



**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ**

**EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR
DERSİ
UYGULAMA FORMU**

ADI SOYADI :.....
NUMARASI :.....

ÖNSÖZ

Ebelikte Temel İlke ve Uygulamalar dersi; öğrencilerin mesleğin temel kavramlarını, etik değerlerini ve bakım ilkelerini öğrenerek mesleki kimlik gelişimlerine sağlam bir temel oluşturmalarını amaçlamaktadır. Bu ders kapsamında öğrencilerin temel bakım uygulamalarını doğru teknikle gerçekleştirebilmesi, güvenli hasta bakımı ilkelerini benimsemesi ve profesyonel sorumluluk bilinci geliştirmesi hedeflenmektedir.

Ders sürecinde; asepsi ve antisepsi ilkeleri, enfeksiyon kontrolü, yaşam bulgularının değerlendirilmesi, temel bakım girişimleri ve hasta güvenliği konularında kuramsal bilgi sunulmakta; bu bilgiler uygulama ortamında pekiştirilmektedir. Öğrencilerin bakım sürecini sistematik biçimde öğrenmeleri ve mesleki uygulamalarını etik ilkelere uygun şekilde gerçekleştirmeleri beklenmektedir.

Bu form, uygulama sürecinde gerçekleştirilen temel bakım uygulamalarını planlamanız, değerlendirmeniz ve mesleki gelişiminizi izleyebilmemiz amacıyla hazırlanmıştır. Aynı zamanda mesleki gözlem, sorumluluk alma ve ekip çalışmasına uyum becerilerinizi desteklemeyi hedeflemektedir.

Ebelik Bölümü olarak, bu dersin mesleki yolculuğunuzda güçlü bir başlangıç olmasını temenni eder; uygulama sürecine katkı sağlayan tüm sağlık ekibine teşekkür ederiz.

Öğr. Gör. Dr. Benay OĞUZ

EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR DERSİ DERS ÖĞRENME ÇIKTILARI

No	Öğrenme Çıktısı
1	Mesleki temel kavramları bilir, ebelik, çevre, sağlık/hastalık ve insan kavramları arasındaki ilişkiyi kurabilir
2	Bireyin yaşam bulgularını doğru olarak ölçebilir, normal olmayan yaşam bulgularında uygun ebelik bakımını uygulayabilir
3	Yaşam aktivitelerinin sürdürülmesine yönelik sorunları belirleyebilir, bu sorunlara ilişkin uygun ebelik girişimlerini planlayabilme, uygulayabilir ve değerlendirebilir
4	Sağlıklı/hasta bireyin bakımında ebelik sürecini etkin biçimde uygulayabilir
5	Oral, lokal ve parenteral ilaçları uygulayabilir
6	Bireyin yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması ve sürdürülmesine yönelik, enteral ve parenteral yoldan beslenme gereksinimini yerine getirebilir
7	Medikal ve cerrahi asepsi tekniklerini uygulayabilir, enfeksiyonu önlemeye yönelik ebelik girişimlerini uygulayabilir

EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR DERSİ EUÇEP YETKİNLİKLERİ

Bu dersi başarıyla tamamlayan öğrenci;

1. Mesleki Bilgi Yetkinliği

1. Ebelik mesleğinin temel kavramlarını, rollerini ve sorumluluklarını açıklar.
2. Sağlık, hastalık ve bakım kavramlarını bütüncül yaklaşımla tanımlar.
3. Ebelik bakım sürecinin basamaklarını (tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme) açıklar.
4. Asepsi, antisepsi ve enfeksiyon kontrol ilkelerini açıklar.

2. Mesleki Beceri Yetkinliği

5. Temel yaşam bulgularını doğru teknikle ölçer ve kaydeder.
6. Asepsi ve steril teknik ilkelerine uygun uygulama yapar.
7. Güvenli hasta bakımı için temel klinik uygulamaları gerçekleştirir.
8. Hasta güvenliği ilkelerine uygun bakım sunar.

3. Mesleki Tutum ve Değerler

9. Mesleki etik ilkelere uygun davranır.
10. Bireyin mahremiyetine ve insan onuruna saygı gösterir.
11. Ekip çalışmasına uyum sağlar.
12. Mesleki sorumluluk bilinci geliştirir.

4. İletişim ve Danışmanlık

13. Birey ve aile ile etkili iletişim kurar.
14. Sağlık eğitimi sürecinin temel ilkelerini açıklar ve uygular.

5. Kanıta Dayalı Yaklaşım

15. Temel bilimsel bilgiye dayalı bakım uygular.
16. Mesleki uygulamalarda güncel bilgiye ulaşmanın önemini kavrar.

DERSİN AMACI: Ülke gereksinimleri doğrultusunda, öğrenciye sağlıklı/hasta bireyin bakımı ile ilgili temel kavram ve ilkeleri öğretmek, birey/aile/toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi, sağlık sorunlarının tanınması, uygun girişimlerin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesinde gerekli bilgi ve beceriyi kazandırmaktır.

