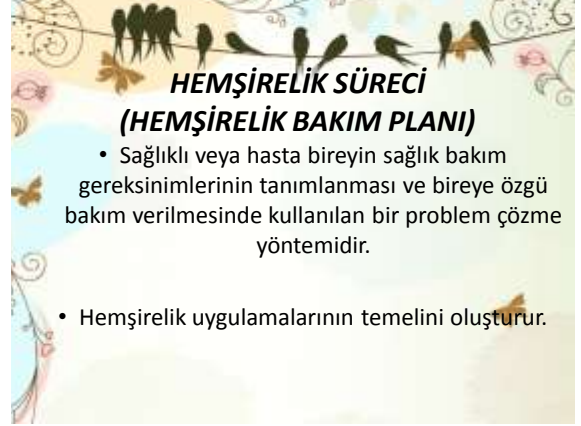




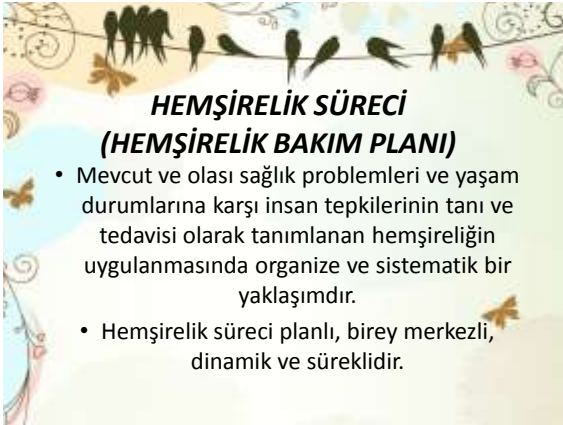
**ÇOCUK VE AİLENİN
BAKIMINDA HEMŞİRELİK
SÜRECİNİN
(BAKIM PLANININ)
KULLANILMASI**

**UZM. DİLEK SARPKAYA
YDÜ**



**HEMŞİRELİK SÜRECİ
(HEMŞİRELİK BAKIM PLANI)**

- Sağlıklı veya hasta bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin tanımlanması ve bireye özgü bakım verilmesinde kullanılan bir problem çözme yöntemidir.
- Hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur.



**HEMŞİRELİK SÜRECİ
(HEMŞİRELİK BAKIM PLANI)**

- Mevcut ve olası sağlık problemleri ve yaşam durumlarına karşı insan tepkilerinin tanı ve tedavisi olarak tanımlanan hemşireliğin uygulanmasında organize ve sistematik bir yaklaşımdır.
- Hemşirelik süreci planlı, birey merkezli, dinamik ve sürekliidir.



**ÇOCUK SAĞLIĞI ALANINDA HEMŞİRELİK
SÜRECİNİN KULLANIM AMAÇLARI**

- En üst düzeyde ve gereksinimlere dayalı hemşirelik bakımının verilmesine yardım eder.
- Çocuk ve/veya aile bireylerinin sorunlarının belirlenmesi, gerçekçi hedefler oluşturulması ve sorunların uygun biçimde ele alınmasında hemşirelere yol gösterir.



**ÇOCUK SAĞLIĞI ALANINDA HEMŞİRELİK
SÜRECİNİN KULLANIM AMAÇLARI**

- Çocuk ve/veya aile bireylerinin güçlerinin belirlenmesi ve bu güçlerden yararlanılmasını destekler.
- Çocuk ve/veya aile ve ekip üyeleri ile iletişimi güçlendirir.
- Bakımda sürekliliği sağlar



**HEMŞİRENİN BAKIMI PLANI İLE
ÇALIŞMASININ YARARLARI
NELERDİR?**

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

- Hasta merkezli bakımı ve hastanın bireysel özelliklerinin dikkate alınmasını sağlar.
- Hemşirelik girişimleri belirli hedeflere yöneltir.
- Çocuk ve ailesini bakım planına dahil eder

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

- Hemşirenin planlı ve sistemli şekilde çalışmasını ve bakımın sürekliliğini sağlar.
- Çocuk ve ailesini sağlık sorunlarını çözecek şekilde destekler.



HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

- Sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimi ve bakımda tutarlılığı sağlar.
- Hasta bakımına rehberlik ederek yanlış ve eksik bakım verme riskini azaltır.



HEMŞİRELİK SÜRECİNİN ADIMLARI

- Süreç birbirinden farklı ama birbirini tamamlayan beş adımdan oluşur, **veri toplama**, **hemşirelik tanısını belirleme**, **planlama**, **uygulama**, **değerlendirme**

SUBJEKTİF
VERİ



OBJEKTİF
VERİ



VERİ
TOPLAMA



KAYITLARIN
ANALİZİ

ÖYKÜ
ALMA
GÖRÜŞME

VERİ

FİZİK
DEĞERLENDİRME

GÖZLEM

VERİ TOPLAMA

- **Subjektif veri** çocuk ve aile bireyleri tarafından ifade edilen, gözlenemeyen ve ölçülemeyen veridir.
- **Objektif veri** ise sağlık çalışanları tarafından ölçülebilen ve gözlenebilen veridir.

VERİ TOPLAMA

- Subjektif veriler, çocuk ve ebeveynlerin yanıtlarından elde edilir.
- Çünkü, ebeveynlerin ve çocuğun sorunlara ilişkin algılamaları farklı olabilir.
- Çocuk ve aile ile görüşürken soruları mümkün olduğu kadar çocukların yanıtlamasına izin verilmelidir.
- Çocuk değerlendirmenin odak noktası olduğu için tüm hemşirelik sürecinde onun algılamaları hayati önem taşır.

VERİ TOPLAMA

- Hemşire topladığı verilerin önemini anlamak için çocuğun ve ebeveynlerin **kişisel değerlerini bilişsel yeteneklerini ve kültürel geçmişlerini** dikkate almalıdır.
- Bu veriler genellikle çocuğun ne düşündüğü ve ne hissettiğini tanımlar.

VERİ TOPLAMA

- Veri toplama dinamik bir süreçtir.
- Hemşirenin amacı, hastayı değerlendirmede yararlı olacak bilgileri toplamak ve kaydetmektir.
- Bu aşamada, hemşirenin **fizyolojik** ve **psikolojik** ve **sosyal** durumu çevre ile etkileşimi temel kendine bakım gereksinimleri çocuğa ve ailesine ilişkin subjektif ve objektif verileri toplaması gereklidir.

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ		ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİK UYGULAMA HEMŞİRELİK SÜRECİ VERİ TOPLAMA FORMU	
KİŞİSEL BİLGİLER			
HASTANIN			
Adı-soyadı		Cinsiyeti	Kız Erkek
Doğum tarihi	/...../.....	Uyruğu	TC Diğer.....
Doğum yeri		Dili	
Sosyal Güvencesi	Resmi Ücretli Diğer.....	Kan Grubu	Rh.....
İLETİŞİM BİLGİLERİ			
Ev adresi	 Ev Tel		
Acil durumlarda iletişim kurulacak kişinin:	Adı-Soyadı		
Yakınlık Derecesi	Cep Tel		

YATIŞ BİLGİLERİ			
Hastaneye başvuru öyküsü			
Geldiği Yer:	Ev Acil Yoğun Bakım Diğer.....	Tarihi :	
Öyküsü:			
Ön tanısı			
YAŞAM BULGULARI			
Atış	°C	Solunum	/dk. SpO2
Kalp atım hızı	/dk.	Kan basıncı	/.....mm/hg.
Kilo	gr/%.....perc.	Boy	cm/%.....perc.
Baş çevresi	cm	Göbek Çevresi	cm

