

SAĞLIK ÖYKÜSÜ ALMA VE FİZİKSEL DEĞERLENDİRME

Doç.Dr.Emine DERYA İSTER

KSÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç
Hastalıkları Hemşireliği AD

Öğrenim hedefleri

Sağlık öyküsü almanın önemini kavrar



Sağlık Öyküsü alma yöntemlerini bilir



Fiziksel değerlendirme amacını açıklayabilir



Fiziksel değerlendirme yöntemlerini açıklayabilir

Veri toplama yöntemleri ve fizik muayene



GÖZLEM



ANAMNEZ/SAĞLIK
ÖYKÜSÜ ALMA



FİZİK MUAYENE

Gözlem

Bireyin/hastanın

Rengi

Genel görünüşü/
Normalden
sapmalar olup
olmadığı

Postürü

Yürüme şekli

Oturma şekli

Konuşma şekli

Özel bir
kokusunun olup
olmadığı

SAĞLIK ÖYKÜSÜ

Bireyden subjektif olarak veri toplama sürecidir.

1. Kapsamlı sağlık öyküsü
2. Odak veya probleme dayalı sağlık öyküsü
3. İzlem ve aralıklı sağlık öyküsü alma
4. Acil değerlendirme





KAPSAMLI SAĞLIK ÖYKÜSÜ

- Hasta kliniğe, uzun süreli bakım merkezine ilk kez yatırıldığında veya ilk ev ziyaretinde aldığımız veriler
- Hastanın mevcut sağlık sorunlarının ve sağlık durumuna ilişkin verilerin büyük bir resimde görülmesine olanak tanır
- Diğer yöntemlere göre uzun zaman alır
- Hastanın fiziksel ve mental durumu değerlendirilmesi gereksinime göre bakıcı veya aile değerlendirme sürecine dahil edilmeli

ODAK VEYA PROBLEME DAYALI SAĞLIK ÖYKÜSÜ ALMA

Hastanın mevcut durumuna ilişkin bilgi sahibi olduğu tüm durumlarda probleme dayalı sağlık öyküsü alınabilir

Örneğin, nefes darlığı çeken bir hastanın acil bir şekilde ameliyata alınması durumunda hemşire hastanın sadece o anki durumu ile ilgili bilgi toplama odaklanır.

İZLEM VEYA ARALIKLI SAĞLIK ÖYKÜSÜ ALMA

- Bireyin sağlık problemi devam ederken gelişen bir sağlık problemine odaklanan değerlendirmeyi içerir.
- Bu kapsamda hemşire son yaptığı vizitten sonra bir değişiklik olup olmadığını değerlendirir.
- Nöbette iletilen bir problemin hemşire tarafından izlemini de kapsar.

ACİL DEĞERLENDİRME

- Hastanın acil gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimlerin sistematik olarak önceliklendirilmesini kapsar.
- Hava yolu açıklığı
- Solunum ve dolaşımın hızlı bir şekilde değerlendirilmesi

Kapsamlı ve odak sağlık öyküsü arasındaki farklar

Kapsamlı sağlık öyküsü	Odak sağlık öyküsü
Tüm yeni hastalar	Tedavi ile izlenen ve acil bakım alan hastalar
Hasta hakkında temel ve kişisel bilgileri sağlar	Probleme ve semptomla odaklanır
Hemşire- hasta iletişimini güçlendirir	Vücudun belirli bir bölümüne özgü gelişen probleme odaklanır
Gelecek değerlendirmelere zemin oluşturur	
Sağlığı geliştirme, eğitim ve danışmanlığa alt yapı oluşturur	



HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU

Doküman Kodu	HB.FR.01
Yayın Tarihi	13.01.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	1 / 4

HASTANIN ADI-SOYADI:		CİNSİYETİ:		YAŞI:		TARİH:												
HEMŞİRELİK TANISI	SEMPATOM	AMAÇ	Uygulama Zamanı (Tarih)							HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	ŞİFT	Değerlendirmeler (Tarih)						
			Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar			Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar
ANKSİYETE RİSKİ	Var	*Anksiyeteyi azaltmak ve gidermek.								Hastaya kendimi, çalışanları, kliniği ve odasını tanıttım.	08-16							
	Yok									Tedavi yöntemlerini sözel olarak ifade ettim.								
										Hastaya soru-cevap şeklinde kendisini ifade etmesini sağladım.								
										Acil durumlarda neler yapabileceğini anlattım.		16-08						
										İşlem öncesi hastaya açıklama yaptım.								
								Hastanın görüşünü aldım ve bakımda rol almasını sağladım.										
AĞRI	Var	*Ağrıyı gidermek ya da tolere edilebilir seviyeye düşürmek.								Extremiteleri yastıkla destekledim.	08-16							
	Yok									Ağrıyla baş etme metodlarını anlattım.								
												Ağrı bölgesine uygun sıcak-soğuk uygulama yaptım.						

Kapsamlı sağlık öyküsünün bileşenleri

Hemşire hastaya sağlık öyküsünü neden aldığını açıklama ile işleme başlamalıdır.

Örneğin, bakım planınızı oluşturacağım. Bu nedenle sizinle ilgili bazı bilgiler almam gerekli...

Kapsamlı sağlık öyküsünün bileşenleri

Biyografik veriler

Sağlık bakım
alma nedeni

Mevcut sağlık
sorunun öyküsü

Geçmiş sağlık
öyküsü

Aile sağlığı
öyküsü

Mevcut sağlık
problemine göre
sistemlerin
değerlendirilmesi

Yaşam şekli ve
sağlık
uygulamaları
profili

Yaşa bağlı
değişiklikler

Biyografik veriler

Adı-soyadı	İrk
Cinsiyet	Din
Adres ve telefon	Medeni durum
Doğum tarihi	Eğitim durumu
Doğum yeri	Sosyal güvenlik numarası
Bilgi kaynağı	İletişim kurulacak kişi

Sağlık Bakım Alma Nedeni

Bireyi sağlık hizmetine başvurmasına neden olan amaç ve amaçları içerir.

Bazı hastalar yakınma olmaksızın rutin kontrol ve sağlık değerlendirmesi için başvurabilir

Mevcut Sağlık Sorununun Öyküsü



Mevcut Sağlık Sorununu Değerlendirmede Yedi Anahtar Yaklaşım

1. **Başlangıç:** Semptom ne zaman başladı?
2. **Yer:** Nerde? Başka bölgeye yayılıyor mu?
3. **Süre:** Ne kadar sürüyor?
4. **Semptomun Özelliliği :** Neye benziyor? Hangi şiddette?
5. **Arttıran Faktörler:** Semptoma eşik eden veya ağırlaştıran faktörler nelerdir?
6. **Rahatlatan Faktörler:** Semptomu azaltan durumlar nelerdir?
7. **Tedavi:** Semptomun geçmesi için kullanılan ilaçlar veya alternatif yöntemler nelerdir? Etkili oldu mu?