DERSİN UYGULANIŞ BİÇİMİ: Uygulama Perşembe günü kurumların çalışma saatleri kapsamında yapılır. Derse devam durumu, Balıkesir Üniversitesi Ön Lisans Ve Lisans Eğitim-Öğretim Ve Sınav Yönetmeliği kapsamında değerlendirilir.

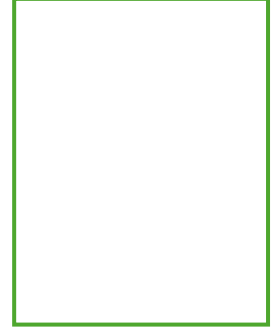
DEĞERLENDİRME: Dersin değerlendirilmesi, Balıkesir Üniversitesi Ön Lisans ve Lisans Eğitim-Öğretim Ve Sınav Yönetmeliğinde belirtildiği doğrultuda yapılır.

BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR DERSİ
KLİNİK UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı- Soyadı:

Öğrenci No:

Öğrenci Fotoğrafı



Staj Başlangıç-Bitiş Tarihi:

	Puan	Öğrenci notu
1- Genel Görünüm		
Mesleki görünüme uyma (saç, tırnak, kıyafet, ayakkabı, küpe, yüzük)	5	
Mesleki davranış ilkelerine uyma (çalışma ortamındaki davranışlar: yüksek sesle konuşma, sigara içme, uygunsuz şekilde oturma v.b.)	5	
Mesleki iletişim ilkelerine uyma (Uygun hitap, kendini tanıtmak, etkili dinleme vb)	5	
Bireyi/hastayı teslim alıp verme	5	
Gereksinimi olduğunda sağlık ekibi üyelerinden (öğretim elemanı, ebe, hekim, arkadaş) yardım isteme/ Sağlık ekibi üyelerine yardım etme	5	
Öğrenme ve araştırmaya istekli olma	5	
Birey/ hasta/ailede meydana gelen her türlü değişikliği hekim/ hemşire/ebe veya öğretim elemanına bildirme	5	
2- Ebelik Bakım Süreci / Bakım Planı		
Tanımlama (Sorun saptama, Veri toplama formlarını eksiksiz doldurması, NANDA'ya göre tanı koyması)	10	
Planlama (Öncelikleri belirlemesi, Amaçları belirleme, Sonuç kriterlerini belirleme, Girişimleri belirlemesi)	10	
Uygulama (Belirlediği girişimleri uygulaması)	5	
Değerlendirme (hedefe uygun değerlendirme yapması, sonuca göre planda gerekli değişiklik yapması)	5	
3- Temel Klinik Becerilerde İşlem Değerlendirme		
Ellerini yıkama	5	
İşlemi hastaya açıklama	5	
Tıbbi/ cerrahi asepsi ilkelerine uyma	5	
İşlemleri beceri basamaklarına uygun yapma	5	
Hastaya uygun pozisyon verme	5	
Malzemeyi ortamdan uzaklaştırma	5	
Kaydetme	5	
Toplam Puan	100	

Öğretim Elemanı/Mentör Adı ve Soyadı:

BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
EBELİKTE TEMEL UYGULAMALAR DERSİ
HASTA TANILAMA FORMU

Formu Hazırlayan: Doç. Dr. Hale TOSUN

Öğrencinin Adı-Soyadı:	
Anabilim/ Bilim Dalı:	Formun Doldurulduğu Tarih/ Saat:
Servis:	Yatak No:
TANITICI ÖZELLİKLER	
Adı Soyadı:	Kiminle Yaşıyor:
Cinsiyeti:	Yaşadığı Şehir:
Yaşı:	Sosyal Güvencesi: () Var () Yok
Medeni Durumu:	Kan Grubu:
Eğitim Düzeyi:	Daha önce kan transfüzyonu yapıldı mı? Hayır..... Evet(Tarih:.....)
Mesleği:	ALERJİSİ: () Var.....[Yiyecek (), ilaç ()], Yok () Bilinmiyor ()
Adresi ve Telefonu:	BULAŞICI HASTALIK: () Var..... () Yok () Bilinmiyor
Acil Durumda Aranacak Kişi/ Yakınlığı/ Telefon No:	HEKİMİ:
Veri Toplama Kaynağı:	
HASTALIK ÖYKÜSÜ	
Yatış Tarihi/ Saati:	Geliş Şekli: () Yürüyerek () Sedyeye () Tekerlekli sandalye () Diğer
Çıkış Tarihi/ Saati:	Geldiği Yer: () Ev () Y.Bakım () Acil ()Kliniği () Diğer.....
Ameliyat Tarihi:	
Yatış Nedeni (Hastanın en önemli şikayeti ve ifadesi):	
Sorunun Başladığı Zaman ve Süresi:	Tıbbi Tam:
Adli Vaka: () Evet () Hayır	
SAĞLIK HİKAYESİ	
Geçirdiği hastalık/ hastalıklar:	
<u>Türü</u>	<u>Zamanı</u>
.....	
.....	
Daha önce hastaneye yattı mı? () Hayır () Evet Nedeni:	
Sürekli kullandığı ilaçlar:	
<u>Adı</u>	<u>Dozu (Sıklık)</u>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
SOY GEÇMİŞİ (HASTALIKLAR, ÖLÜM NEDENLERİ VS.)	
Hastalıklar: (diabet, kanser, kalp hst, inme, akciğer hst, tbc, astım, böbrek hst, epilepsi, psikiyatrik sorunlar..vb.)	
Anne:	Kardeş:
Baba:	Yakın akraba:
ALİŞKANLIKLARI	
() Sigara..... adet/ ...gün	() Alkol..... ml / ...gün /hafta/...ay
() Diğer (Madde, ilaç...vb.)	
Aile İle Görüşme (Hasta Yanında Görüşülmeyecek)	
-Hastalık Hakkında Bilgileri:	
-Hastanın Önemli Sorunları- Gereksinimleri:	
-Evdeki Bakım Olanakları:	

