

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

**HEM 301 RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ
HEMŞİRELİĞİ**



ÖĞRENCİ TANITIM FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-01
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	2 / 43

ÖĞRENCİ BİLGİSİ

Adı ve Soyadı		Fotograf
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 DOKÜMAN LİSTESİ
 - SBF-HB-FR-02 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
 - SBF-HB-FR-03 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
 - SBF-HB-FR-08 ÇOCUĞUN GELİŞİM ÖZELLİKLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU
 - SBF-HB-FR-09 MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ FORMU
 - SBF-HB-FR-10 SUBJEKTİF VERİLER FORMU
 - SBF-HB-FR-20 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
 - SBF-HB-FR-26 RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU
 - SBF-HB-F-32 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
 - SBF-HB-LS-02 YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRMESİ
 - SBF-HB-LS-03 YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
 - SBF-HB-LS-04 YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
 - SBF-HB-LS-05 YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
 - SBF-HB-FR-38 SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU
 - SBF-HB-FR-43 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU
 - SBF-HB-FR-44 TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU
 - SBF-HB-FR-45 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU
8. 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 hemşirenin 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 çıtıtılı, 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 Resmi 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 çalışmasına 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 bütüncül hemşirelik bakımını uygular.
3. Hasta-hemşire etkileşiminde terapötik iletişim becerilerini 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 Klinikleri)

6. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ TASARIMI

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

5. Hafta	DUYGU DURUM BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI a) Bipolar bozukluk belirtileri ve etiolojisi b) Depresif bozukluk belirtileri ve etiolojisi c) Duygu durum bozukluklarında tam ve tedavi d) Duygu durum bozukluklarında hemşirelik bakımı e) Bakım planı tartışılması	<ul style="list-style-type: none"> Mani-hipomani ve depresif dönem özelliklerini sayar (ÖÇ1). Duygu durum düzenleyici ilaçları eşleştirir (ÖÇ1). Lityum tedavisi alan hastaya ve ailesine yönelik eğitim planlar (ÖÇ2, ÖÇ3). Bipolar affektif bozukluğu olan hastaya yönelik uygun hemşirelik tanımlarını belirler (ÖÇ2). Duygu durum bozukluğu olan hastaya uygun bakım planları (ÖÇ2, ÖÇ3). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka çalışması ⁴	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
6. Hafta	ANKSİYETE, SOMATOFORM VE DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI 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 (konversiyon bzk, hipokondriasis, beden disformik bzk., ağrı bzk. vb.) i) Travma sonrası stres bozukluğu (şiddet, ensest, tecavüz vb.)	<ul style="list-style-type: none"> Anksiyeteye bağlı sistemlerde meydana gelen değişiklikleri tanımlar (ÖÇ1, ÖÇ2). Anksiyete bozukluklarındaki tedavi yöntemlerini sıralar (ÖÇ1, ÖÇ2). Anksiyete bozukluğu olan bireyin belirtilerini sayar (ÖÇ1, ÖÇ2). Hemşirelik bakımını tartışır (ÖÇ2). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka çalışması ⁴	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
7. Hafta	NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI a) Deliryum, demans, alzheimer gibi kognitif bozukluklar b) Nörobilişsel bozuklukları olan bireyin tanı, tedavi ve hemşirelik yaklaşımları	<ul style="list-style-type: none"> Deliryum ve demans arasındaki farkları sıralar (ÖÇ1). Deliryum belirtisi ve bulgularını ve hemşirelik bakımını tanımlar (ÖÇ1, ÖÇ2). Organik mental bozukluğu olan bireyin hemşirelik bakımını tartışır (ÖÇ2). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka çalışması ⁴	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
8. Hafta	MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI 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	<ul style="list-style-type: none"> Madde bağımlılığı, madde yoksunluğu ve entoksikasyonunun belirtilerini tanımlar (ÖÇ1). Deliryum tremensteki bireyin tedavisini takip eder (ÖÇ2, ÖÇ3). Madde kullanım sorunu olan bireyin hemşirelik bakım sürecini tartışır (ÖÇ2). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka çalışması ⁴	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³