Fiziksel değerlendirilmeye ilişkin diğer notlar:										
SOYGECMİS										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">Aile bireylerinin özellikleri (Yaş, kronik hastalık, gebelik sayısı, gebelik sırası vb.)</th> <th style="width: 33%;">Anne</th> <th style="width: 33%;">Baba</th> <th style="width: 33%;">Kardeşler</th> </tr> <tr> <td style="height: 100px; vertical-align: top;"> </td> <td style="height: 100px; vertical-align: top;"> </td> <td style="height: 100px; vertical-align: top;"> </td> <td style="height: 100px; vertical-align: top;"> </td> </tr> </table>			Aile bireylerinin özellikleri (Yaş, kronik hastalık, gebelik sayısı, gebelik sırası vb.)	Anne	Baba	Kardeşler				
Aile bireylerinin özellikleri (Yaş, kronik hastalık, gebelik sayısı, gebelik sırası vb.)	Anne	Baba	Kardeşler							
..... 										

Doğum Öyküsü		ÖZGEÇMİŞ			
Gerçekleştiği yer		Hastane	Ev	Diğer (belirtiniz).....	
Şekli		Sezeryan	Normal	Diğer (belirtiniz).....	
Küvöz Öyküsü		Yok	Var	(Nedenini belirtiniz).....	
Kilosu	gr	Boy	cm	Başa Veresi	cm
Kronik Hastalık		Ağar Skoru			
Yok					
Var (belirtiniz).....					
Süreklili Kullanıldığı İlaçlar					
İlaç Adı	Dozu	Saati	İlaç Adı	Dozu	Saati
1-			3-		
2-			4-		

Öçirilmiş Bulacı Hastalık				
Kızamık	Suçiçeği	Boğmaca	Kabakulak	Rotavirüs
Kızamıkçık	Kızıl	Tüberküloz	Hepatit	Diğer.....
Aşıları (Çocuğun aşı takvimine bakınız)				
Ulusal aşı takvimindeki aşılar tamamlandı mı?				
Hepatit A	Rotavirüs	HPV	Evet	Hayır (belirtiniz, planlayınız).....
			Diğer.....	Diğer.....
Allerjileri				
Var (Gerekten onlemleri alınız)			Yok	
İlaç (belirtiniz).....				
Yiyecek (belirtiniz).....				
Kimyasal (belirtiniz).....				

 errahi Operasyon Geçmişİ					
Var (Var ise tabloda bilgileri doldurunuz)			Yok		
Operasyonun Türü	Tarihi	Komplikasyon	Operasyonun Türü	Tarihi	Komplikasyon
1-			3-		
2-			4-		
Kan Transfüzyonu			Transfüzyon Reaksiyonu		
Var	Yok	Gelişti Gelişmedi (belirtiniz).....			

[illegible]

Gitim Bilgileri		
Okuma-yazma bilimi	Okur-yazar	Okur ama yazamaz
Okur-yazar degil	Okula gidiyor (belirleniz).....	Okula girmiyor.....
Okula girmiyor		
Hastane okul talebi	Var	Yok

ALISKANLIK LARI			
Serbest Zaman Değerlendirmesi			
Okuma alışkanlığı	Var (tanımlayınız.....)	Yok	
Radio/TV/Bilgisayar alışkanlığı	Var (tanımlayınız.....)	Yok	
Sevdiği oyuncak	Var (belirtiliniz.....)	Yok	
Oyun sırasında oyuncak paylaşımı	Evet	Hayır	
Oyun alışkanlığı	Tek başına oynar	Anne-baba ile oynar	
	Diğer çocukları/kardeşi ile oynar	Diğer.....	
Hijyen alışkanlığı			
Duş alma alışkanlığı	kez/hf.	Sıcak	Ilık
Kişisel bakım	Kendisi yapar	Yardımlı ile yapar	Yapamaz
Diş fırçalama alışkanlığı	Var	Yok	Soğuk
			Diğer.....
Saç/ Saçlı deri	Temiz/sağlıklı	Pedikülozisi	Pitriazisi
			Diğer.....
Kıyafet ve genel görünüm			
El-ayak ve tırnaklar			

