

		T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ										DOKÜMAN NO		HB.PL.01							
												YAYIN TARİHİ		12.07.2013							
												REVİZYON NO		03							
		HEMŞİRE BAKIM PLANI										REVİZYON TARİHİ		20.10.2021							
NO	HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ / HEDEF	Uygulama Zamanı (Tarih)								HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	PLANLAYAN HEMŞİRE	UYGULAYAN HEMŞİRE	Değerlendirmeler (Tarih)							
			.../.../... Saat:	.../.../... Saat:	.../.../... Saat:	.../.../... Saat:	.../.../... Saat:	.../.../... Saat:	.../.../... Saat:	.../.../... Saat:				.../.../... Saat:	.../.../... Saat:	.../.../... Saat:	.../.../... Saat:	.../.../... Saat:	.../.../... Saat:	.../.../... Saat:	
1	ANKSİYETE	-Anksiyete belirti ve bulgularını gözlemek -Hastada etkili başetme yöntemlerini geliştirebilmek -Anksiyeteye neden olan etmenleri (ölüm,hastaneye yatış, yaşam şeklinde değişiklik v.b) saptamak									Anksiyete ve korkunun belirti ve bulguları değerlendirilir.										
											Hastanın duygularını ifade etmesine izin verilir.										
											Sessiz, rahat bir çevre sağlanır.										
											Hastaya tüm tedavi, girişimler açıklanır. Soruları yanıtlanır.										
											Mümkün olduğu sürece hastanın bakımına ailesinin katılımı sağlanır.										
											Hastanın çevreye, odasına, ekipmanlara ve rutinlere oryantasyonu sağlanır.										
											Hastanın bilgi gereksinimine göre eğitim planlanır ve bu eğitim hasta için uygun zamanda gerçekleştirilir.										
											Hekim istemine göre sedasyon verilir.										
2	ENFEKSİYON RİSKİ	-Hastada gelişebilecek enfeksiyonların önlenmesi -Doku bütünlüğünün korunması ve devamlılığının sağlanması									Kişide olası enfeksiyon risk faktörleri tanımlanır ve değerlendirilir.										
											Enfeksiyonun klinik belirtileri (ateş,ağrı, idrarda bulanıklık, akıntı v.b.) gözlenir, gözlenen belirtiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.										
											Tüm uygulamalarda el hijyenine özen gösterilir.										
											Hastada enfeksiyon gelişmesini önlemek için standart enfeksiyon önlemleri alınır, gerektiğinde izolasyon uygulanır.										
											Gereksiz invaziv uygulamalardan kaçınılır, invaziv işlemlerde aseptik tekniğe dikkat edilir.										
											Hastanın vital bulguları kontrol edilir.										
											Gerektiğinde ziyaretçi kısıtlamasına gidilir.										
											Enfeksiyonun nedeni, bulaşıcılığı ve riskleri konusunda birey ve aileye eğitim verilir.										

NO	HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ / HEDEF	Uygulama Zamanı (Tarih)								HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	PLANLAYAN HEMŞİRE	UYGULAYAN HEMŞİRE	Değerlendirmeler (Tarih)														
			.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:				.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:									
3	BEDEN GEREKSİNİMİNDEN AZ BESLENME	-Bireyin metabolik gereksinimine ve aktivitesine göre yeterli ve dengeli beslenmesini sürdürmek									Hastanın beslenme alışkanlıkları değerlendirilir ve öğünleri izlenerek kayıt altına alınır.																	
														Hastanın diyeti diyetisyen/doktoruyla birlikte düzenlenir ve planlanan diyete hastanın uyumu desteklenir.														
														Yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı yapılır.														
														Hastaya ve hasta yakınlarına dengeli beslenme konusunda eğitim verilir.														
														Hastanın oral alıp almadığı gözlemlenir. Oral alamayan hastalar gerektiğinde hekime bilgi verilir.														
														Uygun görülen hastalarda günlük AÇT ve kilo takibi yapılır.														
4	DOKU BÜTÜNLÜĞÜNDE BOZULMA RİSKİ	-Doku bütünlüğünü korumak ve sürdürmek									Hastanın hastaneye kabulünden itibaren cildi ve bası yarası gelişme riski değerlendirilir ve kayıt altına alınır. (Braden Skalası)																	
														Cildin temiz ve kuru olması sağlanır.														
														Kontraendike değilse hastanın hidrasyonu sağlanır.														
														Bası yarası gelişme riski olan hastalara düzenli aralıklarla pozisyon verilir.														
														Yatak çarşaflarının temiz, kuru ve kırışksız olmasına özen gösterilir.														
														Hasta inkontinans açısından gözlemlenir. Dışkı veya idrar inkontinansı oluşmuşsa sık sık perine bakıma verilerek bölge temiz ve kuru tutulur.														
														Gerekirse havalı yatak / antidekubit yatağı kullanılır.														
														Hastanın diyeti düzenlenir.														
														Hasta ve hasta ailesine cilt bütünlüğünün korunmasının önemi ve cilt bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesine yönelik eğitim verilir.														
5	ORAL MUKOZ MEMBRANDA BOZULMA	-Oral mukoz membranın bütünlüğünü koruma ve sürdürme									Uygun sıklıkla oral mukoz membran değerlendirilir (lezyon, aft v.b)																	
														Hastanın oral beslenme durumu ve sıvı alımı izlenir.														
														Ağız hijyeni sağlanır.														
														Bilinçsiz ya da aspirasyon riski olan hastalara yeterli sıklıkta ağız bakımı verilir.														
														Hastada bulunan diş protezleri günlük olarak çıkarılıp temizliği sağlanır.														
														Dudaklar uygun nemlendirici ile nemlendirilir, günlük yumuşak diş fırçası kullanılır.														
														Hasta ve hasta yakınına ağız bakımının önemi konusunda bilgilendirilerek alışkanlık kazanması sağlanır.														

