



**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ  
İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM RAPORU**

**Adı Soyadı** :

**Uygulama Yeri ve Kliniği** :

**Uygulama Yılı ve Dönemi** : 20...-20... Güz/Bahar Yarıyılı



**T.C.**  
**SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM RAPORU**



**Öğrencinin Adı Soyadı** :  
**Numarası** :  
**Uygulama Yapılan Kurumun Adı** :  
**Kurum Eğitim Hemşiresi** :  
**Uygulama Yapılan Klinik Adı** :  
**Klinik Sorumlu Hemşiresi** :  
**Rehber Hemşire** :  
**Sorumlu Öğretim Elemanı** :  
**Uygulama Yılı ve Dönemi** : 20...-20... Güz/Bahar Yarıyılı

*Bu İşletmede Mesleki Eğitim Raporu ...../...../..... tarihinde aşağıdaki işletmede mesleki uygulama sorumluları tarafından kabul edilmiştir.*

.....

**Klinik Sorumlu Hemşiresi**

.....

**Kurum Eğitim Hemşiresi**

.....

**Sorumlu Öğretim Elemanı**

## ÖNSÖZ

İşletmede Mesleki Eğitim kapsamında hazırlanan bu rapor, uygulama boyunca yapılan gözlem, işlemler ve diğer tüm çalışmalarını içermektedir.

Raporda uygulama yapılan klinik ortam, klinik hemşiresinin günlük iş akışı ve kliniğe özgü tedavi, sağlığı koruma ve geliştirme faaliyetleri ve bu amaçla kullanılan demirbaşlar ve tıbbi malzemeler bilgileri verilmiştir. Ayrıca uygulamalar, klinik hemşiresinin gözetiminde yapılarak yazılmıştır. İşletmede Mesleki Eğitim boyunca alınan uygulamalı eğitimi değerlendirme sonucu hazırlanan bu rapor elde edilen faydayı açıkça göstermektedir. Raporun içerisinde yer alan ilaç, tıbbi malzemeler ve uygulamalar, uygulama yapılan klinik temel alınarak hazırlanmıştır.

Çalışmalarım sırasında büyük desteklerini gördüğüm Klinik Sorumlu Hemşiresi..... Kurum Eğitim Hemşiresi..... ve Sorumlu Öğretim Elemanı.....'a teşekkür ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı

İmza

## İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	i
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	ii
TABLolar LİSTESİ .....	iii
ÖZET .....	1
BÖLÜM 1. KLİNİK İŞLEYİŞİ .....	2
1.1. Demirbaşlar.....	3
1.1.1. Defibrilatör .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2. İlaçlar .....	4
1.2.1. Adrenalin .....	4
BÖLÜM 2. VAKA .....	5
2.1. Vaka Tanıtımı ve Hastalık Bilgisi .....	5
2.2. Hasta Değerlendirme Formu .....	5
2.3. Hemşirelik Süreci.....	19
EKLER .....	21
KAYNAKÇA .....	39

## SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

Rapor yazımında kullanılan, alana özgü ve uluslararası kabul görmüş kısaltmalar aşağıdaki listede belirtilmelidir. Times New Roman yazı tipi, 12 punto, 1.15 satır aralığı kullanılmalıdır ve metin her iki yana yaslı olmalıdır.

ABY	: Akut Böbrek Yetmezliği
AÇT	: Aldığı Çıkardığı Takibi
ADH	: Antidiüretik Hormon
AF	: Atrial Fibrilasyon
AIDS	: Acquired Immuno Deficiency Syndrome
AKŞ	: Açlık Kan Şekeri
Anti – HBs	: Hepatit B Yüzey Antijenine Karşı Antikor
BDT	: Beklenen Doğum Tarihi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Raporda yer alan şekiller bu listede sayfa numaraları ile birlikte belirtilmelidir. Times New Roman yazı tipi, 12 punto, 1.15 satır aralığı kullanılmalıdır ve metin her iki yana yaslı olmalıdır.

Şekil 1. Hemşire günlük iş akış şeması.....	11
Şekil 2. Hemşirelik süreci .....	17

Şekiller metin içinde ilgili bölümde yer almalıdır. Times New Roman yazı tipi, 12 punto kullanılmalıdır.

