

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BAKIM PLANI

A- HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ

Öğrenci Hemşire Adı-Soyadı:.....

Görüşme Tarihi:.....

HASTANIN SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLERİ

Adı-Soyadı:..... Tıbbi Tanısı:..... Boy:..... Kilo:..... BKİ:.....

Cinsiyeti: E K Yaşı:.....Medeni Durumu: Evli Bekar

Eğitimi:.....Mesleği:.....

HASTALIK ÖYKÜSÜ

Hastanın Yakınması / Yakınmaları:.....

Hastaneye Yatış Öyküsü (Son yakınmaları ile birlikte bu son hastaneye yatışı nasıl olmuş?)

.....
.....
.....
.....

Herhangi bir kronik hastalığı var mı?.....

Ailede sağlık problemi olan kişiler:

Daha önce gördüğü tedaviler:

Sürekli kullandığı ilaçlar:

Alerjileri: (ilaç, gıda vb.)

Alışkanlıkları: (Sigara, Alkol vb.)

Protezler: Diş Gözlük Lens İşitme cihazı Diğer:.....

DÜŞME RİSKİ TANILAMA

Düşme Öyküsü Var Yardımla Yürüme 65 Yaş Üzeri
Görme Problemi Ortostatik Hipotansiyon Sedadif Kullanımı
Kas Zayıflığı/Dengesizlik Baş Dönmesi/baygınlık Konfüzyon/ Desoryantasyon Diğer:.....

BAKIM PLANI DEĞERLENDİRMESİ (Bu kısım öğretim elemanı tarafından doldurulur.)

Öğrenci Adı-Soyadı:		
Çok iyi bir plan	<input type="checkbox"/>	Tanılar eksik <input type="checkbox"/>
Geneli itibari ile iyi	<input type="checkbox"/>	Tanı yazımında hatalar var <input type="checkbox"/>
Veriler yeterince iyi	<input type="checkbox"/>	Amaç yazımında problemler var <input type="checkbox"/>
Süreç basamakları doğru anlaşılmiş	<input type="checkbox"/>	Girişimler yetersiz <input type="checkbox"/>
Küçük hatalar düzeldiğinde iyi bir bakım planı olur	<input type="checkbox"/>	Girişimler somut yazılmamış <input type="checkbox"/>
Veri toplamada yetersizlik var	<input type="checkbox"/>	Girişimlerin yazımında hata <input type="checkbox"/>
Verilerin analizi yeterince iyi yapılmamış	<input type="checkbox"/>	Uygulama basamağı anlaşılammış <input type="checkbox"/>
Genel olarak bakım planı dilinde hata	<input type="checkbox"/>	Değerlendirme anlaşılammış <input type="checkbox"/>
Hasta eğitimleri dikkate alınmamış	<input type="checkbox"/>	Genel bir özensizlik var <input type="checkbox"/>
Plan hasta verileri doğrultusunda bireyselleştirilmemiş	<input type="checkbox"/>	İlaçlar yeterince incelenmemiş <input type="checkbox"/>
Kâğıt israfı yapılmış (Tek yönlü, kullanılmayan formlar ekli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Öğrencinin anlaşılmayan kısımlar ile ilgili dersin öğretim üyesi ile görüşme gerekli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Görüşmeye geldi <input type="checkbox"/> Gelmedi
NOTU <input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C+ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D+ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E+ <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F		
Değerlendirmeyi yapan öğretim elemanı:		

