

ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEM415 RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
UYGULAMASI DERSİ VERİ TOPLAMA FORMU

Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:

Kurum ve Klinik:

Uygulamanın Başlangıç ve Bitiş Tarihi:

I. BİREYE AİT DEMOGRAFİK VE TIBBİ VERİLER

| DEMOGRAFİK VERİLER | |
|---|--|
| Adı Soyadı: | Yaşı: |
| Cinsiyeti: | Yaşadığı Yer (İlçe/İl): |
| Medeni Durumu: | Çocuk Sayısı: |
| Eğitim Düzeyi: | Ekonomik Durumu: |
| Mesleği: | Çalışma Durumu: |
| TIBBİ VERİLER | |
| Yatış Tarihi: | Görüşme Tarihi: |
| Sosyal Güvencesi: | Tıbbi Tanısı: |
| Başvuru şekli: <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Başka bir klinik <input type="checkbox"/> Başka bir hastane <input type="checkbox"/> Acil | Geliş şekli: <input type="checkbox"/> Ayaktan <input type="checkbox"/> Sedye <input type="checkbox"/> Sandalye |
| Mevcut riskli durumlar: <input type="checkbox"/> Kanama riski <input type="checkbox"/> Düşme riski <input type="checkbox"/> Alerjileri <input type="checkbox"/> Bulaşıcı hastalık riski <input type="checkbox"/> İzolasyon (Temas/Solunum/Damlacık) <input type="checkbox"/> İntihar riski <input type="checkbox"/> Başkalarına zarar verme riski <input type="checkbox"/> Psikiyatrik öz-geçmiş varlığı <input type="checkbox"/> Diğer | |
| Veri Kaynakları (kendisi, dosyası, ailesi, ekip üyeleri vb): | |

II. GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİNE
TEMELLENDİRİLMİŞ VERİLER

1. SAĞLIK ALGISI - SAĞLIK YÖNETİMİ

-Sağlık Öyküsü

Hastaneye geliş nedeniniz/yakınmanızı açıklar mısınız?

Hastaneye yatışa neden olan şimdiki problemin başlama zamanı ve şekli?

-Özgeçmiş Hastalık/Tedavi/Hastaneye Yatış Öyküsü

-Mevcut sağlık durumuna ilişkin algısı

-Hastalığınıza yüklediğiniz anlam nedir? (Zarar veren / tehdit eden / kayıp / mücadele gerektiren / ceza vb)

-Hastalığınızın yaşamınız üzerine etkisini anlatabilir misiniz?

-Hastalığının nedeni hakkında ne düşünüyor? (Kalıtım / şans / kader / üzüntü-stres / enfeksiyon vb)

-Sağlık Yönetimi

-Hastalık tanısı aldıktan sonra, sağlıklı olmak için yaşamınızda nasıl bir değişiklik yaptınız?

-Yaptığınız bu değişiklik yaşamınızı nasıl etkiledi?

-Geçmiş ve şu andaki sağlık sorunları ile ilgili yardım arama davranışlarınız oldu mu? Neler yaptınız?

Rutin muayene bilgileri

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aylık meme muayenesi | <input type="checkbox"/> Mamogram | <input type="checkbox"/> Prostat taraması |
| <input type="checkbox"/> Kemik yoğunluğu | <input type="checkbox"/> Kolonoskopi | <input type="checkbox"/> Pap smear |

Bağışıklanma durumu

- COVID-19 Grip Pnömoni Tetanoz Hepatit aşısı Diğer.....

-Soy-geçmişte Kronik Hastalık Öyküsü:

-Sağlığı Etkileyebilecek Davranışlar

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sigara (Miktar, sıklık, süre) | <input type="checkbox"/> Diyet (Özelliği, süre) |
| <input type="checkbox"/> Alkol (Adı, miktar, sıklık, süre) | <input type="checkbox"/> Egzersiz (Özelliği, süre) |
| <input type="checkbox"/> Madde Kullanımı (Adı, miktar, sıklık, süre) | <input type="checkbox"/> Hijyen (Özelliği, süre) <input type="checkbox"/> |
| İlaç (Adı, miktar, sıklık, süre) | |
| <input type="checkbox"/> Geleneksel Tedavi Uygulamaları (Adı, miktar, sıklık, süre) | <input type="checkbox"/> |
- Hastalık ve tedavi sürecini yönetmeyle ilgili motivasyonu

2. BESLENME-METABOLİZMA

(İştah, beslenme şekli, kilo kaybı, Ağız Yapısı, Dişlerin durumu, Deri/Cilt görünümü, Saç ve kıllar)

Hastalık sürecinden sonra beslenme düzeninizde herhangi bir değişim oldu mu?

