**ERCİYES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU**

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Bireyin Tanılanması

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 sağlığınızı 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** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**LABORATUVAR BULGULARI**

Laboratuvar bulgularının düşük ya da yüksek olma durumu belirtilecek ve nedeni açıklanacaktır.

|  |
| --- |
| **TARİH:** |
| **Laboratuvar Bulgusu** | **Hasta Değeri** | **Referans Değeri** | **Düşük/****Yüksek** | **Nedeni** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**YAŞAMSAL BULGULAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih** | **Saat** | **Vücut Sıcaklığı** | **Nabız** | **Solunum** | **Kan Basıncı** | **sPO2** | **O2 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  | Splenomegali: ( ) Hayır ( ) Evet  |
| Yemeklerinin tamamını bitirebilme durumu: |
| Günlük sıvı alımı: Su Diğer 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: ……….( ) Gaz:( ) Koku:( ) Dışkı sızıntısı:( ) Deri irritasyonu: |
|  İleostomi ( ) Hayır ( ) Evet  | ( ) Geçici ( ) Kalıcı  |
| **Sorunlar** | **Açıklamalar** |
| ( ) Konstipasyon  |  |
| ( ) Diyare  |  |
| ( ) Distansiyon  |  |
| ( ) Fekal inkontinans  |  |
| ( ) Hemoroid  |  |
| ( ) Dışkı tıkacı  |  |
| ( ) 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 |
| Üreterestomi ( ) Hayır ( ) Evet  | ( )sağ ( ) sol Açıklayınız: ............................ |
| Nefrostomi ( )Hayır ( ) Evet  | ( )sağ ( )sol Açıklayınız: ............................ |
| Sistostomi ( ) Hayır ( ) Evet  | Açıklayınız: ............................ |
| 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:…………../dkSolunumun 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…………………………………………… |
| Paroksismal 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 ekstremite: ( ) Eşit ( ) Eşit Değil | Üst ekstremitenin gücü: ( ) Kuvvetli ( ) Orta ( ) Zayıf |
| Alt ekstremite: ( ) 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: |

|  |
| --- |
| img_12 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 |
| ( )Yayılan | Ağrıyı arttıran durumlar:  |
| ( )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 duyusal 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:  |
| Vaginal 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 ( )HayırAçıklayınız….. |
| Yaşadığı sıkıntılı durumlarla baş etmede ailesinin verdiği desteği yeterli bulma durumu: ( )Yeterli ( )Kısmen yeterli ( )YetersizAçıklayınız……. |
| 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 Girişimleri** | **E** | **H** | **Tarih/Saat** |
|  | **Objektif veri****Subjektif veri** |  | **Amaçlar:****Beklenen Hasta Sonuçları:** |  |  |  |  |