğu riski
- Venöz tromboembolizm riski
- Kadın sünneti riski
- Mesleki yaralanma riski
- Etkisiz termoregülasyon riski



13 Alan, 47 Sınıf, 256 Tanı

Hemşirelikte Ortak Dil Ve Terminoloji

Niçin Standartlaştırılmış Dil?



Hemşirelik işini ve uygulamalarda faaliyet alanlarını tanımlayan yaygın bir hemşirelik dili oluşturmak

Hemşirelik bilgisini yaymak

Bilgisayarlı hemşirelik bilgi sistemi geliştirmek

Hemşireler tarafından sağlanan hizmetin maliyetini saptamak

Uygulama alanları içinde gerekli olan kaynakları planlamak

Hemşirelik bakımının kalitesini ve etkinliğini değerlendirmek

Hemşirelikteki yenilikleri değerlendirmek

Diğer sağlık bakım profesyonelleri ile işbirliği kurmak

Sağlık bakımında kullanılan diğer sınıflandırmalarla birleştirmek

Kurumsal ve uluslar arası düzeyde karar verme için veri sağlamak

Hemşirelik öğrencilerine ve yeni hemşirelere karar vermeyi öğretmek

Hemşirelik Tanıları Nedir ve Ne Değildir?

- Bir hemşirelik tanısı, belirli bir birey / grubun hemşirelik uygulamaları ile karşılanacak bakım gereksinimlerinin adlandırılmasıdır.
- *NANDA'nın tanımına göre hemşirelik tanısı*, mevcut ya da potansiyel sağlık problemlerine / yaşam olaylarına karşı bir birey, bir aile ya da bir toplumun tepkileri hakkında klinik bir karardır.

- Örneğin bir "pnömoni", bir "hipertansiyon" tanısına hemşirenin müdahale etme yetkisi var mıdır? Bunun yanıtı açıktır. Bu tanılar ile ilgilenen, müdahale etme yetkisi bulunan başka bir meslek grubu, hekimler vardır.
- Örneğin, pnömoni durumunun gerek tanılanması gerekse tedavisinden hemşirelik yetkili sorumlu değildir. Ancak, hemşireler bireyin pnömoni durumuna verdiği fizyolojik, sosyal, psikolojik, spiritüel tepkilerini, durumdan nasıl etkilendiğini tanımlamaktan, bireyin duruma uyumunu kolaylaştırmaktan sorumludur. Bu durumdan her birey farklı etkilenebilecektir.

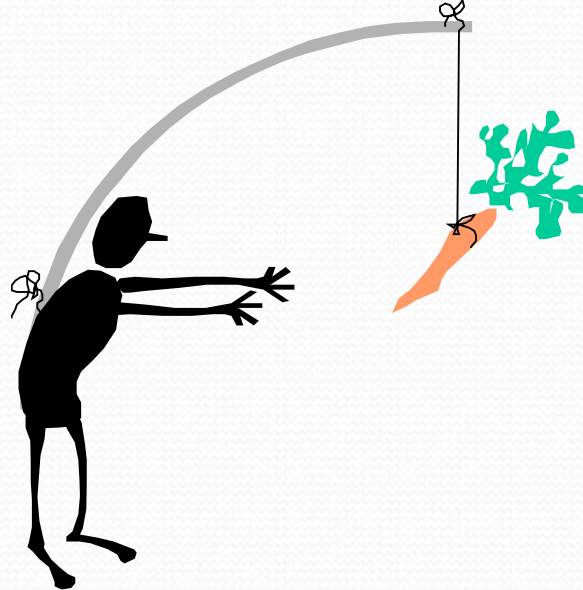
Örnek

- Hemşirelik sağlık problemlerine tepkileri tanılar. Hekimlik, travma ya da hastalığı tanılar.
- **Tıbbi tanı:** Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH)
- **Hemşirelik tanısı:** Oksijen sağlama ve harcamasındaki dengesizliğe bağlı **Aktivite İntoleransı**

Neler Bir Hemşirelik Tanısı Değildir?

- Tıbbi bir patoloji (örn. hipertansiyon)
- Tanısal çalışmalar (örn. bronkoskopi)
- Araç-gereçler (örn. NG tüp, idrar kateteri)
- Tedaviler (örn.kortizon tedavisi, dekübitüs bakımı)
- Cerrahi işlemler (örn.Trakeostomi)
- Terapötik gereksinimler

- Problem yada hemşirelik tanısı "nazogastrik tüp takılması" değil, "Nazogastrik tüp takılması nedeniyle oluşan doku irritasyonuna bağlı **Doku Bütünlüğünde Bozulma Riski** ya da **Rahatta Değişim**"dir.