YAPILAN TETKİKLER-LABORATUAR -TANI YÖNTEMLERİ VE SONUÇLARI

HEMATOLOJİ			BİYOKİMYA		
Tetkik	Sonuç-↓N↑	Normal Değer	Tetkik	Sonuç-↓N↑	Normal Değer
WBC		5.2-12.4 Bin/mm ³	Glukoz		70-110 mg/dL
NEU%		41-73 %	BUN		5-18 mg/dL
NEU		2.1-6.1 K/uL	Kreatinin (Kan)		0.66-1.09 mg/dL
LYM%		19.4-44.9 %	Kolesterol		0-200 mg/dL
LYM		1.3-3.5 K/uL	HDL		35-60 mg/dL
MONO%		5.1-10.9 %	LDL		35-165 -
MONO		0.3-0.9 K/uL	Trigliserid		30-150 mg/dL
EOS%		0.9-6 %	Alkalen Fosfataz		30-120 U/L
EOS		0-0,5 K/uL	AST		0-37 U/L
BASO%		0.3-1.5 %	ALT		0-65 U/L
BASO		0-0.2 K/uL	LDH		100-190 U/L
RBC		4.38-5.77 Milyon/mm ³	GGT		5-85 U/L
HGB		13.6-17.2 g/dl	Total Protein		6.4-8.2 g/dL
HCT		% 39.5-50.3	Albumin		3.4-5 g/dL
MCV		80.7-95.5 fL	Total Bilirubin		0.3-1.2 mg/dL
MCH		27.2-33.5 pg	Direkt Bil.		0-0.2 mg/dL
MCHC		32.7-37.5 g/dL	İndirekt Bil.		0-0.7 mg/dL
RDW		11.5-14.3 %	CK		0-232 U/L
PLT		156-373 Bin/mm ³	CKMB		0-20 U/L
MPV		6.9-10.8 fL	Kalsiyum (Kan)		8.5-10.3 mg/dL
CRP		0-10 mg/L	Fosfor (Kan)		2.5-4.5 mg/dL
DIĞER			Urik Asit (Kan)		2.6-7.2 mg/dL
KAN GAZI			Sodyum (Kan)		136-146 mmol/L
pH		7.35-7.45	Potasyum (Kan)		3.3-5.1 mmol/L
PCO ₂		Erkek=35-48 mmHg Kadın=32-45 mmHg	Klor (Kan)		85-110 mmol/L
pO ₂		83-108 mmHg	Amilaz (Serum)		28-100 U/L
HCO ₃		Erkek=22.2-28.3 mmol/L Kadın=21.2-27 mmol/L	Lipaz		21-67 U/L
			DIĞER		
İDRAR					
Tarih	Tetkik	Sonuç	N. Değer Aralığı	Tetkik	Sonuç N. Değer Aralığı
	Dansite		1.01-1.03	Eritrosit	0-3 /HPF
	Bilirubin		0-0.5 mg/dl	Lökosit	0-5 /HPF
	Henogloblin		0-0.06 mg/dl	Protein	0-30 mg/dl
	Berraklık		Berrak	pH	0-7..5
	Renk		Kehribar	ÜREME	-
	Glikoz		0-50		
	Keton		Eser		
	Lökosit Esteraz		0-75 Leu/ul		
	Nitrite		+		

Hastaya ait olan verileri yanlarına ↓, N veya ↑ işaretlerini kullanmak suretiyle mutlaka değerlendiriniz.

TEDAVİSİ (Dört Günlük)

<i>Tarih:.....2014</i>	<i>Tarih:.....2014</i> <i>(Aynı ise belirtiniz)</i>	<i>Tarih:.....2014</i> <i>(Aynı ise belirtiniz)</i>	<i>Tarih:.....2014</i> <i>(Aynı ise belirtiniz)</i>

İLAÇLAR

İlaç	İlacın Grubu	Etken Maddesi	İstenen Etkisi	Yan Etkisi-Ya da Önemli Yönü

Not: Eğer kullanılan ilaçlar 7 den az ise hepsini, fazla ise sadece ciddi yan etkileri ya da önemi nedeniyle hemşirelik tanılarında yer vereceğiniz ilaçlar ile ilgili bilgileri yazınız.

B-GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE SİSTEM TANILAMASI

1.Genel Görünüm: Kişisel hijyen ve giyinmede bağımsızlığı.....

2.Baş – Boyun: (Göz, Kulak, Burun, Ağız, Boyun) Akıntı.....Kanama.....İşitme Sorunu.....Görme Sorunu..... Oral tanılama (0 Normal-3 çok kötü)..... Diğer:.....

3.Solunum Sistemi: Solunum Hızı:.....Derinliği:.....Akciğer Sesleri:.....

Dispne Öksürük Sekresyon Hemoptizi Ortopne Trakeostomi Diğer.....
Hıçkırık Apne Derin Solunum ve Öksürük Egzersizi Postüral Drenaj

4.Kardiyo-Vasküler Sistem: Nabız hızı:.....Ritmi:..... Bradikardi Taşikardi

Periferal Nabızlar:

Hipotansiyon Hipertansiyon Ödem (+, ++, +++, +++++)...... Varis
Göğüs ağrısı Homan's Bulgusu Cavafix/santral kateter Diğer:

5. Beslenme Özellikleri ve Gastrointestinal Sistem:

Genel Beslenme Alışkanlıkları:.....