9. Hafta	KİŞİLİK BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI 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 (Kaçngan/Çekingen ve Bağımlı, Obsesif-Kompulsif) f) Kişilik bozuklarında tedavi ve hemşirelik yaklaşımları	<ul style="list-style-type: none"> Kişilik bozukluklarını kümelerine göre ayırır (ÖÇ1). Her kümede yer alan kişilik bozukluklarının özelliklerini sayar (ÖÇ1). Kişilik bozuklukları, nevroz ve psikonevrozlar arasındaki ayırıcı özellikleri sıralar (ÖÇ1). Kişilik bozukluklarında tedavi ve hemşirelik bakımını tartışır (ÖÇ2, ÖÇ3). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ⁴	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
10. Hafta	CİNSEL SAĞLIK VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI HEMŞİRELİK BAKIMI a) Cinsel sağlık kavramı b) Cinsel işlev bozuklukları belirtileri, etiolojisi ve tedavisi c) Cinsel kimlik bozuklukları belirtileri, tedavisi d) Cinsel sağlık sorunu olan bireyin hemşirelik bakımı	<ul style="list-style-type: none"> Cinsel sağlık kavramını ve cinsel hakları tanımlar (ÖÇ1). Cinsel sağlık sorunu olan bireylerin haklarına saygılı bir yaklaşım gösterir (ÖÇ2, ÖÇ3). Cinsel İşlev bozukluklarını DSM-V' e göre sınıflandırır (ÖÇ1). Cinsel suçların yasal boyutlarını tartışır (ÖÇ1). 	Anlatım ¹ Soru-cevap	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
11. Hafta	YEME BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI a) Anoreksiya nervoza b) Bulimia nervoza c) Yeme bozukluğu olan bireyin tanı, tedavi ve hemşirelik yaklaşımları UYKU UYANIKLIK BOZUKLUKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIM a) İnsomnia b) Hipersomnia c) Narkolepsi d) Parasomniler e) Uyku bozukluğu olan bireyin tanı, tedavi ve hemşirelik yaklaşımları	<ul style="list-style-type: none"> Yeme davranışında bozulma belirtilerini sayar (ÖÇ1). Yeme bozukluklarında hemşirelik yaklaşımlarını tartışır (ÖÇ2). <ul style="list-style-type: none"> İnsomnia belirtilerini sayar (ÖÇ1). Hipersomnia belirtilerini sayar (ÖÇ1). Narkolepsi tanı kriterlerini sayar (ÖÇ1). Parasomni türlerini sayar (ÖÇ1). Uyku bozukluklarında hemşirelik yaklaşımlarını tartışır (ÖÇ2). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka Çalışması ⁴	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³

12. Hafta	KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ a) Dahili tıptaki psikiyatrik bozukluklar (Kardiyoloji nefroloji, göğüs hastalıklarına bağlı) b) Nörolojik hastalıklarda psikopatoloji c) Kanser ve psikiyatrik bozukluklar (Psiko-onkoloji) d) Kronik hastalıkların psikiyatrisi e) Cerrahi girişimlerdeki psikiyatrik durumlar f) Organ kaybında ya da organ naklinde g) Ortopedi/fizik tedavi ve rehabilitasyondaki psikiyatrik durumlar h) Kadın hastalıkları ve doğumun psikiyatrik yönleri i) Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların psikiyatrisi j) Terminal dönem ve palyatif bakımdaki (Ölmekte olan hastaların) psikiyatrik sorunlar k) Öğrencilere ödev olarak verilen “WIT” filminin tartışılması	<ul style="list-style-type: none"> Dahili tıpta ortaya çıkan psikiyatrik belirtileri açıklar (ÖÇ1). Tıbbi hastalıkları olan bireylerin ruhsal belirtilerine yönelik bütüncül bakış açısı ile değerlendirme yapar (ÖÇ2). KLP hemşiresinin klinik, bakım, yönetim ve eğitim rollerini tartışır (ÖÇ1, ÖÇ2). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Gösterip Yapma (Video Gösterimi) Vaka çalışması ⁴	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
13. Hafta	PSİKOFARMAKOLOJİ a) İlaç Grupları (Etki-yan etki ve komplikasyonları-hemşirelik yaklaşımları) TERAPİLER a) Psikoterapiler	<ul style="list-style-type: none"> Etkinlik, güç, yarı ömür kavramlarını söyler (ÖÇ1). EPS belirtilerini sayar (ÖÇ1). Nöroleptik maligen sendrom, akut distonik reaksiyon, parkinsonizm belirtilerini tanımlar (ÖÇ1). Antidepresan ilaç kullanan hastalarda dikkat edilmesi gerekenleri söyler (ÖÇ2). Hastalar için ilaç eğitimini planlar (ÖÇ2). Antipsikotik ilaç kullanımında hemşirelik yaklaşımını tartışır (ÖÇ2). Psikoterapi çeşitlerini ve amaçlarını söyler (ÖÇ1). 	Anlatım ¹ Soru-cevap Kahoot ²	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
14. Hafta	ADLI PSİKİYATRİ VE HASTA HAKLARI a) Acil psikiyatrik durumlar (intihar, saldırganlık, konversiyon, psikoaktif maddeye bağlı entoksikasyonlar b) Adli psikiyatri c) Psikiyatride hasta hakları	<ul style="list-style-type: none"> Acil psikiyatrik durumları tanımlar (ÖÇ1). Krize müdahale ilkelerini sayar (ÖÇ1). Adli psikiyatri hemşirelerinin rollerini tartışır (ÖÇ2). Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin haklarına duyarlı davranır (ÖÇ2, ÖÇ3). 	Anlatım ¹ Soru-cevap	Yazılı Ara Sınav Yazılı Final Sınavı Klinik Uygulama Değerlendirmesi ³
15. HAFTA FİNAL SINAVI				

¹: **ANLATIM:** Konu anlatımları PPT sunumu şeklinde yapılacaktır.