HEMŞİRELİK TANI TÜRLERİ

1. *Problem odaklı (Var olan/Mevcut)*

hemşirelik *tanısı*

- Klinik olarak belirti ve bulgular ile doğrulanmış hemşirelik tanısıdır. Örneğin; MI geçiren hastanın sapslanır tarzda sırt ağrısının olduğunu ifade etmesi, ağrı şiddetinin 9 olarak belirlenmesi, ağrıya bağılı gece uyuyamadığının tespit edilmesi. Bu hastada elde edilen veriler yorumlandığında ve analiz edildiğinde "akut ağrı" gerçek hemşirelik tanısı olarak belirlenir.

- Neden olan faktörler (Etiyoloji)

- Belirti ve bulgular

- Tanısal adlandırma

• Örñ: Yetersiz lifli gıda ve sıvı alımı

• 3-4 günde bir sert dışkılama

• Konstipasyon

2. Risk (Potansiyel) Hemşirelik Tanısı



- Problemin var olmadığı ancak risk faktörlerinin var olması nedeni ile girişimde bulunulmazsa problemin gelişebileceği hemşirelik tanısıdır. Örneğin; Pelvis kırığı nedeni ile 5 gündür hastanede yatan 72 yaşındaki hastada "deri bütünlüğünde bozulma riski" bir risk hemşirelik tanısı olarak belirlenir.

- Neden olan faktörler (Etiyoloji)

- Tanısal adlandırma

- Örnek: İmmobilite

- Deri bütünlüğünde bozulma riski

3. İyilik/ Sağlığı Geliştirme (Esenlik) Hemşirelik Tanısı

- Birey, aile ve toplumun istekliliğini güçlendirerek iyilik düzeyine yanıtın belirleyen hemşirelik tanısıdır. Birey, aile veya toplumun iyilik düzeyini belirli bir seviyeden daha üst seviyeye çıkarmaya yönelik klinik karardır. örneğin; "başarılı kanser tedavisi ile ilişkili baş etmeyi arttırmaya isteklilik", "rahatı arttırmaya isteklilik" birer iyilik/ sağlığı geliştirme hemşirelik tanısıdır.
- Tanısal adlandırma
- Örnek: Ebeveynlikte güçlenmeye hazır oluş

4. Sendrom Hemşirelik Tanıları

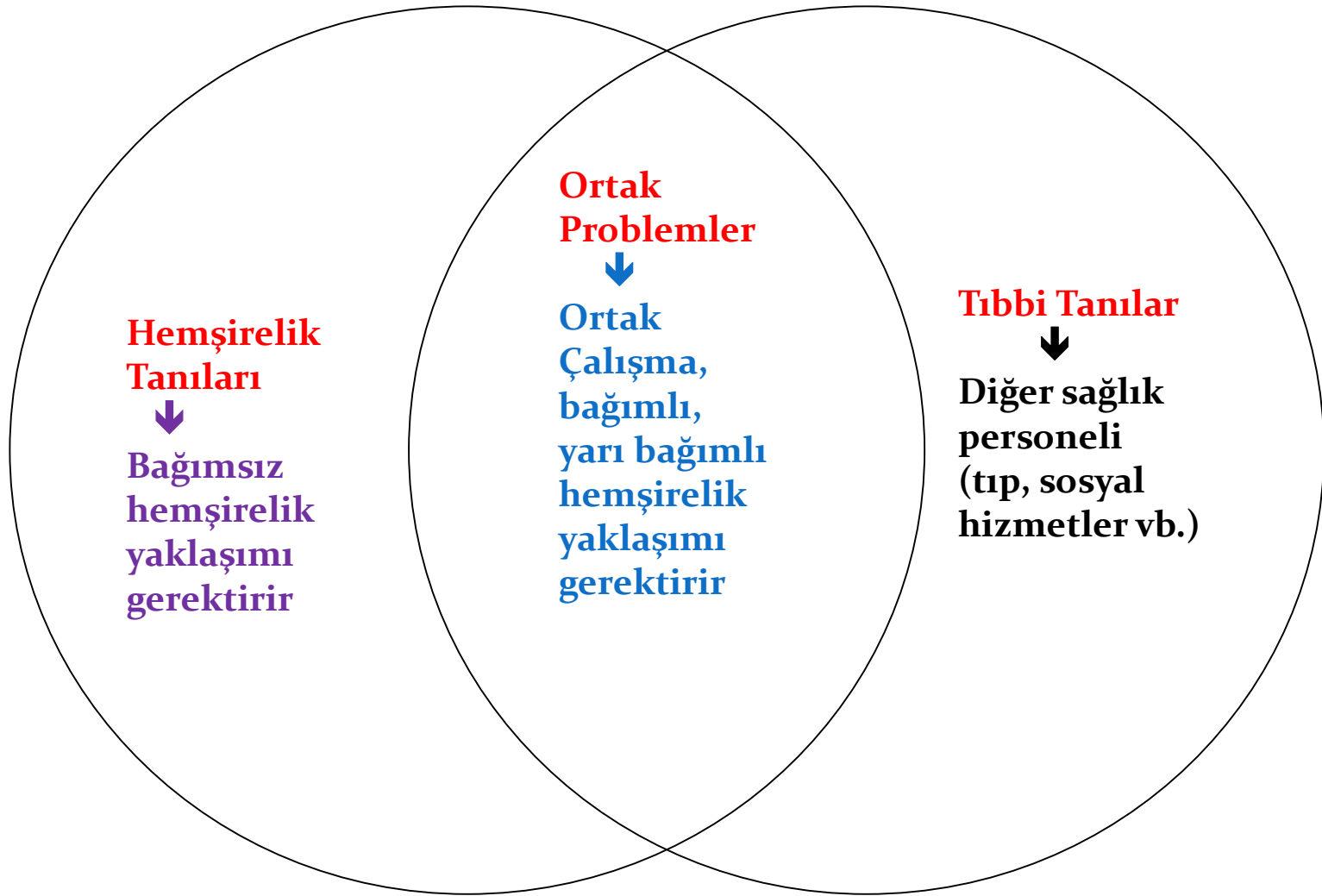
- Sendrom hemşirelik tanıları konusu, NANDA'nın 9.Konferansında Mc Court tarafından sunulmuştur (1991).
- Sendrom Yunancadan alınmış bir terim olup, "birlikte görülen oluşun" anlamına gelmektedir.
- Tıpta sendrom, bir grup/küme belirti ve semptom anlamına gelir.
- Sendrom, genelde tek nedenle ya da nedeni belli olmayan ve aynı anda oluşan benzer nitelikte bir grup belirtileri temsil eder.
- Tanısal adlandırma