HASTADAN TESLİM ALINAN İLAÇ/MALZEME/ÖZEL EŞYA: () Yok () Var.....

TIBBİ TANISI:

Bireyin hastaneye kabul tıbbi tanısını literatür bilgileri doğrultusunda aşağıdaki başlıklar atında kısaca açıklayınız.

Hastalığın Tanımı:

Belirti-Bulgular:

Tedavisi:

Risk Faktörleri:

Komplikasyonları:

Prognoz:

BİREYİN TEMEL LABORATUAR DEĞERLERİ (Hasta izlemi sırasındaki değerleri alınacaktır)

Laboratuar Testleri	Normal Değerler	Hastanın Değerleri	Anormal Değerlerin Nedeni
WBC			
RBC			
Hct			
Hb			
Trombositler			
BUN			
Kreatin			
Na			
INR PT APTT } takibi varsa			
İdrar Testi			
HgbA1c			
AKŞ			
DİĞER TESTLER			

İLAÇ TEDAVİSİ

ALERJİLERİ:

İlacın Ticari İsmi/Jenerik Ve Dozları	İlacın Kullanım Dozu/Sıklık/ Veriliş Yolu	Endikasyon/İlacın Kullanım Nedeni	Kontraendikasyon/İlacın Yan Etkileri	İlaç Tedavisinde Dikkat Edilecek Noktalar

YAŞAM AKTİVİTELERİ (YAŞAM MODELİ)
1. GÜVENLİ ÇEVRE SAĞLAMA VE SÜRDÜRME AKTİVİTESİ

OBJEKTİF

1. Mental Durumu:

Bilinci: () Açık () Bulanık () Kapalı

2. Duyu Organları:

- Görme: Pupilla: Sağ: Normal..... Anormal..... Sol: Normal..... Anormal.....
Gözlük: Evet..... Hayır..... Kontakt Lens: Evet..... Hayır.....
- Duyma: Sağ Kulak: Normal..... Yetersiz..... Sağır..... Duyma Aracı: Evet..... Hayır.....
Sol Kulak: Normal..... Yetersiz..... Sağır..... Duyma Aracı: Evet..... Hayır.....
Duymayı etkileyen bir sorun var mı? (akıntı, kaşıntı vb.) Evet:....Hayır.....
- Dokunma: His kaybı (ısı, acı, ağrı, basınç vb.): Var:.....Yok:.....Tanımlayınız:.....
Cilt ısısı: Normal....Anormal....Tanımlayınız:.....
- Koklama: Koku alma duyusu: Var:.....Yok:.....Tanımlayınız:.....
Sağ Burun Deliği: Açık:.....Kapalı:.....Tanımlayınız:.....
Sol Burun Deliği: Açık:.....Kapalı:.....Tanımlayınız:.....
- Tat Alma: Tat alma duyusu: Var:.....Yok:.....Tanımlayınız:.....

3. Enfeksiyon riski

Enfeksiyon riski: Hayır () Evet () Tanımlayınız.....
IV tedavi/tüp/dren: Hayır () Evet ()

4. Ağrı

Ağrının yeri	Ağrının şiddeti
	0 AĞRIM YOK 2 ÇOK AZ VAR 4 BİRAZ VAR 6 OLDUKÇA FAZLA 8 ÇOK FAZLA 10 DAYANILACAK GİBİ DEĞİL
Ağrının niteliği	
Sızlama () Künt () Yanma ()	Gerilme () Zonklama () Acıma () Keskin () Sıkıştırma ()

Ağrı / Rahatsızlık: Hayır.....Evet.....Başlangıcı.....Süresi.....

Ağrının yayılışı:.....

Ağrı ile eşlik eden şikayetler/ yakınmalar olan faktörler:.....

