

**SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ  
ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME REHBERİ**

**HEM 301 RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ  
HEMŞİRELİĞİ**



## ÖĞRENCİ TANITIM FORMU

Doküman No	İÇ KAPAK
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	2 / 43

### ÖĞRENCİ BİLGİSİ

Adı ve Soyadı		Fotoğraf
Numarası		
İmzası		
Uygulama Yaptığı Servis/Bölüm		
Uygulama Tarihi		
Sorumlu Öğretim Elemanı		
Alan/Klinik Rehber		

## **İÇİNDEKİLER**

1. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ SORUMLU ÖĞRETİM ELEMAN(LARI)
2. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ İLKELERİ
3. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ UYGULAMA HEDEFLERİ
4. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENME ÇIKTILARI
5. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ YÖNETİM PLANI
6. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ TASARIMI
7. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ FORM VE EK LİSTESİ
8. FORMLAR
  - FORM-1 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
  - FORM-2 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
  - FORM-7 MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ FORMU
  - FORM-8 SUBJEKTİF VERİLER FORMU
  - FORM-9 ÇOCUĞUN GELİŞİM ÖZELLİKLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU
  - FORM-19 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
  - FORM-20F SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU
9. EKLER
  - EK-1 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
  - EK-2A YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU
  - EK-3A YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
  - EK-4A YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
  - EK-5A YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
  - EK-6 SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU
  - EK-7 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU
  - EK-8 TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU
  - EK-9 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU
10. KAYNAKLAR

## **1. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ SORUMLU ÖĞRETİM ELEMAN(LARI)**

Doç. Dr. Satı DİL

Araş. Gör. Tuğba YILDIRIM

## 2. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ İLKELERİ

- a) Öğrenci, Bölüm Başkanlığının bildirdiği uygulama programına tamamen uymak, istenilen görevleri zamanında ve eksiksiz olarak gerçekleştirmek, uygulama yaptığı kurumlarda çalışan diğer ekip üyeleri ile profesyonel iletişim kurmak ve kurumlardaki bakım prosedürlerine hâkim olmak durumundadır.
- b) Öğrenci uygulama sürecinde bulunduğu kurumun çalışma ve güvenlik kurallarına uyma ve kullandığı araç-gereç-malzemeyi birim yetkilisinin (servis hemşiresi, klinik sorumlusu, eğitmen vb.) bilgisi dâhilinde ve özenle kullanmak zorundadır. Bu durumun yerine getirilmemesinden doğan her türlü sorumluluk öğrenciye ait olup, gerekli hallerde öğrenci hakkında Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği hükümleri uygulanır.
- c) Öğrenci, uygulamaları uluslararası ve ulusal bildirgeler ve mevzuatta öngörülen mesleki, etik ve yasal yükümlülükler doğrultusunda gerçekleştirir.
- d) Öğrenci kendisi ve uygulama alanında bakım verdiği birey ve/veya aile için enfeksiyon riski oluşturmayacak hijyenik kurallara uymak zorundadır.
- e) Dönem içinde her öğrenci bir mesleki uygulama dersi için klinik uygulama rotasyonunda belirtilen özel ve kamu kurumlarında klinik uygulamaya devam etmek durumundadır.
- f) Öğrenci, uygulamalarını, dersin gerektirdiği bilgi ve beceriler doğrultusunda sorumlu öğretim elemanı veya öğretim elemanının olmadığı durumlarda ise ilgili birimin hemşiresi/sorumlusu denetiminde gerçekleştirir ve kaydeder. Öğretim elemanı ya da klinik hemşiresi olmadan, bağımsız olarak ilaç tedavisi yapamaz. Hastanın beden bütünlüğüne yönelik herhangi bir girişimsel işlem (intravenöz kateter yerleştirme vb.) uygulayamaz. Öğrenci, klinik sorumlu hemşiresi nezaret ve denetimi olmaksızın yazılı ya da sözel hekim istemi alamaz.
- g) Öğrenci uygulamalar sırasında hastanın mahremiyeti ya da gizliliğini ihlal eden herhangi bir eylemde bulunamaz, kişiye özel bilgileri ifşa edemez.
- h) Uygulama süresinin sonunda öğrenciler hazırladıkları **klinik uygulama değerlendirme dosyasını** belirlenen **formata uygun** olarak bir adet vesikalık fotoğrafları ile dersin sorumlu öğretim elemanına teslim etmek zorundadır.
- i) Öğrenciler, her bir dönem için belirlenen rotasyon programında, belirtilen takvime bağlı uygulama yerinde bulunacaklardır. Dersin sorumlu öğretim elemanı/servis sorumlusu/klinik rehber hemşiresinin bilgisi olmadan **kesinlikle** görev yerinden ayrılmayacaklardır.
- j) Uygulama alanına geç gelen öğrencilerin imzası alınmayacaktır. **Tam gün devamsız kabul edilecektir.**
- k) Öğrenci uygulaması tamamlanmadan uygulama alanından ayrılamaz. Uygulama bitiş saati öncesinde uygulama alanını terk ettiği tespit edilen öğrenciler, o gün için **uygulama yapmamış** sayılıp devamsız kabul edilecektir.
- l) Uygulama alanlarında cep telefonu sessiz konumda olmalıdır. Acil durumlarda öğretim elemanının bilgisi dâhilinde telefon görüşmesi yapılabilecektir.
- m) Öğrencilerin uygulamaya **%80 oranında devamları** zorunludur. Devamsızlık haklarının aşılması durumunda telafi durumu olmaksızın doğrudan uygulamadan **başarısız** sayılacaktır ve **finale girme durumu olmadığından tekrar durumuna düşecektir.**
- n) Her öğrenci, uygulama yaptığı birimde teorik bilgi, uygulama becerisi, çalışma disiplini, performansı, iletişimi, kayıt tutması vb. yönlerden uygulama sorumlusu/yürütücüsü/alan rehberi tarafından değerlendirilir.
- o) Öğrenci, ders uygulama alanında öğrenci kimlik belgesini görünebilecek şekilde takmak zorundadır.
- p) Öğrenciler ders uygulamalarında üniforma/beyaz önlük giymek zorundadırlar. Öğrencinin giydiği kıyafet üniversite öğrencisine yakışacak temizlikte ve özende olmalıdır. Bunlar;
  - ✓ **Üniforma:** Bölümün ders uygulamasına yönelik üniforma düzeni aşağıda verilmiştir.
  - ✓ **Üniforma üstü:** Beyaz, hâkim yaka şeklinde, önden çıkıtlı, kısa kollu (dirsek hizasını geçmeyecek), üzerinde üç cep olacaktır. Altta iki yanlarda, sol üstte bir göğüs cebi olacaktır. Sol üst cebin üzerine üniversitenin amblemi dikilecektir.
  - ✓ **Üniforma altı:** Lacivert pantolon, bel yarım lastikli, düz paça ve cepsiz olacaktır. Pantolonun arka ve ön kısımlarında ütü izi dikiş ile belli olacaktır.
  - ✓ **Ayakkabı:** Siyah, lacivert, gri ya da beyaz renkte spor, topuksuz ve ortopedik özelliğe sahip olmalıdır. Terlik, bot, karışık renkli ayakkabı giyilmeyecektir.
  - ✓ **Hırka:** Gerekli duyulan hallerde öğrenciler formasının üzerine sade, desensiz, kapüşonsuz, sıfır yaka, penye/örgü lacivert, siyah ya da beyaz renkte hırka giyebileceklerdir.
  - ✓ **Beyaz Önlük:** Öğrenci dersin gereğine göre bazı eğitim alanlarında (psikiyatri kliniği, laboratuvar, okul, işyeri, ev vb.) beyaz önlük giymelidir.
  - ✓ **Baş Örtüsü:** Öğrenciler sade lacivert, sade beyaz ya da sade siyah renkte baş örtüsü ve aynı renkte bone kullanabileceklerdir.
  - ✓ Öğrenciler uygulamaları süresince; top küpe, alyans ve saat dışında herhangi bir takı takamaz.
  - ✓ Saçlar dağınık olmayacak şekilde ense hizasında topuz yapılacak olup, erkek öğrenciler temiz bıyık ve top sakal dışında sakal bırakamayacaklardır.
  - ✓ Tırnaklar kesinlikle kısa ve ojesiz olmalıdır.
- q) Öğrenci uygulama esnasında stres, kaygı ya da korkuya yol açan herhangi bir durumla karşılaştığında ya da fiziksel zarar gördüğünde, bu durumu öncelikle ilgili öğretim elemanına ve uygulama alanı sorumlu hemşiresine bildirerek olayı rapor eder.
- r) Saha/Klinik Uygulama Dersi İlkeleri, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Mesleki Alan Uygulama Yönergesi maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.
- s) Saha/Klinik Uygulama Dersi; 17 Haziran 2021 tarih ve 31524 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yükseköğretimde Uygulamalı Eğitimler Çerçeve Yönetmeliği'nin Uygulamalı ders, 14. Maddenin 4 nci ve 5 nci bendi kapsamında 3308 sayılı ve 5510 sayılı Kanunun ilgili hükümlerine uygun olarak öğrenciler hakkında iş kazası ve meslek hastalığı ile hastalık sigortası yaptırılarak uygulamalı ders rotasyon planı kapsamında yürütülür.

Okudum, anladım ve kabul ediyorum.

Öğrencinin Adı Soyadı:

İmza:

### 3. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ UYGULAMA HEDEFLERİ

1. hafta öğrenci uygulama alanına ilk defa geldiğinde oryante olması, ortamı tanıyabilmesi, kendisine verilen birey/aile/çocuk ile ilgili veri toplama, planlama, uygulama ile ilgili bakım sürecini başlatabilmesi hedeflenir. Aşağıda verilen hedeflere uygulama süreci boyunca ulaşması beklenir.

UYGULAMA DÖNEMİ	HAFTA	HEDEFLER
TARİH	2.-14. HAFTA	Ruhsal hastalıklarının etiyolojisini, belirti-bulgularını ve tedavi yöntemlerini inceleyebilme
		Ruhsal hastalıkların tıbbi yönetim sürecini takip edebilme
		Ruhsal bakım aktivitelerini hemşirelik süreci adımları doğrultusunda yerine getirebilme
		Hasta ve ailesine gereksinimleri doğrultusunda eğitim ve danışmanlık yapabilme
		Komplikasyon ortaya çıktığında ekip ile birlikte sorunu yönetebilme
		Ekip çalışmasının uyum gösterebilme
		Hemşirelik uygulamalarında etik ilkelere uyabilme

### 4. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENME ÇIKTILARI

1. Ruh sağlığı hemşireliğine yönelik kavramları sıralar.
2. Ruh sağlığını korumak için psikiyatri hemşiresinin rolleri doğrultusunda hemşirelik sürecini uygular.
3. Hasta-hemşire etkileşiminde terapötik iletişim becerilerini uygular.
4. Genel klinik ve psikiyatri kliniğindeki hastalara yönelik bütüncül hemşirelik bakımını uygular.

