



YOĞUN BAKIM HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI PLANI

Dokuman No:	YBH.PL.02
Yayın Tarihi:	15.12.2014
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	2/1

Hastanın Adı Soyadı:

Yatak No:

Teşhis:

Tarih:...../...../.....

HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	HEMŞİRELİK İZLEMİ	DEĞERLENDİRME
Hipotermi	Hipotermiyi önleme Hastanın beden ısısını normal düzeye getirme	Hipotermiyi neden olan faktörle belirlenir.	
		Hastanın vital bulguları sık sık kontrol edilir.	
		Sakıncası yoksa hastanın sıcak sıvı tüketmesi sağlanır.	
		Hastanın kalın kıyafetler giymesi sağlanır.	
		Hastanın ısınması için elektrikli battaniye kullanılır.	
		Hasta ve ailesine hipotermiyi neden olan faktörler açıklanır.	
		Hastanın idrar out-putu yakından izlenir.	
		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.).	
Hipertermi	Hastanın beden ısısının normal seviyede olması, Hipertermi belirti ve bulgularının olmaması	Hastada hipertermiyi 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 Dr. İstemine göre kültür alınır.	
		Hastanın ince giyinmesi sağlanır.	
Hastaya ve yakınlarına hipertermi gelişmesine neden olan faktörle hakkında bilgi verilir.			
Dr istemine göre antipretik ilaçlar uygulanır.			



YOĞUN BAKIM HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI PLANI

Dokuman No:	YBH.PL.02
Yayın Tarihi:	15.12.2014
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	2/2

HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	HEMŞİRELİK İZLEMİ	DEĞERLENDİRME
Doku Bütünlüğünde Bozulma/Riski	Deri bütünlüğünü korumak ve sürdürmek. Dekübütüs oluşumunu önlemek	<p>Hastanın hastaneye kabulü takiben 1 saat içerisinde bası yarası geliştirme riski açısından değerlendirilir(Norton bası skalası kullanılır). Bası yarası geliştirme riskine sahip hastalara 4 saat içinde bası azaltacak araçlar sağlanır.</p> <p>Hastanın cildi değerlendirilir, basınç bölgeleri kontrol edilir</p> <p>2 saatte bir pozisyon değiştirilir.</p> <p>Kontrendike değilse hastanın hidrasyonu sağlanır</p> <p>Bası azaltan yatak, yatak örtüsü ve sandalye kullanırken aşağıdaki noktalara dikkat edilir.</p> <p>*Cildin temiz ve kuru olması sağlanır</p> <p>*Banyo ve bakımlardan sonra cilde nemlendirici sürülür</p> <p>*Cilt bakımında cilt pH'sına uygun sabunlar kullanılır.</p> <p>*Bası bölgelerine dolaşımı hızlandırmak amacıyla belli aralıklarla masaj yapılır.</p> <p>*Hastanın giysileri temiz ve kuru olmalıdır. Giysi seçiminde terletmeyen kıyafetler tercih edilir.</p> <p>*Eğer hastaya sürgü veriliyor ise cilt tahrişi engellenir. Bu konuda personel uyarılır.</p> <p>*Hastanın diyeti düzenlenir. (Hekim, diyetisyen, hemşire)</p> <p>*Aldığı çıkardığı takibi yapılır.</p> <p>Hasta ve hasta ailesine cilt bütünlüğünün korunmasının önemi, bunun sağlığın devamının sürdürülmesinde ve iyileşme sürecinin kısaltılmasındaki etkisi hakkında eğitim verilir.</p>	
AĞRI	Ağrısının azalması veya olmaması	<p>Ağrıya neden olan faktörler araştırılır.</p> <p>Ağrının özelliği değerlendirilir (yeri, süresi, şiddeti, yayılımı, ağrıyı başlatan ve rahatlatan faktörler)</p> <p>Ağrı değerlendirme ölçeği kullanılarak ağrının derecesi belirlenir.</p> <p>Akut ağrı sırasında kişinin dikkati farklı noktalara çekilir.</p> <p>Dr istemine göre ağrı kesiciler yapılır.</p> <p>Travmatik durumlarda bölgeye duruma uygun lokal sıcak ya da soğuk uygulama yapılır.</p>	