Ağrıyı azaltan faktörler:.....

Ağrıyı arttıran faktörler:.....

Yara iyileşmesi ile ilgili herhangi bir sorunu var mı? Hayır:....Evet:....Tanımlayınız:.....

5. Düşme Riski

DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (HENDRICH II)		
Konfüzyon / Dezoryantasyon/ Oryantasyon Bozukluğu	☐	4 puan
Semptomatik / Depresyon	☐	2 puan
Boşaltım İhtiyacında Sorun	☐	1 puan
Baş Dönmesi	☐	1 puan
Cinsiyet (erkek)	☐	1 puan
Sandalyeden kalkma testi* (tek seçenek işaretlenecek)		
• Kollarını kullanmadan kalkabiliyor	☐	0 puan
• Kalmak için sandalye kolunu kullanıyor ve tek denemede kalkabiliyor	☐	1 puan
• Kalmak için sandalye kolunu kullanıyor ancak birden fazla deneme ile kalkabiliyor	☐	3 puan
• Yardım almadan kalkamıyor	☐	4 puan
Antiepileptik Grubu İlaç Kullanımı (Karbamezepin, Tegretol, Phenytoin, Eptantoin, Valporik Asit, Depakin, Pimidon, Mysoline, Lamotrigine, Lamictal, Phenobarbital, Luminal, Exhosuximid, Petimid)	☐	2 puan
Benzodiazepin Grubu İlaç Kullanımı (Alprazolam, Xanax, Buspiran, Buston, Chlordiazepoxid, Librium, Clonazepam, Rivotril, Clorazepatdipotasyum, Tranxilane, Diazepam, Diazem, Lorazepam, Rivotril, Midazolam, Dormicum, Oxazepam, Serapax)	☐	1 puan
TOPLAM PUAN		
RİSK ÖLÇÜMÜ	PUANLAMA	YAPILMASI GEREKEN FAALİYETLER
Risk yok	0-4	Haftada bir kez düşme riskini yeniden değerlendirin.
Yüksek Risk	5 ve üzeri	Her gün düşme riskini yeniden değerlendirin. Düşme olaylarını önlemeye yönelik girişimleri uygulayın.

TESPİT EDİCİ GEREKSİNİMİ		
Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı?	☐ Var ☐ Yok	“Var” ise kısıtlama altındaki bireye uygun ebelik girişimlerini uygulayın.

İZOLASYON		
Gereksinim var mı?	☐ Var ☐ Yok	“Var” ise izolasyon uygulanan bireye uygun ebelik girişimlerini uygulayın.
Varsa izolasyon şekli	☐ Temas ☐ Sıkı temas ☐ Damlacık ☐ Solunum ☐ Diğer	

ÇEVRESEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ			
☐ Hasta bilekliği takıldı	Oksijen sistemi	☐ Açık	☐ Kapalı
☐ Hasta ünitesi tanıtıldı	Pencereler	☐ Açık	☐ Kapalı
☐ Yatak kenarlıkları kaldırıldı	Yatak frenleri	☐ Açık	☐ Kapalı
☐ Yatak başı düzeni sağlandı	Refakatçi gereksinimi	☐ Var	☐ Yok

SUBJEKTİF

Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesi ile ilgili birey tarafından ifade edilen soru/sorunları ile tırnak içinde yazarak (‘ ‘) belirtiniz.

.....

Birey bu aktivitede;

☐ Bağımsız
 ☐ Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye)
 ☐ Bağımlı

2. İLETİŞİM

OBJEKTİF

Hasta kiminle yaşıyor?.....

İletişim şekline göre birey: İçer dönlük () Dışa dönlük () İyimsir () Karamsar () Kendisi ile barışık ()

Kullandığı dil (Lisanı):.....İletişime engel olacak duyuşal/nörolojik kusurlar (İşitme protezi, ses ptezi, vb.):.....

İletişim kurabilmek için herhangi bir araç-gerece (yazı tahtası, işitme cihazı, iletişim kartları) gereksinimi var mı? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Görüşme sırasında herhangi bir konuşma sorunu fark ettiniz mi? Hayır.... Evet..... Tanımlayınız:.....

Hasta, yakınları ile iletişim kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Hasta, diğer hastalar ile iletişim kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Hasta, sağlık ekibi üyeleri ile iletişim kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Konuşmayı engelleyecek bir sorunu var mı ya da bir girişim, tedavi uygulanmış mı? (disfazi, afazi, yüz travması, endotrekeal entübasyon, antideprasan ilaçlar vb.) Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Birey sorulan sorulara uygun yanıtlar veriyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Birey iletişim sırasında göz teması kuruyor mu? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Ağrı, dispne, güçsüzlük gibi bireyin iletişimini etkileyen fiziksel yakınmaları var mı? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Kaygı, kızgınlık, umutsuzluk, öfori gibi iletişimi etkileyen emosyonel bir durumu var mı? Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Hastaneye yatma, hastanın dini ibadetlerini etkiliyor mu? Hayır.....Evet.....