Örn: Tecavüz travması sendromu

Kollobratif Tanı (Ortak Problemler)



- Sağlıklı/hasta mevcut, olası ve potansiyel problemlerin yanı sıra, hemşirenin tek başına çözemeyeceği problemlerin olması durumunda konulan tanılardır.
- Hemşirenin belirli durumlarda izlemesi gereken, belirli fizyolojik/ potansiyel komplikasyonlardır.



Örnek

- Durum 1: Antikoagulan (kan sulandırıcı) Tedavi
- Kollobratif Problem: Kanama Komplikasyonu Riski
- Durum 2: İmmobilite
- Kollobratif Problem: Derin Ven Trombozu Komplikasyonu Riski
- Durum 3: Epilepsi
- Nöbet Komplikasyonu Riski

NANDA Hemşirelik Tanıları

- Tanının Öğeleri
- **AD/ETIKET:** Bir tanının ismidir. Ad/ etiket taksonomideki tanısal kavram ve tanı ile ilgili işaretleri temsil eden az- öz bir terim ya da bir cümledir. Bazen belirtenleri /niteleyicileri (örn. Yetersizlik, düşük vb.) içerebilir.
- **TANIM:** Tam, açık bir tanım sağlar; anlamını tanımlar /tasvir eder ve bu tanıyı benzer diğer tanılardan ayırt etmeye yardım eder.
- **TANIMLAYICI ÖZELLİKLER:** Mevcut /gerçek ya da bir iyilik hali tanısının varlığını ortaya koyan, gözlenebilir işaretler/çıkarsamalar-sonuçlardan oluşan belirtiler (tanının varlığını gösteren belirti ve bulgular) kümesidir.
- **RİSK FAKTÖRLERİ:** Sağlıksız bir olaya/ duruma karşı bir bireyin, bir ailenin ya da bir toplumun örselenebilirliğini artıran çevresel faktörler ya da fizyolojik, psikolojik, genetik, kimyasal öğelerdir.
- **İLİŞKİLİ FAKTÖRLER:** Hemşirelik tanısı ile biçimlendirilmiş /desenlenmiş bir ilişki gösterdiği görünen (tanının varlığına neden olan/ etkileyen) faktörlerdir. Bu faktörler; (tanıya) bir öncül (bir şeyin öncesi), ilgili, ilişik /bağlı, etmen, ya da teşvik edici olarak tanımlanabilir.

HEMŞİRELİK TANISI BASAMAKLARI

Hasta bilgilerine bakılarak şu sorular sorulara cevap aranır.

- Bu olası tanı, o tanının tamamı ile tutarlı mı?
- Hastada tanımlanan subjektif ve objektif veriler tanının özelliklerini ve risk faktörlerini tanımlıyor mu?
- Olası sorun odaklı tanının ilişkili faktörlerini içeriyor mu?

Olası tanılardan uygun olamayanlar çıkarılır.