NO	HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ / HEDEF	Uygulama Zamanı (Tarih)								HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	PLANLAYAN HEMŞİRE	UYGULAYAN HEMŞİRE	Değerlendirmeler (Tarih)														
			/....../..... Saat:	/....../..... Saat:	/....../..... Saat:	/....../..... Saat:	/....../..... Saat:	/....../..... Saat:	/....../..... Saat:	/....../..... Saat:				/....../..... Saat:	/....../..... Saat:	/....../..... Saat:	/....../..... Saat:	/....../..... Saat:	/....../..... Saat:									
6	HAVA YOLU AÇIKLIĞINDA YETERSİZLİK	-Hastanın hava yolu açıklığının sağlanarak etkili ve yeterli solunumun sürdürülmesi									Solunum hızı, ritmi , solunum sesleri, öksürük ve sekresyonun özelliği değerlendirilir.																	
														Varsa hava yolu tıkanıklığına neden olan faktörler tanımlanır.														
														Hastaya derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilir.														
														Hastaya semifowler/fowler pozisyonu verilir.														
														Hastaya postural drenaj uygulanır.														
														Hasta yeterli sıklıkta aspire edilir.														
														Yeterli hidrasyon sağlanır.														
														Doktor istemine göre hastaya O2, Bronkodilatör, Ekspektoran, Steroid ve Antibiyotik gibi ilaçlar verilir.														
7	KONSTİPASYON / KONTOPASYON RİSKİ	-Normal barsak alışkanlığı kazandırmak -Konstipasyon gelişmesini önlemek									Hastaneye yatmadan önceki defekasyon alışkanlığı sorgulanır.																	
														Diyette lifli, bol posalı gıdalar tercih edilir.														
														Kontrendikasyon olmadıkça bol su/sıvı alması önerilir.														
														Barsak boşaltımı için uyarıcı olması nedeniyle hastanın ılık su içmesi önerilir.														
														Defekasyon için düzenli zaman belirlenir.														
														Düzenli egzersiz yapmanın önemi ve gerekliliği anlatılır.														
														Mümkün olduğunca erken mobilizasyon sağlanır.														
														Hekim istemine göre hasta mahremiyetine dikkat edilerek laksatif uygulanır.														