Bakımını sınırlayacak herhangi bir inancı var mı (diyet, kan transfüzyonu vb.) Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....

SUBJEKTİF

Hasta bireyin iletişim aktivitesine ilişkin açıklama/ soru/sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (‘ ‘) belirtiniz.

.....

Birey bu aktivitede;

☐ Bağımsız
 ☐ Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye)
 ☐ Bağımlı

3. SOLUNUM

OBJEKTİF

SOLUNUM SİSTEMİ:

Solunum Hızı:...../Dk. Abdominal.....Diyafragmatik.....

Derinliği: Yüzeysel....Derin....

Yardımcı solunum kaslarının kullanımı: Hayır...Evet....Tanımlayınız.....

Solunum ritmi:.....

Normal solunumunu sürdürebiliyor mu? Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....

Geçmişte solunumla ilgili her hangi bir problemi mevcut mu? Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....

Öksürük: YokVar.....Tanımlayınız.....

Balgam çıkarıyor mu? Hayır...Evet... Özelliklerini tanımlayınız:.....

Göğüs ağrısı: YokVar..... Tanımlayınız.....

Siyanoz: YokVar..... Tanımlayınız.....

Tırnak rengi:.....

Hemoptizi: YokVar..... Tanımlayınız.....

Solunum türü: Apne () Bradipne () Takipne () Hiperpne () Hipopne () Hiperventilasyon ()

Hipoventilasyon () Kusmual Solunum () Cheyne-Stokes Solunum () Dispne ()

Hipoksi () Anoksi ()

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM:

Nabız Hızı: Radyal:...../dk Apikal:...../dk.

Nabız ritmi: Düzenli.....Düzensiz.....

Nabız volümü:.....

Kan Basıncı: Sol Kol.....mmHg Sağ kol.....mmHg

Pozisyon: () Ayakta.....mmHg () Otururken.....mmHg () Yatarken.....mmHg

Siyanoz: Hayır...Evet....Yeri:.....

SUBJEKTİF

Hasta bireyin solunum aktivitesine ilişkin öksürük, solunum sıkıntısı vb. gibi soru/sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

Birey bu aktivitede;

☐ Bağımsız

☐ Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye)

☐ Bağımlı

4. BESLENME

OBJEKTİF

Boy:.....cm. Kilo:.....kg. Beden Kitle İndeksi.....

Genel görünümü: Kaşektik() Zayıf() Normal kilolu() Obez()

Günlük öğün sayısı:.....

Beslenmede ağırlıklı olarak tercih ettiği besin grupları (hoşlandığı besinler; protein, karbonhidrat, yağdan zengin besinler):.....

Son altı ayda kilo aldı mı? Evet (lütfen belirtiniz).....Hayır.....Bilinmiyor.....

Son altı ayda istemsiz kilo verdi mi? Evet (lütfen belirtiniz)..... Hayır.....Bilinmiyor.....

İştahını nasıl tanımlıyor? İyi....Yetersiz....Kötü.....

Herhangi bir diyet sınırlaması var mı? (Hastanın kendisinin uyguladığı / Hekimin önerdiği)Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Bir günde ortalama ne kadar sıvı alıyor?.....Su:.....bardak/gün Diğer:.....

Sevdiği ve sevmediği yiyecekleri tanımlayınız.....

Aşağıdaki durumlarla ilgili bir sorunu var mı?

Bulantı: Hayır....Evet....Tanımlayınız.....

Kusma: Hayır....Evet....Tanımlayınız.....

Yutma: Hayır....Evet....Tanımlayınız.....

Çiğneme: Hayır....Evet....Tanımlayınız.....

Beslenme aktivitesini etkileyen/etkileyebilecek bir inancı var mı? Hayır....Evet.... Tanımlayınız.....

Beslenme şekli: () Oral () Enteral () Parenteral

Beslenmeyi Engelleyen Faktörler: () Oral Lezyonlar () Ameliyat () Yutma Güçlüğü () Bilinç Durumu () Fiziksel Güçsüzlük () Diğer.....

SUBJEKTİF

Hasta bireyin beslenme aktivitesini etkileyen/alışkanlığını/tercihlerini etkileyen faktörleri kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

Birey bu aktivitede;

☐ Bağımsız

☐ Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye)

☐ Bağımlı

5. BOŞALTIM

OBJEKTİF

Bağırsak Boşaltımı:

Boşaltım gereksinimini farketme: Hayır...Evet:.....Artma:.....Azalma:.....
Boşaltım aciliyetinde değişim: Hayır...Evet:.....Artma:.....Azalma:.....
Miktarda herhangi bir değişim: Hayır...Evet:.....Artma:.....Azalma:.....
Dışkılama alışkanlığında değişim oldu mu? Hayır...Evet:.....Artma:.....Azalma:.....
Dışkının özelliği:
Konstipasyon: Hayır...Evet:.....Sıklık:..... TanımlayınızSüre:.....
Diyare: Hayır...Evet:.....Sıklık:..... TanımlayınızSüre:.....
Distansiyon: Hayır...Evet:.....Sıklık:..... TanımlayınızSüre:.....