²: **KAHOOT:** Anlık soru ve cevap ile ölçme ve değerlendirme (Quiz).

³: **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 alınamaması durumunda öğrenci klinik uygulamadan başarısız sayılacaktır. Klinik uygulama puanının yılsonu başarı puanına etkisi %40'dir.

⁴: **VAKA ÇALIŞMASI:** Konuya uygun vaka örneğinin tartışılması

7. SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ DOKÜMAN LİSTESİ

Bu klinik uygulama dersi kapsamında aşağıdaki işaretli dokümanlar kullanılacaktır.

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ

- SBF-HB-FR-02 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
- SBF-HB-FR-03 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-09 MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ FORMU
- SBF-HB-FR-10 SUBJEKTİF VERİLER FORMU
- SBF-HB-FR-20 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-26 RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-32 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- SBF-HB-FR-44 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU

DEVLET HASTANESİ

- SBF-HB-FR-02 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
- SBF-HB-FR-03 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-09 MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ FORMU
- SBF-HB-FR-10 SUBJEKTİF VERİLER FORMU
- SBF-HB-FR-20 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-26 RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-32 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- SBF-HB-LS-02 YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRMESİ
- SBF-HB-LS-03 YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ
- SBF-HB-LS-04 YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
- SBF-HB-LS-05 YETİŞKİNLER İÇİN GLASKOW KOMA SKALASI
- SBF-HB-FR-38 SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU
- SBF-HB-FR-43 LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU
- SBF-HB-FR-44 TABURCULUK EĞİTİMİ FORMU
- SBF-HB-FR-45 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU

VALİ AYHAN ÖZEL EĞİTİM MERKEZİ

- SBF-HB-FR-02 SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU
- SBF-HB-FR-03 BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-08 ÇOCUĞUN GELİŞİM ÖZELLİKLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-09 MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ FORMU
- SBF-HB-FR-10 SUBJEKTİF VERİLER FORMU
- SBF-HB-FR-20 ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-26 RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU
- SBF-HB-FR-32 HEMŞİRELİK BAKIM PLANI FORMU
- SBF-HB-FR-45 SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU



SAHA/SERVİS/KURUM TANITIM FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-02
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	12 / 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	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	13 / 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 SBF-HB-FR-43 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? Evet Hayır Açıklama:



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	14 / 43

Tedavisi ve kullandığı ilaçlarla ilgili herhangi bir problem yaşıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Açıklama:
Son altı ayda reçetesiz ilaç/bitkisel tedavi/alternatif yöntem kullanımı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Açıklama:
--	--------------------------------	-------------------------------	------------------------------------




HASTALIK VE SAĞLIK ÖYKÜSÜ

Kişinin hastaneye başvurusuna 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	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	15 / 43

Sigara	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Miktar/süre:	<input type="checkbox"/> Bırakmış	Bırakma tarihi:	
Alkol	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Miktar/süre:	<input type="checkbox"/> Bırakmış	Bırakma tarihi:	
Madde kullanımı	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Miktar/süre:	<input type="checkbox"/> Bırakmış	Bırakma 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:			
Düşme riski puanı Not: Yetişkinler için SBF-HB-LS-03 Yetişkinler İçin İtaki Düşme Riski Ölçeği'n 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"/> Derin	<input type="checkbox"/> Hızlı	<input type="checkbox"/> Diğer:	
	<input type="checkbox"/> Ortopne	<input type="checkbox"/> Yüzeysel	<input type="checkbox"/> Düzensiz		
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 ₂ :		<input type="checkbox"/> PCO ₂ :	<input type="checkbox"/> Bakılmadı	



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	16 / 43

Venöz kan gazı	<input type="checkbox"/> PO ₂ :	<input type="checkbox"/> PCO ₂ :	<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
Akciğer ödemi oluşma olasılığı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Neden:			litre/dk
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 yaptığımız 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"/> Yüksek kan basıncı	<input type="checkbox"/> Aritmi	<input type="checkbox"/> Juguler dolgunluk	
	<input type="checkbox"/> Bradikardi	<input type="checkbox"/> Hipotansiyon	<input type="checkbox"/> Çarpıntı	<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:	
Kalıtsal 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: GASTROİNTESTİNEL 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	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	17 / 43