Bu değişim sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

Özel diyetiniz var mı? Varsa nedir, bu diyet sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

| | | |
|-------|--------|-------|
| -Boy: | -Kilo: | -BKİ: |
|-------|--------|-------|

Aldığı -Çıkardığı Takip Formu

Aldığı

| <i>Çalışma Saati</i> | <i>Oral</i> | <i>Enteral</i> | <i>Parenteral</i> | <i>Kan</i> | <i>Toplam Alınan</i> |
|----------------------|-------------|----------------|-------------------|------------|----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Çıkardığı

| <i>Çalışma Saati</i> | <i>Dren</i> | <i>Kusma</i> | <i>Ng</i> | <i>İdrar</i> | <i>Diyare</i> | <i>İrrigasyon</i> | <i>Toplam Çıkan</i> | <i>Denge</i> |
|----------------------|-------------|--------------|-----------|--------------|---------------|-------------------|---------------------|--------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

3. BOŞALTIM

(Boşaltım şekli, Dışkılama, İdrar yapma, Anüri, Hematüri, Pollaküri, Poliüri, Dizüri, İnkontinans, Noktüri vb)

Hastalık sürecinden sonra boşaltım sistemi ile ilgili ne gibi değişiklikler yaşadınız?

Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

4. AKTİVİTE-EGZERSİZ

(Solunum sistemi, Kalp-dolaşım sistemi, Kas-iskelet-nörolojik sistem)

Hastalık sürecinden sonra aktivite-egzersiz ve kendine bakım aktivitelerinde (Kendi kendine beslenme, banyo yapma, saç tarama ve giyinme, tuvalete gitme, hareket etme, merdiven çıkma, alışveriş, yemek pişirme, ev işi vb.) değişiklikler oldu mu?

Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

Özbakım Aktivitelerini Yapma Düzeyi?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aktivitelerini yardımsız yapıyor | <input type="checkbox"/> Yardıma ihtiyacı var |
| <input type="checkbox"/> Hatırlatılınca / uyarılınca yapıyor | <input type="checkbox"/> Hatırlatılınca / uyarılınca yapmıyor |

İsteksiz yapıyor

İsteksiz olduğu için yapmıyor

Hastalık öncesi, düzenli olarak meşgul olduğunuz fiziksel egzersiz var mıydı? Varsa açıklayınız.

Hastalık sonrası, aktivite kısıtlaması oldu mu? Bu sizi nasıl etkiledi?

Yardımcı araç kullanıma gereksiniminiz var mı? Varsa belirtiniz..

Yürüteç/Walker

Baston

Tekerlekli Sandalye

Koltuk Değneği

Diğer.....

5. UYKU-DİNLENME

(Uyku alışkanlığı, uyku düzeninde meydana gelen değişiklikler, uyku problemleri, uyku problemleri ile baş etme davranışı, gün içinde yorgunluk hissetme vb.)

Hastalık sürecinden sonra uyku alışkanlığınızda bir değişim oldu mu? Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

Uyumak için farmakolojik ajanlara ve rahatlatıcı yöntemlere ihtiyaç duyuyor musunuz? Varsa belirtiniz.

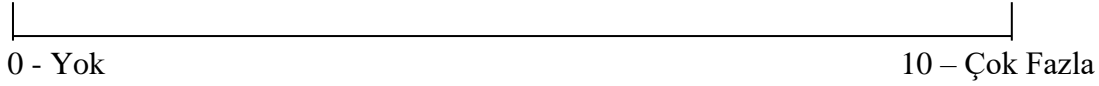
6. BİLİŞSEL-ALGISAL

Duyuların sorgulanması

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| İşitme güçlüğü | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| İşitme cihazı kullanılıyor mu? | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| Görme bozukluğu | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| Gözlük/lens kullanılıyor mu? | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
| Dokunma/hissetme kaybı var mı? | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| Koku alma yetisi | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| Tat alma yetisi | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |

Ağrının değerlendirilmesi (*yeri, şiddeti, sıklığı, süresi, niteliği, azaltan/arttıran faktörler vb*) Ağrı

Değerlendirme Skalası



Duyusal Algılama (*halüsinasyon, illüzyon, depersonilazasyon, derealizasyon vb varlığı*)

Bilişsel Süreç (*bilinç, bellek, dikkat, konsantrasyon, yargılama, iç görü, yönelim, gerçeği değerlendirme yetisi vb varlığı*)

7. KENDİNİ ALGILAMA

(Benlik, beden imgesi, kişilik, kendine saygı? Kendinizi nasıl tanımlarsınız? İnsanlar genellikle sizi nasıl tanımlarlar? En çok beğendiğiniz özellik/ özellikleriniz nelerdir? En az beğendiğiniz özellik/ özellikleriniz nelerdir? Yapabilseydiniz, hangi özelliğinizi değiştirmek isterdiniz? vb.)