SUBJEKTİF

Bağırsak Boşaltımı:

Hasta bireyin bağırsak boşaltım alışkanlığındaki değişimi, karşılaştığı sorunları kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz

İdrar Boşaltımı:

Boşaltım gereksinimini farketme: Hayır... Evet... Artma.....Azalma..... Süre:.....
Boşaltım aciliyetinde değişim: Hayır... Evet... Artma.....Azalma..... Süre:.....
Miktarda herhangi bir değişim: Hayır... Evet... Artma.....Azalma..... Süre:.....
Son bir ay içinde idrar alışkanlığında değişim oldu mu? Hayır...Evet:.....Artma:.....Azalma:.....Süre:.....
İdrarın özelliği:
Sıklık (Kez/Gün)..... Azalma.....Artma.....
Miktarı.....ml
Görünümü: Berrak..... Bulanık
Rengi: Amber/saman..... Koyu sarı.....
Diğer sorunlar (ağrı, yanma vb.):.....
Retansiyon: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

İdrar Boşaltımı:

Bireyin idrar boşaltım alışkanlığındaki değişimi, karşılaştığı sorunları kendi ifadeleri ile tırnak içinde (“ ”) gösteriniz.

Birey bu aktivitede;

☐ Bağımsız ☐ Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) ☐ Bağımlı

6. KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME

OBJEKTİF

Hijyen Alışkanlıkları:

- El yıkama: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
-Yüz temizliği: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
-Tırnak bakımı: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
-Ayak bakımı: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
-Saç banyosu: Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
-Ayak banyosu Sıklık.....Kullanılan Ürün:.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Tuvalet hijyeni: Kullanılan Ürün (tuvalet kağıdı, bez,ped vb.):.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Menstruasyon hijyeni: Kullanılan Ürün (tuvalet kağıdı, bez,ped vb.):.....Sorun: Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Giyinme/Kuşanma Alışkanlıkları: () İnce.....() Kalın.....() Mevsimine uygun.....

Giyisilerin görünümü: Temiz.....Kirli.....Tanımlayınız.....

Giyinme/soyunmada zorluk çekiyor mu?: Hayır...Evet.....Tanımlayınız.....

- Deri Muayenesi:

Sıcak....Soğuk....Nemli....Kuru.....
Turgor: Normal.....Dehidrate.....Diğer.....
Renk: Soluk.... Pembe.... Siyanotik.... Sarı.... Diğer.....
Basınç Yarası: Yeri:.....Büyüklüğü:.....Görünümü:.....Evresi:.....
Ödem: Yeri:.....Büyüklüğü:.....Görünümü:.....
Kızarıklık: Yeri:.....Büyüklüğü:.....Görünümü:.....
Tanılandığınız Diğer Deri Sorunları/Lezyonları: Yeri:.....Büyüklüğü:.....Görünümü:.....

- Mukoz Membran:

-Ağız: * Nemli....Kuru.... Renk: Beyaz:.....Soluk:.....Pembe:.....Kırmızı:.....Siyanoze:.....
* Diş: Sorun var mı? (çürük, dolgu, protez vb?): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
* Diş Eti: Sorun var mı? (kızarıklık, kanama, çekilme vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
* Dil: Sorun var mı? (kuru, kırmızı, paslı, çatlak, beyaz vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
* Dudak: Sorun var mı? (kuru, kırmızı, çatlak, beyaz vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

- Göz:** Kızarıklık, kaşıntı, akıntı vb. sorun var mı? Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
- Kulak:** kaşıntı, akıntı vb. sorun var mı? Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
- Burun:** Kızarıklık, tahriş vb. sorun var mı? Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
- Tırnak:** Sararma, batma, enfeksiyon vb sorun var mı? Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
- Saç:** Sorun var mı? (kepek, kellik, bit vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....
- Ayak:** Sorun var mı? (kuruma, nasır, çatlama vb.): Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

BASINÇ YARASI RİSK FAKTÖRLERİ			
☐ Obezite	☐ Ödem	☐ Steroid kullanımı	☐ Travma
☐ Beslenme bozukluğu	☐ Anemi	☐ Hipotermi	☐ Anoreksia
☐ Diyabet	☐ Hipotansiyon	☐ Hipotermi	☐ Serambo Vasküler Olay
☐ Yaşlılık	☐ Tüp ile beslenme	☐ Yatağa bağımlılık	☐ Periferik vasküler hastalık
☐ Zayıflık	☐ Hareket kısıtlılığı	☐ Büyük ameliyat	