Uyku alışkanlığı:		
Düzenli	Düzensiz	Uyuma güçlüğü
Öğle uykusu alışkanlığı	Yok	Varsaat/gün
Uyku problemleri	Yok	Var (belirtiniz).....
Uyku ritüelleri (geniş yatakta uyuma, oyuncakla uyuma vb.) :		

Beslenme alışkanlığı			
Yemek seçer.....	Yemek seçmez	Diğer	
Beslenme şekli	Oral	NG/ PEG	IV Diğer
Beslenme yöntemi	Kendisi besleniyor		Yardımla besleniyor
İştahı	İyi		Orta Zayıf
Beslenme engeli	Oral lezyon	Yutma problemi	Çiğneme problemi Diğer
Özel diyet	Hayır		Evet (belirtiniz).....
0/1,5 yaş için:	Ek gıda	Hayır	Evet (Tanımlayınız).....
.....			
Bitkisel tedavi/ tamamlayıcı tıp		Hayır	Evet (belirtiniz).....
0/3 yaş için:	Anne sütü alıyor mu?	Hayır	Evet (belirtiniz).....cc/keş/.....keş/gün
Biberon kullanma		Hayır	Evet (biberon temizliğini sorgulayınız)

Tuvalet alışkanlığı:			
Tuvalet eğitimi başlamadı	Tuvalet eğitimi tamamlandı	Tuvalet eğitimi devam ediyor (Sorgulayınız)	
Kendisi karşılıyor	Yardımla karşılıyor	Karşılamıyor/bezeniyor	
Enürezis (Sorgulayınız)	Enkoprezis (Sorgulayınız)	Nokturnal enürezis	
Defekasyon alışkanlığı	keş/gün- hafta		
Perine bakımı eğitimi	İhtiyacı yok	İhtiyacı var (Planlayınız)	
Tuvalet öncesi/sonrası el yıkama	Hayır	Evet	
Beden ısısının kontrolü			
Giyinme şekli	Kalın	İnce	Normal
Yatak içindeyken üstünü örtme	Anne	Kendisi	Diğer.....

İnselliği ifade etme	
	Var (belirtiniz).....
Cinsiyeti etkileyebilecek hastalık	Yok
Davranışları ve genel görünümü cinsiyetine uygun	Hayır Evet (belirtiniz).....
Ölüm	
Yakın dönemde ölüme şahit	Olmadı Oldu (belirtiniz).....
Tepkisi	
Belirtmek istenen diğer alışkanlıklar ve bilgiler:	

ARI			
Yok	Var	Ağrının yeri :	Ağrının şiddeti :
		Ağrının Suresi :	
Kullanılan ağrı skalası	Kabuldeki ağrı skoru :/.....		

BASINÇ ÜLSERİ					
Yok Var (Var ise tabloyu doldurunuz.) Braden Q Puanı :					
Lokalizasyon	Boyut	Evre	Lokalizasyon	Boyut	Evre
1-			3-		
2-			4-		

İZOLASYON			
Yok	Var	İzolasyon nedeni :	
Temas	Damlacık	Solum	Diğer

TEMEL GÜVENLİK ÖNLEMLERİ		
Düşme Riski Değerlendirmesi		
Kullanılan skala :	Düşme riski Skoru :	
Alınan Güvenlik Önlemleri		
Hasta odasını tanıyor	Gereksiz ekipman yok	Ziyaret saatinde güvenlik var
Oksijen sistemi açık / kapalı	Yatak hastaya uygun	Refakatçi gereksinimi var
Yatak uygun seviyede	Yatak kenarları kaldırıldı	Sağlandı
Yatak frenleri kapalı	Pencereler kapalı ve kilitli	Sağlanamadı.....
Refakatçi alınması sakıncalı/yasak		