Hastalık sürecinden sonra kendinizle ilgili duygu ve düşüncelerinizde değişim oldu mu? Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

Güçlü/zayıf özellikleriniz nelerdir? Hastalık sürecini yönetmede bu özellikleriniz sizi nasıl etkiledi?

8. ROLLER ve İLİŞKİLER

(Aile İçi Rol ve Sorumlulukları, Sağlık Probleminin Aile İçi İlişkileri Üzerine Etkisi, Aile İçi Değerleriniz Hastalığınızı ve Tedavinizi Nasıl Etkiledi? Aile İçinde Yaşanılan Problemlerin Çözümü Nasıldır? Ailede Fiziksel, Sözel, Duygusal, Ekonomik Şiddetin Varlığı vb.)

Hastalık sürecinden sonra anne/baba/çocuk vb. rollerinizde ne gibi değişiklikler yaşadınız? Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

Herhangi biriyle ilgili bakım sorumluluğunuz var mı? (Eşiniz, çocuğunuz, partneriniz vb.)

Sosyal destek ağınızı tanımlar mısınız? Aile, arkadaş, sağlık profesyonelleri, sosyal gruplar vb. kimlerden destek alırsınız?

Ne tür desteklere ihtiyaç duyarsınız?

Hastalık sürecinden sonra aile içi ilişkilerinizde nasıl değişiklikler yaşadınız?

Klinikte tıbbi ekip üyeleri ve aynı tanıyı alan diğer hastalarla iletişiminiz nasıldır?

9. CİNSELLİK – ÜREME

(Menstruasyon Özellikleri, Kontrasepsiyon Öyküsü, Gebelik Öyküsü, Menopoz Öyküsü, Andropoz Öyküsü, Cinsellik, Kadın Olma, Erkek Olma Ne Anlama Geliyor? vb)

Hastalık sürecinden sonra cinsel yaşamınızda (empotans, frijitide, vajinismus, disparoni, erken boşalma, ağrılı koitus) bir değişiklik oldu mu? Olduysa ne gibi bir değişiklik oldu?

Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

Cinsel yaşamınızdaki değişiklik için herhangi bir ilaç/yöntem kullanımınız var mı? Varsa belirtiniz

10. STRES - BAŞ ETME

(Bireyin Hayatında Stres Yaşamısına Neden Olan Durumlar, Stresli Durumlarda Bireyin Hissettikleri, Bireyin Yaşadığı Stresli Durumlar İle Baş Etmek / Rahatlamak İçin Neler Yaptığı, Bireyin Kullandığı Savunma Mekanizmaları vb.)

Hastalık sürecinden sonra stresle başatmanızda bir değişiklik oldu mu? Oldu ise ne gibi bir değişiklik oldu?

Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

Hastalık sürecinde herhangi bir kayıp/ kayıplar yaşadınız mı? Bu kayıp/kayıplar yaşamınızı nasıl etkiledi?

Hastalık sürecinde yaşadığınız kayıp/güçlük/engel/stresli durumlarla nasıl baş ediyorsunuz?

11. DEĞERLER – İNANÇLAR

(Sağlık davranışı ve sağlık davranışını etkileyen faktörler- yaşamını ve sağlık davranışını etkileyen belirgin aile değerleri, Kültürel uygulamaları, dini uygulamaları- yaşam amacı, hastalığın/ rahatsızlığın, hastaneye/kuruma yatmanın birey için anlamı vb.)

Yaşam/Ölüm hakkındaki inanç ve değerlerinizden söz eder misiniz?

Hastalık sürecinden sonra değerler /inançlarınıza ilişkin bir değişiklik oldu mu? Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

İnançlarınız doğrultusunda sağlık uygulamalarına ilişkin herhangi bir kısıtlama ya da yasak var mı? Bu yasaklar/kısıtlamalar sizin mevcut sağlık durumunuzu nasıl etkiledi?

İnançlarınız doğrultusunda sağlık bakımınız karşılanırken sağlık profesyonellerinin göz önünde bulundurması gereken değer ve inançlarınız var mı?