### 5. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ YÖNETİM PLANI

#### Uygulamaya Çıkılacak Kurumlar

1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
2. Vali Ayhan Çevik Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi
3. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (Çankırı Devlet Hastanesi ve Özel Karatekin Hastanesi Genel Klinikleri)
4. Çankırı İsmail Özdemir Huzurevi

## 6. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ TASARIMI

DERSİN ADI VE KODU: HEM301 RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ				
HAFTALAR	KONULAR	ÖĞRENME ÇIKTILARI	ÖĞRENME ÇIKTILARINI KAZANDIRMA YÖNTEM ve MATERYALLERİ	ÖĞRENME ÇIKTILARINI ÖLÇME YÖNTEMİ
1. Hafta	<b>RUHSAL SAĞLIK VE RUHSAL HASTALIK KAVRAMI</b> a) Ruhsal sağlık nedir? Ruhsal sağlığın Göstergeleri b) Normallik ve Bileşenleri c) Ruhsal Hastalık nedir? d) Ruhsal Hastalığa İlişkin İnanışlar ve Stigma e) Stigma ile mücadelenin önemi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruhsal sağlık kavramını tanımlar (ÖÇ1).</li> <li>Ruh sağlığının bileşenlerini tartışır (ÖÇ1).</li> <li>Ruhsal hastalık kavramını tanımlar (ÖÇ1).</li> <li>Toplumda ruhsal hastalığa yönelik önyargıları tartışır (ÖÇ1).</li> <li>Stigma ile mücadelenin önemini söyler (ÖÇ1).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Soru-cevap Kahoot <sup>2</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
2. Hafta	<b>21.YÜZYILDA RUH SAĞLIĞI</b> a) Dünya ve ülkemizde toplum ruh sağlığı hizmetleri b) Ruh sağlığı hemşireliğinin Rollerini c) Ruh sağlığı ve hastalıklarında hemşirelik süreci d) Terapötik ortam, hasta kabul ve taburculuk süreci	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruh sağlığı ve hastalıklarında hemşirelik süreci aşamalarını tanımlar (ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4).</li> <li>Bireylerin bakımlarını hemşirelik süreci doğrultusunda planlar (ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4).</li> <li>Psikiyatri kliniğinin özelliklerini terapötik ortam açısından değerlendirir (ÖÇ1, ÖÇ2).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Vaka çalışması <sup>2</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
3. Hafta	<b>RUHSAL BOZUKLUKLARDA TANI VE SINIFLANDIRMA (DSM 5 VE ICD 10)</b> a) Ruhsal durumu değerlendirmede kullanılan psikolojik testler b) Ruhsal durum değerlendirmesi (yetişkin, çocuk ve yaşlı hasta) c) Ruhsal bozukluklarda belirtiler	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruhsal bozukluklardaki tanı ve sınıflandırma sistemlerini sayar (ÖÇ1).</li> <li>Ruhsal durum değerlendirmesinin özelliklerini açıklar (ÖÇ1, ÖÇ2).</li> <li>Ruhsal bozukluklardaki belirtileri sayar (ÖÇ1).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Soru-cevap Kahoot <sup>2</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
4. Hafta	<b>KORUYUCU RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ</b> a) Ruhsal hastalıklara neden olan etmenler b) Birincil, ikincil, üçüncül koruma kavramları c) Ailenin terapötik değerlendirilmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bireyin mental durum muayenesini yapar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4).</li> <li>Ruhsal bozukluğu olan bireylerdeki genel belirtileri ayırt eder (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4).</li> <li>Birincil, ikincil, üçüncül koruma hizmetlerini tartışır (ÖÇ2, ÖÇ4).</li> <li>Bakım verilen bireyi ve aileyi terapötik olarak değerlendirir (ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi)	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
5. Hafta	<b>ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b> a) Şizofrenide Belirtiler, b) Şizofreni alt tipleri, etiyolojisi tanı ve tedavi c) Şizofrenide Hemşirelik bakımı d) "Akıl Oyunları" filminin izlenilmesi ve tartışılması	<ul style="list-style-type: none"> <li>Şizofreninin DSM-V tanı kriterlerini sayar (ÖÇ1).</li> <li>Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda görülen belirti ve bulguları tanımlar (ÖÇ1).</li> <li>Şizofreninin 4A belirtisini söyler (ÖÇ1).</li> <li>Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklardaki tedavi protokolünü ve hemşirelik bakım sürecini tartışır (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ4).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka çalışması <sup>4</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>

6. Hafta	<p><b>DUYGU DURUM BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b></p> <p>a) Bipolar bozukluk belirtileri ve etiyojisi  b) Depresif Bozukluk belirtileri ve etiyojisi  c) Duygu durum bozukluklarında tam ve tedavi  d) Duygu durum bozukluklarında Hemşirelik bakımı  e) Bakım planı tartışılması</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mani-hipomani ve depresif dönem özelliklerini sayar (ÖÇ1).</li> <li>Duygu durum düzenleyici ilaçları eşleştirir (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ4).</li> <li>Lityum tedavisi alan hastaya ve ailesine yönelik eğitim planlar (ÖÇ2, ÖÇ4).</li> <li>Bipolar affektif bozukluğu olan hastaya yönelik uygun hemşirelik tanımlarını belirler (ÖÇ2, ÖÇ4).</li> <li>Duygu durum bozukluğu olan hastaya uygun bakım planları (ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka çalışması <sup>4</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
7. Hafta	<p><b>ANKSİYETE, SOMATOFORM VE DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b></p> <p>a) Panik bozukluğu  b) Yaygın anksiyete bozukluğu  c) Sosyal fobi  d) Özgül fobiler  e) Obsesif-kompulsif bozukluk belirtileri, tedavisi ve hemşirelik bakımı  f) “Plan Man” filminin izlenilmesi ve tartışılması  g) Dissosiyatif bozukluklar (füğ, amnezi, kimlik bzk. vb.)  h) Somatizasyon bozuklukları (konversiyonbzk, hipokondriasis, beden disformik bzk., ağrı bzk. vb.)  i) Travma sonrası stres bozukluğu (şiddet, ensest, tecavüz vb.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anksiyeteye bağlı sistemlerde meydana gelen değişiklikleri tanımlar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4).</li> <li>Anksiyete bozukluklarındaki tedavi yöntemlerini sıralar (ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4).</li> <li>Anksiyete bozukluğu olan bireyin belirtilerini sayar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ3).</li> <li>Hemşirelik bakımını tartışır (ÖÇ2, ÖÇ4).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka çalışması <sup>4</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
8. Hafta	<p><b>MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b></p> <p>a) Madde bağımlılığı, madde yoksunluğu, madde entoksikasyonu ve tolerans kavramları  b) Alkolle ilişkili Bozukluklar  c) Cannabis ile ilişkili bozukluklar  d) Opioid ile ilişkili bozukluklar  e) Sedatif hipnotik ve anksiyolitikle ilişkili bozukluklar  f) Stimülanlar ile ilişkili bozukluklar  g) Tütün-kafein ile ilişkili bozukluklar  h) Halüsinojenler ile ilişkili bozukluklar  i) “28 Gün” filminin izlenilmesi ve tartışılması</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Madde bağımlılığı, madde yoksunluğu ve entoksikasyonun belirtilerini tanımlar (ÖÇ1).</li> <li>Deliryum tremensteki bireyin tedavisini takip eder (ÖÇ2, ÖÇ4).</li> <li>Madde kullanım sorunu olan bireyin hemşirelik bakım sürecini tartışır (ÖÇ2, ÖÇ4).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması <sup>4</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>



9. Hafta	<p><b>NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b></p> <p>a) Deliryum, Demans, Alzheimer gibi kognitif Bozukluklar</p> <p>b) Nörobilişsel bozuklukları olan bireyin tanı, tedavi ve hemşirelik yaklaşımları</p> <p>c) “Hatırlatılacak Bir anı” filminin izlenilmesi ve tartışılması</p> <p><b>YEME BOZUKLUKLARI</b></p> <p>d) Anoreksiya neuroza</p> <p>e) Bulimia neuroza</p> <p>j) Yeme bozukluğu olan bireyin tanı, tedavi ve hemşirelik yaklaşımları</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deliryum ve demans arasındaki farkları sıralar (ÖÇ1).</li> <li>• Deliryum belirti ve bulgularını ve hemşirelik bakımını tanımlar (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ4).</li> <li>• Organik mental bozukluğu olan bireyin hemşirelik bakımını tartışır (ÖÇ2, ÖÇ4).</li> <li>• Yeme davranışında bozulma belirtilerini sayar (ÖÇ1).</li> <li>• Yeme bozukluklarında hemşirelik yaklaşımlarını tartışır (ÖÇ2, ÖÇ4).</li> </ul>	<p>Anlatım<sup>1</sup> Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka çalışması<sup>4</sup></p>	<p>Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi<sup>3</sup></p>
10. Hafta	<p><b>KİŞİLİK BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI</b></p> <p>a) “SPLIT” filminin izlenilmesi ve tartışılması</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kişilik bozukluklarına kümelerine göre ayırır (ÖÇ1).</li> <li>• Her kümede yer alan kişilik bozukluklarının özelliklerini sayar (ÖÇ1).</li> <li>• Kişilik bozuklukları, nevroz ve psikonevrozlar arasındaki ayırıcı özellikleri sıralar (ÖÇ1).</li> <li>• Kişilik bozukluklarında tedavi ve hemşirelik bakımını tartışır (ÖÇ2, ÖÇ4).</li> </ul>	<p>Anlatım<sup>1</sup> Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması<sup>4</sup></p>	<p>Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi<sup>3</sup></p>
11. Hafta	<p><b>PSİKOFARMAKOLOJİ</b></p> <p>a) İlaç Grupları (Etki-yanetki ve komplikasyonları-hemşirelik yaklaşımları)</p> <p><b>TERAPİLER</b></p> <p>a) Psikoterapiler</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etkinlik, güç, yarı ömür kavramlarını söyler (ÖÇ1).</li> <li>• EPS belirtilerini sayar (ÖÇ1).</li> <li>• Nöroleptik malign Sendrom, akut distonik reaksiyon, parkinsonizm belirtilerini tanımlar (ÖÇ1).</li> <li>• Antidepresan ilaç kullanan hastalarda dikkat edilmesi gerekenleri söyler (ÖÇ2, ÖÇ4).</li> <li>• Hastalar için ilaç eğitimini planlar (ÖÇ2, ÖÇ4).</li> <li>• Antipsikotik ilaç kullanımında hemşirelik yaklaşımını tartışır (ÖÇ2, ÖÇ4).</li> <li>• Psikoterapi çeşitlerini ve amaçlarını söyler (ÖÇ1, ÖÇ2, ÖÇ4).</li> </ul>	<p>Anlatım<sup>1</sup> Soru-cevap Kahoot<sup>2</sup></p>	<p>Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi<sup>3</sup></p>
12. Hafta	<p><b>ADLİ PSİKİYATRİ VE HASTA HAKLARI</b></p> <p>a) Acil psikiyatrik durumlar (intihar, saldırganlık, konversiyon, psikoaktif maddeye bağlı entoksikasyonlar)</p> <p>b) Adli psikiyatri</p> <p>c) Psikiyatride hasta hakları</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acil psikiyatrik durumları tanımlar (ÖÇ1).</li> <li>• Krize müdahale ilkelerini sayar (ÖÇ1).</li> <li>• Adli psikiyatri hemşirelerinin rollerini tartışır (ÖÇ2, ÖÇ4).</li> <li>• Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin haklarına duyarlı davranır (ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4).</li> </ul>	<p>Anlatım<sup>1</sup> Soru-cevap</p>	<p>Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi<sup>3</sup></p>