Hoşlanmadığı Besinler: **Oral Sıvı Alımı/24h:**

Defekasyon Alışkanlığı:Oral Alımı (sıvıdan katıya R-1, R2, R3 vb.):.....

Bağırsak sesleri:...../dk,(N: 5-35) Normoaktif Hipoaktif Hiperaktif Gaz Çıkımı: Var Yok

Ağız Kokusu Anorexia Yutma Güçlüğü Bulantı Kusma N/G Tüp

Oral Mukoz Membranlarda Bozulma Kilo Kaybı TPN Hematemez Melena

Distansiyon Konstipasyon Hemoroid Parazit İnkontinans Ostomi

Diğer:.....

6. Üriner Boşaltım Özellikleri ve Üriner Sistem:

İdrar yapma alışkanlığı 24 saatte kaç kez:....., Miktarı:..... Rengi:.....Özelliği:.....

İdrar Retansiyonu Dizüri Noktüri (kaç kez.....) Pollaküri.....Poliüri....Hematüri

İnkontinas Foley Kateter Diyaliz Diğer:.....

7. Hareket Özellikleri ve Kas-İskelet Sistemi: Kas Gücü ve gelişimi:..... Deformite

Hareketlerde ağrı Eklemlerde ödem Zayıflık Paralizi Parapleji Amputasyon

Kırık Kullandığı Yardımcı Araçlar Diğer:.....

8. Deri: Saçlı deri:.....Banyo Yapma Durumu:.....

Siyanoz İkterik Kaşıntı Kızarıklık Soğukluk Terleme Fotosensivite

Deskuamasyon Extravazasyon Kapiller Dolum:.....

9. Mental durum ve İletişim: Yer, Zaman, Kişiyeye Oryante, Yanıtlar Uygun Ve İletişim Yeterli

Laterjik Konfüze Disoryante Afazik Konvülsyon Baş Dönmesi

Konuşma Güçlüğü Uyuşma Görme Bozukluğu Ajite Depresif Anksiyete

İçe Dönük Suisidal Diğer:

Stresle Başetme Özellikleri:.....

10. Cinselliği İfadesi ve Genital Sistem:

Seksüel Güçlükleri:

Menstrual Siklus:...../...../.....

Anormal Akıntı

Kanama

Genital Enfeksiyon

Memelerin Durumu:

K.K.M.M. Bilgisi:

Var Yok

Perineal Hijyen Alışkanlığı (Doğru yapıyor mu):

11. Çalışma ve Boş Zamanlarını Değerlendirme, Dini ve Sağlık Uygulamaları:

12. İstirahat ve Dinlenme Özellikleri:

Uyku Saatleri:İstirahat Süresi:..... Uykuya Dalmada Güçlük

Uyku İçin Yardımcı Girişimler:.....

Diğer:.....

13. Ölüm (değerlendirme gerekli ise):

Kabullenme:

Birey Ve Ailesinin/Yakınlarının/Arkadaşlarının Bilgi Gereksinimleri:

Ailenin Desteklenmesi:

Diğerleri:

14. Yaşadığı Çevre (Önlem almak gerekli ise doldurunuz):

15. Ağrı Tanılama



16. BASI YARALARI RİSK TANILAMA

(Bu bölümü bası yaraları açısından risk altında olduğunuzu düşündüğünüz hastalara uygulayınız)

