

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Bireyin Tanlanması

Öğrencinin Adı Soyadı :

Tarih:

BİREY İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Adı Soyadı:	Protokol/ Dosya No:
Doğum Yeri:	Yatış Tarihi:
Yaşı:	Bölüm: Oda No:
Cinsiyeti: () Kadın () Erkek	Tıbbi Tanı:
Medeni Durumu:	Eğitim Durumu:
Dili: Türkçe Tercüman Gereksinimi: () Evet () Hayır (Açıklayınız):	
Kol Bandı Rengi:	Açıklayınız:

1. SAĞLIĞIN ALGILANMASI-SAĞLIĞIN YÖNETİM BİÇİMİ

Geldiği yer: () Yoğun Bakım () Poliklinik () Acil Servis () Ev () Diğer.....
Hastaneye geliş şekli: () Yürüyerek () Tekerlekli Sandalye () Sedye () Diğer.....
Şikayetler:
Daha önce hastaneye yatma durumu: () Hayır () Evet Evet ise nedeni?.....
Geçirdiği hastalıklar: () Hayır () Evet:
Geçirdiği ameliyatlar: () Hayır () Evet:
Geçirdiği kazalar: () Hayır () Evet:
Bulaşıcı hastalığı: () Hayır () Evet:
Allerjik reaksiyon: () Hayır () Evet:
Daha önce kan transfüzyonu yapılma durumu: () Hayır () Evet:
Transfüzyon sonrası reaksiyon gelişme durumu: () Hayır () Evet:

Kronik hastalık, daha önce geçirilen hastalık ya da girişimlere yönelik süreç yönetimini açıklayınız. (Tedavilere uyum, kontrollere gitme, hastaneye tekrarlı yatış öyküsü vb.)

Ailesinde herhangi bir sağlık sorunu olan var mı? () Hayır () Evet (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)	
Yakınlık Derecesi	Tanısı

Genellikle sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz? (10 üzerinden puanlayınız)

0 |-----| 10
Çok kötü |-----| Çok iyi

KULLANDIĞI ARAÇLAR / PROTEZLER () Hayır () Evet (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

() Gözlük	() Kontakt Lens	() İşitme Cihazı () Sağ () Sol
() Diş Protez	() Tekerlekli Sandalye	() Baston
() Yürüteç (Walker)	() Koltuk değneği	() Diğer:.....

ALIŞKANLIKLAR () Hayır () Evet (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

() Sigara	Miktarı:	Kullanım süresi:
() Alkol	Miktarı:	Kullanım süresi:
() Diğer (çay, kahve vb.):.....	Miktarı:	Kullanım süresi:

Hastalığın Tedavisi ile İlgili Yaptığı Uygulamalar (Alternatif/Tamamlayıcı tedavi):

() Yok () Var.....

BİREYİN SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR: () Yok () Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız) Bu tedavileri düzenli olarak uygulama durumu: () Evet () Hayır-----

İlacın Adı	Kullanım Süresi	Dozu	Sıklığı	Alınış Yolu	Kullanım Nedeni

Hastanede önerilen tedavileri düzenli olarak uygulama durumu: () Evet () Hayır-----

Şu Anda Kullandığı İlaçlar	Dozu	Uygulama Yolu	Saati	İlaç Grubu (Örn: Antiemetik, Antihipertansif, Analjezik vb.)	Kullanım Nedeni	Yan etkileri

YAŞAMSAL BULGULAR

Tarih	Saat	Vücut Sıcaklığı	Nabız	Solunum	Kan Basıncı	sPO ₂	O ₂ tedavisi

Örüntü ile ilgili hemşirelik tanısı:

2. BESLENME VE METABOLİK DURUM

Boy:	Kilo:	BKİ:
Kendini besleme durumu: () Bağımlı () Yarı bağımlı () Bağımsız		
Beslenme şekli: () Oral () Enteral () Parenteral () PEG		
Oral alım: () Var () Yok Nedeni?.....		
Son 6 ayda kilo artışı/azalması: () Evet (kg)..... () Hayır		
İştahını nasıl tanımlıyor: () İyi () Yetersiz () Kötü		
Herhangi bir diyet sınırlaması var mı? () Evet..... () Hayır		
Beslenme bozukluğu: () Evet..... () Hayır		
Sevdiği besin türleri:		
Sevmediği besin türleri:		
Aşağıdaki durumlarla ilgili bir sorunu var mı?		
Bulantı	() Hayır () Evet	Açıklayınız.....
Kusma	() Hayır () Evet	Açıklayınız.....
Hematemez	() Hayır () Evet	Açıklayınız.....
Çiğneme	() Hayır () Evet	Açıklayınız.....
Yutma	() Hayır () Evet	Açıklayınız.....
Sindirme	() Hayır () Evet	Açıklayınız.....
Diğer.....		
Karın ağrısı: () Hayır () Evet Lokasyonu:.....		
Sarılık: () Hayır () Evet	Splénomegali: () Hayır () Evet	
Yemeklerinin tamamını bitirebilme durumu:		
Günlük sıvı alımı: SuDiğer sıvı		
Ağız mukozasının durumu: () Normal () Stomatit () Hiperemik		