Yukarıda elde edilen veriler doğrultusunda bireyin şu anki yaşamında meydana gelen değişimleri, hastalık öncesi ve hastalık sonrası süreci değerlendiriniz.

| Boyutlar | Hastalıktan Önce | Mevcut/ Şu Anki Durum | Hastalıktan Sonra |
|-----------------------|-------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Beslenme | | | |
| Boşaltım | | | |
| Aktivite | | | |
| Uyku | | | |
| Bağımsızlık | | | |
| Cinsellik | | | |
| İlişkiler | | | |
| Destek sistemi | | | |
| Roller | | | |
| Ev-mesleki iş | | | |
| İş dışı uğraş | | | |
| Benlik saygısı | | | |
| Beden imajı | | | |
| Gelecek planı | | | |
| İnanç | | | |

EK VERİLER (Bu bölümde formda yer almayan alanlarla ilgili elde ettiğiniz diğer veriler yer alacaktır.)

RUHSAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ

| Genel Davranış, Görünüm ve Tutum | |
|---|--|
| Görünüş/Giyim: | |
| Postürü: | |
| Göz ilişkisi kurma: | |
| Yüz ifadesi: | |
| Konuşma ve ses tonu: (<i>Basınçlı konuşma, Mutizm, Afazi, Disfazi, vb</i>) | |
| Yürüyüş özellikleri: | |
| Davranış özellikleri: (<i>Sosyabilite, Agresyon, Negativizm, Stereotipi vb</i>) | |

| Bilişsel fonksiyonlar | |
|---|--|
| Bilinç | |
| Yönelim (<i>yer, zaman, kişi</i>) | |
| Algı (<i>halüsinasyon, illüzyon vb</i>) | |
| Bellek (<i>uzak/yakın/anlık bellek</i>) | |

| | |
|-----------------------------|--|
| Dikkat ve Konsantrasyon | |
| Kavramlaştırma ve soyutlama | |
| Yargılama ve İlgörü | |

| | |
|---|--|
| Düşünce | |
| Süreci (Düşünce akışında hızlanma /yavaşlama) | |
| Obsesyon: | |
| Sanrı (Hezeyan): | |
| Fobi: | |

| | |
|---|--|
| Affekt (Duygulanım) | |
| Anksiyete düzeyi | |
| Duygu Durumu (<i>mutlu, kederli, ötümik, üzgün, umutsuz, şüpheli, disforik, apatik, öfori, panik, korku, ambivalans, ajitasyon vb.</i>) | |

| | |
|--------------------------------|--|
| Özel Beceri ve Yeterlik | |
| Hesaplama yeteneği: | |
| Okuma-yazma | |


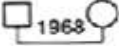

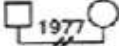


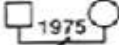




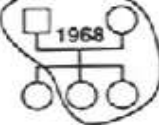











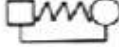

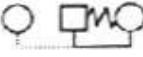

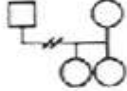

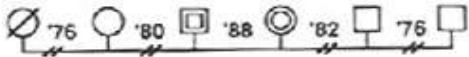




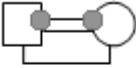
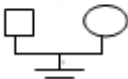
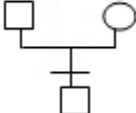
HEMŐIRENİN DÜŞÜNCE VE YORUMLARI *(Hemşirenin düşünce ve yorumları günlük olarak yazılacaktır. Bu alanda hastadan elde edilen veriler, hastaya özğü ve kuramsal bilgiye dayalı olarak yorumlanır. Yorum yapılırken, hastanın semptomlarını ve yaşantılarının ne anlama geldiğı, hemşirenin buna ilişkin belirlediğı hasta gereksinimi, varsa genel planları ifade edilerek yazılır.*

GENOGRAM (SOY AĞACI)

Ailenin Adı:

Öğrenci Hemşire:

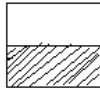
Genogramda Sık Kullanılan Semboller

| | | | |
|---|--|--|--|
|  | Erkek |  | Evlilik ve yılı |
|  | Bayan |  | Boşanma ve yılı |
|  | veya  Ölü |  | Ayrılma ve yılı |
|  | veya  Görüşülen hasta |  | Evlenmeden birlikte yaşamaya başlama yılı |
|  | İki normal erkek |  | Bir arada yaşayan bireyler |
|  | Üç normal bayan |  | Çatışmalı ilişki |
|  | Cinsiyeti belirtilmeyen veya bilinmeyen dört doğum |  | Uzak ilişki |
|  | Spontan düşük |  | Yakın ilişki |
|  | Uyarılmış düşük |  | Çok yakın ilişki |
|  | Gebelik-bebek uterusu |  | Baskın ilişki |
|  | Dizigotik ikizler |  | Problemlili evlilik |
|  | Monozigotik ikizler |  | Başka ilişki sonrası problemlili evlilik |
|  | Evlilik |  | Boşanma- Anne iki kızın bakımını üstlenmiş |
|  | Doğum tarihi |  | Birden fazla evlilik yapmış evli çift |
|  | Adı | | |
|  | Doğum yaşı veya tarihi | | |
|  | Ölümdeki doğum tarihi | | |
|  | Ölüm nedeni | | |
|  | Akraba evliliği | | |
|  | İnfertil çift |  | Çocuk evden ayrı |