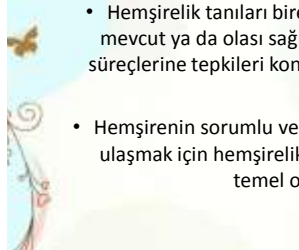
İstila İhtiyacı			
Yok		Var	
Alternatif girişimler uygulandı mı?			
Hayır		Evet	
		Mobilizasyon	Konuşarak sakinleştirme
		Terapötik oyun	Psikolojik destek sağlama
		İlaç Tedavisi	Tespit etme
		Dikkati başka yöne çekme	Diğer.....
		Diğer.....	Diğer.....
Notlar			
Görüşme esnasında saptanan sorunlar ve eğitim ihtiyacı			
1- 2- 3- 4- 5-			
Öneriler			
1- 2- 3- 4- 5-			

Bilgi veren kişinin		Formu dolduran öğrenci hemşirenin	
Adı- soyadı :		Adı- soyadı :	
Yakınlık derecesi :		Tarih :	



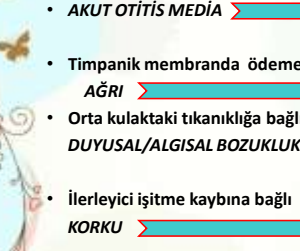
VERİ TOPLAMA

- Veri analizi, hemşirelik tanısının oluşturulmasına ve kısa ve uzun süreli hedeflerin şekillendirilmesine yardım eder.



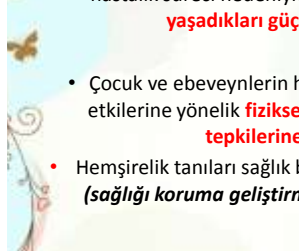
HEMŞİRELİK TANISINI BELİRLEME

- Hemşirelik tanıları birey, aile ya da toplumun mevcut ya da olası sağlık problemlerini/yaşam süreçlerine tepkileri konusunda klinik kararlardır.
- Hemşirenin sorumlu ve yetkili olduğu sonuçlara ulaşmak için hemşirelik girişimlerinin seçimine temel oluşturur.



Hemşirelik tanısı tıbbi tanıdan farklıdır.

- AKUT OTİTİS MEDİA** → **TIBBİ TANİ**
- Timpanik membranda ödeme bağlı AĞRI** → **HEMŞİRELİK TANISI**
- Orta kulaktaki tıkanıklığa bağlı DUYUSAL/ALGİSAL BOZUKLUK** → **HEMŞİRELİK TANISI**
- İlerleyici işitme kaybına bağlı KORKU** → **HEMŞİRELİK TANISI**



- Tıbbi tanı **hastalığı** ifade ederken hemşirelik tanısı hastalık süreci nedeniyle çocuk ve ebeveynlerin **yaşadıkları güçlükleri** gösterir.
- Çocuk ve ebeveynlerin hastalığa ya da tedavinin etkilerine yönelik **fiziksel, psikososyal ve bilişsel tepkilerine odaklaşır.**
- Hemşirelik tanıları sağlık bakımının tüm alanlarında **(sağlığı koruma geliştirme, iyileştirme)** kullanılır.

HEMŞİRELİK TANISI

- Mevcut ya da olası sağlık sorunlarını tanımlar.
- Mevcut bir hemşirelik tanısı, majör tanımlayıcı özelliklerin varlığı nedeniyle hemşirenin geçerliliğini doğruladığı klinik kararlardır.
- Olası hemşirelik tanıları ise belirli faktörlerin varlığından dolayı şüphelenilen tanılardır.
- Gerçek ve olası sağlık sorunlarını ayırt etmek için hemşirelik tanı ifadesinde RISK sözcüğü yer almalıdır.

HEMŞİRELİK TANISI

- Mevcut bir hemşirelik tanısı **problem, etiyolojik faktörler (ilişkili faktörler) ve tanımlayıcı özellikler (tanı ile birlikte görülen belirti ve bulgular)** olmak üzere 3 bölümden oluşur.
- Hastanın probleminin neden olan ya da katkıda bulunan faktörlerle ilişkilendirilmesi, bireyselleştirilmesi bir bakım verilmesini sağlar.