() Kanama () Monoliazis () Ağız kuruluğu (Kserostomi)	
Cilt, saçlar ve tırnaklarla ilgili sorun: () Hayır () Evet.....	
Dişlerin durumu ve sayısı:.....	
Diş eti iltihabı: () Hayır () Evet	Diş eti çekilmesi: () Hayır () Evet

Örüntü ile ilgili hemşirelik tanısı:

3. BOŞALTIM AKTİVİTESİ

BAĞIRSAK BOŞALTIMI

Bağırsak boşaltımını karşılamada: () Bağımsız () Yarı bağımlı () Bağımlı		
Hastaneye yatmadan önceki bağırsak boşaltım sıklığı/zamanı:		
Bağırsak sesleri: () Normoaktif (-----/dk) () Hiperaktif (-----/dk) () Hipoaktif (-----/dk)		
En son ne zaman defekasyona çıktınız:		
Abdomen: () Yumuşak () Yarı yumuşak () Gergin () Sert () Düz () Hassas		
Defekasyon gereksinimini karşılama biçimi: () Normal () Sürgü () Komod () Alt bezi		
Gaita: Renk Kıvam..... Miktar.....		
Laksatif kullanma durumu: () Evet (Reçeteli/Reçetesiz) () Hayır		
Kolostomi () Hayır () Evet	() Geçici () Kalıcı	Stomanın Rengi:
İleostomi () Hayır () Evet	() Geçici () Kalıcı	() Gaz: () Koku: () Dışkı sızıntısı: () Deri irritasyonu:
Sorunlar	Açıklamalar	
() Konstipasyon		
() Diyare		
() Distansiyon		
() Fekal inkontinans		
() Hemoroid		
() Dışkı tıkaçı		
() Melena		
() Enkoprezis		

ÜRİNER BOŞALTIM

Üriner boşaltımını karşılamada: () Bağımsız () Yarı bağımlı () Bağımlı		
Mesane Alışkanlıkları: () Normal Sıklığı:.....		
Mesane kateterizasyonu () Hayır () Evet	Takılma Tarihi: Takılma amacı: () Boşaltım () Mesane irrigasyonu () Mesane instilasyonu	
Üreterostomi () Hayır () Evet	() sağ () sol Açıklayınız:	
Nefrostomi () Hayır () Evet	() sağ () sol Açıklayınız:	
Sistostomi () Hayır () Evet	Açıklayınız:	

Evet	
İdrarın rengi	() Açık sarı () Koyu sarı () Açık kırmızı () Koyu kırmızı
Glop	() Evet () Hayır
İdrarın berraklığı	() Berrak () Bulanık () Tortulu
() Dizüri () Noktüri () Sıkışma/kaçırma () Hematüri () Retansiyon () Enürezis () Pollaküri () Poliüri () Oligüri () Anüri () Polidipsi () Üretritis (Akıntı vb.)	
Diyaliz: () Yok () Hemodiyaliz () Periton Diyalizi	Diyaliz Giriş Yeri.....
Geçirdiği genitoüriner hastalıklar:	
İnkontinans: () Hayır () Evet () Nadiren () Gündüz () Gece () Stres tip () Total () Mikst tip () Aşırı aktif mesane/Urge () Overflow/Taşma	
İdrar yapma gereksinimini karşılama şekli: () Normal () Sürgü/ördek () Üriner kateter () Alt bezi	
İdrarını ertelemede güçlük: () Hayır () Evet	Tuvalete ulaşmada güçlük: () Hayır () Evet
Kateter gereksinimi: () Gereksinimi yok () Aralıklı kateterizasyon () Kalıcı kateter () Eksternal kateter	

Aldığı -Çıkardığı Takip Formu

Aldığı

Çalışma Saati	Oral	Enteral	Parenteral	Kan	Toplam Alınan

Çıkardığı

Çalışma Saati	Dren	Kusma	Ng	İdrar	Diyare	İrrigasyon	Toplam Çıkan	Denge

Örüntü ile ilgili hemşirelik tanısı:

4. AKTİVİTE-EGZERSİZ ŞEKLİ

Genel yaşam tarzı: () Aktif () Sedanter
Harekette zorlanma: () Hayır () Evet
Hareket kısıtlılığı: () Hayır () Evet

Düzenli egzersiz: ()Yapıyor ()Yapmıyor		
Aktiviteyi tolere etme durumu: () Evet () Hayır		
Yorgunluk Hali: ()Hayır ()Evet		
Kapiller dolum süresi:		
Tırnak Yatağı Rengi: () Pembe ()Mavi ()Soluk		
Nabız:----- () Dolgun () Fliformik () Düzenli () Düzensiz		
Kan basıncı:-----mmHg () Sağ kol () Sol kol () Oturarak () Yatış		
Solunum hızı:...../dk		
Solunumun niteliği: () Normal () Yüzeysel () Hızlı () Çabalı () Bilateral () Zorlu		
Burun kanatları ve/veya yardımcı solunum kaslarının solunuma katılma durumu: ()Evet ()Hayır		
Dispne	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
Efor Dispnesi	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
Ortopne	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
Paroksizmal Nokturnal Dispne	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
İstirahat Dispnesi	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
Pulmoner Alveolar Ödem	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
Öksürük	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
Balgam	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
Siyanoz	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
Yardımcı araç kullanımı: () Yürüteç/Walker () Baston () Tekerlekli Sandalye () Koltuk Değneği		
Ekstremitelerde: () Tremor () Kramp () Paralizi () Parapleji () Hemipleji		
Üst ekstremiteler: () Eşit () Eşit Değil	Üst ekstremitenin gücü: () Kuvvetli () Orta () Zayıf	
Alt ekstremiteler: () Eşit () Eşit Değil	Alt ekstremitenin gücü: () Kuvvetli () Orta () Zayıf	
Eklemlerde: () Kızarıklık () Hassasiyet () Şişlik () Ağrı		
Tutulan eklem sayısı:		
Deformite	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
Kontraktür	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
Fraktür	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
Amputasyon	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
Kas ağrısı-güçsüzlüğü	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
Atrofi	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
Osteoporoz:	() Evet () Hayır	Açıklayınız.....
Ödem	() Evet () Hayır	Derecesi ve yeri:
Deri turgoru: () Yumuşak/ Esnek () Gecikmiş () Normal		
Genel görünüm: () Bakımlı () Bakımsız		
Banyo yapma sıklığı:...../hafta		Diş fırçalama sıklığı:...../gün

Aşırı terleme/hiperhidrozis sorunu: () Hayır () Evet

Vücut kokusu sorunu: () Hayır () Evet

Örüntü ile ilgili hemşirelik tanısı:

5. UYKU-İSTİRAHAT ŞEKLİ


Genel uyku alışkanlıkları: Gece.....st/gün		Gündüz.....st/gün	
Hastanede uyku alışkanlıkları: Gece.....st/gün		Gündüz.....st/gün	
Uykuyu kesintiye uğratan bir durum var mı: () Hayır () Evet.....			
Hastane ortamında uykusunu etkileyen faktörler: (Açıklayınız):			
Rahat uyumak, gevşemek için kullandığı yöntemler: () Hayır () Evet			
Uykuya dalmada yardımcı olan alışkanlıkları (kitap okuma, süt içme vb.)Açıklayınız:			
Uyurken kaç yastık kullanır?.....			
Uyurken yanında istediği özel bir oyuncak/nesne var mı? ()Hayır ()Evet-----			
Sorunlar		Açıklamalar	
() Uykudan yorgun kalkma			
() Uyuma güçlüğü			
() Erken uyanma			
() Uykusuzluk			
() Uykuya başlamada/dalmada zorluk yaşama			
() Uykuyu sürdürmede zorluk yaşama			
() Göz çevresinde morluk			
() Dikkat süresinde azalma			
() Yürürken yorgunluk hali			
() Uykuda enürezis			
() Korkulu rüya öyküsü (sıklığı/nedenleri)			
() Uykuda konuşma/yürüme			

Örüntü ile ilgili hemşirelik tanısı:

6. BİLİŞSEL-ALGILAMA ŞEKLİ

İşitme güçlüğü: () Hayır () Evet..... () Sağ () Sol			
İşitme cihazı kullanma durumu: () Hayır () Evet (() Sağ () Sol)			
Görme bozukluğu: () Hayır () Evet (() Sağ () Sol)			
Gözlük/lens kullanma durumu: () Evet ()Hayır			