BASINÇ YARASI RİSKİNİ DEĞERLENDİRME (NORTON SKALASI)										
Fiziksel durum	Puan	Mental durum	Puan	Aktivite	Puan	Mobilité	Puan	İnkontinans	Puan	TOPLAM
İyi	4	Açık/ Uyanık	4	Yürüyor	4	Tam	4	Yok	4	
Orta	3	Apatik-İlgisiz	3	Yardımla yürüyor	3	Sınırlı	3	Bazen	3	
Kötü	2	Konfüze	2	Sandalyeye bağımlı	2	Çok sınırlı	2	Genellikle idrar	2	
Çok kötü	1	Stupor	1	Yatağa bağımlı	1	Hareketsiz	1	İdrar ve gaita	1	
RİSK ÖLÇÜMÜ			PUANLAMA			YAPILMASI GEREKEN FAALİYETLER				
Risk yok			12 ve üzeri			Haftada bir kez basınç yarası riskini yeniden değerlendirin. Basınç yarasını önlemeye yönelik girişimlere devam edin.				
Yüksek Risk			1-11			Hergün basınç yarası riskini yeniden değerlendirin. . Basınç yarasını önlemeye yönelik girişimlere devam edin.				

SUBJEKTİF

Hasta bireyin kişisel temizlik ve giyinme aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

Birey bu aktivitede;

- ☐ Bağımsız ☐ Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) ☐ Bağımlı

7.VÜCUT SICAKLIĞININ KONTROLÜ

OBJEKTİF

Ortam sıcaklığı tercihi: Sıcak..... Normal (Ilık).....Soğuk.....

Hastane ortamı dışında (ev gibi) kendi vücut sıcaklığını kontrol ediyor mu?: Evet:.....Hayır:.....

Birey, vücut sıcaklığının normal aralıklarını biliyor mu? Biliyor:.....Bilmiyor:.....

Vücut sıcaklığı:.....°C; Oral.....Rektal.....Aksillar.....Timpanik.....Temporal.....

Hasta ortam/çevre sıcaklığına uygun giysiler giymiş miydi?Evet....Hayır...Tanımlayınız.....

SUBJEKTİF

Hasta bireyin beden sıcaklığını kontrolü aktivitesine ilişkin soru/sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz

Birey bu aktivitede;

- ☐ Bağımsız ☐ Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) ☐ Bağımlı

8. HAREKET

OBJEKTİF

Genel yaşam tarzınız: Aktif....Sedanter (Sakin).....

Harekette zorlanma: Hayır.... Evet.... Tanımlayınız (zamanı, yeri).....

Hareket ederken vücut mekaniğine dikkat ediyor mu? Evet.....Hayır.....

Hareket etmesini engelleyen herhangi bir fiziksel/mental engeli var mı?

Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....

Düzenli olarak egzersiz/spor yapıyor mu? (yürüyüş, yüzme vb.) Hayır...Evet...Tanımlayınız.....

Yorgunluk hali: Hayır.... Evet.... Tanımlayınız (süresi, zamanı).....

Hareketine yardımcı araç/gereç kullanıyor mu? ? Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....

Ekstremitte kaybı: Hayır.... Evet....Yeri.....
Hasta kendi kendine kolaylıkla hareket edebiliyor mu?(Dönme, Yürüme) Evet....Hayır....Sınırlamaları Tanımlayınız.....
Denge: Normal.....Ayakta duramama.....Sendeleme.....Tanımlayınız.....
Postür: Normal...Kifoz...Lordoz...Diğer.....
Doğru vücut postürü sağlamak için kullanılan araç-gereçler? Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....
Şekil bozukluğu (kontraktür, eklem kısıtlılığı, çekilme, kasılma vb) Hayır....Evet... Yeri.....Tanımlayınız.....
Hasta bireyin hareket etmesine yardımcı araçlar: (atak Kenarlıkları, Trapez, Çengel, Yürüyüş Kemeri, Kaydırma Tahtası, Kaldıraç, Asansör, Çarşaf, Sıra, Kum Torbaları, Trokanter Rulolar, Walker, Koltuk Değneği,vb.): Hayır.....
Evet.....Tanımlayınız.....
Hasta bireyin hareketini destekleyen yardımcı araçlar: (Baston, koltuk değneği, yürüteç, vb.) Hayır..Evet...Tanımlayınız.....
Hastaya uygulanan egzersiz türü? İzotonik egzersiz.....İzometrik egzersiz.....İzokinetik egzersiz.....
Hareket sırasında güvenlik önlemlerinin (yatak kenarlığı, tespit ediciler vb.) alınmasına gereksinim var mı?
Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....
Dinlenme sırasında basınç bölgelerinin desteklenmesi gerekir mi? Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....
Tremor: Hayır....Evet....Tanımlayınız.....
Traksiyon / Alçı / Splint/Korse/Boyunluk Varlığı: Hayır....Evet.... Tanımlayınız.....
Paralizi Varlığı: Hayır.... Evet....Yeri.....
Fizik tedavi alıyor mu?: Hayır.....Evet:.....

SUBJEKTİF

Hasta bireyin hareket aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak yazarak (“ ”) içinde belirtiniz.

