



**İÜ**  
**ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**FİZİKSEL HAREKETTE BOZULMA HEMŞİRELİK BAKIM PLANI**

Hasta Adı Soyadı :

BARKOD

HEMŞİRELİK TANISI: Fiziksel harekette bozulma

Servis- Ünite :

TANIM: İmmobil olmayan hastanın, fiziksel hareketlerinin sınırlı olması

NEDEN	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	HEDEF	UYGULAMA NUMARASI	ULAŞILDI	KISMEN ULAŞILDI	DEVAM EDİYOR	TARİH	SAAT	İSİM SOYİSİM
1.Kanser hastalığı. 2.Radyoterapi (omurilik ışınlaması ) 3.Kemoterapi(nöropati) 4.Depresyon 5.Ağrı (özelikle kemik ağrısı) 6.Yorgunluk	1.Hastanın ve aile üyelerinin immobiliteye ilişkin bilgi ve uygulamaları değerlendirilir. 2.Hastanın fiziksel fonksiyonunu, hareketliliğini ve aktivitesini arttıracak girişimler uygulanır. 3.Hastanın güvenliğini sağlayacak girişimler uygulanır. - Hasta yalnız iken çağrı zili ulaşabileceği yere bırakılır. - Yatak kenarlıkları yükseltilir. - Odanın ve koridorun ışığı açık bırakılır. 4.İmmobilitayla ilişki beslenme gereksinimleri değerlendirilir. 5.Hareketsizliğe bağlı oluşabilecek komplikasyon riskini azaltacak girişimler uygulanır. 6.Deri bütünlüğünü korumaya yönelik girişimler uygulanır. 7.Hastaya psiko-sosyal destek sağlanır.	Hastanın fiziksel hareketlerini arttırmak		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../20...		