GEÇMİŞ SAĞLIK ÖYKÜSÜ ALMA

anahtar yaklaşım

- Allerjileri
- Kullandığı ilaçlar
- Çocukluk dönemindeki hastalıkları
- Yetişkinlik dönemindeki hastalıkları
- Tıbbi hastalıklar
- Cerrahi girişimler
- kazalar
- psikiyatrik hastalıklar
- Sağlığı sürdürme davranışı





Sağlığı sürdürme davranışları

Bağışıklama	Tüm aşıları değerlendirilmeli
Tarama testleri	Pap smear, kolesterol düzeyi gibi
Güvenlik önlemleri	Emniyet kemeri kullanma, kask, koruyucu giysi kullanma, ev içi duman dedektörü gibi
Risk Faktörler	Sigara, alkol, ve uyuşturucu madde kullanımı, evde ve işte maruz kalınan çevresel faktörler

Geçmiş sağlık öyküsü alınırken örnek sorular

Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

Daha önce geçirdiğiniz hastalıklar nelerdir? Nasıl tedavi edildi?

Daha önce hiç ameliyat geçirdiniz mi?

Hastanede kaldınız mı? Kalma nedeniniz neydi? Ne kadar süre kaldınız?

Daha önce kaza veya yaralanma geçirdiniz mi?

AİLE SAĞLIK ÖYKÜSÜ

ALMA

- Kan bağıının olduğu kişiler (anne, baba, dede, amca, teyze vb)
- Aile sağlığı öyküsü alınırken en az iki kuşak öncesine kadar olan veriler alınır.
- Ailede kanser, alzheimer, diyabet, kronik arter hastalığı, hipertansiyon, inme, yüksek kolesterol, alkol ve madde kullanımı, tüberküloz, astım ve akciğer hastalıkları
- Kan yoluyla bulaşan hastalıklar (HIV, Hepatit gibi)

Mevcut Sağlık durumuna ilişkin sistem değerlendirme

- Hastaya açıklama anlayabileceği şekilde yapılmalı, sistem değerlendirme sonuçları tıbbi terminoloji kullanılarak kaydedilmelidir.



3. Fiziksel Değerlendirme



Fiziksel muayenenin amacı;



Doktor ve/veya hemşirenin normal ve anormal bulguları saptaması



Objektif ve subjektif verileri bütüncül yaklaşımla değerlendirmesidir.

FİZİK MUAYENE YÖNTEMLERİ

İnspeksiyon

Palpasyon

Perküsyon

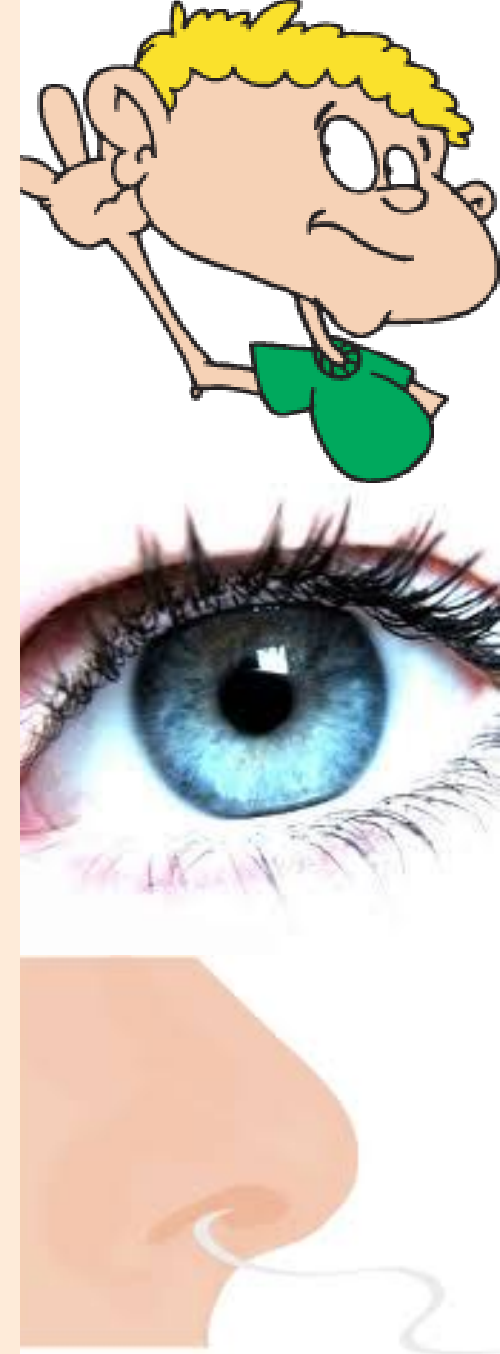
Oskültasyon

Olfaksiyon

FİZİK MUAYENE YÖNTEMLERİ

1. İNSPEKSİYON

Vücut bölümleri ve fonksiyonlarının önemli fizik bulguları veya normal karakteristik özelliklerini saptamak için görme, işitme ve koklama duyularının kullanılmasıdır.





İnspeksiyon ile;

- Bireyin dış görünümü ve bireysel bakımı
- Bireyin oturuşu, etrafa olan ilgisi, reaksiyon ve cevapları
- Genel durumu, fizik yapı, duruş (postür) ve yürüyüşü
- Cildin görünümü, rengi, tırnak ve kıl gibi cilt eklentileri, terleme durumu incelenir.

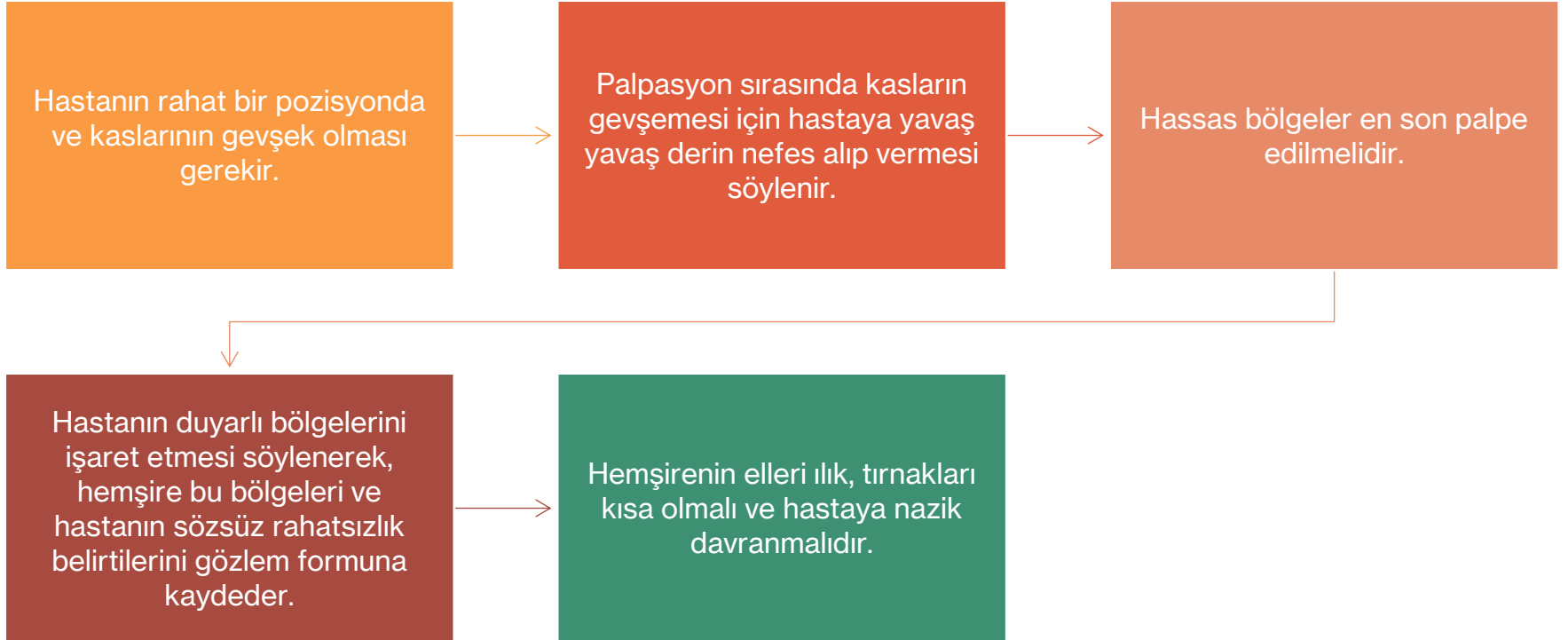
İnspeksiyon görsel beceriyi aynı zamanda olfaksiyon (koklama) becerisini de içerebilir. Çünkü göremediğimiz bazı şeyleri koklama duyusu ile saptayabiliriz.