13. Hafta	<p><b>CİNSEL SAĞLIK VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI HEMŞİRELİK BAKIMI</b></p> <p>a) Cinsel sağlık kavramı b) Cinsel işlev bozuklukları belirtileri, etiyojisi ve tedavisi c) Cinsel kimlik bozuklukları belirtileri, tedavisi d) Cinsel sağlık sorunu olan bireyin hemşirelik bakımı</p> <p><b>KİŞİLİK BOZUKLUKLARI</b></p> <p>a) Kişilik ve kimlik kavramları b) Kişilik bozukluğu çeşitleri c) A-Kümesi bozuklukları (Paranoid,Şizoid ve Şizotipal) d) B-Kümesi bozuklukları (Antisosyal, Narsisistik Borderline ve Histriyonik) e) C-Kümesi bozuklukları (Kaçınan/Çekingen ve Bağımlı, Obsesif-Kompulsif) f) Kişilik bozuklarında tedavi ve hemşirelik yaklaşımları</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cinsel sağlık kavramını ve cinsel hakları tanımlar (ÖÇ1).</li> <li>Cinsel sağlık sorunu olan bireylerin haklarına saygılı bir yaklaşım gösterir (ÖÇ2, ÖÇ3, ÖÇ4).</li> <li>Cinsel İşlev bozukluklarını DSM-V' e göre sınıflandırır (ÖÇ1).</li> <li>Cinsel suçların yasal boyutlarını tartışır (ÖÇ1).</li> <li>Kişilik kavramını tanımlar (ÖÇ1).</li> <li>Kişilik bozuklarının belirtilerini sayar (ÖÇ1).</li> <li>Kişilik bozukları kümelerini tanımlar (ÖÇ1).</li> <li>Kişilik bozuklarında hemşirelik yaklaşımlarını tartışır (ÖÇ2, ÖÇ4).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
14. Hafta	<p><b>KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ</b></p> <p>a) Dahili tıpta psikiyatrik bozukluklar (Kardiyoloji nefroloji, göğüs hastalılara bağlı) b) Nörolojik hastalıklarda psikopatoloji c) Kanser ve psikiyatrik bozukluklar (Psiko-onkoloji) d) Kronik hastalıkların psikiyatrisi e) Cerrahi girişimlerde psikiyatrik durumlar f) Organ kaybında ya da organ naklinde g) Ortopedi/fizik tedavi ve rehabilitasyonda h) Kadın hastalıkları ve doğumun psikiyatrik yönleri i) Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların psikiyatrisi j) Terminal dönem ve palyatif bakımda (Ölmekte olan hastaların) psikiyatrik sorunlar k) Öğrencilere ödev olarak verilen "WIT" filminin tartışılması</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dahili tıpta ortaya çıkan psikiyatrik belirtileri açıklar (ÖÇ3, ÖÇ4).</li> <li>Tıbbi hastalıkları olan bireylerin ruhsal belirtilerine yönelik bütüncül bakış açısı ile değerlendirme yapar (ÖÇ3, ÖÇ4).</li> <li>KLP hemşiresinin klinik, bakım, yönetim ve eğitim rollerini tartışır (ÖÇ3, ÖÇ4).</li> </ul>	Anlatım <sup>1</sup> Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka çalışması <sup>4</sup>	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi <sup>3</sup>
<b>15. HAFTA FİNAL SINAVI</b>				

<sup>1</sup>: ANLATIM: Konu anlatımları PPT sunumu şeklinde yapılacaktır. PPT sunumları konu anlatımından bir hafta önce ALMS sistemine yüklenecek öğrencinin derse hazır olması istenecektir.

<sup>2</sup>: KAHOOT: Anlık soru ve cevap ile ölçme ve değerlendirme (Quiz).

<sup>3</sup>: KLİNİK UYGULAMA DEĞERLENDİRMESİ: Öğrenciden her klinik rotasyon sonunda 1 adet bakım planı istenecektir. Bakım planının klinik uygulama rehberinde yer alan veri toplama ve bakım planı hazırlama taslağına uygun olması istenecektir. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Saha/Klinik Uygulama Dersi Öğrenci Değerlendirme Formu'nda yer alan basamaklara yönelik değerlendirilme yapılacak ve uygulama puanı oluşturulacaktır. Değerlendirme Formundan 60 puan alınmaması durumunda öğrenci klinik uygulamadan başarısız sayılacaktır. Klinik uygulama puanının yılsonu başarı puanına etkisi %40'dir.

<sup>4</sup>: VAKA ÇALIŞMASI: Konuya uygun vaka örneğinin tartışılması

## 7. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ FORM VE EK LİSTESİ

Bu klinik uygulama dersi kapsamında aşağıdaki işaretli form ve ekler kullanılacaktır.

### TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ

#### FORMLAR

- FORM-1 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
- FORM-2 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-7 MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ FORMU
- FORM-8 SUBJEKTİF VERİLER FORMU
- FORM-19 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-20F SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

#### EKLER

- EK-1 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- EK-7 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU

### VALİ AYHAN ÖZEL EĞİTİM MERKEZİ

#### FORMLAR

- FORM-1 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
- FORM-2 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-7 MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ FORMU
- FORM-8 SUBJEKTİF VERİLER FORMU
- FORM-9 ÇOCUĞUN GELİŞİM ÖZELLİKLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-19 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-20F SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

#### EKLER

- EK-1 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- EK-9 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU

### DEVLET HASTANESİ

#### FORMLAR

- FORM-1 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
- FORM-2 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-7 MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ FORMU
- FORM-8 SUBJEKTİF VERİLER FORMU
- FORM-19 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-20F SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

#### EKLER

- EK-1 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- EK-2A YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU
- EK-3A YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
- EK-4A YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
- EK-5A YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
- EK-6 SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU
- EK-7 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU
- EK-8 TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU
- EK-9 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU

### HUZUREVİ

#### FORMLAR

- FORM-1 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
- FORM-2 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-7 MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ FORMU
- FORM-8 SUBJEKTİF VERİLER FORMU
- FORM-19 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
- FORM-20F SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

**EKLER**

- EK-1 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- EK-2A YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU
- EK-3A YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
- EK-4A YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
- EK-9 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU



## SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU

Doküman No	HB-FR-1
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	13 / 43

### SAHA / SERVİS / KURUMUN TANITIMI

Saha/Servis/Kurumun Adı		
Servis tanıtımı	Servis oda sayısı	
	Servis yatak sayısı	
	Hemşire sayısı	
	Hemşirelerin eğitim ve deneyimi	
	Hemşirelerin varsa sertifika durumu	
Kurum tanıtımı	Oda sayısı	
	Çalışanların eğitim ve deneyimi	
	Çalışanların varsa sertifika durumu	
Kurum afet planını inceleyiniz. Yapılan çalışmalar ve tatbikatlar nelerdir? Yazınız		



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	14 / 43

### TANITICI BİLGİLER

#### ANAMNEZ VE SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Adı soyadı (İlk harfleri)		Kan grubu	
Doğum tarihi-yaşı		Yattığı klinik/bölüm	
Cinsiyeti	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	Yatış tarihi	
Medeni durumu	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar	Merkeze geliş tarihi	
Çocuk sayısı/yaşları		Taburcu olduğu tarih	
Eğitim durumu		Tıbbi tanısı	
Mesleği		Boy/Kilo	
Sosyal güvencesi	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Beden Kitle İndeksi	
Bilginin kaynağı	<input type="checkbox"/> Kendisi <input type="checkbox"/> Sağlık personeli <input type="checkbox"/> Hemşire gözlem raporu	<input type="checkbox"/> Yakını <input type="checkbox"/> Hasta dosyası <input type="checkbox"/> Öğretmeni	<input type="checkbox"/> Diğer:
Geldiği yer	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Poliklinik	<input type="checkbox"/> Yoğun bakım <input type="checkbox"/> Diğer klinik	<input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Başka sağlık kuruluşu
Geliş şekli	<input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye	<input type="checkbox"/> Yürüyerek	<input type="checkbox"/> Sedye <input type="checkbox"/> Diğer:
Hastanın birlikte yaşadığı aile üyeleri	Yakınlık		
	Cinsiyet		
	Yaş		
	Meslek/görev		
Aile yapısı	<input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor <input type="checkbox"/> Çekirdek aile <input type="checkbox"/> Geniş aile <input type="checkbox"/> Diğer:		
Yaşamında önemli olan kişiler			

Not: Yapılan laboratuvar ve varsa tetkik sonuçlarını kayıt için EK-7 Laboratuvar Bulguları ve Tetkik Sonuçları Formu'nu kullanınız.

### YAŞAM BULGULARI VE KAN GLİKOZU TAKİBİ

Tarih	Saat	Ateş (...°C)	Nabız (...../dk)	Kan Basıncı (.../... mmHg)	Solunum Sayısı (...../dk)	Oksijen Satürasyonu (% ....)	Kan Glukozu (mg/dL)

### HASTANEYE GELMEDEN ÖNCE SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR

Reçete Edilen İlacın Adı	Dozu/Sıklığı	Saati	Uygulama Yöntemi	Hastadaki Endikasyonları	Kontrendikasyonları	Güvenli doz aralığı (Bebek ve çocuklar için)
Doktorun reçete ettiği ilaçları düzenli kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Açıklama:			



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No

HB-FR-2

Yayın Tarihi

Revizyon Tarihi

Revizyon No

Sayfa

15 / 43

Tedavisi ve kullandığı ilaçlarla ilgili herhangi bir problem yaşıyor mu?

 Hayır Evet Açıklama:

Son altı ayda reçetesiz ilaç/bitkisel tedavi/alternatif yöntem kullanımı

 Yok Var Açıklama:

### BU YATIŞINDA PLANLANAN TEDAVİ

İstem Edilen İlacın Adı	Dozu/Sıklığı	Saati	Uygulama Yöntemi	Hastadaki Endikasyonları	Kontrendikasyonları	Güvenli doz aralığı (Bebek ve çocuklar için)

Tedavisi ve kullandığı ilaçlarla ilgili herhangi bir problem yaşıyor mu?