Dokunma/hissetme kaybı: () Hayır () Evet
Koku alma yetisi: () Normal () Normal değil.....
Tat alma yetisi: () Normal () Normal değil.....
Oryantasyon durumu: Kişi: ()Hayır ()Evet
Yer: () Hayır () Evet
Zaman: () Hayır () Evet
Halüsinasyon/İllüzyon: () Hayır () Evet
Konsantre olma/dikkatini toplama yeteneği: () İyi () Orta () Zayıf
En kolay öğrenme şekli (okuyarak, dinleyerek, görerek):
Öğrenmede zorluk çekme durumu: ()Hayır ()Evet
Son zamanlarda hatırlamada sorun yaşama durumu: (yakın, orta ve uzak belleğe ilişkin olayları hatırlama)
Yakın bellek:
Orta bellek:
Uzak bellek:
Bilişsel gelişim durumu:
Konuşma özelliği:
Öğrenme engelleri:

	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrının yeri (Açıklayınız):	
Ağrının niteliği	Ağrının süresi:
() Yanıcı	Ağrının sıklığı: () Aralıklı () Sürekli
() Batıcı	Ağrıyı azaltan durumlar:
() Zonklayıcı	
() Keskin	Ağrıyı arttıran durumlar:
() Yayılan	
() Künt	
() Diğer:	
Ağrının yaşam kalitesine etkisi: () Hayır () Evet	
Ağrıya eşlik eden bulgular: () Bulantı-kusma () Uykusuzluk () İştahsızlık	

()Fiziksel aktivitede azalma ()Sosyal aktivitede azalma ()Terleme ()Diğer.....

Örüntü ile ilgili hemşirelik tanısı:

7. KENDİNİ ALGILAMA- KENDİNİ KAVRAMA ŞEKLİ

Algıladığı herhangi bir tehlike/korku: () Hayır () Evet

Öfke/Kızgınlık: () Hayır () Evet

Keder/Ağlamaklı olma durumu: () Hayır () Evet.....

Genel olarak kendinizi nasıl tanımlarsınız?

Size göre güçlü yönleriniz nelerdir?

Size göre zayıf yönleriniz nelerdir?

Bireyin kendi bedeni ve benliği hakkındaki görüşleri:

Bireyin kendi bedeni hakkındaki görüşlerinde değişiklik durumu: ()Hayır ()Evet

Bireyin içinde bulunduğu duruma bağlı olarak kendine saygı, güven duyma ve kendine değer vermede değişiklik: () Hayır ()Evet.....

Bireyin içinde bulunduğu duruma bağlı olarak kendi kimliği hakkındaki görüşlerinde değişiklik () Hayır ()Evet.....

Vücut postürü ve hareketi:

Örüntü ile ilgili hemşirelik tanısı:

8. ROL VE İLİŞKİ ŞEKLİ

Sahip olduğu rolleri tanımlaması (Anne, baba, çocuk, mesleki rol, vb.):

Rolleri yerine getirme yeteneğinde yetersizlik hissetme durumu (Anne, baba, çocuk, mesleki rol, vb.):

() Hayır ()Evet.....

Bu rolleri yerine getirmede destek olacak bir yakının varlığı: () Hayır ()Evet.....

Yakınlarının ve arkadaşlarının sosyal desteğini yeterli bulma durumu: ()Hayır ()Evet.....

Hasta rolüne uygun davranışlar sergilime durumu:

Bilgi alma isteği: ()Evet ()Hayır.....

Tedavi planına katılma isteği: ()Evet ()Hayır.....

Diğer.....

Yakın çevre ve arkadaşlarıyla ilişkilerinde bir zorluk yaşama: ()Hayır ()Evet.....

Aile süreçlerinde değişim:
Ailenin ve ona yakın olan kişilerin hastalığa karşı tutumu:
Sağlık personeli ile iletişimde bulunma: ()Evet ()Hayır
Diğer hastalarla iletişimde bulunma: ()Evet ()Hayır
İletişime engel olacak duyuşsal kusurlar: ()Hayır ()Evet.....
İletişim kurabilmek için destek gereksinimi var mı? ()Hayır ()Evet.....
Görüşme sırasında herhangi bir konuşma sorunu fark ettiniz mi?(afazi, disartri, küfürlü, alaycı vb.) ()Hayır ()Evet.....
Görüşme sırasında aile iletişiminde sorun olduğunu gözlemlediniz mi? ()Hayır ()Evet.....
Sözlü ve sözsüz iletişimi arasında uyumsuzluk: () Hayır ()Evet.....
Jest ve mimiklerde uyumsuzluk: () Hayır ()Evet.....
Göz teması kurma durumu: () Evet () Hayır
Dinlemede güçlük çekme durumu: () Hayır ()Evet.....
Toplumsal kurallara uygun olmayan davranış sergileme durumu (Bulunduğu ortamda kendine, etrafındakilere zarar verebilecek davranışlar): () Hayır ()Evet.....