NANDANIN TANIMLADIĞI BAZI HEMŞİRELİK TANILARI

- Beslenmenin bozulması: beden gereksiniminden daha az/ fazla beslenme
 - Üriner boşaltımın değişmesi/bozulması
 - Aspirasyon olasılığı/Riski
 - Zehirlenme olasılığı/riski
- Doku perfüzyonun değişmesi/bozulması
 - Ebeveynlik rollerinin değişmesi
 - Etkili şekilde emzirememe
 - Benlik saygısının bozulması
 - Post travma tepkisi
 - Yalnızlık riski
- Ailenin etkili şekilde baş edememesi

PLANLAMA

- Planlama, **hedeflerin ve önceliklerin belirlenmesi, kaynakların tanımlanması, hemşirelik girişimlerine karar verilmesi ve bakım planının yazılmasını** kapsar.
- Çocuğun ve/veya ebeveynlerin bakımın planlanmasına katılması, bakımın etkili olmasının önemli bir yönüdür.



PLANLAMA

Önceliklerin saptanması:

- Önceliği yüksek olan hemşirelik tanıları, hastanın en acil gereksinimlerini içerir.
- Gereksinimleri öncelik sırasına koymada kullanılacak yöntemlerden biri MASLOW'un önerdiği gereksinim hiyerarşisidir.

PLANLAMA

- Hedeflerin geliştirilmesi:
 - Hedefler çocuk ve ebeveynlerle birlikte geliştirilmelidir.
 - Bu etkileşim çocuk ve ebeveynlerin katılımını, işbirliğini ve holistik bakımı kolaylaştırır.

PLANLAMA

- Her bir hemşire tanısı için çocuk ve ebeveynlerle birlikte gerçekçi, ulaşılabilir, ölçülebilir ve karşılıklı kabul edilen hedefler belirlenir.
- Hedefler, çocuğun gereksinimlerine göre kısa ya da uzun süreli olabilir.

PLANLAMA

Hedeflerin geliştirilmesi:

- **Kısa süreli hedefler** genellikle kısa sürede çözümlenebilecek sorunlarla ilgilidir.
- **Uzun süreli hedefler** ise daha uzun zaman periyodu gerektiren sorunlara odaklanır (örneğin: komplikasyonların önlenmesi, rehabilitasyonu gibi)

PLANLAMA

Hedeflerin geliştirilmesi:

- Kolostomi açılan bir çocuk için kısa süreli hedef, çocuğa kolostomi bakımının öğretilmesi,
- uzun süreli hedef ise çocuğun değişen beden imajına uyumunu sağlamaktır.

PLANLAMA

Hedeflerin geliştirilmesi:

- Hemşirelik tanılarına yönelik hedeflerin belirlenmesi, verilen bakımı değerlendirecek standart bir hedef sağlar.
- Tüm hedefler, gözlenebilir ve ölçülebilir nitelikte ve hasta odaklı olmalıdır. Bazı hedeflere ulaşıldıkça hastanın değişen durumuna göre yeni hedefler geliştirilir.

PLANLAMA

Girişimlerin Belirlenmesi

- Bu aşamada hasta için belirlenen hedeflere ulaşmayı sağlayacak uygun hemşirelik girişimlerine karar verilir.
- Hemşirelik tanısında **etiyojik faktörü** tanımlayan bölümün gözden geçirilmesi, hemşirelik girişimlerinin gözden geçirilmesi, hemşirelik girişimlerinin seçilmesine rehberlik edebilir.

PLANLAMA

Girişimlerin Belirlenmesi

- Hemşirelik girişimlerinin **amaçlı, bireysel, yaratıcı ve bilimsel** temele dayalı olması gerekir.
- Seçilen hemşirelik girişimleri, hemşirenin bağımlı, yarı bağımlı (protokol ya da yönetmelik i) ve bağımsız fonksiyonlarına yönelik olabilir.