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



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	18 / 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 SBF-HB-FR-38 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	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	19 / 43

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

SİSTEMİK FİZİKSEL DEĞERLENDİRME: SINIR 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:		
Glaskow Koma Skalası Puanı Not: Yetişkinler için SBF-HB-LS-05 Yetişkinler 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	
Pupül değerlendirmesi	<input type="checkbox"/> İzokorik		<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> Kanama	<input type="checkbox"/> Akıntı	<input type="checkbox"/> Diğer:
Işık refleksi	<input type="checkbox"/> Anizokorik		<input type="checkbox"/> Miyotik	<input type="checkbox"/> Midriyatik		
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:			
Dişabetik 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:			



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	20 / 43

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 tanımlarını 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 tanımlarını 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 tanımlarını 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:
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:



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	21 / 43

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 tanımlarını 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"/> Sıcak	<input type="checkbox"/> Nemli	<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> İyileşmeyen yara
	<input type="checkbox"/> Ilık	<input type="checkbox"/> Soğuk	<input type="checkbox"/> Terli	<input type="checkbox"/> Kuru	<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:		
Kaşıntı	<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:		
Braden Skalası Puanı					
Not: Yetişkinler için SBF-HB-LS-04 Yetişkinler İçin Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'ni kullanınız.					
Deri değerlendirmesine ilişkin sorunları kategorize ederek olası hemşirelik tanımlarını 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"/> Uyuma güçlüğü	<input type="checkbox"/> Uykusuzluk
	<input type="checkbox"/> Düzensiz		<input type="checkbox"/> Gece uyanma	<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:	
Uykusuzluk belirtileri	<input type="checkbox"/> Davranış/performansta değişim	<input type="checkbox"/> Göz çevresinde morluk	<input type="checkbox"/> İrritabilite	
	<input type="checkbox"/> Dikkat süresinde azalma	<input type="checkbox"/> Rahat edememe	<input type="checkbox"/> Ajitasyon	
	<input type="checkbox"/> Laterji	<input type="checkbox"/> Yürürken yorgunluk hali	<input type="checkbox"/> Esneme	



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	22 / 43

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 SBF-HB-LS-02 Ağrı Değerlendirmesini 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			
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:



BAKIM SÜRECİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	23 / 43

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 tanımlarını 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 tanımlarını 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 tanımlarını belirtiniz.				

NOT:

- Topladığımız veriler doğrultusunda SBF-HB-FR-32 Hemşirelik Bakım Planı Formu'nu doldurunuz ve gerektiğinde çoğaltınız.
- Taburculuk eğitimini SBF-HB-FR-44 Taburculuk Eğitim Formu'na kaydediniz.
- Sağlık eğitimi SBF-HB-FR-45 Sağlık Eğitimi Formu'na kaydediniz.



MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-09
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	24 / 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"/> Girişken	<input type="checkbox"/> Diğer:
	<input type="checkbox"/> Göz göze iletişim kuruyor	<input type="checkbox"/> Rahat	
	<input type="checkbox"/> Göz göze iletişim kurmuyor		

KONUŞMA

Hızı	
Miktarı	
Ses tonu	
Spontanlığı	



MENTAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-09
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	25 / 43

Diğer			
DUYGULANIM (AFFECT)			
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:	
DUYGU DURUMU (MOOD)			
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:
DÜŞÜNCE YAPISI			
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:
DÜŞÜNCE İÇERİĞİ			
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:
ALGI			
Varsanı (Halüsinasyon)	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Türü:
MOTOR DAVRANIŞ			
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:
HAREKET BOZUKLUĞU			
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:
BENLİK KAVRAMI			
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	SBF-HB-FR-10
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	26 / 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	SBF-HB-FR-10
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	27 / 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-erkeklerde 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	SBF-HB-FR-08
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	28 / 43

ÇOCUĞUN GELİŞİM ÖZELLİKLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

Bu yaştaki sağlıklı bir çocuğun gelişim özellikleri nelerdir?	
Sizin gözlemlediğiniz çocuk hangi gelişim dönemindedir?	
Bu yaştaki sağlıklı bir çocuk hangi becerileri yerine getirmelidir?	
Sizin gözlemlediğiniz çocuk bu becerilerden hangilerini yapıyor?	
Gözlemlediğiniz çocuğun tıbbi tanısı hakkında bilgi veriniz.	



ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-20
Yayın Tarihi	13.04.2023
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	Versiyon 0
Sayfa	29 / 43

KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih		
Uygulama Birimi		
Süpervizör Adı Soyadı		
UYGULAMA HEDEFLERİ		
Klinik uygulama sonunda uygulama hedeflerine ne kadar ulaştığımızı işaretleyiniz (X)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
KLİNİK UYGULAMADA KAZANILAN HEMŞİRELİK BECERİLERİ		
Klinik uygulamada kazandığımız hemşirelik becerilerini belirtiniz		
Bu klinik uygulamadan öğrendiğiniz ve daha önce bilmediğiniz en önemli şey	Bireye ilişkin:	
	Sağlık ekibine/kuruma ilişkin:	
	Kendinize ilişkin:	
BAKIMA YÖNELİK DEĞERLENDİRME		
Bireye bakım verirken hissettiğiniz duyu ve düşüncelerinizi yazınız		
Birey ile kurmuş olduğunuz terapötik ilişkiyi değerlendiriniz		
Uyguladığınız hemşirelik bakım sürecine ilişkin çalışmanızı değerlendiriniz		
KLİNİK UYGULAMADA EKSİK BULUNAN YÖNLER		
Klinik uygulamada eksik bulduğunuz yönlerinizi (teori, uygulama, iletişim, vb.) yazınız		
KLİNİK UYGULAMA YERİNİN “KLİNİK UYGULAMA EĞİTİMİ” AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ		
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	SBF-HB-FR-20
Yayın Tarihi	13.04.2023
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	Versiyon 0
Sayfa	30 / 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 eğitimim için yeterliydi.					
Becerileri klinik eğitimim için yeterliydi.					
Klinik ortamı eğitimime uygun olarak organize etti.					
Klinik eğitimim 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.					



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

Doküman No	SBF-HB-FR-26
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	31 / 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:
-------------------------------------	--

A. GENEL BECERİLER

Değerlendirme Kriterleri	0 puan	1 puan	2 puan	3 puan	4 puan	5 puan	Öğretim Elemanı Puanı	Alan/Klinik Rehber* Puanı
İletişim								
Hasta/sağlıklı birey ve aileler ile terapötik iletişim kurar.	İletişim kurmamıştır.	İletişimi başlatmıştır (Selamlaşma, kendini tanıtmaya ve rolü hakkında bilgilendirme).	Basit ve genel ifadelerle iletişimi devam ettirmiştir.	Sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerini kullanarak iletişimi devam ettirmiştir.	Empatik iletişim becerilerini kullanarak duygu, düşünce ve davranışları değerlendirmiştir.	Terapötik iletişimi başlatmış, sürdürmüş ve sonlandırmıştır.		
Öğretim üye/elemanı, grup arkadaşları ve sağlık ekibi üyeleri ile profesyonel iletişim kurar.	İletişim kurmamıştır.	İletişimi başlatmıştır (Selamlaşma, kendini tanıtmaya ve rolü hakkında bilgilendirme).	Basit ve genel ifadelerle iletişimi devam ettirmiştir.	Sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerini kullanarak iletişimi devam ettirmiştir.	Empatik iletişim becerilerini kullanarak duygu, düşünce ve davranışları değerlendirmiştir.	Profesyonel iletişimi kurmuştur.		
Eğitim								
Hasta/sağlıklı birey ve ailenin gereksinimlerine göre eğitim/egitimler planlar, uygular ve değerlendirir.	Herhangi bir eğitim planlamamıştır.	Eğitim planlamıştır.	Eğitim planlamış ve uygulamıştır.	Eğitim planlamış, uygulamış ve değerlendirmiştir.	-	-		
Eğitimde etkili materyal, öğretim yöntem ve tekniklerini kullanır.	Eğitime yönelik herhangi bir materyal yoktur, herhangi bir öğretim yöntemi ve teknik kullanmamıştır.	Eğitime yönelik materyal planlamıştır.	Eğitime yönelik materyal hazırlamış, öğretim yöntemi ve teknikleri belirlemiştir.	Eğitimde etkili materyal, öğretim yöntemi ve tekniklerini kullanmıştır.	-	-		
Araştırma								
Ulusal/uluslararası düzeyde bilimsel bilgilere ulaşır ve hemşirelik sürecinde kullanır.	Bilimsel bilgiye ulaşmamıştır.	Bilimsel bilgiye ulaşmıştır.	Bilimsel bilgilere ulaşmıştır ve hemşirelik sürecinde kullanmıştır.	-	-	-		
Mesleğe yönelik yenilikleri, gelişmeleri takip eder ve mesleki uygulamalarına yansıtır.	Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip etmemiştir.	Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip etmiştir.	Mesleğe yönelik yenilikleri ve gelişmeleri takip etmiştir ve mesleki uygulamalarına yansıtmıştır.	-	-	-		
Profesyonel Davranışlar								
Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (ÇAKÜ SBF) "Mesleki Alan Uygulama Yönergesi" sine uygun davranır.	Yönergeye uygun davranmamıştır.	Yönerge maddelerine kısmen uygun davranmıştır.	Yönerge maddelerinin çoğunluğuna uygun davranmıştır.	Yönerge maddelerinin tamamına uygun davranmıştır.	-	-		
Mesleki uygulamalarında "Hemşirelikte Etik Kodları"na uygun davranır.	Etik kodlara uygun davranmamıştır.	Etik kodlara kısmen uygun davranmıştır.	Etik kodların çoğunluğuna uygun davranmıştır.	Etik kodların tamamına uygun davranmıştır.	-	-		
Klinik/uygulama süreçlerinde problem çözme becerilerini kullanır.	Problem çözme süreçlerini kullanmamıştır.	Problemin farkına varmıştır, onu sınırlamıştır, çözüm ile ilgili bilgi toplamıştır.	Problemin çözümü için uygun araçları hazırlamıştır ve organize etmiştir.	Problem çözüm yollarını uygulamıştır.	Uygulamanın sonucunu değerlendirmiştir.	-		