İlaç, Alkol Suistimali ve Ruhsal Sorun



İlaç, alkol
suistimali



Şüpheli suistimal



İlaç, alkol
suistimalinden
kurtulma



Ciddi ruhsal ya
ada fiziksel
problem



İlaç, alkol suistimali
ve ruhsal/fiziksel
problem



Suistimal (fiziksel veya cinsel)

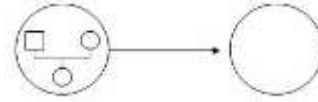
EKO HARİTA



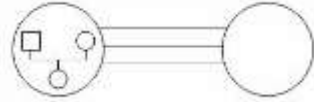
Yakın ilişki



Zayıf ilişki



İlişkinin yönü



Çok yakın ilişki



Çatışmalı ilişki

HEMŞİRE GÖZLEM FORMU

Tarih:

Őift:

Bireyin Adı Soyadı:

**Hemşire:
İmza:**

GÖRÜŞME RAPORU

Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:
Bireyin Adı Soyadı:
Görüşmenin Konusu:
Görüşmenin Amacı:

Tarih:
Görüşme Yeri:
Görüşme süresi:

| Hemşirenin Tepkisi (Terapötik tekniğin adını ekleyiniz) | Bireyin Tepkisi (Sözel ve sözel olmayan tepkileri birlikte belirtiniz) | Hemşirenin Değerlendirmesi |
|--|---|-----------------------------------|
| | | |

TANI, TETKİK VE SONUÇ FORMU

| TARİH | YAPILAN İŞLEM | SONUÇ |
|-------|---------------|-------|
| | | |
| | | |

VİTAL BULGULAR TAKİP FORMU

| VİTAL BULGULAR | | Kan Basıncı | Nabız | Vücut Sıcaklığı | Solunum |
|----------------|------|-------------|-------|-----------------|---------|
| Tarih | Saat | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Tarih | Saat | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Tarih | Saat | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Tarih | Saat | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

İLAC/İNTRAVENÖZ SIVI İZLEM FORMU

| | |
|--|---|
| İlaç/İntravenöz Sıvı&Doz: | Kullanım Nedeni: |
| Jenerik Adı: | |
| Uygulama Yolu | Hemşirenin Dikkat/Takip Etmesi Gereken Durumlar |
| İlaç grubu (Örn:Antihipertansif, Analjezik vb.) | |

GÜNLÜK VERİ TOPLAMA FORMU

Adı ve Soyadı:

Tarih:

Veri Kaynakları:

Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:

| SAĞLIK ALGISI - YÖNETİMİ | | | BESLENME – METABOLİK | CİNSELLİK - ÜREME |
|--------------------------|------|--------|-------------------------------|--------------------------|
| | | | | |
| İLAÇLAR/SIVILAR | | | BOŞALTIM | BAŞETME, STRES TOLERANSI |
| ADI | DOZU | ETKİSİ | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| AKTİVİTE – KENDİNE BAKIM | | | ZİHİNSEL – ALGISAL DURUM | ROL – İLİŞKİLER |
| | | | | |
| UYKU – DİNLENME | | | KENDİNİ ALGILAMA-BENLİK KAVR. | DEĞERLER – İNANÇLAR |
| | | | | |

HASTA BAKIM PLANI FORMU

Hastanın Adı Soyadı:

Öğrenci Hemşirenin Adı-Soyadı:

| Tarih | Prb. No: | TANILAMA | PLANLAMA | | UYGULAMA | DEĞERLENDİRME |
|-------|----------|--|--|------------------------|----------|---------------|
| | | Hemşirelik tanıları(G/R) Kollobratif Problemler(PK) | Amaç/Sonuç Kriterleri | Müdahaleler/Girişimler | | |
| | | Etyolojik Faktörler: Tanımlayıcı kriterler: | <i>Uzun vadeli Amaç:</i> <i>Kısa vadeli amaç:</i> <i>Sonuç kriterleri:</i> | | | |