HEMŞİRELİK TANISI OLUŐTURMA

Benzer tanılar var mı diye bakılır. Daha az kapsamlı olan tanılar çıkarılır.

- Tanılar benzer ya da farklı bir odağı mı paylaşıyor mu?
- Benzer odağı paylaşıyorsa hangisi daha fazla spesifik?
- Belirlenen tanı başka bir tanıyı beraberinde getiriyor mu? Soruları sorulabilir.

Son aşamada hasta için hemşirelik girişimlerine yönlendirecek tanılar saptanır.



PLANLAMA

Planlama aşamasında;



ÖNCELİKLERİN BELİRLENMESİNDE



- ❧ Yaşamı tehdit eden durumlar (hava yolu problemleri gibi...), (**Burada yüksek öncelikli tanı bir risk tanısı da olabilir**)
- ❧ Birey için önemli olan durumlar (akut ağrı gibi...),
- ❧ Kısa sürede müdahale edilmesi gereken durumlar (diabetik hastaya insülin uygulanması) dikkate alınarak sıralama yapılır.

Sizce aşağıdaki hemşirelik tanılarının öncelik sırası nedir?

Hangi hemşirelik problemleri öncelikli olarak çözümlenmelidir?

- Solunum fonksiyonunda etkisizlik riski
- Uyku örüntüsünde rahatsızlık
- Sağlığını etkisiz yönetme
- Ümitsizlik
- Şok riski
- Ağrı
- Konstipasyon
- Etkisiz başetme
- Hastalığı hakkında bilgi eksikliği
- Sıvı volüm dengesizliği riski

Doğru öncelik sırası

- **Şok riski** (*Risk tanısı*)
- **Solunum fonksiyonunda etkisizlik riski** (*Risk tanısı*)
- **Ağrı** (*Mevcut tanı*)
- **Konstipasyon** (*Mevcut tanı*)
- **Sıvı volüm dengesizliği riski** (*Risk tanısı*)
- **Uyku örüntüsünde rahatsızlık** (*Mevcut tanı*)
- **Ümitsizlik** (*Mevcut tanı*)
- **Etkisiz başetme** (*Mevcut tanı*)
- **Sağlığını etkisiz yönetme** (*Mevcut tanı*)
- **Hastalığı hakkında bilgi eksikliği** (*Mevcut tanı*)

Not: Hayati tehlike oluşturan durumlar dışındaki tanılar hastanın isteğine ve o anki durumuna göre yer değiştirebilir.

Amaçlar ve Beklenen sonuçların Belirlenmesi:

- ❧ Amaç, sonuç kriterleri, beklentilerin ifadesi olup bireyin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanlarındaki değişimleri gösterir.
- ❧ **Beklenen sonuçlar**, hemşirelik bakım girişimleri sonucunda, bireyin bakım sorununun çözümüne ilişkin beklentilerdir.
- ❧ **Amaç** ise hemşirelik girişimleri sonucunda daha genel beklentidir.

Örneğin;

- ❧ "spinal sinirlere basınç ile ilişkili akut ağrı" tanısı olan hastada
- ❧ bakımın amacı "*bireyin cerrahi girişimden önce ağrısını azaltmak*"
- ❧ Bu doğrultuda hemşirenin hastanın durumundaki gelişimi izleyebilmesi için beklenen sonuçlara veya bakımın *amacına ulaşıp ulaşılmadığını* değerlendirmede ölçülebilir kriterleri kullanması gerekir.

Ağrının geçtiğinin/ azaldığının ölçülebilir sonuçlarına örnekler;

- ❧ *birey ağrısını 0'dan 10'a kadar bir skala üzerinde 3 veya daha az olarak bildirecek*
- ❧ *birey rahatsızlık hissetmeden yan tarafına dönebilecek*
- ❧ Beklenen sonuçlar, hemşirenin bu hastanın ağrısı için seçtiği girişimlerdeki başarısını gösterecektir. Hemşire, analjezik tedavi uyguladıktan ve pozisyon verdikten bir süre sonra hastanın ağrısını ve konforunu değerlendirdiğinde hasta 3 veya daha az ağrı, yan tarafına döndüğünde çok az rahatsızlık bildiriyorsa amacına ulaşmış olacaktır.

Amaç ve beklenen sonuçların yazılmasında kurallar:

❧ Yedi anahtar nokta bulunmaktadır:

- ❧ Birey-merkezli,
- ❧ Tekil,
- ❧ Gözlenebilir,
- ❧ Ölçülebilir,
- ❧ Zaman Sınırlı,
- ❧ Karşılıklı,
- ❧ Gerçekçi olmasıdır.