2. PALPASYON

- Palpasyon dokunma duyusu kullanılarak hastanın fiziksel durumuna ilişkin veri toplanmasıdır.
- Bu amaçla eller özellikle parmak uçları kullanılır (bu bölgelerde çok miktarda sinir ucu sonlandığını için).



Palpasyon tekniđi uygulanırken;



PALPASYON ÇEŞİTLERİ

**Yüzeyel
Palpasyon**

**Derin
Palpasyon**

a) YÜZEYEL PALPASYON



- Uygulamaya yüzeysel palpasyon ile başlanır. Abdomen gibi bölgelere uygulanan yüzeysel palpasyon bölgedeki hassasiyeti saptar.
- Yüzeysel palpasyonda hemşire elini muayene edilen bölgeye yerleştirir ve **1 cm'lik** çökme oluşturacak şekilde bölgeyi palpe eder.
- Dokunma duyusu aralıklı yüzeysel bası ile en iyi sonucu verir. Ağır ve uzun süreli bası hemşirenin elinde duyu kaybına neden olur.



b) DERİN PALPASYON

- Yüzeyel palpasyondan sonra organların durumunu değerlendirmek için derin palpasyon uygulanır.
- Derin palpasyon sırasında uygulanan basınç dokuda yaklaşık **2,5cm**' lik çökme oluşturur. Derin palpasyon tek ya da iki elle (bimanuel) yapılabilir.

3. PERKÜSYON

Vücut yüzeyine parmakla vurularak işitilebilir ya da titreşimleri hissedilebilir sesler oluşturarak kullanılan bir değerlendirme yöntemidir.



Parmakla vurarak oluşan sesin karakteri iç organların yoğunluğu, büyüklüğü, lokasyonu hakkında bilgi verir.

4. OSKÜLTASYON

- Vücutta oluşan normalden farklı seslerin dinlenmesi tekniğidir.
- Tam ve doğru oskültasyon için hemşire sağlam kulağa iyi bir steteskopa ve steteskobun nasıl kullanılacağı bilgisine gereksinimi vardır.



4. OSKÜLTASYON



Steteskop; diyafram, tüp, kulaklık bölümünden oluşmaktadır. steteskoplarda ayrıca çan denilen ve alçak perdeden sesleri yükseltmeye yarayan bir kısım da bulunur.



Diyafram, steteskobun tüp kısmının ucunda bulunan ve dinlenmek istenen bölgeye değdirilen yassı koni şeklinde bir parçadır.



Steteskopla en çok kalbin atışı, akciğerlerin çıkardığı sesler, bağırsaklarda ve midede ortaya çıkan sesler, nabız, kan basıncı dinlenir.

5. OLFAKSİYON

Vücut kokularını belirlemek üzere muayeneyi yapan kişinin koklama duyusunu kullandığı muayene tekniğidir.



Hasta değerlendirilirken kokunun kaynağı, niteliği tanımlanmaya çalışılır.



Örn; travma sonrası ekstremitelerden birisi alçıya alınmış hastadan yoğun küf kokusu gelmesi alçı altında enfeksiyonu düşündürür.

Özel Kokuların Tanılanması

Koku	Bölge/Kaynak	Olası Nedenler
Alkol	Oral kavite/ağız boşluğu	Alkol alımı, diyabet
Amonyak	İdrar	Üriner yol enfeksiyonu
Vücut kokusu	Deri (örn:koltuk altları, memeler)	Kötü hijyen, aşırı terleme (hiperhidrozis), kötü kokulu ter (bromhidrozis)
Feçes	Yara bölgesi Kusma Rektal bölge	Yara apseleri, bağırsak tıkanıklığı, fekal inkontinans

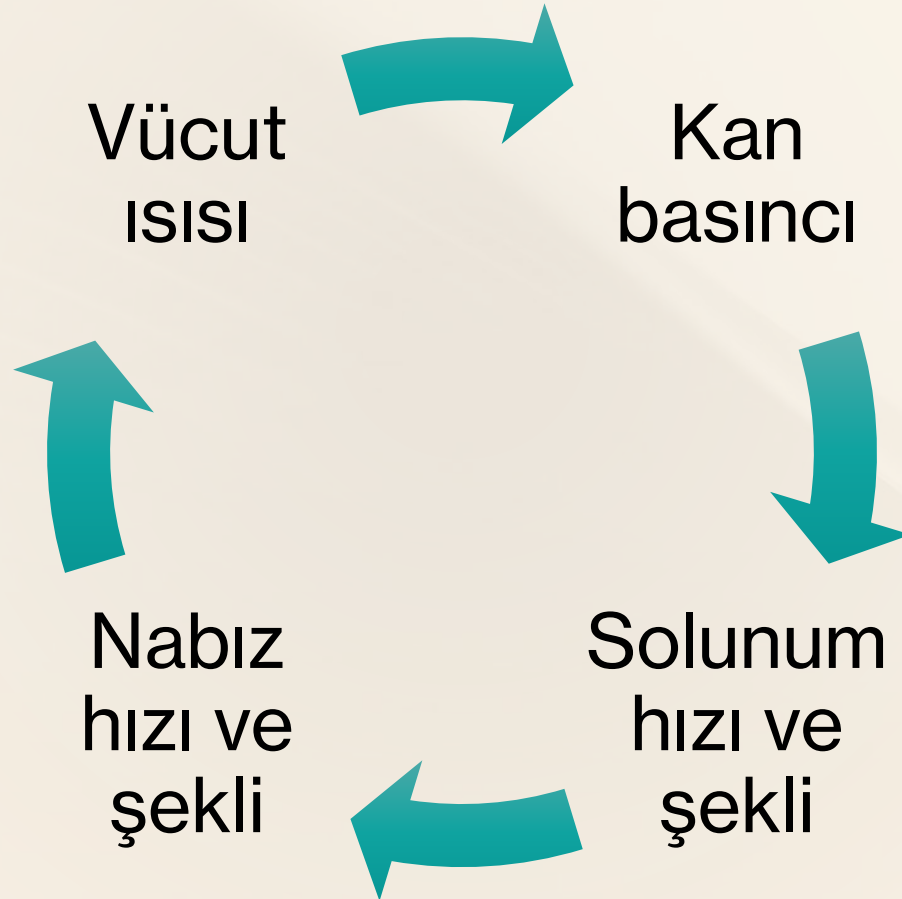
Yenidoğanda kötü kokulu dışkı	Dışkı	Malabsorbsiyon sendromu
Ağız kokusu/Halitozis	Oral kavite	Kötü diş veya ağız hijyeni, dişeti hastalığı
Tatlı, çürümüş meyve (aseton)	Oral kavite	Diyabetik Ketoadiso
Bayat idrar	Deri	Üremik asidoz
Tatlı, şiddetli, ağır koku	Yara drenajı	Pseudomonas (bakteriyel) enfeksiyon
Küf kokusu	Alçılı vücut bölümleri	Alçı içinde enfeksiyon
Kokuşmuş tatlı koku	Trakeostomi veya mukus/balgam sekresyonu	Bronşial ağacın enfeksiyonu (Pseudomonas bakteri)

ANTROPOMETRİ

- Antropometri; insan vücudu ve bölümlerinin karşılaştırmalı ölçümüdür.
- Boy ve kilo, deri katmanı kalınlığı, kol çevresi, göğüs ve baş çevresi genel ölçüm alanlarıdır.