UYGULAMA

- Hedeflere ulaşmak için planlanmamış olan girişimlerin uygulandığı adımdır. Bu evre karar verme, gözlem ve iletişimi içerir.
- Hemşirelik bakımının güvenli ve etkili bir biçimde verilmesi, hemşirenin mesleki bilgi, deneyim ve olumlu kişilerarası ilişki kurma yeteneğine bağlıdır (Hemşirenin yaratıcı yönü- hemşirelik sanatı)



UYGULAMA

- Hemşirenin girişimleri tamamlandığında ve çocuğun tepkileri ile sonuçlar kalıcı olarak kaydedildiğinde uygulama sonlanır.
- Bu aşamada da çocuk ve ailenin yapabildikleri kadar bakıma katılmaları önemlidir.



UYGULAMA

- Yapılan her uygulamanın zamanı ve hastanın tepkisi kaydedilir.
- Bakım planının değerlendirilmesi için temel oluşturan bu kayıtlar, objektif, kısa ve anlaşılır nitelikte olmalıdır.



DEĞERLENDİRME

- Hemşirelik sürecinin bu adımında belirlenmiş olan **hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı** ve hemşirelik girişimlerinin etkili olup olmadığı belirlenir.
- Planlanan hemşirelik girişimlerinin uygulanması sonucunda istenen hedeflere ulaşılamamışsa, gereksinim duyulan **ek veriler tanımlanır** ve süreç yeniden başlatılır.

DEĞERLENDİRME

- Planlanan hedeflerin tümüne ulaşılmışsa bakım sonlandırılır.
- Değerlendirme sonuçları kaydedilir.



DEĞERLENDİRME

- Değerlendirme sonuçları açık, anlaşılır, objektif şekilde yazılır.
- Bu kayıtlar, hemşireler arasında iletişimi sağlar ve verilen bakımın etkinliğini yansıtır.

**ÖRNEK HEMŞİRELİK
BAKIM PLANI ÇALIŞMASI**

NON-HODGKİN LENFOMA

- Hastanın Adı: Serdar Akın
- Yaşı: 12
- Hastaneye Yatış Tarihi: 26.02.2012
- Oturduğu yer: Lefkoşa
- Cinsiyeti: Erkek

ÖYKÜSÜ:

12 yaşındaki Serdar Non-Hodgkin lenfoma tanısı ile hastaneye yatırılmıştı.

Serdar 3 hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu ve yüksek ateş nedeniyle oral antibiyotik tedavisi almış ve tedaviden sonra hastalık tekrarlamıştı.

Hasta soluk ve letarjik görünüyordu.

LABORATUVAR BULGULARI:

Lökositler: 2500/ mm³ (N:8000)
Hemoglobin: 9 gr/dl (N:14-16 GR/DL)
Hematokrit: %28 (N:38)
Trombosit: 80 000 /mm³ (N:150-400000/mm³)
Göğüs filmi: normal
İdrar Analizi: normal

FİZİK MUAYENE:

Ağırlık: 24 kg (N: 36 kg)

Nabız: 124 /dk

Boy: 135 cm (N:143 cm)

Solunum: 36/dk

Vücut Sıcaklığı: 37 C

FİZİK MUAYENE:

- Fizik muayenede servikal lenf nodlarının büyüdüğü ve orta derecede hepatosplenomegali olduğu belirlenmişti.
- Lomber fonksiyon sonucunda hastalığın santral sinir sistemine metastaz yapmadığı anlaşıldı. Boğaz, idrar ve kan kültürleri alındıktan sonra Serdara geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı.

• FİZİK MUAYENE:

- Kemik iliği biyopsisi ve servikal lenf nodu biyopsisi yapıldı. Sonuçlar Non-hodgkin lenfoma tanısını doğruluyor.
- Serviste kronik enfeksiyonu olan çok sayıda hasta olduğu için Serdar, özel odaya alınmış ve 10 gün önce yoğun indüksiyon tedavisine başlanmıştı. (cycphosamide, metotrexate, prednisone, vincristine ve adriamycin)

• FİZİK MUAYENE:

- Lökositleri düşük olduğu için Serdara koruyucu izolasyon uygulanıyordu.
- Tedaviye bağlı gelişen bulantı ve kusma Serdar'ın yeterli düzeyde beslenmesini ve sıvı almasını etkiliyordu.
- Uygulanan tedaviye bağlı olarak anal bölgede 0.5 cm'lik iki lezyon vardı. Ayrıca ayak tabanında düşme, alopesi ve epistaksis gelişmişti.