DUYGUSAL ALGILAMA	<input type="checkbox"/> Tamamen Sınırlı	1	MOBİLİZASYON	<input type="checkbox"/> Tamamen İmmobil	1
	<input type="checkbox"/> Çok Sınırlı	2		<input type="checkbox"/> Çok Sınırlı	2
	<input type="checkbox"/> Hafif Sınırlı	3		<input type="checkbox"/> Biraz Sınırlı	3
	<input type="checkbox"/> Normal	4		<input type="checkbox"/> Aktif	4
VÜCUT TEMİZLİĞİ	<input type="checkbox"/> Sürekli Islak	1	BESLENME	<input type="checkbox"/> Kaşektik	1
	<input type="checkbox"/> Çok Sık Islak	2		<input type="checkbox"/> Kısmen Yeterli	2
	<input type="checkbox"/> Ara-Sıra Islak	3		<input type="checkbox"/> Yeterli	3
	<input type="checkbox"/> Çok Seyrek Islak	4		<input type="checkbox"/> Çok İyi	4
AKTİVİTE	<input type="checkbox"/> Yatağa Bağımlı	1	SÜRTÜNME VE ÇİZİLME	<input type="checkbox"/> Problem Var	
	<input type="checkbox"/> Sandalyeye Oturabilir	2		<input type="checkbox"/> Problem Olabilir	
	<input type="checkbox"/> Ara-Sıra Yürür	3		<input type="checkbox"/> Problem Yok	
	<input type="checkbox"/> Sık Sık Yürür	4			

*TOTAL PUAN: Total Puan 16'dan düşük ise hasta risk grubuna alınmalı ve her gün izlenmelidir.

17. Glasgow Koma Skalası (Koma Durumu veya Nörolojik Problemi Olan Hastalar İçin ve Gerekli İse Doldurunuz)

Gerekli değil

GLASGOW KOMA SKALASI						
	1	2	3	4	5	6
Gözler	Yanıtsız, açmıyor	Ağrılı uyarana ile açabiliyor (ağrılı uyarana kesinlikle yüz bölgesine uygulanmamalı)	Sözle açabiliyor	Spontan açık ve normal olarak hareketli		
Verbal (Sözel Yanıt)*	Ses yok	Tanımlanamayan kelime ve sesler çıkartıyor	Uygun olmayan kelimeler kullanıyor fakat kelimeler tek tek seçilebiliyor	Sorulara konfüze bir biçimde yanıt verebiliyor	Hasta oryante, yaşını ve ismini biliyor ve doğru söyleyebiliyor	
Motor	Hareket yok	Deserebre postür, ekstansör yanıt	Dekortike postür, anormal fleksiyon	Ağrılı uyarandan çekerek yanıt verir	Ağrılı uyarana veren ekstremiteleri hareket ettirerek ağrıyı lokalize eder	Komutlara uyararak ekstremitelerini hareket ettirir

*Hasta entübe ise bu değerlendirme yapılamayacaktır, bu durum ayrıca belirtilmelidir. Hastalara ismi, yer, gün gibi basit sorular sorularak aynı zamanda oryantasyonları da kontrol edilebilir.

GKS puanı:.....(4+5+6=15 toplam puan üzerinden kaç puan aldığını yazınız).

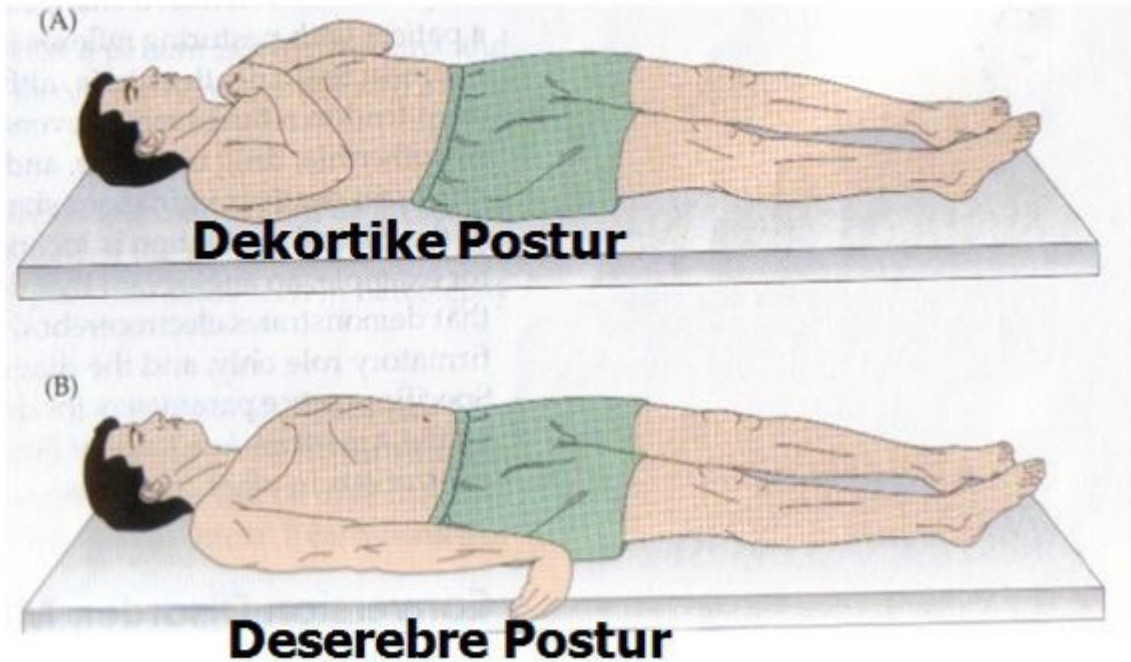
Değerlendirme:

3-8 puan anlamlı nörolojik hasar (derin koma ya da ölüm)

9-12 puan orta dereceli nörolojik hasar

13-15 hafif nörolojik hasar

Ağrılı Uyarana Yanıt



18. HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

HEMŞİRELİK TANISI/.....2014	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	Uyg. (+,-)*	DEĞERLENDİRME
				1. gün
				2. gün
				3. gün
				4. gün

*Uygulama yapılabildi mi?

HEMŞİRELİK TANISI/.....2014	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	Uyg. (+,-)*	DEĞERLENDİRME
				1. gün
				2. gün
				3. gün
				4. gün

HEMŞİRELİK TANISI/.....2014	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	Uyg. (+,-)*	DEĞERLENDİRME
				1. gün
				2. gün
				3. gün
				4. gün

HEMŞİRELİK TANISI/.....2014	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	Uyg. (+,-)*	DEĞERLENDİRME
				1. gün
				2. gün
				3. gün
				4. gün

HEMŞİRELİK TANISI/.....2014	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	Uyg. (+,-)*	DEĞERLENDİRME
				1. gün
				2. gün
				3. gün
				4. gün

TARİH .../.../2014	20. SIVI DENGESİ İZLEME FORMU (Gerekli ise kullanınız ve ekleyiniz)									
	ALDIĞI			ÇIKARDIĞI						
SAAT	DAMAR YOLU	ORAL	NGT	İDRAR	NGT	GÖĞÜS T	DREN	KUSMA	DIŞKI	İMZA
08 - 16 : 00										
16:00-24:00										
24 : 00 - 08										
TOPLAM										

BALANS:.....(Normal değer: +,-1000 cc)

TARİH .../.../2014										
	ALDIĞI			ÇIKARDIĞI						
SAAT	DAMAR YOLU	ORAL	NGT	İDRAR	NGT	GÖĞÜS T	DREN	KUSMA	DIŞKI	İMZA
08 - 16 : 00										
16:00-24:00										
24 : 00 - 08										
TOPLAM										

BALANS:.....(Normal değer: +,-1000 cc)

21. HASTA TABURCU VE EĞİTİM FORMU

(Hastanın yatışından itibaren yapılır-Gerekli ise kullanınız ve ekleyiniz)

Hastanın Mevcut Yaşam Koşulları	<input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor	
	<input type="checkbox"/> Eşi ile yaşıyor	
	<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)	
Evde Bakımına Yardımcı Kimse Var Mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	
	<input type="checkbox"/> Evet Evet ise kim?	
Hastalığı ve Tedavisi Hakkında Bilgisi	<input type="checkbox"/> Var	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Hastanın Taburculuktan Sonra Gideceği Yer		
Hasta/Yakınına Taburcu Olacağıının Bildirilmesi	<u>Tarih/ Saat</u> <u>Hemşire /İmza</u>	
<input type="checkbox"/> Hastanın hazırlanmasına yardım edilmesi		
<input type="checkbox"/> Varsa eşyasının teslimi		
<input type="checkbox"/> Gerekirse dolaşım bozukluğu belirtilerinin öğretilmesi. Bu belirtiler görülürse hekimi ile iletişim kurmasının söylenmesi		
<input type="checkbox"/> Gerekli ise hastanede yaptırılan egzersizlere evde de devam etmesinin söylenmesi		
<input type="checkbox"/> Enfeksiyon belirtilerinin öğretilmesi. Bu belirtilerin görülmesi halinde hekimi ile iletişim kurmasının söylenmesi		
TEDAVİ		
<u>İLAC</u>	<u>SAATİ</u>	<u>OLASI YAN ETKİLER</u>
DİYET		
KISITLAMALAR		
BANYO YAPMA:		
MERDİVEN ÇIKMA:		
ARABA KULLANMA:		
CİNSEL YAŞAM:		
DİĞER:		
KONTROL:		
YARA BAKIMI :		
YARDIMCI ARAÇ GEREÇLER:		
ÖZEL UYARILAR:		
TABURCU ÖZETİ :		
Eğitimi Uygulayan Hemşirenin	Adı, Soyadı	

