**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:…………../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…………………………………………… |
| 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 ( )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 Girişimleri** | **E** | **H** | **Tarih/Saat** |
|  | **Objektif veri**  **Subjektif veri** |  | **Amaçlar:**  **Beklenen Hasta Sonuçları:** |  |  |  |  |