Birey bu aktivitede;

☐ Bağımsız ☐ Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) ☐ Bağımlı

9. ÇALIŞMA VE EĞLENME

OBJEKTİF

Geliri gider durumu () Gelir gidere eşit () Geliri giderinden az () Geliri giderinden fazla

Çalışma durumu:.....saat/gün.....

Boş zamanlarını değerlendirme biçimi:.....

Son bir aydır sağlık sorununa bağlı olarak normal günlük işleri aksadı mı?(Ev İşi, Çalışma Hayatı): Hayır....Biraz....Evet.....

Son bir aydır fiziksel sağlığı ve ruhsal sorunları sosyal aktivitelerini/hobilerini engelledi mi? Hayır....Evet.... Tanımlayınız.....

Çalışıyorsa, son 6 aydır sağlığı yüzünden işe gidemediği oldu mu? Hayır...Evet.... Kaç Gün:.....

Boş zamanlarını değerlendirme biçimi:.....

SUBJEKTİF

Hasta bireyin çalışma ve eğlenme aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak yazarak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

Birey bu aktivitede;

☐ Bağımsız ☐ Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) ☐ Bağımlı

10. CİNSELLİĞİ İFADE ETME

OBJEKTİF:

Genel görünümü kimliği ile uyumlu mu: Evet....Hayır...Tanımlayınız.....

Görüşmede soruları cevaplama durumu: () Girişken.....() Çekingen.....() Utangaç.....() Saldırgan.....

KADIN

-Düzenli meme muayenesi: Yapıyor.....yapmıyor.....Bilmiyor.....

-Menstruasyon siklusü: Düzenli.....Düzensiz..... Sıklığı.....

-Kullandığı ürünün (ped, bez vb.) gün içindeki sayısı

-Menstruasyon öncesinde yaşadığınız sorunlar var mı: Hayır.....Evet.....Tanımlayınız.....

-Menstruasyon sırasında yaşadığınız sorunlar: Ağrı () Aşırı kanama () Halsizlik () Bulantı/kusma ()

-Menopoza girdi mi? Evet.....Hayır.....

-Menopoza girdi ise ne zaman? (yıl).....

SUBJEKTİF

Hasta bireyin cinselliği ifade etme aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

Birey bu aktivitede;

☐ Bağımsız ☐ Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye) ☐ Bağımlı

11. UYKU VE DİNLENME

OBJEKTİF

Genel uyku alışkanlıkları: Gece.....St/Gün.....Gündüz.....St/Gün.

Şekerleme: Hayır...Evet...Zamanı ve süresi.....

Kendini dinlenmiş hissediyor mu? Hayır....Evet....Tanımlayınız.....

Gün boyunca uyku hali var mı? Hayır.....Evet..... Tanımlayınız.....

Uyurken kaç yastık kullanır?:.....

Uykuyu sağlamak için kullandığı metodları tanımlayınız (süt içme, müzik dinleme, kitap okuma, sessiz ortam, tv seyretme vb.):

Hastanede kalışı süresince uyku hijyeni ile ilgili bir değişiklik oldu mu?

-Uykuya dalmada güçlük: Hayır.... Evet..... Nedeni.....

-Sabah çok erken uyanma: Hayır.... Evet.... Nedeni.....

-Sık sık uyanma: Hayır.... Evet.... Nedeni.....

-Uykusuzluk: Hayır.... Evet.... Nedeni.....

-Dinlenememe: Hayır.... Evet.... Nedeni.....

Ağrı, hareket güçlüğü , sık idrara çıkma gibi bireyin uykusunu etkileyen biyo-fizyolojik faktörler var mı?

Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Korku, stres, kaygı gibi bireyin uykusunu etkileyen duygusal faktörler var mı?

Hayır.... Evet.... Tanımlayınız:.....

Gürültü, ışık, ısı, hastanede kahvaltı saatleri, tedavi saatleri, tedavi için kullanılan araç-gereçler gibi uykusunu etkileyen çevresel

faktörler var mı? Hayır.....Evet.....Tanımlayınız:.....

SUBJEKTIF

Hasta bireyin uyku ve dinlenme aktivitesine ilişkin soru/ sorunlarını, etkileyen faktörleri kendi ifadeleri ile tırnak içinde yazarak (“ ”) belirtiniz.

Birey bu aktivitede;

☐

Bağımsız

☐**Yarı Bağımlı (Yardımcı araca/ kişiye)**☐

Bağımlı

BELİRLENEN TANILARI :

[illegible]

ÖĞRENCİ ADI- SOYADI

BAKIM PLANI

Yatak No:

Hastanın Adı-Soyadı:

Servisi :

TARİH	TANILAMA	PLANLAMA		UYGULAMA		DEĞERLENDİRME
	TANI (İlişkili faktör ve semptomlar ile birlikte)	AMAÇ	GİRİŞİMLER	SAAT	İMZA	