Metin içinde şekil gösterimi:



Şekil 1. Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi logo

## TABLolar LİSTESİ

Raporda yer alan tablolar bu listede sayfa numaraları ile birlikte belirtilmelidir. Times New Roman yazı tipi, 12 punto, 1.15 satır aralığı kullanılmalıdır ve metin her iki yana yaslı olmalıdır.

Tablo 1. Hastaya ait yaşam bulguları..... 14

Tablo 2. Hasta bakım planı. .... 17

Tablolar metin içinde ilgili bölümde yer almalıdır. Times New Roman yazı tipi, 12 punto kullanılmalıdır. Metin içinde şekil gösterimi:

Tablo 1. Hastaya Ait Yaşam Bulguları

<b>Yaşam Bulguları</b>	<b>Saat: 10.00</b>	<b>Saat: 16.00</b>
Ateş	37°C	38°C
Nabız	76/dk	80/dk
Tansiyon	120/80 mmHg	125/76 mmHg
Solunum	20/dk	22/dk

## ÖZET

İşletmede Mesleki Eğitime, ..... tarihinde ..... Hastanesi'nde başlanılmış ve iki farklı klinikte görev yapılmıştır. İlk klinik ..... 'dır. .... sorumlu hemşire ile 08-16 arasında... Haftada tamamlanmıştır. Rotasyon ..... tarihinde gerçekleşmiş olup ..... kliniğinde..... sorumlu hemşirenin gözetiminde..... hafta uygulamalı eğitim alınmıştır. Klinikte 08.00 ve 16.00 nöbet teslimlerine katılmış olup sorumlu hemşire gözetiminde rutin hemşirelik işlemleri gerçekleştirilmiştir. Servisteki hastalara hemşirelik süreci doğrultusunda hemşirelik bakım planı uygulanmıştır.

Uygulamalarda yapılan işlerin detayları, başlıklar halinde ilgili bölümlerde sunulmuştur. Yapılan işler ilgili resmi ve idari prosedürleri ile birlikte, aşama aşama açıklanmıştır. Şekil ve tablolar yardımıyla gerekli destekler sağlanmış, planlanan ve uygulanan hemşirelik süreci ve hasta bakım planlarına ait ekler yapılan işlemlerle detaylıca açıklanmıştır.



## **ABSTRACT**

(Özet) İngilizce olarak bu kısımda yer almalıdır.

## BÖLÜM 1. KLİNİK İŞLEYİŞİ

Hemşire günlük iş akışı saatleri ile yazılmalı, çalışılan servise ait demirbaşlar, ilaçlar, tıbbi ve sarf malzemeler alt başlıklar halinde fotoğraflarıyla birlikte açıklanmalıdır. Etik ilkeler göz önünde bulundurularak fotoğraf ile desteklenmelidir. Örneğin, fotoğrafları eklerken kişinin izninin alınmış olması, rapor içerisinde yüzünün gözükmeyecek şekilde kapatılması gerekmektedir.

Tüm bölüm Times New Roman yazı tipinde 12 punto, 1.15 satır aralığı ile yazılmalı ve metin her iki yana yaslanmış bir şekilde hazırlanmalıdır. Alt başlıklar örnekteki gibi numaralandırılmalı, ikinci düzey başlıklarda tüm kelimelerin baş harfi büyük, üçüncü düzey başlıklarda sadece ilk kelimenin ilk harfi büyük olarak yazılmalıdır. Rapor sunulurken her başlığın altında yer alan bilgilendirme yazıları silinmelidir.

### 1.1. Demirbaşlar

#### 1.1.1. Defibrilatör

Hastayı monitörize etmeye, hastayı şoklamayı gereken durumlarda kaşıklara EKG jeli dökerek hastayı şoklamaya, hastanın vital bilgilerini (SPO2, solunum, tansiyon, EKG ritimlerini okuma ve ona uygun tedavi uygulamaya) almaya ve değerlendirmeye yardımcı olan hastaya doğru tedavi uygulamamıza yardımcı olan bir cihazdır (Şekil 1). Hastayı monitörize edebilmemiz için hastanın göğsüne uygun bölgelere elektrotları yerleştirmemiz, pulse oksimetreyi parmağına takmamız gerekmektedir.