Örüntü ile ilgili hemşirelik tanısı:

9. CİNSELLİK VE ÜREME

Beden imajını bozan bir sorun: () Hayır ()Evet.....
Görünüm ve davranışın cinsiyete uygunluğu: () Evet ()Hayır.....
Cinsel yaşamında değişiklik: () Hayır ()Evet.....
Menstruasyon öyküsü: ()Düzenli ()Düzensiz Son adet tarihi (SAT):.....
Gebelik öyküsü: () Hayır ()Evet Gebelik Sayısı:..... Ölü doğum:.....
Doğum şekli: Normal..... Sezaryen.....
Menopoz/Andropoz: () Evet () Hayır
Yaşanan sorunlar:
Vajinal akıntı: () Hayır ()Evet (Renk, koku,vb.).....
Libido: ()Evet () Hayır.....
Memeler: ()Akıntı ()Şekil bozukluğu ()Ağrı ()Kitle
Penil veya genital ülser: () Hayır ()Evet.....

Kendi kendine meme/testis muayenesi yapıyor mu? ()Evet ()Hayır
Doğum kontrol yöntemi kullanma durumu: () Hayır ()Evet.....
Cinsel yolla bulaşan hastalık öykü durumu: () Hayır ()Evet.....
Sekonder seks karakterleri gelişimi:
Psikoseksüel gelişim özelliği:

Örüntü ile ilgili hemşirelik tanısı:

10. STRES İLE BAŞ ETME/TOLERE ETME DURUMU

Yaşadığı güçlük, sıkıntı ve engel: () Hayır ()Evet.....
Bu güçlük ve engellerle nasıl baş edebiliyor?
Başa çıkma durumunu tanımlaması: ()İyi ()Orta ()Zayıf
Stresle baş etmede kullanılan etkili yöntemlere ilişkin bilgi: () Hayır ()Evet.....
Stresle baş etmede kullanılan etkili yöntemleri kullanma durumu: ()Evet ()Hayır Açıklayınız.....
Yaşadığı sıkıntılı durumlarla baş etmede ailesinin verdiği desteği yeterli bulma durumu: ()Yeterli ()Kısmen yeterli ()Yetersiz Açıklayınız.....
Son bir yıl içinde yaşadığı önemli yaşam değişiklikleri: () Hayır ()Evet
Hastalık veya hastaneye yatmaya ilişkin endişeleri (Parasal, özbakım...): () Hayır ()Evet.....

Örüntü ile ilgili hemşirelik tanısı:

11. İNANÇ VE DEĞERLER ŞEKLİ

Hastaneye yatma, bireyin inançlarını etkiliyor mu?
İnanç ve manevi değerlerde hastalık sürecinde değişiklik durumu: () Hayır ()Evet.....
Bakımını sınırlayacak herhangi bir inanç durumu (diyet, kan transfüzyonu vb.): () Hayır ()Evet.....

Baş etmeyi kolaylaştırıcı manevi ya da kültürel uygulamalar: () Hayır ()Evet.....
İnançlarınız doğrultusunda sağlık uygulamalarına ilişkin kısıtlama ya da yasaklar: () Hayır ()Evet.....
İyileşmeye olan inancı:.....
Yaşam hakkındaki inanç ve değerleri:
Ölüm hakkındaki inanç ve değerleri:

Örüntü ile ilgili hemşirelik tanısı:

SORUNLAR LİSTESİ (Hemşirelik tanılarını öncelik sırasına göre sıralayınız.)

HEMŞİRELİK TANISI:

TARİH	TANILAMA		PLANLAMA		UYGULAMA		DEĞERLENDİRME
	Tanımlayıcı Özellikler	Etiyolojik Faktörler	Amaçlar ve Beklenen Hasta Sonuçları	Hemşirelik Giriőimleri	E	H	Tarih/Saat
	<u>Objektif veri</u>		<u>Amaçlar:</u>				
	<u>Subjektif veri</u>		<u>Beklenen Hasta Sonuçları:</u>				