Hemşirelik Girişimleri

- ***Hemşire tarafından başlatılan girişimler;*** bağımsız hemşirelik girişimleridir. Bağımsız girişimler; hemşirenin sahip olduğu bilimsel bilgi, otonomi ve deneyimleri ile çözümleyeceği sorunlara yönelik işlevleri kapsar.
- ***Diğer sağlık bakımı ekibi üyeleri tarafından başlatılan girişimler;*** bağımlı hemşirelik girişimleridir. Bu girişimlere karar vermede bir başkasının istem, yardım, destek ve rehberliğine gereksinim vardır.
- ***Ortak ya da birbiri ile ilişkili girişimler ise;*** sağlık bakımı ekibi üyelerinin ortak bilgi ve becerilerinin bir arada uygulanmasını gerektirir. Bu girişim türüne örnek olarak hasta bakımına yönelik eğitim/konferans programlarının düzenlenmesi verilebilir.

Önemli!

Hemşirelik girişimleri yazılırken ilgili tüm girişimlerin hastaya uygun olup olmadığı değerlendirilmeli ve hastaya uygulanabilecek olan girişimler planlanmalıdır.

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HASTA ADI SOYADI:

Klinik:

Oda/Yatak No:

ÖĞRENCİ ADI SOYADI:

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (Sebebe)	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Tanı Adı	Amaç (-mek, -mak)	Hemşirelik Girişimleri (-ecek/acak)		
	BUN değerinin yüksek olması Poliüri dm	ACt'nin -500 dan fazla olması Kapiller dolumun gecikmesi Deri turgorunun 4 sn olması	Sıvı volüm etkililiği	Hastanın yeterli sıvı almasını sağlamak Beklenen sonuçlar - Hastanın balansı + 500cc ile - 500cc arasında olacak - Deri turgoru <2sn olacak -Kapiller dolum <2sn olacak	- Hastanın belirti ve bulguları açısından düzenli şekilde gözlenecek. - Hastaya aldığı -cıkardığı tabii yapılaracak - Hastanın idrar regisi ve yoğunluğu bakımından gözlenecek. - Hastanın tabiiyesi sıt sıt alınacak. - Hastanın sıvı alımı desteklenecek. - Hastanın deri turgoru, kapiller dolumu kontrol edilecek. - Cilt bütünlüğü, solukluğu ve sıcaklığı açısından incelenecek. - Hastanın yorgunluk ve halsizlik durumu sorgulanecek. - Hastanın bulantı ve kusması engellenecek - Hastanın diğere duymadığı sağlanacak - Hastanın günlük kilo durumu gözlenecek - Hastanın dışarı anormal durumlar hastaya haber verilecek. - Hastanın isteğine göre laboratuvar testleri gerekli ise tetkiklenecek.	- + - + - + + + - + - - -	Hastanın aldığı -cıkardığı tabiiinde balansı 375 gırdı Deri turgoru ve kapiller dolum <2sn olarak belirlendi. Amaca tamamen ulaşıldı.

UYGULAMA

Bakım planının uygulanmasında hemşireler şu becerilere sahip olmalıdır:

- *düşünme ya da kognitif beceriler,*
 - *yapma ya da psikomotor beceriler*
 - *kişiler arası ilişkiler becerisi.*
-
- Bu becerilerden herhangi birinin eksik olması, hemşirelerin, hemşirelik sürecinin uygulama becerisini belirgin bir şekilde azaltır.

Hemşirelik Girişimleri Türleri

Bağımsız girişimler

- Denetiminin ya da başka bir sağlık bakım profesyonelinin isteği olmadan hemşirenin yaptığı girişimlerdir.

Bağımlı girişimler

- İstem yazılmasını ya da başka bir sağlık profesyonelinin (ki bu çoğunlukla hekimdir) denetiminde yapılmasını gerektirir.

Yarı Bağımlı Girişimler

- Aktiviteyi gerçekleştirmeden önce başka bir sağlık bakım profesyonelinin danışmanlığı ya da ortak yapılan aktivitelerdir.

Uygulama Süreci

- Hemşirelik sürecinin uygulama aşamasına başlamadan hemşire bireyi ve bakım planını yeniden gözden geçirir, öncelikleri belirler, araç gereci, çevreyi düzenler, bireyi hazırlar, komplikasyonları önceden tahmin eder, önler ve hemşirelik girişimlerini uygulamaya koyar.

Hemşirelik Girişimlerini Uygularken Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

- Hemşirelik girişimlerini bilimsel bilgi, hemşirelik araştırması ve profesyonel bakım standartlarına (**kanıta dayalı uygulama**) dayandırın.
- Uygulanacak müdahaleleri açıkça anlayın ve anlaşılmayanları sorgulayın.
- Girişimleri bireyselleştirin.
- Güvenli bakım uygulayın.
- Destek ve rahatlık sağlayın.
- Holistik bir yaklaşım sergileyin.
- **Hastanın onuruna saygı gösterin** ve hastanın özgüvenini destekleyin.
- Hastanın, hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına aktif olarak katılmasını sağlayın.