Sistem muayenesi öncesi vital bulgular alınır.



DERİ VE EKLERİNİN MUAYENESİ

- Deri renk, nem, ısı, yapı, damarlanma, ödem, turgor, lezyonlar açısından değerlendirilir.



Deri değerlendirme soruları

Kaşıntı yada
döküntü var mı?

Yara, skar
dokusu var mı?

Deride şişlikler
veya tırnaklarda
değişiklikler var
mı?

Deride lezyon
var mı?

Deri bütünlüęü
???

Deride anormal
oluşum ???

Deri muayenesi

Cilt turgoru değerlendirilmeli



Cildin yağlılık/kuruluk durumu değerlendirilmeli



Terleme durumu



Düz ya da pürtüklü olması

1. Renk

- Deri rengi vücut bölümünden vücut bölümüne, kişiden kişiye değişir.
- Derinin renk değerlendirmesine öncelikle hiç güneşe maruz kalmamış bölgelerden başlanır (örn. Avuç içi)



Deri Rengi Değişiklikleri

Deri rengi	Nedeni	Değerlendirme alanları
Mavimsi	Kalp ya da akciğer hast.	Tırnak yatağı, ağız içi mukozası, kulak kepçesi, dudaklar
Soluk	Anemi, şok	Yüz, konjonktiva, dudaklar, yanak mukozası, tırnak yatağı
Sarımsı	Karaciğer hast.	Sklera, müköz membran, deri, eritrositlerin tahrip olması
Kırmızı	Utanma, alkol alma, ateş, travma, enf.	Yüz, boyun, omuzlar, travma ya da enfeksiyondan etkilenen bölgeler
Renk kaybı	Vitiligo, albinizm	Yüz, eller, kollar gibi dışa açık bölgelerde yama gibi hipopigmente alanlar ya da saç, deri, gözlerde pigment yokluğu
Bronz, kahverengi alanlar	Güneş ışığı, gebelik	Yüz, kollar gibi güneş ışığına maruz kalan alanlar ve gebelerde aerola, meme başı

2. Nem

- Derinin ve muköz membranların hidrasyonu vücut sıvı dengesi, ciltteki değişiklikler, vücut ısı regülasyonundaki sorunların belirlenmesinde yardımcıdır.
- Nem ıslaklık ve yağlılığın işaretidir. Deri kıvrımları örn; koltuk altı normalde nemlidir.
- Cilt normalde kurudur.
- Ciltte kepeklenme pullanma olması anormal cilt kurumasına işarettir.

3. Isı

Elin sırtı ile palpe edilerek vücut ısısının değerlendirmesi doğru olarak yapılabilir.

Normal vücut ısısı ılıktır.

Dolaşımın bozulma riski olduğunda vücut ısısı temel değerlendirmedir.

Sıcaklık ve eritem olmadan stage 1 bası ülserini erkenden hemşire tespit edebilir. Dokuya kan azalmasından sonra bası ülseri tip 1'den tip 2'ye değişerek deri hasara uğrayabilir.

4. Yapı

Derinini yüzeyi ve daha alttaki kısımları derinin yapısını oluşturur.

Hemşire hastanın cildini parmak uçları ile palpe ederek derinin yumuşak veya pürüzlü, ince veya kalın, gergin veya elastik olup olmadığı değerlendirilir. Örn; avuç içi ve ayak tabanı incedir

Yaşlılarda deri buruşuk ve serttir.



5. Turgor

- Turgor derinin elastikiyetidir.
- Ödem veya dehidratasyon ile turgor azalabilir.
- Yaşla birlikte deri elastikiyetini kaybeder.

6. Damarlanma

Derideki kan dolaşımını gösterir.

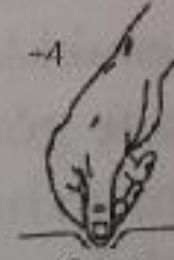
Derideki kan dolaşımı, derinin rengini ve yüzeysel damarların görünümünü etkiler.

Ekimoz (derideki çürük, mor lekeler) ve peteşi (küçük kanamaların neden olduğu derinin üzerinde küçük, iğne ucu büyüklüğünde kırmızı lekeler)gibi patolojik bulgular gözlenir.

7. Ödem

- Dokuda sıvı birikimi nedeniyle bölgede şişme olmasıdır.
- Direk travma ve venöz dönüşün bozulması ödem için iki sebeptir.
- Ödemli bölge lokalizasyon, renk ve şekil açısından gözlenir.
- Ödemli cilt gergin, parlak görünür.
- Hemşire parmağıyla ödemli bölgeye bası yapıp bıraktığında bölgede çukur oluşur buna gode bırakan ödem denir. Değerlendirme yapabilmek için hemşire bu bölgeye 5 sn. bası yapar.

Çizelge 5-2. Ödem değerlendirilmesi

Gode		Şiddeti	Gösterge
Gode derinliğinin 2 mm olması ve çukurluğun hızla kaybolması	-1  2 mm	Hafif	+1
Gode derinliğinin 4 mm olması ve çukurluğun 10-15 saniyede kaybolması	-2  4 mm	Orta	+2
Gode derinliğinin 6 mm olması ve çukurluğun kaybolmasının 1 dakikadan fazla sürebilmesi	+3  6 mm	Orta Derecede	+3
Gode derinliğinin 8 mm olması ve çukurluğun kaybolmasının 2 dakikadan fazla sürebilmesi	+4  8 mm	Şiddetli Çok Şiddetli	+4

***Ödemin değerlendirilmesi

Gode	Şiddeti	Gösterge
Zor tespit ediliyor	Hafif	+1
5 mm den az	Orta	+2
5-10mm arasında	Şiddetli	+3
10 mm den fazla	Çok şiddetli	+4

8. Lezyonlar

Benler ve yaşa bağlı keratozis (deride kalınlaşma) hariç normalde deride lezyonlar olmaz.



Deride bulunan lezyonlar renk, lokasyon, büyüklük, tip ve dağılımı (lokalize, yaygın) açısından gözlenir.



Palpasyon, lezyonun mobilitesini, sınırlarını (düz, kabarık veya baskılanmış) ve yoğunluğu (yumuşak veya sert) belirlemede önemlidir.

9. Sa ve Vücut Tüyleri, Tırnaklar



Hemşire tüm muayene boyunca kıl ve saçların dağılımı, kalınlığı, yapısı ve yağlanmasını değerlendirir.



Sağlı deride enfeksiyon, parazit varlığı açısından da değerlendirir.