 Hayır  Evet  Açıklama:

### HASTALIK VE SAĞLIK ÖYKÜSÜ

Kişinin hastaneye başvurmasına neden olan yakınması/şikayeti				
Hastaneye yatış süreci/tıbbi hikayesi				
Problemin başlangıç zamanı				
Problemin başlama şekli				
Şu an uygulanan girişim				
Hastaneye yatışın kaçınıcı günü				
Kronik hastalık/lar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Aşağıda belirtiniz)		
	<input type="checkbox"/> Tip 1 Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Koroner Arter Hastalığı	<input type="checkbox"/> Sinir Sistemi Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Açıklama:
	<input type="checkbox"/> Tip 2 Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Kronik Kalp Yetersizliği	<input type="checkbox"/> Psikiyatrik Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Açıklama:
	<input type="checkbox"/> Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	<input type="checkbox"/> Diğer:	
	<input type="checkbox"/> İnme/Paralizi	<input type="checkbox"/> Siroz		
	<input type="checkbox"/> Anemi	<input type="checkbox"/> Artrit		
	<input type="checkbox"/> Kanser	<input type="checkbox"/> Akut Böbrek Yetmezliği		
	<input type="checkbox"/> Hipotiroidi	<input type="checkbox"/> Kronik Böbrek Yetmezliği		
<input type="checkbox"/> Hipertiroidi	<input type="checkbox"/> Ülser			
Geçirdiği hastalıklar				



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No

HB-FR-2

Yayın Tarihi

Revizyon Tarihi

Revizyon No

Sayfa

16 / 43

Sigara	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Miktar/süre:	<input type="checkbox"/> Brakmış	Brakma tarihi:	
Alkol	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Miktar/süre:	<input type="checkbox"/> Brakmış	Brakma tarihi:	
Madde kullanımı	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Miktar/süre:	<input type="checkbox"/> Brakmış	Brakma tarihi:	
Daha önce hastaneye yatış	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sayısı:	<input type="checkbox"/> Nedeni:		
Alerji	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Etken:	<input type="checkbox"/> Reaksiyon:		
Daha önce kan transfüzyonu yapılma durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Transfüzyon sonrası reaksiyon gelişme durumu:			
Bulaşıcı hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> HBs	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Diğer:
Enfeksiyon riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:			
İzolasyon gerektiren hastane enfeksiyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:			
Varsa izolasyon türü	<input type="checkbox"/> Temas izolasyonu	<input type="checkbox"/> Solunum izolasyonu	<input type="checkbox"/> Damlacık izolasyonu	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Ailede hastalık öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:			
Kullandığı araçlar/protezler	<input type="checkbox"/> Yok		<input type="checkbox"/> Var (Aşağıda belirtiniz)			
	<input type="checkbox"/> Gözlük		<input type="checkbox"/> Yürüteç	<input type="checkbox"/> İşitme cihazı		
	<input type="checkbox"/> Diş protez		<input type="checkbox"/> Baston	<input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye		
	<input type="checkbox"/> Lens		<input type="checkbox"/> Koltuk değneği	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Travma, kaza, düşme öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:			
Travma/düşme riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:			
<b>Düşme riski puanı</b> <b>Not:</b> Erişkinler için EK-3A Yetişkinler İçin İtaki Düşme Riski Ölçeği'ni, çocuklar için EK-3B Çocuklar İçin Harizmi Düşme Riski Ölçeği'ni kullanınız.						

### AMELİYAT BİLGİLERİ

Uygulanan ameliyat	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Uygulanan ameliyatın adı:
Verilen anestezi türü			
Ameliyatta verilen pozisyonla ilgili yaralanma riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Planlanan ameliyat			
Postoperatif (post-op) gün			
Daha önceden geçirdiği ameliyatlara			

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: SOLUNUM SİSTEMİ

Solunum niteliği	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ortopne	<input type="checkbox"/> Derin	<input type="checkbox"/> Yüzeysel	<input type="checkbox"/> Hızlı	<input type="checkbox"/> Düzensiz	<input type="checkbox"/> Diğer:
Solunum sırasında	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarı bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı	<input type="checkbox"/> Trakeostomi	<input type="checkbox"/> Endotrakeal tüp		
Entübasyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var					
Öksürük	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Spirometre kullanılıyorsa hastanın Voldayn değerleri							
Akciğer sesleri	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Raller	<input type="checkbox"/> Ronküs	<input type="checkbox"/> Wheezing	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Sekresyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Hemoptizi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Dispne	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Siyanoz	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Aspirasyon	<input type="checkbox"/> Oro-nazofarengeal		<input type="checkbox"/> Trakeal				
Hipoksi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Arteriyel kan gazı	<input type="checkbox"/> PO <sub>2</sub> :		<input type="checkbox"/> PCO <sub>2</sub> :		<input type="checkbox"/> Bakılmadı		





## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	17 / 43

Venöz kan gazı	<input type="checkbox"/> PO <sub>2</sub> :	<input type="checkbox"/> PCO <sub>2</sub> :	<input type="checkbox"/> Bakılmadı	
Oksijen tedavisi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	<input type="checkbox"/> Nazal kanül <input type="checkbox"/> Oksijen maskesi	litre/dk litre/dk
Akciğer ödemi oluşma olasılığı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Neden:		
Solunum sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.				

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: DOLAŞIM SİSTEMİ

Apeks nabız	/dk	<input type="checkbox"/> Dolgun	<input type="checkbox"/> Zayıf	<input type="checkbox"/> Düzenli
Radial nabız	/dk	<input type="checkbox"/> Dolgun	<input type="checkbox"/> Zayıf	<input type="checkbox"/> Düzenli
Dorsalis pedis nabız	/dk	<input type="checkbox"/> Dolgun	<input type="checkbox"/> Zayıf	<input type="checkbox"/> Düzenli
Üst ekstremitte kan basıncı	mmHg	<input type="checkbox"/> Sağ Kol	<input type="checkbox"/> Sol Kol	<input type="checkbox"/> Otururken <input type="checkbox"/> Yatarken
Alt ekstremitte kan basıncı	mmHg	<input type="checkbox"/> Sağ Bilek	<input type="checkbox"/> Sol Bilek	<input type="checkbox"/> Otururken <input type="checkbox"/> Yatarken
Ölçüm yaptığınız manşon uygun mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Neden:		
Dolaşım sisteminde normalin dışındaki durumların varlığı	<input type="checkbox"/> Taşikardi <input type="checkbox"/> Bradikardi	<input type="checkbox"/> Yüksek kan basıncı <input type="checkbox"/> Hipotansiyon	<input type="checkbox"/> Aritmi <input type="checkbox"/> Çarpıntı	<input type="checkbox"/> Juguler dolgunluk <input type="checkbox"/> Ortostatik hipotansiyon
Kalp sesleri	<input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3	<input type="checkbox"/> S4	<input type="checkbox"/> Üfürüm
Ödem	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Nörovasküler takip-NVT (Gerekli ise)				
Dolaşım sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.				

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: HEMATOLOJİK SİSTEM

Dış görünüş	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Soluk <input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> İkterik
Yorgunluk/halsizlik	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Anemi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Kaşık tırnak	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Pika	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Kaıtsal hastalık	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Pansitopeni	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Nötropeni	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Kanama riski değerlendirilmesi yapınız	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama:
Hematolojik sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.	

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

Beslenme şekli	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral (nazogastrik, gastrostomi, jejunostomi) <input type="checkbox"/> Parenteral
Beslenme sırasında	<input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> Yarı bağımlı <input type="checkbox"/> Bağımlı
Nazogastrik dekompresyon	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Ağızda sorun	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Açıklama: <input type="checkbox"/> Ağızda yara <input type="checkbox"/> Ağız kuruluğu <input type="checkbox"/> Diş çürüğü <input type="checkbox"/> Yutma güçlüğü <input type="checkbox"/> Salyada artış <input type="checkbox"/> Ağız kokusu
Ağız mukozasının durumu	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Plaklı <input type="checkbox"/> Hiperemik <input type="checkbox"/> Kanamalı <input type="checkbox"/> Stomatit
Dişler	<input type="checkbox"/> Alt eksik <input type="checkbox"/> Alt tam <input type="checkbox"/> Üst eksik <input type="checkbox"/> Üst tam
Dil ve diş etleri	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Açıklama:
İştah	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No

HB-FR-2

Yayın Tarihi

Revizyon Tarihi

Revizyon No

Sayfa

18 / 43

<b>Malnütrisyon</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Yutma güçlüğü (disfaji)</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	<input type="checkbox"/> Katı besin	<input type="checkbox"/> Sıvı besin
<b>Yeme güçlüğü</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	<input type="checkbox"/> Katı besin	<input type="checkbox"/> Sıvı besin
<b>Tat duyusunda azalma</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Bulanti</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Kusma</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Hematemez</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Bağırsak boşaltımını karşılamada</b>	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarım bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı		
<b>Hastaneye yatmadan önce bağırsak boşaltım sıklığı</b>	<input type="checkbox"/> Bir günde kaç kere/Kaç günde bir olduğunu açıklayınız:				
<b>Hastanede bağırsak boşaltım şekli-sıklığı-özelliği</b>	<input type="checkbox"/> Bir günde kaç kere/Kaç günde bir olduğunu açıklayınız:				
<b>Son defekasyon tarihi</b>					
<b>Bağırsak sesleri</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Her bir kadranı bir dakika dinleyip dakikadaki bağırsak sesi sayısını belirtiniz		
			<input type="checkbox"/> Sağ Üst Kadran	<input type="checkbox"/> Sol Üst Kadran	
			<input type="checkbox"/> Sağ Alt Kadran	<input type="checkbox"/> Sol Alt Kadran	
<b>Diyare</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Konstipasyon</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Laksatif kullanımı</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Gaita inkontinansı</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Dışkı tıkaçı</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Melena</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Hemoroid</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Kanama</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Kolostomi</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>İleostomi</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Stomamın rengi</b>					
<b>Mide hastalığı</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Karaciğer hastalığı</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Bağırsak hastalığı</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Son altı ayda kilo değişimi</b>	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Açıklama:	<b>gram artma/azalma</b>	
<b>Diyet</b>	<input type="checkbox"/> Normal diyet	<input type="checkbox"/> Özel diyet	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Diyeti uygulama durumu</b>	<input type="checkbox"/> Uyguluyor	<input type="checkbox"/> Uygulamıyor			
<b>Beslenmesine ilişkin özel eğitime ihtiyaç var mı? (Emzirme, DM, HT vb.)</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Diyet eğitimi</b>	<input type="checkbox"/> Almış	<input type="checkbox"/> Almamış			
<b>Günlük sıvı tüketim miktarı</b>		<b>litre</b>			
<b>Bireye özgü spesifik bir durum mevcut mudur?</b>	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Tercih ettiği besinler/besin grupları</b>					
<b>Gastrointestinal sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.</b>					



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	19 / 43

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: ÜRİNER SİSTEM

Üriner boşaltımı karşılama	<input type="checkbox"/> Bağımsız	<input type="checkbox"/> Yarı Bağımlı	<input type="checkbox"/> Bağımlı				
Günlük idrara çıkma sıklığı							
Mesane alışkanlıkları	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Dizüri	<input type="checkbox"/> Poliüri	<input type="checkbox"/> Hematüri	<input type="checkbox"/> Noktüri	<input type="checkbox"/> Retansiyon	<input type="checkbox"/> Anüri
İdrarın rengi	<input type="checkbox"/> Açık sarı	<input type="checkbox"/> Koyu sarı	<input type="checkbox"/> Açık kırmızı	<input type="checkbox"/> Koyu kırmızı			
İdrarın berraklığı	<input type="checkbox"/> Berrak	<input type="checkbox"/> Bulanık					
İdrar inkontinansı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
İdrarı tutmada güçlük	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Tuvalete ulaşmada güçlük	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Tuvalet eğitimi (bebek ve çocuklar için)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Diyaliz	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Diyaliz çeşiti	<input type="checkbox"/> Hemodiyaliz		<input type="checkbox"/> Diyaliz günlerini açıklayınız:				
	<input type="checkbox"/> Periton diyalizi		<input type="checkbox"/> Değişim sıklığını açıklayınız:				
Diyaliz vasküler erişim yolu	<input type="checkbox"/> Fistül	<input type="checkbox"/> Ven	<input type="checkbox"/> Diğer:				
Mesane kateterizasyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Üreterostomi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Nefrostomi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Sistostomi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Böbrek hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Mesane hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Üreter/üretra hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Prostat hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Nefrolitiazis	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
İdrar boşaltım yardımcıları kullanımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:				
Aldığı çıkardığı takibi Not: Aldığı ve çıkardığı takibi verilerini kayıt için EK-6 Sıvı İzlem ve Sıvı Dengesi İzlem Formu'nu kullanınız.							
Üriner sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.							