Hemşirelik uygulamalarının kayıt edilmesi

- Hemşirelik uygulamaları yapıldıktan sonra yapılan uygulamaların ve hasta yanıtlarının kayıt edilmesi ile bu aşama sonlandırılır. Kayıtlar kalıcı olmalıdır.
- Çünkü uygulamaların yapılıp yapılmadığının kontrol edilmesinde, hastanın tekrar değerlendirilmesinde, ekip iletişiminde ve gerektiğinde yasal kanıt olarak kullanılmaktadır.



DEĞERLENDİRME

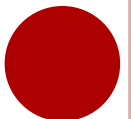
- Değerlendirme uygulama aşamasından sonraki aşamadır ve "bireyin gereksinimlerini karşılamaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkinliği hakkında karar verme" şeklinde tanımlanmaktadır.
- Değerlendirme basamağında “Tanı ile ilgili son durum nedir? Hastanın son durumunu ortaya koyan objektif veriler nelerdir? Sorularına yanıt verilmelidir.
- Değerlendirme, hemşirelik sürecinin son aşaması olarak görünse de her bir aşamada yer alır.

DEĞERLENDİRME SONUÇLARI ŞUNLARDAN BİRİ OLABİLİR;

- Amaçlar gerçekleştirilmiştir ve ek bir uygulamaya gerek yoktur.

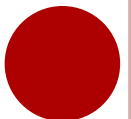
- Amaçlar kısmen gerçekleştirilmiştir ve uygulamaya devam edilmelidir.

- Amaçlar gerçekleştirilmemiştir. Yeniden planlama yapılır.

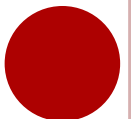


Bakım planının sona ermesi

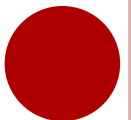
- Beklenen hasta sonuçlarına ve amaçlara ulaşıldığına karar verildiğinde bu konunun birey ile paylaşılması gerekir. Eğer hemşire ve birey aynı fikirde ise, bakım planının bu bölümüne son verilir. Bu durumun kayıt edilmesi, diğer hemşirelerin de bu konuda bilgilendirilmesini sağlar.



- Sonuç olarak, hemşirelik süreci bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı sunmada sistematik problem çözme yaklaşımıdır.
- Fakat bireyin sağlık bakım gereksinimlerini etkileyen birçok faktör vardır. Aynı soruna sahip bazı bireyler aynı bakım ve tedavi ile iyileştirilemeyebilir.
- Bu durumda bazen yanlış kararlar verilebilir. Sistematik değerlendirme, bu hataların yakalanmasını ve birey için en uygun bakımın verilmesini sağlar.



- Basamaklara yönelik örnek bir planlama



Hemşirelik Tanıları	Öncelik (Önem Derecesi)	Gerekeç
Viskoz sekresyon, sıvı defisiti ve yorgunluğa bağlı “Etkisiz Hava Yolu Temizliği”	Yüksek öncelik	Solunum fonksiyonunun kaybı hayatı tehdit eden bir durumdur. Hemşirenin öncelikli görevi etiyolojiyi belirleyip oksijenizasyonu sağlamak olmalıdır.
Ateş, terleme ve vücut gereksiniminden daha az beslenmeye bağlı gelişen “Sıvı Volüm Eksikliği”	Yüksek öncelik	Hava yolunda ciddi sıvı eksikliği hayatı tehdit eden bir durumdur. Bu durum, yetersiz hava yolu temizliği için de bir etiyoloji oluşturmaktadır. İntravenöz sıvılar başlanmalı, hemşire acil ve devamlı olarak hastanın hid- rasyonunu sağlamalıdır.
Dispne veya ailesel ve iş kaynaklı gelişen “anksiyete”	Orta öncelik	Öncelikle hastanın yüksek öncelikli sorunu tedavi edilmelidir. Böylece hastanın anksiyetesi azalacaktır. Anksiyete kendi başına hayatı tehdit eden bir durum oluşturmamaktadır. Hemşire hastanın anksiyetesini semptomatik olarak değerlendirmeli ve kontrol altına almalıdır. Aksiyetenin kontrol altına alınmaması durumunu dispne daha da şiddetlendirebilir ve hastanın oksijen ihtiyacını artırabilir.
Annenin hastalığı ve babanın şehir dışında olması nedeniyle aile düzeninde bozulma ve çocukların bakım aktivitelerinde azalmaya bağlı “aile sürecinde kesintiye uğrama”	Orta öncelik	Aile süreçlerinin kesintiye uğraması hastada anksiyeteye yol açmaktadır ve anksiyete hastanın solunum parametrelerini de olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle aile sürecinin devam etmesi sağlanmalı ve hastanın anksiyetesi azaltılmalıdır.
Oksijen dağılımında bozukluk ve genel yorgunluğa bağlı gelişen “Aktivite İntoleransı”	Düşük öncelik	Bu durum hastanın oksijen sağlama gereksinimi arasındaki dengesizlik ve uykusuzluğa bağlı yorgunluk nedeniyle gerçekleşmiştir. Hastanın genel enerji düzeyi normal seviyededir. Bu nedenle öncelikle hastanın primer tıbbi sorunu tedavi edilmelidir.
Dengesiz beslenme: metabolizmanın artışı, bulantı ve öğün tüketilmemesine bağlı “dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az beslenme”	Düşük öncelik	Bu durum hastanın şuan bulunduğu durumda sağlığı tehdit etmemesine rağmen devam ederse hasta için tehlike oluşturabilir. Tıbbi sorunun tedavi edilmesi ile birlikte bu durum 1-2 günde çözülebilir, fakat tıbbi sorun devam ederse bu durum orta öncelik olarak değerlendirilebilir.
Uyku sorunları ve etkisiz hava yolu temizliğine bağlı gelişen yorgunluğun oluşturduğu “banyo yapmada öz bakım eksikliği”	Düşük öncelik	Bu durum primer tıbbi soruna bağlı gelişen bir durumdur. Hastanın primer tıbbi sorunu çözüldüğünde bu sorun da kendiliğinden çözülebilir. Hemşire yine de hastaya düş alması ve öz bakım konusunda yardım etmelidir.
Öksürük, ağrı, ateş ve dispneye bağlı gelişen “uyku örüntüsünde bozulma”	Düşük öncelik	Uyku düzeninde bozulma sağlığı tehdit eden bir durum değildir ve hastanın primer tıbbi sorunu çözüldüğünde bu sorun da kendiliğinden çözülebilir.