22. Bakım planı hazırlanırken dikkat edilecek hususlar:

1. Veri toplama aşamasında dikkatli olunmalı hastanın tüm problemlerini kapsayan ayrıntılı veri toplama yapılmalıdır.
2. Veriler toplanırken belirlenen problemlerin tamamına bakım planının “hemşirelik tanıları” bölümünde mutlaka yer verilmelidir.
3. Labaoratuvar verilerinin normal olanları da dahil olmak üzere hepsi yazılmalı, değerler analiz edilerek gerekli tanılar oluşturulmalıdır.
4. Hastanın ilaçları 7 ve daha az ise tamamı daha fazla ise en önemli 7 tanesi ayrıntılı olarak incelenmelidir.
5. Hemşirelik tanılarını, NANDA da ifade edilen şekliyle ve mutlaka nedeni ile birlikte yazınız.
6. Hastanın tıbbi tanısını hemşirelik tanısına “neden” olarak yazmayınız.
7. Bakım planlarında ortak bir dil kullanılması gerektiğinden, AMAÇ bölümünde mek-mak eklerini kullanınız. Amacınızı yazarken, genel olarak tanıda belirtilen problemi ortadan kaldırmak veya mümkün olan en az düzeye indirmek anlamına gelen basit ve net ifadeler kullanınız.
8. Beklenen hasta sonuçları, siz planladığınız uygulamaları gerçekleştirdiğinizde hastanızda ne tür gelişmeler olmasını bekliyorsunuz? Sorusuna vereceğiniz yanıtları içerir. Yine ortak dil kullanılması açısından mesi-ması eki ile biten net ifadeler kullanınız Örneğin kanama riski tanısı ile ilgili olarak, BHS: kanama belirtilerinin gözlenmemesi, hastanın vital bulgularının normal olması vb. gibi.
9. Planlanan hemşirelik girişimleri bölümüne henüz plan aşamasındaki bilgilerinizi yazmanız gerektiğinden ifadeler ecek-acak eki ile bitirilmelidir. Bu bölüm hastaya özel olarak bireyselleştirilmelidir. Kitaplarda yer alan bakım planı örneklerinden faydalanılmalı ancak sadece bakım verdiğiniz hastada var olan gerçek durumlara yönelik çözüm önerilerine yer verilmelidir. Bu bölüm mümkün olduğunca ayrıntılı olarak hazırlanmalıdır. İfadeler somut olmalı öneriler açıkça yazılmalıdır. Örneğin bol sıvı alınması ifadesinde “bol” un ne kadar olduğu açıkça belirtilmelidir. Sık sık ağız bakımı verilecek ifadesinde ne kadar sık olduğu belli değildir. 2x1 denilebilir. Uygun pozisyon verilecek ifadesinde hangi pozisyonun uygun olduğu bilinmemektedir. Diğer bir örnekte “hastaya lifli gıdalar önerilecek” ifadesinde bunların neler olduğu belli değildir. Hastalara yapılacak önerilerde herkesin anlayabileceği ifadelerden yararlanılmalıdır. Örneğin “2000 cc sıvı alımı önerilecek” ifadesinde “cc” herkesçe anlaşılabilir. En iyisi bardak hesabı ile belirtilmesidir.
10. uygulama basamağında; planlanan uygulama yapılabildi ise +, yapılamadı ise – işareti her madde için işaretlenmelidir.
11. Değerlendirme basamağında “Tanı ile ilgili son durum nedir? Hastanın son durumunu ortaya koyan objektif veriler nelerdir? Sorularına yanıt verilmelidir.
12. en az bir hastaya sıvı izlem formu ve AÇT düzenleyiniz.
13. Taburculuk eğitimi için hastanın taburcu olması gerekmez. Hastanın yattığı ilk günden itibaren yapılabilir.