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: KAS İSKELET SİSTEMİ

Hastanın genel durumu	<input type="checkbox"/> Mobil	<input type="checkbox"/> Yatak içi mobil	<input type="checkbox"/> Yardımla mobil	<input type="checkbox"/> İmmobil
Yaşam tarzı	<input type="checkbox"/> Aktif	<input type="checkbox"/> Sedanter		
Range of motion	<input type="checkbox"/> Tam	<input type="checkbox"/> Tam değil	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Yürüyüş ve denge	<input type="checkbox"/> Dengeli	<input type="checkbox"/> İmmobil	<input type="checkbox"/> Ayakta duramama	<input type="checkbox"/> Diğer:
	<input type="checkbox"/> Dengesiz	<input type="checkbox"/> Eşit değil	<input type="checkbox"/> Sendeleme	
Harekette zorlanma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Ekstremitte kaybı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Kas atrofi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Kas gücü muayenesi (hastanın gücü/hemşirenin gücü)	<input type="checkbox"/> Sağ üst ekstremite:			<input type="checkbox"/> Sol üst ekstremite:
	<input type="checkbox"/> Sağ alt ekstremite:			<input type="checkbox"/> Sol alt ekstremite:
Kontraktür	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Osteoporoz	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Kemik dansitometri ölçümü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Romatizmal hastalık	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Egzersiz yapma durumu	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	
Herhangi bir şiddet öyküsü	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No

HB-FR-2

Yayın Tarihi

Revizyon Tarihi

Revizyon No

Sayfa

20 / 43

Kas ve iskelet sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: SİNİR SİSTEMİ

Zaman oryantasyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Yer oryantasyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Kişi oryantasyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Bilinç düzeyi/mental durum	<input type="checkbox"/> Oryante <input type="checkbox"/> Disoryante <input type="checkbox"/> Konfüze	<input type="checkbox"/> Uyku hali/Letarji <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Duygusal küntlük	<input type="checkbox"/> Ajite <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Tepkisiz	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Konuşma	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Peltek	<input type="checkbox"/> Kekemelik <input type="checkbox"/> Bozuk	<input type="checkbox"/> Motor afazi <input type="checkbox"/> Konuşamıyor	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Yüzde asimetri	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Taraf:		
El sıkma becerisi	Sağ	<input type="checkbox"/> Yeterli	<input type="checkbox"/> Yetersiz		
	Sol	<input type="checkbox"/> Yeterli	<input type="checkbox"/> Yetersiz		
El kavrayış	Sağ	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Güçlü	<input type="checkbox"/> Zayıflık/paralizi	<input type="checkbox"/> Diğer:
	Sol	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Güçlü	<input type="checkbox"/> Zayıflık/paralizi	<input type="checkbox"/> Diğer:
Bacak kasları	Sağ	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Güçlü	<input type="checkbox"/> Zayıflık/paralizi	<input type="checkbox"/> Diğer:
	Sol	<input type="checkbox"/> Eşit	<input type="checkbox"/> Güçlü	<input type="checkbox"/> Zayıflık/paralizi	<input type="checkbox"/> Diğer:
Ayak itme becerisi	Sağ	<input type="checkbox"/> Yeterli	<input type="checkbox"/> Yetersiz		
	Sol	<input type="checkbox"/> Yeterli	<input type="checkbox"/> Yetersiz		
Yürüme becerisi	<input type="checkbox"/> Dengeli		<input type="checkbox"/> Dengesiz		
Hemipleji	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Taraf:		
Hemiparezi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Taraf:		
Parapleji	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Taraf:		
Parestezi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Taraf:		
Diplopi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Taraf:		
Epileptik nöbet riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Kafa İçi Basınç Artış Sendromu (KİBAS) riski	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Vertigo	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Halüsinasyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Konsantre olma/dikkatini toplama sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Öğrenme zorluğu/mental sınırlılık	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
<b>Glaskow Koma Skalası Puanı</b> Not: Yetişkinler için EK-5A Yetişkinler İçin Glaskow Koma Skalası'nı, çocuklar için EK-5B Çocuklar İçin Glaskow Koma Skalası'nı kullanınız.					
Sinir sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.					

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: DUYU

Görme sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sağ yetersiz	<input type="checkbox"/> Sağ gözde körlük	<input type="checkbox"/> Sağ gözde katarakt
Gözde sorun	<input type="checkbox"/> Şişlik	<input type="checkbox"/> Akıntı	<input type="checkbox"/> Sol yetersiz	<input type="checkbox"/> Sol gözde körlük	<input type="checkbox"/> Sol gözde katarakt
Pupıl değerlendirme	<input type="checkbox"/> İzokorik		<input type="checkbox"/> Anizokorik	<input type="checkbox"/> Miyotik	<input type="checkbox"/> Midriyatik
Işık refleksi	Sağ göz		Sol göz		
Kornea refleksi	Sağ göz		Sol göz		
Konjunktivit	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Glokom	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		
Retina dekolmanı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:		



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No

HB-FR-2

Yayın Tarihi

Revizyon Tarihi

Revizyon No

Sayfa

21 / 43

Diyabetik retinopati	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Koku alma sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Dokunma/hissetme sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Tat alma sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
İşitme sorunu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sağ yetersiz	<input type="checkbox"/> Sağ kulakta sağırılık
			<input type="checkbox"/> Sol yetersiz	<input type="checkbox"/> Sol kulakta sağırılık
Kulak enfeksiyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Buşon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Şekil bozukluğu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Duyu sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz.				

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: METABOLİK VE ENDOKRİN SİSTEM

Hipofiz bezi hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Tiroid bezi hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Adrenal bez hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Pankreas bez hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Safra kesesi hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Hepatit durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Lipid profili bozukluğu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Obezite	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Steroid tedavisi alma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Metabolik ve endokrin sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz.			

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: ÜREME SİSTEMİ

Menstrüal durumu			
Son adet tarihi			
Menstrüal problemler	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Gebelik sayısı			
Canlı doğum sayısı			
Düşük sayısı			
Doğum şekli			
Menopoz durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama (yıl):
Antropoz öyküsü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Aylık Kendi Kendine Meme/Testis Muayenesi (Ergen ve erişkinler için)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Eretil disfonksiyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Cinsel aktivite	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Cinsel yaşam sorunları	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Üreme sistemine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz.			

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: İMMÜN SİSTEM

Sık tekrarlayan enfeksiyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
İmmün sistemi baskılayacak durum	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
HIV	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	22 / 43

AİDS	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Lökopeni	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Hipersensitivite (Aşırı Duyarlılık)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama: (ilaç, opak madde vb.)
Alerjik hastalık	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Alerjiye neden olan alerjenler			
İmmün sisteme ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz.			

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: DERİ

Deride sorun	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Deri	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ilık	<input type="checkbox"/> Sıcak <input type="checkbox"/> Soğuk	<input type="checkbox"/> Nemli <input type="checkbox"/> Terli <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Kuru <input type="checkbox"/> İyileşmeyen yara <input type="checkbox"/> Döküntü
Renk	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Soluk	<input type="checkbox"/> Siyanotik <input type="checkbox"/> İkterik
Sıcaklık	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sıcak	<input type="checkbox"/> Soğuk
Terleme	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	
Deri turgoru	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Zayıf	<input type="checkbox"/> Yumuşak/esnek <input type="checkbox"/> Gecikmiş <input type="checkbox"/> Yeri:
Ödem	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri: <input type="checkbox"/> Derecesi:
Deri bütünlüğünde bozulma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Basınç yarası	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Döküntü	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Kuruluk	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
İyileşmeyen yara	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Peteşi veya purpura	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Ekimoz	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Kaşınıtı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Skar doku	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:
Damar yolu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri: <input type="checkbox"/> Türü
Saçta sorun	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Saçlı deri	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bit	<input type="checkbox"/> Dökülme <input type="checkbox"/> Yara
Tırnakta sorun	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
<b>Braden Skalası Puanı</b> Not: Yetişkinler için EK-4A Yetişkinler İçin Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'ni, çocuklar için EK-4B Çocuklar İçin Braden Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'ni, kullanınız.			
Deri değerlendirmesine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz.			

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: UYKU

Uyku süresi	<input type="checkbox"/> Gece		<input type="checkbox"/> Gündüz
Uyku problemi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Uyku düzeni	<input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz		<input type="checkbox"/> Uyuma güçlüğü <input type="checkbox"/> Gece uyanma <input type="checkbox"/> Uykusuzluk <input type="checkbox"/> Gün boyunca uyku hali
İnsomnia	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Gündüz uyuklama	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Uykudan sonra dinlenmiş hissi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Hastane ortamında uykusunu etkileyen faktörler			
Hastanede uyku düzeninde değişiklik	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Uyku öncesi uyguladığı alışkanlıklar	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	23 / 43

Uykusuzluk belirtileri	<input type="checkbox"/> Davranış/performansta değişim <input type="checkbox"/> Dikkat süresinde azalma <input type="checkbox"/> Laterji	<input type="checkbox"/> Göz çevresinde morluk <input type="checkbox"/> Rahat edememe <input type="checkbox"/> Yürürken yorgunluk hali	<input type="checkbox"/> İrritabilite <input type="checkbox"/> Ajitasyon <input type="checkbox"/> Esneme
Uykuya ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını belirtiniz.			

### SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: AĞRI

Ağrı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yeri:	<input type="checkbox"/> Başlama zamanı:	<input type="checkbox"/> Süresi:
Ağrının çeşiti	<input type="checkbox"/> Akut	<input type="checkbox"/> Kronik			
Ağrı puanı Not: Yetişkinler için EK-2A Yetişkinler İçin Ağrı Değerlendirme Formu'nu, çocuklar için EK-2B Çocuklar İçin Ağrı Değerlendirme Formu'nu kullanınız.					
Ağrının niteliği	<input type="checkbox"/> Zonklayıcı <input type="checkbox"/> Yanıcı <input type="checkbox"/> Batıcı	<input type="checkbox"/> Yangı <input type="checkbox"/> Künt <input type="checkbox"/> Bıçak saplanır tarzda	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Ağrıyı azaltan faktörler	<input type="checkbox"/> Ortam değişikliği <input type="checkbox"/> Hareket <input type="checkbox"/> Pozisyon	<input type="checkbox"/> Masaj <input type="checkbox"/> İlaç	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Ağrıyı artıran faktörler	<input type="checkbox"/> Oturma <input type="checkbox"/> Masaj	<input type="checkbox"/> Hareket <input type="checkbox"/> Pozisyon	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Eşlik eden bulgular	<input type="checkbox"/> Bulantı-kusma <input type="checkbox"/> Uykusuzluk <input type="checkbox"/> İştahsızlık	<input type="checkbox"/> Fiziksel aktivitede azalma <input type="checkbox"/> Sosyal aktivitede azalma <input type="checkbox"/> Terleme	<input type="checkbox"/> Diğer:		
Ağrının yaşam kalitesine etkisi					
Hastanın ağrısına yönelik ifadesi					
Hastanın ağrısına yönelik davranışsal tepkisi					
Hastanın ağrısını yönetmede kullandığı nonfarmakolojik yöntemler					
Hastanın ağrısını yönetmede kullandığı farmakolojik yöntemler					

### GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE ÖZ BAKIM

#### AKTİVİTELERDE BAĞIMLI OLMA DURUMU

	Bağımsız	Yardımcı araçla	Başkasının yardımı ile	Tamamen bağımlı
Fiziksel bağımlılık durumu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeme/içme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El-yüz temizliği yapma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banyo yapma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diş fırçalama/ağız bakımı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tırnak bakımı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giyinme/çeki düzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuvalete gitme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuvalet hijyeni/genital hijyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yatak içi mobilite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiziksel aktivite düzeyi (yürüme/gezinme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### HİJYEN ALIŞKANLIKLARI

Tuvalet hijyeni	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama (kullanılan ürün):
Menstrüasyon hijyeni	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama (kullanılan ürün):
Banyo yapma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
En son banyo yaptığı tarih			



## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	24 / 43

Banyo yapma şekli	<input type="checkbox"/> Duş/ayakta	<input type="checkbox"/> Küvet/oturarak		
Banyo suyunun sıcaklığı	<input type="checkbox"/> Soğuk	<input type="checkbox"/> Ilık	<input type="checkbox"/> Çok sıcak	
Banyo temizlik ürünü	<input type="checkbox"/> Sabun	<input type="checkbox"/> Duş jeli	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Saç temizlik ürünü	<input type="checkbox"/> Sabun	<input type="checkbox"/> Şampuan	<input type="checkbox"/> Diğer:	
Koku sorunu	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		
Ağız bakımı/diş hijyeni	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
Tırnak bakımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
El yıkama alışkanlığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
Perine bakımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Sıklığı:	<input type="checkbox"/> Sıklığı:
Boş zaman aktiviteleri-hobileri				
Günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakıma ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz				

### İLETİŞİM

Çalışma ortamında yaşadığı güçlükler/sorunlar				
İletişim kurmasına engel olan herhangi bir durum	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Sosyal izolasyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Sosyal ilişkilerde bozulma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Aile süreçlerinde değişim	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Sözel iletişimde bozulma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Refakatçi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Sağlık personeli ile iletişime geçmede sorun	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Yakınlarına ulaşmada sıkıntı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Eşi	<input type="checkbox"/> Yaşıyor	<input type="checkbox"/> Yaşamıyor		
Bakıma katılma	<input type="checkbox"/> Katılıyor	<input type="checkbox"/> İstekli	<input type="checkbox"/> İsteksiz	<input type="checkbox"/> Katılmıyor
Tedaviyi kabullenme	<input type="checkbox"/> Kabul ediyor	<input type="checkbox"/> Kabul etmiyor		
İletişim konusunda sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz.				

### KENDİNİ ALGILAMA, KAVRAMA BİÇİMİ VE İNANÇLAR

Korku	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Anksiyete	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Gerginlik/öfke/kızgınlık	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Keder/ağlamaklı/umutsuz olma durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Kendine/başkasına zarar verme davranışı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Genel görünümü				
Kendi ve kendi değeri hakkındaki düşünceleri ve algılama şekli				
Benlik saygısında bozulma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Beden algısında bozulma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:	
Şu an yaşamında olan değişiklikler	<input type="checkbox"/> Ölüm/boşanma	<input type="checkbox"/> Ekonomik kayıp	<input type="checkbox"/> Organ kaybı	<input type="checkbox"/> Diğer:
Stres ile baş etme biçimi				
Yaşam hakkındaki inanç ve değerleri				
Ruhsal-tinsel sıkıntı-çöküntü riski	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		
Kendini algılama, kavrama biçimi ve inançlar konusunda sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanılarını belirtiniz.				





## BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-2
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	25 / 43

**NOT:**

- Topladığımız veriler doğrultusunda EK-1 Hemşirelik Bakım Planı Formu'nu doldurunuz ve gerektiğinde çoğaltınız.
- Taburculuk eğitimini EK-8 Taburculuk Eğitim Formu'na kaydediniz.
- Sağlık eğitimini EK-9 Sağlık Eğitimi Formu'na kaydediniz.



## MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ FORMU

Doküman No	HB-FR-7
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	26 / 43

### KISITLAMA İHTİYACI

Kendisine zarar verici davranış	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Başkasına zarar verici davranış	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Agresif davranış	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Hastaneden kaçma davranışı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Cinsel içerikli davranış	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Diğer	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:

### POSTÜR

Postür	<input type="checkbox"/> Dik	<input type="checkbox"/> Öne eğik	<input type="checkbox"/> Diğer
--------	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

### GENEL GÖRÜNÜM

Giyimi sosyoekonomik durumuna uygun mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Giyimi mevsime uygun mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Giyimi temiz ve düzenli mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

### BİLİNÇ

Bilinç	<input type="checkbox"/> Açık	<input type="checkbox"/> Kapalı	<input type="checkbox"/> Diğer:
--------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

### ORYANTASYON

Zaman oryantasyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Yer oryantasyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Kişi oryantasyonu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:

### İLETİŞİM KURMA YETENEĞİ

İletişim kurma yeteneği	<input type="checkbox"/> Kendiliğinden iletişim kuruyor <input type="checkbox"/> Göz göze iletişim kuruyor <input type="checkbox"/> Göz göze iletişim kurmuyor	<input type="checkbox"/> Girişken <input type="checkbox"/> Rahat	<input type="checkbox"/> Diğer:
-------------------------	--	---	---------------------------------

### KONUŞMA

Hızı	
Miktarı	
Ses tonu	
Spontanlığı	



## MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ FORMU

Doküman No	HB-FR-7
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	27 / 43

Diğer			
<b>DUYGULANIM (AFFECT)</b>			
Duygulanım (Affect)	<input type="checkbox"/> Normal duygulanım <input type="checkbox"/> Labil duygulanım <input type="checkbox"/> Künt duygulanım <input type="checkbox"/> Uygunsuz duygulanım	<input type="checkbox"/> Diğer:	
<b>DUYGU DURUMU (MOOD)</b>			
Duygu durumu (Mood)	<input type="checkbox"/> Ötimik <input type="checkbox"/> Anksiyöz <input type="checkbox"/> Disforik	<input type="checkbox"/> Ajitasyon <input type="checkbox"/> Öfori <input type="checkbox"/> İritabl <input type="checkbox"/> Çökkün	<input type="checkbox"/> Diğer:
<b>DÜŞÜNCE YAPISI</b>			
Düşünce yapısı	<input type="checkbox"/> Fikir uçuşması <input type="checkbox"/> Raydan çıkma <input type="checkbox"/> Ekolali <input type="checkbox"/> Düşüncede azalma	<input type="checkbox"/> Düşüncede artma <input type="checkbox"/> Kelime salatası <input type="checkbox"/> Düşünce bloğu <input type="checkbox"/> Klang çağrışım	<input type="checkbox"/> Diğer:
<b>DÜŞÜNCE İÇERİĞİ</b>			
Obsesyon	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Düşünce içeriğinde fakirleşme	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Sanrı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Türü:
<b>ALGI</b>			
Varsanı (Halüsinasyon)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Türü:
<b>MOTOR DAVRANIŞ</b>			
Motor davranış	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ataksi <input type="checkbox"/> Ekopraksi	<input type="checkbox"/> Psikomotor aktivitede artma <input type="checkbox"/> Psikomotor aktivitede azalma <input type="checkbox"/> Negativizm	<input type="checkbox"/> Diğer:
<b>HAREKET BOZUKLUĞU</b>			
Hareket bozukluğu	<input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> Distoni <input type="checkbox"/> Dişli çark	<input type="checkbox"/> Akatizi <input type="checkbox"/> Maske yüz <input type="checkbox"/> Akinezi	<input type="checkbox"/> Diskinezi <input type="checkbox"/> Diğer:
<b>BENLİK KAVRAMI</b>			
Benlik kavramı	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Düşük	<input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Yüksek	<input type="checkbox"/> Diğer:



## SUBJEKTİF VERİLER FORMU

Doküman No	HB-FR-8
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	28 / 43

### GELİŞİMSEL ÖZELLİKLER

Doğum öyküsü	
Eğitim yaşantısı	
Askerlik yaşantısı	
İş yaşantısı	

### STRES-BAŞ ETME

Premorbid kişilik özelliği			
Stresle baş etmede kullandığı yöntemler	<input type="checkbox"/> Ağlama <input type="checkbox"/> Dua etme <input type="checkbox"/> Bilgi edinme <input type="checkbox"/> Alkol/sigara içme <input type="checkbox"/> Banyo yapma <input type="checkbox"/> Soruna yönelik kitap/dergi okuma	<input type="checkbox"/> Duyguları paylaşma <input type="checkbox"/> Dikkati başka alanlara yöneltme (TV izleme, kitap/gazete okuma, müzik dinleme, el işi yapma, ev işi yapma) <input type="checkbox"/> Yürüyüş/egzersiz yapma, solunum egzersizleri yapma	<input type="checkbox"/> Diğer:

### DEĞERLER İNANÇLAR

Bakımınızı sınırlayacak herhangi bir inancı var mı?	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Kültürüne/adet ve inanışlarına göre özel sağlık uygulamaları var mı?	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:

### BİREYİN TERAPÖTİK MÜDEHALELERE UYUMU

İş birliği yaptığı durumlar	
İş birliği yapmadığı durumlar	

### EKONOMİK DURUM, ÇALIŞMA VE EĞLENCE AKTİVİTESİ

Geliri giderini karşılıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Boş zamanlarını değerlendirme biçimi		

### KENDİNİ ALGILAMA BENLİK KAVRAMI

Kendinizi nasıl tanımlarsınız?			
Kendinizi beğenir misiniz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Açıklama:
En çok beğendiğiniz yönünüz nedir?			
En az beğendiğiniz yönünüz nedir?			