Hemşirelik Tanıları	Hedef/Beklenen Hasta Sonuçları
Viskoz sekresyon, sıvı defisiti ve yorgunluğa bağlı “ <i>etkisiz hava yolu temizliği</i> ”	Amaç: Hava yollarının açıklığını sağlamak Beklenen Hasta Sonuçları: - Solgunluk ve siyanozun olmayacak (deri ve mukoz membranda) - Verilen eğitimden sonra doğru nefes ve öksürme tekniklerini kullanacak 48-72. saatte: - Oskültasyonda akciğer sesleri normal olacak - Solunum sayısının 12-22/dk arası ve kalp atım sayısının 100/dk’nın altında olacak - Basıncsız spiromiterde normal miktarda hava soluyacak
Ateş, terleme ve vücut gereksiniminden daha az beslenmeye bağlı gelişen “ <i>sıvı volüm eksikliği</i> ”	Amaç: Sıvı volüm dengesini sağlamak Beklenen Hasta Sonuçları: 30 ml/h üstünde idrar çıkışı olacak - İdrar dansitesinin 1005-1025 arası olacak - Deri turgoru <2 sn olacak - Mukoz membranların nemli olacak
Dispne veya ailesel ve iş kaynaklı gelişen “ <i>anksiyete</i> ”	Amaç: Anksiyetesinin giderilmesini ya da azaltılmasını sağlamak Beklenen Hasta Sonuçları: - Dispne sırasında nefes alma ve öksürme talimatlarına uyacak - Durum, tanısal testler ve tedaviler konusunda bilgilendiğini ifade edecek Korku ve anksiyetenin azaldığına dair bulgular (12 saatten sonra) - Sesi titremeyecek, sakin olacak - Solunum sayısının 12-22/dk arası olacak - Kaygı ve önerilerini rahatça belirtebilecek