Tırnak yatağını rengini, tırnağın kalınlığını ve şeklini tırnağın yapısını ve tırnak çevresindeki dokunun yapısını gözler. Tırnak normalde transparan, yumuşak ve konveks, çevresin deki ktiklin yumuşak, bozulmamıő ve inflamasyonsuzdur.

Baş, boyun muayenesi

Kaşların durumu

Boyunun genel
görüntüsü

Gözün şekli

Lenf nodlarının
durumu

Kornea rengi

Tiroit bezinin
büyüklüğü

Görme keskinliği

Burun
fonksiyonu

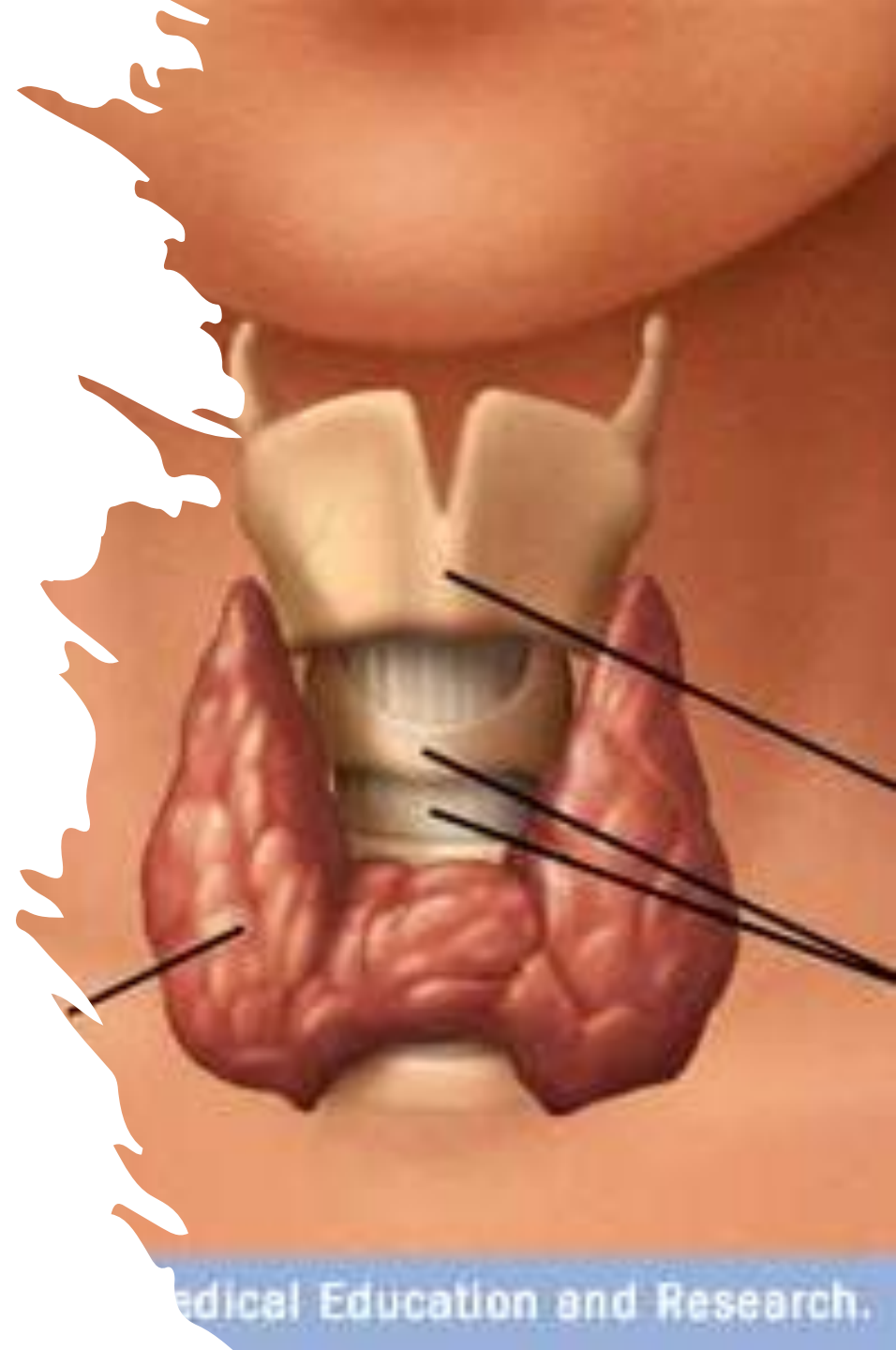
Ağız içinin
değerlendirilmesi

Dil değişikliği

Ağız kokusu

TİROİD MUAYENESİ

- Tiroid bezi ön alt boyunda trakeanın önünde ve her iki yanında yerleşmiştir.
- Hemşire boynun alt yarısını tiroid bezinin simetrik görünüp görünmediği ya da görünen bir kitle olup olmadığı yönünden hastayı gözler.



C. TİROİD MUAYENESİ

- Sonra hastaya başını hiperekstansiyona getirmesi ve yutkunmasını söyler.
- Yutkunma ile tiroid dokusu yükseldiğinden yutkunma sırasında tiroid ve krikoid kıkırdağın nasıl hareket ettiğine, tiroid bezinde herhangi bir şişlik olup olmadığına, tiroid bezinin simetrisine bakılır.



DEĞERLENDİRME SORULARI

- Öksürük
- Segresyon artışı
- Hemoptizi
- Dipne
- Wheezing
- Göğüs ağrısı
- Ateş
- Ses kısıklığı
- Gece terlemesi
- Aktivite intoleransı
- Halsizlik, yorgunluk

AKCİĞER SESLERİNİN DİNLENMESİ

Hemşire steteskobun diyaframını posterior göğüs duvarında interkostal aralıklara yerleştirir.