AİLE ÖYKÜSÜ:

- Ebeveynlerle yapılan görüşmede, Serdar'ın 10 yaşında bir erkek kardeşi ve 4 yaşında bir kız kardeşinin olduğu belirlendi.
- Bu çocuklar, ebeveynler tarafından tamamen normal ve sağlıklı olarak tanımlandı.
- Serdar'ın bu hastalık ortaya çıkıncaya kadar sağlıklı, aktif ve her alanda normal gelişen bir çocuk olduğu öğrenildi.

AİLE ÖYKÜSÜ:

- Anne 33 yaşında, ilkökul öğretmeni, özgeçmişinde önemli bir hastalık yok.
- Baba 35 yaşında, inşaat mühendisi, özgeçmişinde hastalık tanımlamıyor.
- Ebeveynlerin sağlık personeli ile fazla deneyimleri yok, sadece hasta oldukları zaman birkaç gün içinde iyileşmezlerse doktora gidiyorlarmış.

AİLE ÖYKÜSÜ:

Kendilerine destek olabilecek yakın akraba ve arkadaşları varmış.

Serdar'a NHL tanısı konulması ve hastaneye yatma olayı ebeveynleri önemli ölçüde etkilemiş.

• DOKTOR İSTEMİ:

1. Koruyucu izolasyon
2. Hematolojik önlemler
(yumuşak diş fırçası kullanılması, rektal derece alınmaması, suppozitivar uygulanmaması, enjeksiyon yapılmaması gibi)
3. Yaşam belirtilerinin 4 saatte bir ya da daha sık alınması
4. Tolere edilebilecek şekilde düzenli diyet
5. Hastanın aktivitelerinin sınırlandırılması
6. Aldığı-çıkarıldığı sıvı izlemi
7. Günlük ağırlık izlemi

HEMŞİRELİK TANILARI

1. Miyelosupresif tedavi ile ilişkili olarak **kan volümünde azalma olasılığı**
2. Miyelosupresif tedavi ile ilişkili olarak **trombositopeni gelişmesi**
3. Miyelosupresif tedavi ile ilişkili olarak **vücudun savunma mekanizmasında değişiklik olması**
4. Miyelosupresif tedavi ve mekanik baskı ile ilişkili olarak **deri ve mukoza membran bütünlüğünde bozulma olasılığı**

HEMŞİRELİK TANILARI

5. Anemiye bağlı olarak **yorgunluk**
6. Oral lezyonlar, bulantı, kusma, tat almada değişiklik ve iştahsızlık nedeniyle **beslenme yetersizliği**
7. Kemoterapi ile ilişkili olarak **böbrek fonksiyonlarında değişiklik olması**
8. Steroid tedavisi ile ilişkili olarak **metabolizmada değişiklik olması**
9. Steroid tedavisi ve izolasyonla ilişkili olarak **sosyal davranışlarda değişme olasılığı**

HEMŞİRELİK TANILARI

10. Vincristine tedavisi ile ilişki olarak **konstipasyon gelişme olasılığı**
11. Vincristine tedavisi ile ilişki olarak **periferel sinir sistemi bozulması**
12. Ebeveynlerin non-hodgkin lenfoma ve tedavisi hakkında **bilgi eksikliğinin olması**
13. Tedaviye bağlı gelişen alopesi ile ilişkili olarak **beden imgesinin değişmesi**
14. Hastaneye yatma ve yapılan işlemlere ilişkin **duygusal stres**
15. Ebeveynlerin serdar'ın hastalığına ilişkin **stresleri**