NO	HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ / HEDEF	Uygulama Zamanı (Tarih)								HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	PLANLAYAN HEMŞİRE	UYGULAYAN HEMŞİRE	Değerlendirmeler (Tarih)																		
			.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:				.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:													
8	ETKİSİZ SOLUNUM ÖRÜNTÜLERİ	-Solunum hızı ve akciğerlerdeki gaz değişiminin normal sınırlarda olmasını sağlamak									Hastanın vital bulguları alınır. Solunum parametresi ile ilgili değişiklikler doktora haber verilir.																					
														Hastaya semifowler/fowler pozisyonu verilir.																		
															Doktor isteminde O2 desteği sağlanır.																	
															Hastanın O2 satürasyonu değerlendirilir.																	
															Altta yatan neden araştırılarak nedene yönelik girişimlerde bulunulur.																	
															Yapılan işlemler hakkında bilgi verilerek hastanın anksiyetesi azaltılır.																	
															Hipoventilasyon durumunda;																	
															* Derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılır. Gerektiğinde fizyoterapistten destek alınır.																	
															* Postural drenaj yapılır.																	
															* Hasta spirometre ile çalışması için teşvik edilir.																	
															* Akciğer sesleri dinlenir. Eğer solunum seslerinde bir değişiklik var ise hekime haber verilir.																	
															* Dr istemine göre ekspektoran ya da bronkodilatör ilaçlar verilir.																	
															* Kan gazı alınarak hastanın solunumsal parametreleri değerlendirilir. Doktor tarafından uygun görülen girişimler yapılır.																	
															* Gerektiğinde hastaya NTA ve CPAP uygulanır.																	
															* AÇT takibi yapılır. İdrar miktarı ve yoğunluğu kayıt edilir.																	
															* Olası entübasyon için hazırlık yapılır, hekim istemine göre solunum tedavisine yardımcı olunur.																	
															Hiperventilasyon durumunda;																	
															* Verilen havanın tekrar solunmasını sağlamak için kağıt torba kullanılır .																	
															* Nefes alıp verme egzersizleri yaptırılır.																	
															* Bilinçli bir solunum kontrolü yaparak, hiperventilasyonla başa çıkması öğretilir.																	
															* Olası fiziksel ve emosyonel nedenler ile etkili baş etme yöntemleri geliştirilir.																	
															* Doktor istemine göre uygun ilaçlar verilir (sedatize edici, sakinleştirici) .																	

NO	HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ / HEDEF	Uygulama Zamanı (Tarih)								HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	PLANLAYAN HEMŞİRE	UYGULAYAN HEMŞİRE	Değerlendirmeler (Tarih)								
			.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:				.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:			
9	SIVI VOLÜM FAZLALIĞI	-Sıvı volüm dengesinin düzeltilmesi -Ödemde azalma -Sıvı volüm fazlalığına bağlı komplikasyonları önleme									Sıvı volüm fazlalığı belirti ve bulguları değerlendirilir.											
														Sıvı volüm artışına neden olan risk faktörleri izlenir ve kontrol altına alınır.								
														Sıvı volüm fazlalığına yönelik;								
														* Aldığı- çıkardığı sıvı takip edilir, değerlendirilir ve kaydedilir,								
														* Günlük kilo takibi yapılır,								
														* Asit varsa karın çevresi ölçülür ve kaydedilir,								
														* Günlük yaşam aktivitelerine yardım edilir,								
														* Bacaklar, ayaklar, tibya ve sakrum üzerindeki bölgeler palpe edilerek ödemin varlığı değerlendirilir.								
														Ödem var ise deri basınç ülseri belirtileri açısından izlenir.								
														* 2 saatte bir pozisyon verilir.								
														* Venöz birikim ve venöz staz bulguları değerlendirilir,								
														* Ödemli ekstremitte kontrendike değilse kalp seviyesinden yüksekte tutulur,								
														* Ödemli cilt travmadan korunur,								
														* Akciğer sesleri ile ilgili veriler değerlendirilir,								
														* Damar yolu açık tutulur gerekirse hasta CVP uygulaması için hazırlanır,								
														* Hekim istemine göre vücut ısısı, nabız, kan basıncı ve CVP takibi yapılır.								
														Laboratuvar bulguları takip edilir.								
10	ÖZBAKIM EKSİKLİĞİ	-Hastanın kendi kendine bakım gereksinimlerinin karşılanması (beslenme,banyo,giyinme, wc ye gitme)									Özbakım eksikliğine neden olan faktörler belirlenir.											
											Hastanın günlük yaşam aktivitelerine en üst düzeyde katılımı sağlanarak benlik saygısı ve kendi kendine karar verme yeteneği geliştirilir.											
											Özbakım eksikliği hakkındaki duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir.											
											Hasta bağımsız olma konusunda cesaretlendirilir ve özbakım aktivitelerine yardım edilir											
											Hastanın hastanede yattığı sürece verilen bakımlarına refakatçi/aile katılımı sağlanır											