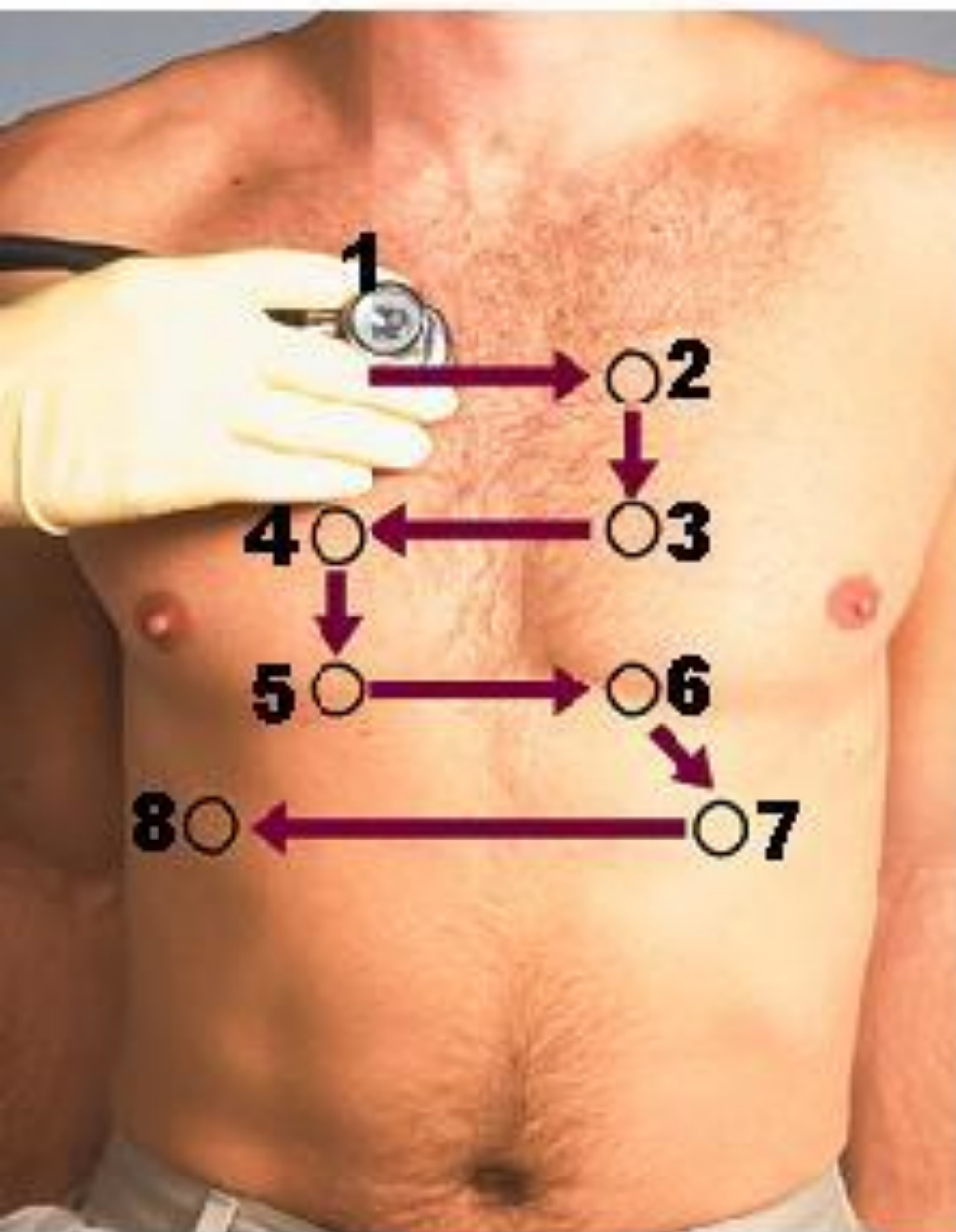


Hasta kollarını göğsünün önünde kavuşturur, başını öne eğer ve ağzını hafifçe açarak derin nefes alıp verir.



Steteskop değişik alanlara yerleştirilerek inspirasyon ve ekspirasyonu dinler.

AKCİĞER SESLERİNİN DİNLENMESİ



SESLERİNİ DİNLEME

Kalbin steteskop ile dinlenmesi normal kalp seslerini, ekstra kalp seslerini ve üfürümleri tanımlamak için yapılır.

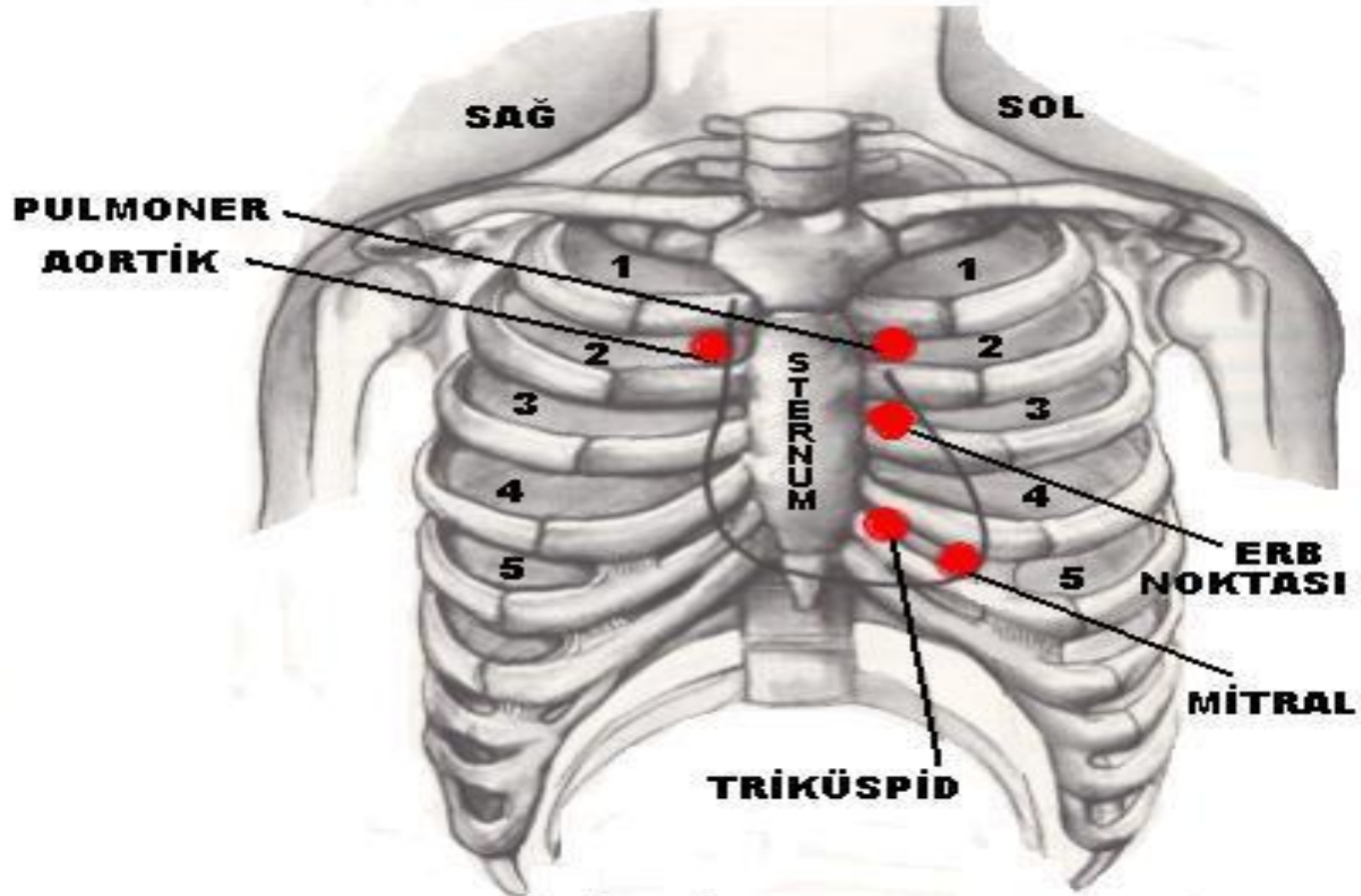


Kalp seslerini dinlemede konsantrasyon, odanın gürültüsüz olması önemlidir.



Daha sonra her bir bölge sırasıyla steteskopun çanı kullanılarak tekrar dinlenir.

Kalp seslerini dinleme odakları



KALP SESLERİNİ DİNLEME ODAKLARI



Şekil 8 A



Şekil 8 B



Şekil 8 C



Şekil 8 D



Şekil 8 E



Şekil 8 F



Şekil 8 G

Şekil 8.
Periferik arter muayenesi.
8A; karotis arter,
8B; brakiyal arter, 8C; radyal arter,
8D; femoral arter,
8E; popliteal arter,
8F; tibialis posteriyor arter,
8G; dorsalis pedis arter palpasyonları.