Hemşirelik Tanıları	Planlanan Hemşirelik Girişimleri
Viskoz sekresyon, sıvı defisiti ve yorgunluğa bağlı “ <i>etkisiz havayolu temizliği</i> ”	Solunum hızı, ritmi, solunum sesleri ve sekresyonun özelliği değerlendirilecek Düzenli aralıklarla SpO₂ takibi yapılacak, gerekirse kan gazı değerlendirilecek Solunum sıkıntısı belirtileri (dispne, siyanoz, yüzeysel solunum) izlenecek Hastaya derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilecek Rahat nefes alabilmesi için semifowler pozisyonu verilecek Gerekirse hava yolları aspire (aspirasyon işleminin 15 sn den fazla sürdürülme- mesi) edilecek Gerekirse O₂ (Dr istemine göre) verilecek Yeterli hidrasyon sağlanacak
Ateş, terleme ve vücut gereksiniminden daha az beslenmeye bağlı gelişen “ <i>sıvı volüm eksikliği</i> ”	Vücut sıcaklığı ve diğer yaşam bulguları yakından takip edilecek Ateşi düşürmek için ılık kompres uygulanacak. Odanın havalandırılması ve giysilerinin inceltilmesi sağlanacak Hidrasyon (sıvı aliminin) arttırılacak Aldığı çıkardığı takibi yapılacak Deri turgoru takibi yapılacak
Dispne veya ailesel ve iş kaynaklı gelişen “ <i>anksiyete</i> ”	Dispne sırasında nefes alma ve öksürme egzersizi talimatlarının uygulanması sağlanacak Birey durumu, tanısal testler ve tedaviler hakkında bilgilendirilecek Çocuk bakımı konusunda eşi ile görüşmesi ve birlikte çözüm üretmesi konusunda cesaretlendirilecek
Annenin hastalığı ve babanın şehir dışında olması nedeniyle aile düzeninde bozulma ve çocukların bakım aktivitelerinde azalmaya bağlı “ <i>aile sürecinde kesintiye uğrama</i> ”	Tatmin edici çocuk bakımı ayarlamaları yapılacak Eşler sorunları konuşmaları ve birlikte çözüm üretmeleri konusunda cesaretlendirilecek Aile bireylerinin duygularını rahatça ifade edebilmesi sağlanacak Aile için mevcut sosyal destek mekanizmaları tartışılacak Mevcut destek mekanizmalarını kullanmak için aile üyelerine yardım edilecek Hastanın diğer aile üyeleri ile iletişim kurabilmesi için yöntemler (telefon, e-mail, resim, ses kaydı, fotoğraf, video) sağlanacak

Hemşirelik Tanıları	Değerlendirme
Viskoz sekresyon, sıvı defisiti ve yorgunluğa bağlı “ <i>etkisiz hava yolu temizliği</i> ”	- Amaca tamamen ulaşıldı. - Hasta derin solunum ve öksürük egzersizlerini öğrendi. - Solunumu rahatladı, sekresyonunu çıkarabiliyor. - SP02: %83-90 • SS: 16-18/dk
Ateş, terleme ve vücut gereksiniminden daha az beslenmeye bağlı gelişen “ <i>sıvı volüm eksikliği</i> ”	- Amaca tamamen ulaşıldı. - Hastanın vücut sıcaklığı normal sınırlara ulaştı. - Hastanın sıvı tüketiminin arttı.
Annenin hastalığı ve babanın şehir dışında olması nedeniyle aile düzeninde bozulma ve çocukların bakımı aktivitelerinde azalmaya bağlı “ <i>aile sürecinde kesintiye uğrama</i> ”	- Amaca ulaşamadı. - Hastanın eşinin halen şehir dışında olması nedeniyle çocukları büyükbabasında kalmaya devam ediyor.
Dispne veya ailesel ve iş kaynaklı gelişen “ <i>anksiyete</i> ”	- Amaca kısmen ulaşıldı. - Hasta solunum parametreleri düzeldi, dispnesi yok. Fakat ailesel sorunları nedeniyle anksiyetesi devam ediyor.
Dengesiz beslenme: metabolizmanın artışı, bulantı ve öğün tüketilmemesine bağlı “ <i>dengeless beslenme: beden gereksinimden az beslenme</i> ”	- Amaca tamamen ulaşıldı. - Birey günlük besin ihtiyacına uygun bir şekilde besleniyor. *Alb: 3.6 mg/dl *Hb:12.0 gr/dl.
Uyku sorunları ve etkisiz hava yolu temizliğine bağlı gelişen yorgunluğun oluşturduğu “ <i>banyo yapmada öz bakım eksikliği</i> ”	- Amaca tamamen ulaşıldı. - Hasta banyo, giyinme ve soyunma uygulamalarını bağımsız olarak gerçekleştirdi.
Öksürük, ağrı, ateş, terleme ve dispneye bağlı gelişen “ <i>uyku örüntüsünde bozulma</i> ”	- Amaca kısmen ulaşıldı. - Hastanın mevcut enfeksiyonunda iyileşme kaydedildi ve sekresyonu azaldı. Bu nedenle geceleri daha rahat uyuyor. - Gün içerisinde belirli saatlerde kısa süreli uyuması devam ediyor.

- 1. Craven RF, Jensen S and Hirnle C. Ed.Çakırcalı E, Uysal N. (2015). Hemşirelik Esasları İnsan Sağlığı Ve Fonksiyonları. Palme Kitabevi.
- 2. Wilkinson JM. (2018). Ed. Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F. Pelikan Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı.
- 3. Atabek Aştı T, Karadağ A. (Ed.) (2011). Hemşirelik esasları. Akademi Kitabevi.
- 4. Sabuncu N, Akça Ay F. (Ed.) (2010). Klinik Beceriler Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi. Nobel Tıp Kitabevi.