NO	HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ / HEDEF	Uygulama Zamanı (Tarih)								HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	PLANLAYAN HEMŞİRE	UYGULAYAN HEMŞİRE	Değerlendirmeler (Tarih)															
			.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:				.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:										
11	BEDEN ISISINDA DEĞİŞİM / HİPERTERMİ	-Hastanın beden ısısının normal seviyede olması -Hipertermi belirti ve bulgularının olmaması									Hastada hipertermiye neden olan faktörler değerlendirilir.																		
														Hastanın vital bulguları kontrol edilir.															
														Beden ısısı yükseldiğinde daha sık aralarla ateş ölçümü yapılır.															
														Hastaya soğuk uygulama yapılır(ılık duş, soğuk kompres, vb).															
														Solunum yollarının açıklığı ve devamlılığı sağlanır.															
														Gerektiğinde terleme ile kayıpları önlemek için İ.V. sıvı replasmanı yapılır.															
														Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır.															
														Hastanın mental durumu yakından izlenir.															
														Hastadan Doktor istemine göre kültür alınır .															
														Hastanın ince giyinmesi sağlanır.															
														Hastaya ve yakınlarına hipertermi gelişmesine neden olan faktörler hakkında bilgi verilir.															
														Çok sıcak havalarda meydana gelebilecek hipertermiyi önlemek için;															
														* Kişiye hava koşullarına uygun giyinmesi önerilir.															
														* Bol ve açık renk giysiler tercih etmesi önerilir.															
														Doktor istemine göre antipretik ilaçlar uygulanır.															
12	BEDEN ISISINDA DEĞİŞİM / HİPOTERMİ	-Hastanın beden ısısının normal seviyede olması -Hipotermi belirti ve bulgularının olmaması									Hipotermiye neden olan faktörle belirlenir ve hastanın vital bulguları kontrol edilir.																		
														Sakıncası yoksa hastanın sıcak sıvı tüketmesi sağlanır.															
														Hastanın kalın kıyafetler giymesi sağlanır.															
														Hasta ve ailesine hipotermiye neden olan faktörler açıklanır.															
														Hava yolu açıklığının devamı sağlanır.															
														Ritim bozuklukları açısından hasta gözlemlenir, gerekirse hekime haber verilir.															
														Hastanın laboratuvar bulguları yakından izlenir (Kan şekeri, Bun, elektrolit değerleri, vb.).															

NO	HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ / HEDEF	Uygulama Zamanı (Tarih)								HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	PLANLAYAN HEMŞİRE	UYGULAYAN HEMŞİRE	Değerlendirmeler (Tarih)																	
			.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:				.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:	.../.../..... Saat:											
13	UYKU DÜZENİNDE BOZULMA RİSKİ	-Hastanın uyku düzenini sağlamak.									Hastanın uyku alışkanlığı ve uyku gereksinimi belirlenir.																				
														Hastanın uykusunu etkileyen durumlar ve normal uyku örüntüsü belirlenir.																	
														Hasta hastalık süreci ile ilgili bilgilendirilir.																	
														Uyku ve dinlenme dönemlerinde eklemlerin uygun pozisyonunda olması sağlanır.(örn: kolların ve kalçanın yastıkla desteklenmesi)																	
														Hasta odasına giren çıkan kişilerin sayısı kısıtlanır.																	
														Dinlendirici, sessiz ve sakin ortam oluşturulur.																	
														Uyku-uyanık olma dönemleri düzenlenir.																	
														Hasta, durumu stabil ise vital bulgu alımı için uyandırılmamalıdır.																	
														Tedavi ve vital bulgu takibi hastanın uyuma düzenine göre ayarlanır.																	
														Hastanın uyumadan önce idrar yapması sağlanır.																	
														Hastanın yatmadan önce sıvı alımı kısıtlanır.																	
														Hastanın gündüzleri uyanık kalması için aktivite programı hazırlanır.																	
														Hastanın uykuya dalmasını kolaylaştıracak girişimler planlanır(ılık süt içme, bitki çayları, kitap okuma, vb.).																	
														Öğleden sonra kafeinli içeceklerin alımı kısıtlanır.																	
														Hastanın uyuma ve uyanma saatlerine uyması sağlanır.																	
														Dispne var ise hastaya uygun pozisyon verilerek daha rahat nefes alması sağlanır.																	
														Ağrı var ise kontrol altına alınır (Ağrı bakım planı uygulanır).																	
														Hasta soru sorması için cesaretlendirilir, korkularını ifade etmesi sağlanır.																	
														Doktor istemine göre sedatifler verilir.																	

[illegible]

[illegible]