Abdominal değerlendirme ve muayene

Sistem soruları

İştahsızlık

Diyet alışkanlıkları

Barsak alışkanlıkları

Sarılık

Abdominal ağrı

Hazımsızlık

Bulantı, kusma

Kanama/hematemez

Melana

Rektal kanama

Gaita renginde
değişiklik

BAĞIRSAK SESLERİ

Hemşire abdomeni
intestinal hareketleri ve
vasküler sesleri dinlemek
için oskulte eder.

Steteskobun ısıtılmış
diyaframı alt sol kadranda
üzerine yavaşça yerleştirilir.

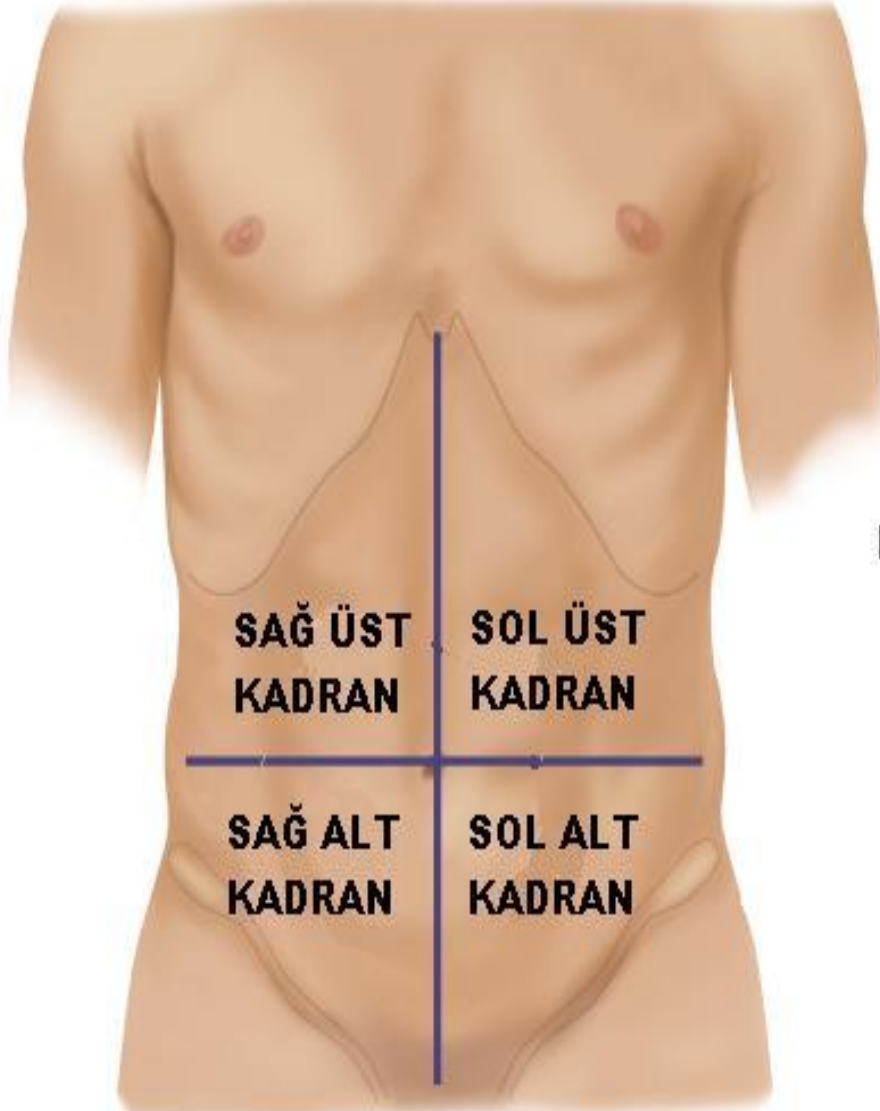
Hastaya konuşmaması
söylenir.

Normalde hava ve sıvı
barsakta hareket eder, her
bir kadranda 5-35 sn
aralıklarla yumuşak
gümbürtü ve fokurtu oluşur.
Sesler düzenli değildir.

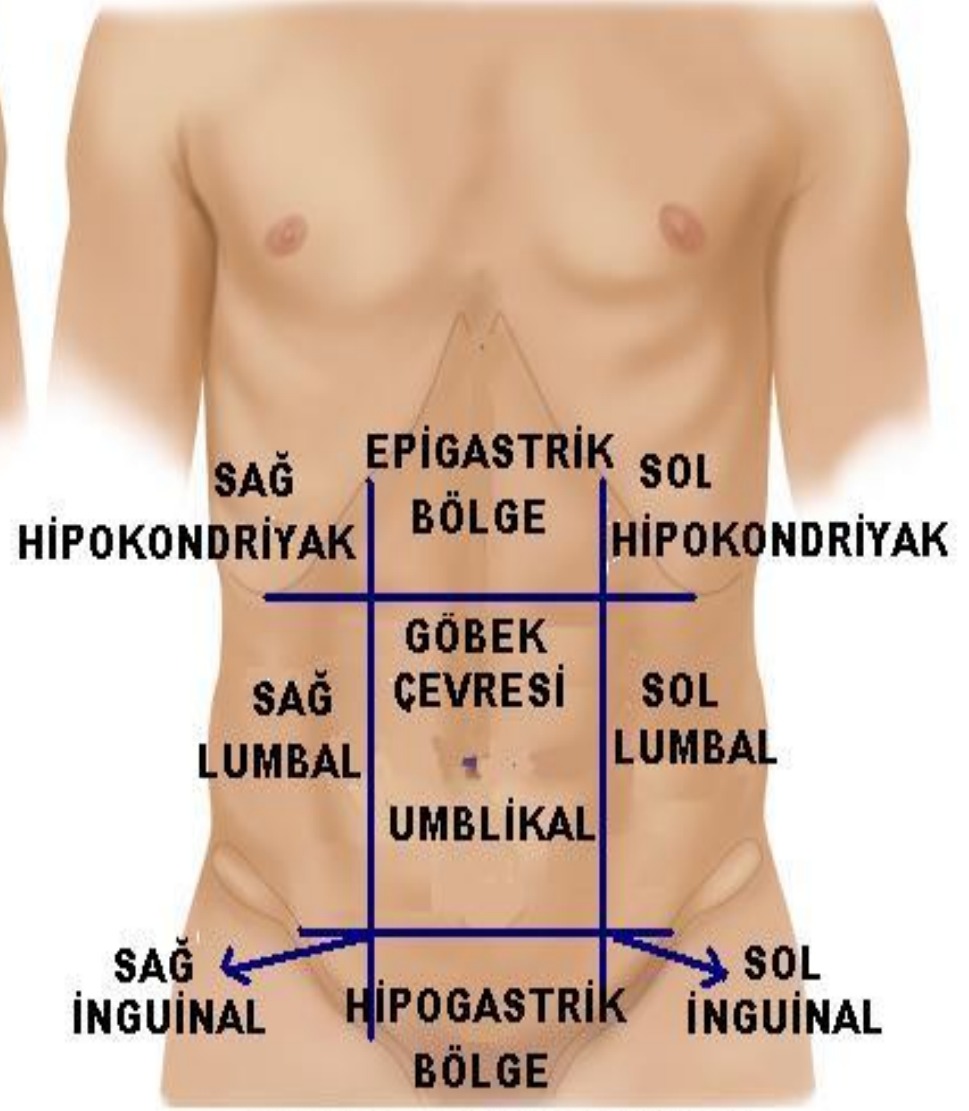
Normalde dk da 4-6 defa
tekrarlayan bağırsak sesleri
duyulur.