## SUBJEKTİF VERİLER FORMU

Doküman No	HB-FR-8
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	29 / 43

Sağlığınızla ilgili en önemli endişeniz/korkunuz nedir?	
Vücudunuzun en çok beğendiğiniz bölümü neresidir?	
Vücudunuzun en az beğendiğiniz bölümü neresidir?	
Ekleme istedikleriniz	

### CİNSEL SAĞLIK

Cinselliğinizi etkileyen herhangi bir probleminiz var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Cinsel istekte azalma <input type="checkbox"/> Cinsel tiksinti bozukluğu <input type="checkbox"/> Kadında-erkekte orgazm bozukluğu <input type="checkbox"/> Erken boşalma <input type="checkbox"/> Disparoni	<input type="checkbox"/> Diğer:
---	--------------------------------	-------------------------------	---	---------------------------------

### ROL, İLİŞKİ, İLETİŞİM ŞEKLİ

Kurumdaki arkadaşlarıyla ilişkilerinde bir zorluk yaşıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Kısmen	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Sağlık personeli, eğitmen vb ile yeterli iletişimde bulunuyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Kısmen	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Diğer arkadaşlarla vb yeterli iletişimde bulunuyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Kısmen	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Konuşma biçimi	<input type="checkbox"/> Normal (düzenli, mantıklı)	<input type="checkbox"/> Öfkeli/argo	<input type="checkbox"/> Hızlı/yavaş	<input type="checkbox"/> Tutarsız/uygunsuz
Sözlü ve sözsüz iletişimi arasında uyumsuzluk var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Kısmen	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Mevcut davranış problemleri				
Bireyi rahatlatan herhangi bir obje/ler var mı?				



## ÇOCUĞUN GELİŞİM ÖZELLİKLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-9
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	30 / 43

### ÇOCUĞUN GELİŞİM ÖZELLİKLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

<b>Bu yaştaki sağlıklı bir çocuğun gelişim özellikleri nelerdir?</b>	
<b>Sizin gözlemlediğiniz çocuk hangi gelişim döneminde dir?</b>	
<b>Bu yaştaki sağlıklı bir çocuk hangi becerileri yerine getirmelidir?</b>	
<b>Sizin gözlemlediğiniz çocuk bu becerilerden hangilerini yapıyor?</b>	
<b>Gözlemlediğiniz çocuğun tıbbi tanısı hakkında bilgi veriniz.</b>	



## ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-19
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	31 / 43

### KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih		
Uygulama Birimi		
Süpervizör Adı Soyadı		
<b>UYGULAMA HEDEFLERİ</b>		
Klinik uygulama sonunda uygulama hedeflerine ne kadar ulaştığınızı işaretleyiniz ( X )	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<b>KLİNİK UYGULAMADA KAZANILAN HEMŞİRELİK BECERİLERİ</b>		
Klinik uygulamada kazandığınız hemşirelik becerilerini belirtiniz		
Bu klinik uygulamadan öğrendiğiniz ve daha önce bilmediğiniz en önemli şey	Bireye ilişkin:	
	Sağlık ekibine/kuruma ilişkin:	
	Kendinize ilişkin:	
<b>BAKIMA YÖNELİK DEĞERLENDİRME</b>		
Bireye bakım verirken hissettiğiniz duygu ve düşüncelerinizi yazınız		
Birey ile kurmuş olduğunuz terapötik ilişkiyi değerlendiriniz		
Uyguladığınız hemşirelik bakım sürecine ilişkin çalışmanızı değerlendiriniz		
<b>KLİNİK UYGULAMADA EKSİK BULUNAN YÖNLER</b>		
Klinik uygulamada eksik bulduğunuz yönlerinizi (teori, uygulama, iletişim, vb.) yazınız		
<b>KLİNİK UYGULAMA YERİNİN “KLİNİK UYGULAMA EĞİTİMİ” AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ</b>		
Klinik uygulama ortamının “Klinik Uygulama Eğitimi” açısından;	Size göre en güçlü yanı:	
	Size göre en zayıf yanı:	
	Size göre yarattığı fırsat:	



## ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-19
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	32 / 43

### KLİNİK SÜPERVİZÖRÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır. Lütfen aşağıdaki maddeleri değerlendirme kriterlerine göre değerlendirip ilgili alanı (X) ile işaretleyiniz.

#### Değerlendirme Kriterleri:

1: Hiç katılmıyorum 2: Katılmıyorum 3: Kısmen katılıyorum 4: Katılıyorum 5: Tamamen katılıyorum

	1	2	3	4	5
İletişim becerileri yeterliydi.					
Bilgisi klinik eğitim için yeterliydi.					
Becerileri klinik eğitim için yeterliydi.					
Klinik ortamı eğitimime uygun olarak organize etti.					
Klinik eğitim için gereken zamanı ayırdı.					
Belirlenen haftalık eğitim programını uyguladı.					
Klinik eğitimimi öğrenme hedeflerime uyarladı.					
Olgu tartışması için yeterli olanak sağladı.					
Mesleki yaşamım için rol model oluşturdu.					





## SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-FR-20F
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	33 / 43

### RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı: Numarası:	Öğretim Elemanının Adı Soyadı: Alan/Klinik Rehberin Adı Soyadı:			
<b>DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ</b>	<b>Alınabilecek En Yüksek Puan</b>	<b>Öğretim Elemanı Puanı</b>	<b>Alan/Klinik Rehber* Puanı</b>	
<b>A. GENEL BECERİLER</b>				
<b>İletişim</b>	<b>10</b>			
Hasta/sağlıklı birey ve aileler ile terapötik iletişim kurar.	5			
Öğretim üye/elemanı, grup arkadaşları ve sağlık ekibi üyeleri ile profesyonel iletişim kurar.	5			
<b>Eğitim</b>	<b>6</b>			
Hasta/sağlıklı birey ve ailenin gereksinimlerine göre eğitimi planlar, uygular ve değerlendirir.	3			
Eğitimde etkili materyal, öğretim tekniği ve yöntemlerini kullanır.	3			
<b>Araştırma</b>	<b>4</b>			
Bilimsel bilgilere ulaşır ve araştırma sonuçlarını hasta/sağlıklı birey bakımına yansıtır.	2			
Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip eder.	2			
<b>Profesyonel Davranışlar</b>	<b>10</b>			
Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün " <i>Zorunlu Ders Uygulamalarına Yönelik Talimatname</i> " sine uygun davranır.	5			
Mesleki uygulamalarında " <i>Hemşirelikte Etik Kodları</i> " nı göz önünde bulundurur.	5			
<b>B. ALANA ÖZGÜ BECERİLER</b>	<b>70</b>			
<b>Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sürecini Yönetme</b>	<b>36</b>			
Bireyin bakım gereksinimlerini saptamaya yönelik doğru ve yeterli veri toplar.	4			
Uygun verileri bir araya getirerek hemşirelik tanımlarını belirler.	4			
Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre belirler.	4			
Her bir hemşirelik tanısına yönelik özgün amaç belirler.	4			
Her bir hemşirelik tanısına yönelik sonuç kriterlerini belirler.	4			
Hemşirelik tanımlarına özgü girişimlerini planlar.	4			
Hemşirelik tanımlarına özgü girişimlerini önem sırasına göre uygular.	4			
Birey/aile/toplumun sağlığı geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin yanıtlarını belirler ve sonuç kriterlerine göre değerlendirir.	4			
Hemşirelik bakımının sürekliliğini sağlar.	4			
<b>Psikiyatri Hemşireliğinin Rollerini Doğrultusunda Terapötik Girişimleri Yönetme</b>	<b>34</b>			
Kurumun güvenlik prosedürlerine uyar.	3			
Hasta kabul ve taburculuk eğitimini verir.	3			
Kurumdaki hasta/sağlıklı bireylerin mental durum değerlendirmesini yapar. Gözlemlerini yazılı olarak kaydeder ve sağlık ekibiyle paylaşır.	4			
Kurumdaki hasta/sağlıklı bireyler için grup etkinlikleri planlar, onları gruba katılım konusunda destekler.	4			
Kurumdaki hasta/sağlıklı bireylerin tedaviye katılımlarını sağlar ve uygulanan tedavilerin etki ve yan etkilerini gözlemler.	4			
Özel (EKT, tespit, ani duygulanım değişiklikleri vb.) ve riskli durumlara (düşme, intihar, kendine ve başkalarına yönelik zarar verme vb.) yönelik gözlem yapar. Gerekli önlemleri alır, bu durumlara yönelik girişimleri planlar ve uygular.	4			
Kurumdaki hasta/sağlıklı birey ve yakınlarına yönelik KLP Hemşireliği girişimlerini planlar, uygular ve değerlendirir.	4			
Kurumdaki hasta/sağlıklı bireylere yönelik bütüncül hemşirelik bakımını uygular.	4			
Uygulama alanında karşılaştığı sorunlarda problem çözme ve klinik karar verme becerisini kullanır.	4			
<b>TOPLAM PUAN</b>	<b>100</b>			

\*Mesleki uygulama yapılan kurumda kadrosu bulunan öğrencinin birlikte çalıştığı ve mesleki uygulamadan da sorumlu olan meslek uzmanı.



## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU

Doküman No	HB-EK-1
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	34 / 43

Öğrencinin Adı Soyadı:

Bakım Alan Bireyin Adı Soyadı (İlk Harfleri):

Tarih:

### HEMŞİRE BAKIM PLANI FORMU

F.S.Ö.	Tanımlayıcı Özellikler	İlişkili/Etiyolojik Faktörler	Hemşirelik Tanısı*	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Uygulanan Girişimler (+/-)	Değerlendirme
				<b>Beklenen Hasta Sonuçları</b>			

\*Not:

- Hemşirelik Tanıları'nda mevcut tanıları birincil, olası (..... Riski) tanıları ikincil olarak ele alınız.
- Hemşirelik Tanıları NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Hemşirelik Tanıları El Kitabı'nızdaki şekilde olacaktır.)
- Bu sayfaları çoğaltarak bakım sürecinizi yürütünüz.



## YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	HB-EK-2A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	35 / 43

### AĞRI TANILAMA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ağrı yok En şiddetli ağrı

0, Yok  1-2, Çok az  3-4, Biraz fazla  5-6, Çok  7-8, Fazla  9-10, Dayanılmaz



## YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Doküman No	HB-EK-3A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	36 / 43

### İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

#### Hasta Değerlendirme Durumları

1.Kliniğe Kabul Edildiği An	2.Post-Operatif Dönem	3.Hasta Düşmesi	4.Bölüm Değişikliği	5.Durum Değişikliği
-----------------------------	-----------------------	-----------------	---------------------	---------------------

RİSK FAKTÖRLERİ		DEĞERLENDİRME/ DEĞERLENDİRME NUMARASI				
		..... TARİH .../.../...	..... TARİH .../.../...	..... TARİH .../.../...	..... TARİH .../.../...	..... TARİH .../.../...
		PUAN	PUAN	PUAN	PUAN	PUAN
<b>YAŞ</b>						
1	60-69	1	1	1	1	1
2	70-79	2	2	2	2	2
3	80 ve üstü	3	3	3	3	3
<b>BİLİNÇ DURUMU</b>						
4	Bilinç kapalı	1	1	1	1	1
5	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.)	2	2	2	2	2
<b>DÜŞME HİKAYESİ</b>						
6	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var	3	3	3	3	3
<b>HASTALIKLAR/KOMORBİDİTELER</b> (Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, uzun kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz, kırıklar)						
7	Hastalıklardan en fazla 2 tanesi bulunmaktadır	1	1	1	1	1
8	Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır	2	2	2	2	2
<b>HAREKET KABİLİYETİ</b>						
9	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	5	5	5	5	5
10	Ayakta/yürürken denge bozukluğu var.	10	10	10	10	10
11	Baş dönmesi var.	2	2	2	2	2
<b>BOŞALTIM İHTİYACI</b>						
12	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var	1	1	1	1	1
<b>GÖRME DURUMU</b>						
13	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanıyor vb.)	2	2	2	2	2
14	İleri derecede görme engeli var	10	10	10	10	10
<b>İLAÇ KULLANIMI</b>						
15	4'den fazla ilaç kullanımı var.	2	2	2	2	2
16	Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var.	2	2	2	2	2
17	Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var	3	3	3	3	3
<b>EKİPMAN VARLIĞI</b> (Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir ekipman. Örn: IV İnfüzyon, foley kateter, göğüs tüpü vb.)						
18	Hastaya bağlı 1- 2 bakım ekipmanı var	1	1	1	1	1
19	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var	2	2	2	2	2
<b>TOPLAM PUAN</b>						
<b>RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU</b>						
Düşük Risk	0-9 Puan Arasında					
Yüksek Risk	10 Puan Üzerinde					
<b>Not:</b>						
<ul style="list-style-type: none"><li>Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.</li><li>İtaki Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.</li><li>Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Riski Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır.</li></ul>						



## YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Doküman No	HB-EK-4A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	37 / 43

BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ				
Kontrol Parametre/Puan	1	2	3	4
Uyarının algılanması	Tamamen yetersiz	Çok yetersiz	Biraz yeterli	Tamamen yeterli
Nemlilik	Sürekli ıslak	Çok ıslak	Bazen ıslak	Nadiren ıslak
Aktivite	Yatağa bağımlı	Sandalyeye bağımlı	Bazen yürüyebiliyor	Sıklıkla yürüyebiliyor
Hareket	Tamamen hareketsiz	Çok hareketsiz	Az hareketli	Hareketli
Beslenme	Çok kötü	Yetersiz	Yeterli	Çok iyi
Sürtünme ve tahriş	Sorun	Olası sorun	Sorun yok	
Değerlendirme	Yüksek Risk: ≤12 Orta Risk: 13-14 Düşük Risk: 15-16 (yaş > 75 15-18) Risk Yok: >16 ve >18 (yaş > 75)			



## YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI

Doküman No	HB-EK-5A
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	38 / 43

GLASKOW KOMA SKALASI		
<b>GÖZLERİ AÇABİLME</b>	Spontan açabiliyor	<input type="checkbox"/> 4
	Sözel emirle açabiliyor	<input type="checkbox"/> 3
	Ağrılı uyaranlarla açabiliyor	<input type="checkbox"/> 2
	Açmıyor	<input type="checkbox"/> 1
<b>MOTOR TEPKİ</b>	Emirlere uyuyor	<input type="checkbox"/> 6
	Ağrıya lokalize	<input type="checkbox"/> 5
	Çekme (ekstremitelerini ağrılı uyarandan çekmeye çalışıyor)	<input type="checkbox"/> 4
	Fleksiyon	<input type="checkbox"/> 3
	Ekstansiyon	<input type="checkbox"/> 2
	Tepki yok	<input type="checkbox"/> 1
	<b>SÖZEL TEPKİ</b>	Oryante (yere, kişiye, zamana)
Konfüze (cümle kuruyor ancak yanıtlar yanlış)		<input type="checkbox"/> 4
Uyumsuz cümleler (bir veya birden fazla yanlış yanıt)		<input type="checkbox"/> 3
Anlamsız sesler		<input type="checkbox"/> 2
Tepki yok		<input type="checkbox"/> 1
<b>TOPLAM PUAN:</b>		
<b>GKS DEĞERLENDİRME:</b> 3-7 puan: Koma 8-12 puan: Prekoma 13-15 puan: Bilinç açık		



## SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU

Doküman No	HB-EK-6
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	39 / 43

### SIVI İZLEM FORMU

$$\text{Akış Hızı} = \frac{\text{Toplam sıvı miktarı} \times 20 \text{ (Damla faktörü)}}{\text{Toplam süre}}$$

Damla/dakika

1 ml=1 cc=1 cm<sup>3</sup>=10 Diziye=20 Damla  
Mikrodrip serum setleri kullanılıyor ise 60 damla 1ml'dir

Damla Faktörü=20 (1 ml=20 damla)  
Süre=60 dakika

Saat	I. Sıvı Cinsi	Şişe Seviyesi	Giden Miktar	II. Sıvı Cinsi	Şişe Seviyesi	Giden Miktar
24 Saatlik Toplam						

### SIVI DENGESİ İZLEM FORMU

Sıvı	Tarih	Saat: 08-16	Saat: 16-24	Saat: 24-08	Toplam 24saat	Aldığı çıkardığı sıvı dengesi (Balans)	Arada fark varsa nedenini değerlendiriniz
		ml/8 saat	ml/8 saat	ml/8 saat	ml/gün		
Aldığı*							
Çıkardığı**							
Aldığı							
Çıkardığı							
Aldığı							
Çıkardığı							

\*Oral, parenteral, NG vb.

\*\*İdrar, kusma, gaita, kanama vb.

Not: En az iki günlük sıvı alımı ve kaybını değerlendiriniz.

### VÜCUT YÜZEY ALANI DEĞERLENDİRMESİ

Vücut yüzey alanı (VYA)		m <sup>2</sup> /kg
Vücut yüzey alanına göre alması gereken sıvı (Toplam):		cc
Not: Bebek ve çocuklar için kullanılacaktır.		



## LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU

Doküman No	HB-EK-7
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	40 / 43

LABORATUVAR BULGULARI					
TAM KAN SAYIMI (CBC)			BİYOKİMYA		
Tetkik	Sonuç Düşük (D) Yüksek (Y)	Neden? Olası sorun?	Tetkik	Sonuç Düşük (D) Yüksek (Y)	Neden? Olası sorun?
WBC			Glikoz		
RBC			BUN		
HGB			Kreatinin		
HTC			Ürik asit		
MCH			T. protein		
MCHC			Albümin		
RDW			T. Bilirubin		
MPV			D. Bilirubin		
LY%			AST		
MO%			ALT		
NE%			GGT		
EO%			ALP		
BA%			LDH		
BA#			CK		
EO#			CK-MB		
LY#			Amilaz		
MCV			Lipaz		
MO#			Sodyum-Na		
NE#			Potasyum-K		
PDW			Klor-Cl		
HbA1c			Kalsiyum-Ca		
SEDİM			Fosfor-P		
PTZ			Magnezyum-Mg		
INR			HDL		
aPTT			LDL		
CRP			VLDL		
HORMON PANELİ			T. Kolesterol		
S-T <sub>3</sub>			Trigliserit		
S-T <sub>4</sub>			TİT-İDRAR TAHLİLİ		
TSH			Görünüm		
Folik asit			Renk		
Ferritin			Dansite		
Vit. B-12			Ph		
ALINAN KÜLTÜRLER			Glikoz		
Kan K.			Keton		
İdrar K.			Eritrosit		
Sürüntü K.			Protein		
DİĞER			Lökosit		
			Bilirubin		
TETKİK SONUÇLARI					
Son Yatışta Yapılan Tetkikler (MR-BT-Endoskopi, Anjiyografi vb.)		TARİH	SONUÇ		





## TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU

Doküman No	HB-EK-8
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	41 / 43

### TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU

Bakım verdiğiniz kişiye ilişkin ön gördüğünüz taburculuk eğitim planınızı oluşturunuz.

Kişinin mevcut yaşam koşulları	<input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor
	<input type="checkbox"/> Eşi ile yaşıyor
	<input type="checkbox"/> Diğer (Açıklayınız)
Evde bakımına yardımcı birey var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır
	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Kim:
Hastalığı ve tedavisi hakkında bilgisi	<input type="checkbox"/> Var
	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Yok ise bakım planında konuyu ele alınız
Taburculuktan sonra gideceği yer	

- Kişinin hazırlanmasına yardım ediniz.  
 Varsa eşyalarını teslim ediniz.  
 Enfeksiyon belirtilerini öğretiniz.  
 Hastalığı hakkında öz yönetim becerilerinin düzeyini kontrol ediniz (Hastalık, diyet, ilaç kullanımı vb.)  
 Gerekliyse, yapması şart olan egzersizleri nasıl yaptığını gözden geçirin ve evde devam etmesi için bilgi veriniz.

Taburculuk sonrası alacağı medikal tedavi planı	İLAC	SAATİ	BİLGİ VERİLMESİ GEREKEN YAN ETKİLER
	ADI-DOZU		

Evde alması planlanan diyet (Ön görülen bir kısıtlama varsa belirtiniz.)	
--	--

Hastane kontrolüne gelme zamanı	
---------------------------------	--

Yara bakımı (Varsa nasıl yapacağı konusunda eğitim veriniz)	
---	--

Yardımcı araç-gereç kullanımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Açıklama:
-------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------------

Özel uyarılar	
---------------	--

Eğitimi Uygulayan Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:	
--	--



## SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU

Doküman No	HB-EK-9
Yayın Tarihi	
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	
Sayfa	42 / 43

### SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU

<b>Eğitici/ler</b>	
<b>Sağlık eğitimi yapılan birey/sınıf/grup</b>	
<b>Sağlık eğitiminin konusu</b>	
<b>Yer</b>	
<b>Tarih/saat</b>	
<b>Sağlık eğitiminin hedefleri (Bilişsel, duyuşsal, davranışsal vb)</b>	
<b>Kullanılan yöntem ve teknikler</b>	
<b>Kullanılan araç/gereç/kaynaklar</b>	
<b>Konu içeriği/başlıklar</b>	
<b>Sağlık eğitiminin değerlendirilmesi</b>	

## KAYNAKLAR

1. Baysan Arabacı, L. & Taş, G. (2020). Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında Temel Hemşirelik Bakımı. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri: Ankara.
2. Oflaz, F. & Yıldırım, N. (2020). Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri: Ankara.
3. Çam, O., & Engin, E. (2014). Ruh Sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul Tıp Kitabevi.
4. Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2014). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri.
5. Öz, F., & Demiralp, M. (2014). Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin. Akademisyen Kitapevi, Ankara.
6. Eugene, C. T. Y., & Klamen, D. (2015). Olgu Dosyaları: Psikiyatri. 4. Baskı (Çeviri Eds İ Balcıoğlu, Ş Turan) İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi.
7. Üstün, B. & Demir, S. (2019) Hemşirelikte İletişim. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık.
8. Voltan-Acar, N. (2015). Yeniden terapötik iletişim: kişiler arası ilişkiler:(bizim toplumumuzdan örnekler). Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık tic. Limited Şti.
9. Akgün Çıtak, E. & Hiçdurmaz, D. (2020). Psikiyatri Hemşireliği Akıl Notları. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri.
10. Carpenito- Moyet, L.J. (2005) Hemşirelik Tanıları El Kitabı (Çev: F. Erdemir), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
11. Özer, A.K., (2002), Ben Değeri Tiryakiliği Duygusal Gerilimle Başedebilme, 3. Basım Sistem Yayıncılık, İstanbul.