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

Doküman No	SBF-HB-FR-26
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	32 / 43

B. ALANA ÖZGÜ BECERİLER

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sürecini Yönetme

Değerlendirme Kriterleri	0 puan	1 puan	2/3 puan	4 puan	Öğretim Elemanı Puanı	Alan/ Klinik Rehber* Puanı
Bireyin bakım gereksinimlerini saptamaya yönelik verileri toplar.	Veri toplamamıştır.	Veri toplama konusunda planlama yapmıştır.	Verileri kısmen toplamıştır.	Bireyin bakım gereksinimlerini saptamaya yönelik gerekli tüm verileri toplamış ve uygun şekilde kaydetmiştir.		
Uygun verileri bir araya getirerek hemşirelik tanımlarını belirler.	Hemşirelik tanısı belirlememiştir.	Hemşirelik tanısı belirleme konusunda planlama yapmıştır.	Hemşirelik tanımlarını kısmen belirlemiştir.	Uygun verileri bir araya getirerek hemşirelik tanımlarını belirlemiş ve uygun şekilde kaydetmiştir.		
Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre belirler.	Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre belirlememiştir.	Tanımlar öncelik sırasına göre sıralama konusunda planlama yapmıştır.	Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre kısmen sıralamıştır.	Hemşirelik tanımlarını öncelik sırasına göre doğru biçimde sıralamış ve uygun şekilde kaydetmiştir.		
Her bir hemşirelik tanısına yönelik özgün amaç belirler.	Hemşirelik tanısına yönelik özgün amaç belirlememiştir.	Amaç belirleme konusunda planlama yapmıştır.	Özgün amaçları kısmen belirlemiştir.	Her bir hemşirelik tanısına yönelik hastaya özgün amaçlar belirlemiş ve uygun şekilde kaydetmiştir.		
Her bir hemşirelik tanısına yönelik sonuç kriterlerini belirler.	Hemşirelik tanısına yönelik sonuç kriterleri belirlememiştir.	Sonuç kriteri belirleme konusunda planlama yapmıştır.	Sonuç kriterlerini kısmen belirlemiştir.	Her bir hemşirelik tanısına yönelik bireye uygun sonuç kriterlerini belirlemiş ve uygun şekilde kaydetmiştir.		
Hemşirelik tanımlarına özgü girişimlerini planlar.	Girişimlerini planlamamıştır.	1-2 girişim planlamıştır.	3-4 girişim planlamıştır.	5-6 girişim planlamış ve uygun şekilde kaydetmiştir.		
Hemşirelik tanımlarına özgü girişimleri önem sırasına göre uygular.	Girişimleri önem sırasına göre uygulamamıştır.	Girişimleri önem sırasına göre planlamıştır.	Girişimleri önem sırasına göre kısmen uygulamıştır.	Girişimleri önem sırasına göre yeterli biçimde uygulamış ve uygun şekilde kaydetmiştir.		
Hemşirelik tanımlarına özgü belirlenen amaç ve beklenen hasta sonuçlarına ulaşma durumunu değerlendirir.	Belirlenen amaç ve beklenen hasta sonuçlarına ulaşma durumunu değerlendirmemiştir.	Belirlenen amaç ve beklenen hasta sonuçlarına ulaşma durumunu değerlendirme konusunda plan yapmıştır.	Belirlenen amaç ve beklenen hasta sonuçlarına ulaşma durumunu kısmen değerlendirmiştir.	Belirlenen amaç ve beklenen hasta sonuçlarına ulaşma durumunu doğru biçimde değerlendirmiş ve uygun şekilde kaydetmiştir.		
Değerlendirme sonuçlarına göre bakım sürecini yeniden planlar ve sürdürür.	Bakım sürecini yeniden planlamamıştır.	Bakımın sürekliliğinin gerektiğini fark etmiştir.	Bakımı sürdürmek için veri toplamıştır, belirlediği sorunlara yönelik çözüm yollarını araştırmıştır.	Bakım sürecini yeniden planlamış, soruna yönelik çözüm yollarını uygulamış ve değerlendirmiştir.		
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği'ne yönelik kuramsal bilgiyi tartışır ve hemşirelik bakımına yansıtır.	Kuramsal bilgiyi tartışmamıştır.	Kuramsal bilgiyi tartışmak için hazırlık yapmıştır.	Kuramsal bilgiyi kısmen tartışmıştır.	Kuramsal bilgiyi yeterli biçimde tartışmış ve hemşirelik bakımına yansıtmıştır (4/5 puan).		
Psikiyatri Hemşireliğinin Rollerini Doğrultusunda Terapötik Girişimleri Yönetme						
Mental durum değerlendirmesini yapar.	Mental durum değerlendirmesi yapmamıştır.	Mental durum değerlendirmesi ile ilgili planlama yapmıştır.	Mental durum değerlendirmesini yeterli biçimde yapmıştır.	Mental durum değerlendirmesini yeterli biçimde yapmış ve uygun şekilde kaydetmiştir.		
Özel (EKT, tespit, ani duyuşunam değişiklikleri vb.) ve riskli durumlara yönelik zarar verme vb.) yönelik gözlem, planlama, uygulama ve değerlendirme yapar.	Özel ve riskli durumlara yönelik herhangi bir gözlem, planlama, uygulama ve değerlendirme yapmamıştır. (0 puan)	Özel ve riskli durumlara yönelik gözlem yapmıştır. (1 puan)	Özel ve riskli durumlara yönelik planlama yapmıştır (2 puan)	Özel ve riskli durumlara yönelik uygulama yapmıştır (3 puan)		



**RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
SAHA/KLİNİK UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ
DEĞERLENDİRME FORMU**

Doküman No	SBF-HB-FR-26
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	11.10.2024
Revizyon No	Versiyon 2
Sayfa	33 / 43

Uygulama alanında karşılaştığı sorunlarda ekip çalışması içinde klinik karar verme becerisini kullanır.	Klinik karar verme becerisini kullanmamıştır.	Klinik karar verme becerisini kısmen kullanmıştır.	Klinik karar verme becerisini etkili bir şekilde kullanmıştır.	Klinik karar verme becerisini ekip çalışması içinde etkili bir şekilde kullanmıştır.		
Grup etkinliklerini planlar, aktif bir şekilde uygular ve kaydeder.	Grup etkinliği planlanmamıştır.	Grup etkinliği planlanmıştır.	Grup etkinliği için hazırlık yapmış ve uygulamasında aktif bir rol almıştır.	Grup etkinliğini planlamış, hazırlık ve uygulamasında aktif bir şekilde rol almış ve uygun şekilde kaydetmiştir.		
Bireylerin tedaviye aktif katılımlarını gözlemler, destekler ve değerlendirir.	Bireylerin tedaviye aktif katılımlarını sağlamamıştır.	Bireylerin tedaviye aktif katılımlarını gözlemiştir.	Bireylerin tedaviye aktif katılımlarını desteklemek için girişimler yapmıştır.	Bireylerin tedaviye aktif katılımlarını gözlemiştir, desteklemiş ve değerlendirmiştir.		
KLP Hemşireliği girişimlerini aktif bir şekilde yürütür.	KLP Hemşireliği girişimlerine yönelik planlama, uygulama ve değerlendirme yapmamıştır.	KLP Hemşireliği girişimlerine yönelik planlama yapmıştır.	KLP Hemşireliği girişimlerine yönelik uygulamalar yapmıştır.	KLP Hemşireliği girişimlerine yönelik planlama, uygulama, değerlendirme yapmış ve uygun şekilde kaydetmiştir.		
Birincil, ikincil, üçüncül koruyucu ruh sağlığı uygulamalarını aktif bir şekilde yürütür.	Koruyucu ruh sağlığı uygulamaları için planlama, uygulama ve değerlendirme yapmamıştır.	Koruyucu ruh sağlığı uygulamaları için planlama yapmıştır.	Koruyucu ruh sağlığına yönelik yaptığı planları uygulamıştır.	Koruyucu ruh sağlığı uygulamalarına yönelik ekip iş birliği içerisinde planlama, uygulama, değerlendirme yapmış ve bu süreçleri kaydetmiştir. (4/5 puan)		

TOPLAM PUAN:

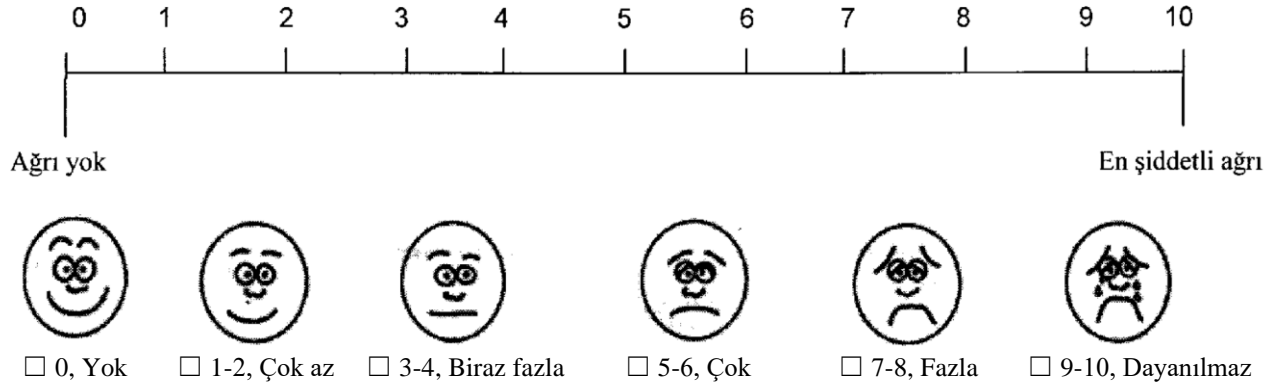
*Mesleki uygulama yapılan kurumda kadrosu bulunan öğrencinin birlikte çalıştığı ve mesleki uygulamadan da sorumlu olan meslek uzmanı.



YETİŞKİNLER İÇİN AĞRI DEĞERLENDİRMESİ

Doküman No	SBF-HB-LS-02
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	35 / 43

AĞRI TANILAMA





YETİŞKİNLER İÇİN İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Doküman No	SBF-HB-LS-03
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
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 .../.../... PUAN TARİH .../.../... PUAN TARİH .../.../... PUAN TARİH .../.../... PUAN TARİH .../.../... PUAN
1	YAŞ 60-69	1	1	1	1	1
2	70-79	2	2	2	2	2
3	80 ve üstü	3	3	3	3	3
BİLİNÇ DURUMU						
4	Bilinci kapalı	1	1	1	1	1
5	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.)	2	2	2	2	2
DÜŞME HİKAYESİ						
6	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var	3	3	3	3	3
HASTALIKLAR/KOMORBİDİTELER (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
HAREKET KABİLİYETİ						
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
BOŞALTIM İHTİYACI						
12	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var	1	1	1	1	1
GÖRME DURUMU						
13	Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanıyor vb.)	2	2	2	2	2
14	İleri derecede görme engeli var	10	10	10	10	10
İLAÇ KULLANIMI						
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
EKİPMAN VARLIĞI (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
TOPLAM PUAN						
RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU						
Düşük Risk	0-9 Puan Arasında					
Yüksek Risk	10 Puan Üzerinde					
Not:						
<ul style="list-style-type: none">Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.İtaki Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Riski Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır.						



YETİŞKİNLER İÇİN BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Doküman No	SBF-HB-LS-04
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
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	SBF-HB-LS-05
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	38 / 43

GLASKOW KOMA SKALASI		
GÖZLERİ AÇABİLME	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
MOTOR TEPKİ	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
SÖZEL TEPKİ	Oryante (yere, kişiye, zamana)	<input type="checkbox"/> 5
	Konfüze (cümle kuruyor ancak yanıtlar yanlış)	<input type="checkbox"/> 4
	Uygunsuz cümleler (bir veya birden fazla yanlış yanıt)	<input type="checkbox"/> 3
	Anlamsız sesler	<input type="checkbox"/> 2
	Tepki yok	<input type="checkbox"/> 1
TOPLAM PUAN:		
GKS DEĞERLENDİRME: 3-7 puan: Koma 8-12 puan: Prekoma 13-15 puan: Bilinç açık		



SIVI İZLEM VE SIVI DENGESİ İZLEM FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-38
Yayın Tarihi	13.04.2023
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	Versiyon 0
Sayfa	39 / 43

SIVI İZLEM FORMU

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

Damla/dakika

1 ml=1cc=1cm³=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 ² /kg
Vücut yüzey alanına göre alması gereken sıvı (Toplam):		cc
Not: Bebek ve çocuklar için kullanılacaktır.		



LABORATUVAR BULGULARI VE TETKİK SONUÇLARI FORMU

Doküman No	SBF-HB-FR-43
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
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 ₃			Trigliserit		
S-T ₄			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	SBF-HB-FR-44
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
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	SBF-HB-FR-45
Yayın Tarihi	11.10.2021
Revizyon Tarihi	13.04.2023
Revizyon No	Versiyon 1
Sayfa	42 / 43

SAĞLIK EĞİTİMİ FORMU

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

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.