En iyi dinleme yemekler
arası yapılır.

KARNIN ANATOMİK BÖLÜMLERE AYRILMASI



DÖRDE BÖLÜNDÜĞÜNDE



DOKUZA BÖLÜNDÜĞÜNDE

Nörolojik muayene

Bilinç düzeyi
(GKS)

Pupilla takibi

Ekstremiteler
takibi

Nörolojik muayene

Glasgow Koma Skalası (E₄M₆V₅)

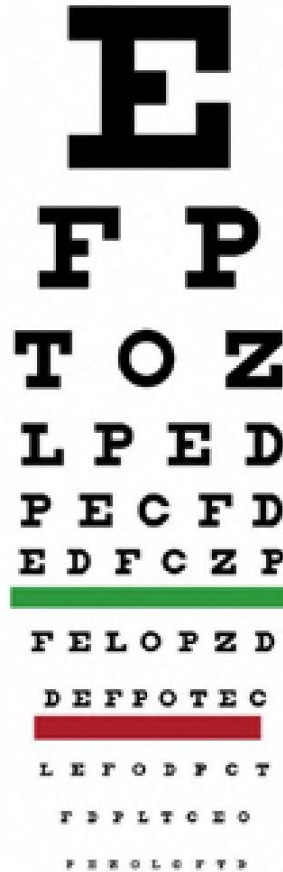
Göz Açıklığı		Motor Tepki		Sözel Cevap	
Spontan	4	Komutlara Uyuyor	6	Oryante	5
Sözel Uyarı	3	Ağrıya Lokalize	5	Uyumsuz ve kendiliğinden yanıt	4
Ağrılı Uyarı	2	Ağrıya Geri Çekme	4	Birbiriyle bağımsız kelimeler	3
Tepki yok	1	Anormal Fleks.	3	İnlemeler -mırıltılar	2
		Anormal Eks.	2	Cevap yok	1
		Tepki yok	1		

En iyi skor-----15

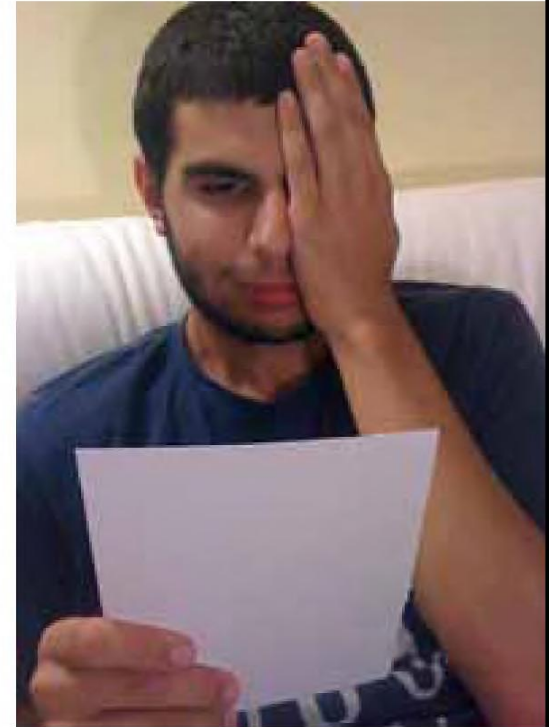
Koma.....≤8

Cevapsız-----3

Görme keskinliği



- | | |
|----|--------|
| 1 | 20/200 |
| 2 | 20/100 |
| 3 | 20/70 |
| 4 | 20/50 |
| 5 | 20/40 |
| 6 | 20/30 |
| 7 | 20/25 |
| 8 | 20/20 |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |



Pupil muayenesi

- Pupil boyutları ve anizokori (Farklı boyutlarda pupiller)



YAŞAM ŞEKLİ VE SAĞLIK UYGULAMALARI PROFİLİ

- Hastanın normal bir gününün tanımlanması istenir.
- Beslenme ve Kilo Yönetimi:
- Genelde ne yersiniz? Tercih ettiğiniz yemekler nelerdir?
- Dışarıda yemek yer misiniz?
- Diyetiniz var mı?
- Günlük ne kadar su tüketirsiniz?

YAŞAM ŞEKLİ VE SAĞLIK UYGULAMALARI PROFİLİ



Aktivite düzeyi ve
Egzersiz:



Gün içinde yaptığınız
aktiviteler nelerdir?



Düzenli spor yapar
mısınız?



Hangi tarz sporları
yaparsınız?



Düzenli egzersiz
yapmama nedenleriniz
nelerdir?

YAŞAM ŞEKLİ VE SAĞLIK UYGULAMALARI PROFİLİ

Uyku ve
Dinlenme:

Uyku düzeninizi
bana anlatabilir
misiniz?

Uykuya dalmakta
zorluk çekiyor
musunuz?

Saat kaçta
uyursunuz?

Uyanma sıklığınız
nedir?

Kendinizi
dinlenmiş
hissediyor
musunuz?

Gündüz uyur
musunuz?

Çay ve kahve
tüketim
alışkanlığınız
nedir?

YAŞAM ŞEKLİ VE SAĞLIK UYGULAMALARI PROFİLİ

İlaç ve Madde kullanımı:

Geçmişte ve şuan kullandığınız ilaçlar nelerdir?

Reçeteli ilaç kullanımı?

Reçetesiz ilaç kullanımı?

İlaç uyumu var mı?

Alkol?

Sigara?

Madde bağımlılığı??

Çay ve kahve??

YAŞAM ŞEKLİ VE SAĞLIK UYGULAMALARI PROFİLİ

- Öz bakım kavramı ve Özbakım Sorumlulukları:
- Kendinizle ve görünüşünüzle ilgili ne hissediyorsunuz?
- Kendinizi güvende hissetmek için yaptığınız aktiviteler?
- Düzenli kontrole gitme?
- Emniyet kemeri kullanma?
- Özbakım gereksinimlerini karşılama biçimi?



YAŞAM ŞEKLİ VE SAĞLIK UYGULAMALARI PROFİLİ

- Sosyal aktiviteler:
- Eğlenmek ve gevşemek için neler yaparsınız?
- Toplu olarak yapılan faaliyetlere katılır mısınız?
- Sosyalleşmek için yeterli zamanınızın olduğunu düşünüyor musunuz?

YAŞAM ŞEKLİ VE SAĞLIK UYGULAMALARI PROFİLİ

İlişkiler

Değerler ve
dini inanç
sistemi

Eğitim ve İş

Stres düzeyi
ve başa
çıkma tarzı

Çevre:
çevresel
riskler gibi

Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri

1. **Sağlığı Algılama- Sağlığın Yönetimi**
2. Beslenme ve Metabolik Örüntü
3. Boşaltım Örüntüsü
4. Aktivite-Egzersiz Örüntüsü
5. Bilişsel-Algısal Örüntü
6. Uyku-Dinlenme Örüntüsü
7. **Kendini Algılama-Benlik Kavramı Ö.**
8. Rol-İlişki Örüntüsü
9. Cinsellik-Üreme Örüntüsü
10. Başetme-Stres Toleransı Ö.
11. Değer-İnanç Örüntüsü



**DİNLEDİĞİNİZ İÇİN
TEŞEKKÜRLER**