Defibrilatörlerin 4 farklı modu bulunmaktadır;

- Monitör: Bu modda hasta monitörize edilerek hastanın vital bulguları değerlendirilir.
- Manuel defibrilasyon: Hastaya elektroşok yapılması gereken ritimlerde bu moda geçerek uygun enerjide şok hastaya uygulanır.
- AED: Bu mod hastaya göğüs pedleri yerleştirildikten sonra hastanın şoklanabilir ritimde olup olmadığını söyler/bildirir.
- Kalp pili: Bu modda hastanın göğsüne pedler takılarak, hastanın kalp pilinin çalışmadığı durumlarda devreye girerek kalp pilinin görevini yerine getirir.



Şekil 1. Defibrilatör cihazı

## 1.1. İlaçlar

### 1.1.1. Adrenalin

IV/IM/SC Ampul 0.25 mg/ml - 0.5 mg/ml - 1 mg/ml (Şekil 2)



Şekil 2. Adrenalin ampul

Sempatomimetik etkili katekolamindir. Kalp durması ve kardiyopulmoner reanimasyonda; suni solunum, açık veya kapalı kalp kompresyonu fayda vermediğinde damardan sodyum bikarbonat verildikten sonra IV, intrakardiyak veya endotrakeal yolla uygulanabilir. Anafilaktik şok ve akut alerjik reaksiyonlarda (anjiyoödem, ilaç ve serum reaksiyonları, böcek sokmaları) histaminin fizyolojik antagonisti olarak kullanılır. Şok varsa deri altından verilmez, ayrıca şoktaki hastaya IV yolla H1 reseptör antagonisti de verilmelidir.

## BÖLÜM 2. VAKA

İşletmede Mesleki Eğitim boyunca bakım verilen hastalar bu bölümde Vaka-1, Vaka-2, Vaka-3 ve Vaka-4 şeklinde yazılmalıdır. İç hastalıkları hemşireliği, cerrahi hastalıkları hemşireliği, kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği ve ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği için ayrı ayrı birer vaka hazırlanmalıdır. Ayrıca, hasta değerlendirme formu dışında, vakanıza özel olarak kullanabileceğiniz formlar EKLER bölümünde yer almaktadır. Ekler bölümünde yer alan ve vakanıza uygun olan formu doldurmanız gerekmektedir.

### 2.1. Vaka Tanıtımı ve Hastalık Bilgisi

Vaka detaylı bir şekilde anlatılmalıdır. Vakaya özgü hastalıklar ve diğer sağlık problemleri literatür taranak ve kaynak gösterilerek bu başlık altında açıklanmalıdır. Tüm bölüm Times New Roman yazı tipinde 12 punto ve metin her iki yana yaslanmış bir şekilde hazırlanmalıdır.

### 2.2. Hasta Değerlendirme Formu

Tarih	
Hasta Adı Soyadı	A*** B***
Hastaneye Yatış Tarihi	
Tıbbi Tanı	
Klinik Adı	
Başvuru şekli	<input type="checkbox"/> Poliklinik/isteyerek <input type="checkbox"/> Başka bir klinik <input type="checkbox"/> Başka bir hastane <input type="checkbox"/> Acil
Hastalık Öyküsü (Hastanın hastaneye geliş şikayeti, hastalığın başlangıcı, hastalığın süresi, hastalığı ile ilgili yakınmalarına ilişkin aldığı önlemler bu kısma ayrıntılı olarak yazılmalıdır):	

### I- BİREYE ÖZEL TANITICI BİLGİLER

Hastanın Yaşı	
Doğum Yeri	
Cinsiyet	
Meslek	
Eğitim Durumu	
Medeni Durumu	
Kan Grubu	
Çocuk sayısı	
Sosyal güvence	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var

## II- FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ:

### 1-SAĞLIĞIN ALGILANMASI VE SAĞLIĞIN YÖNETİMİ

Kronik Hastalıklar	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> Kalp Yetmezliği <input type="checkbox"/> Diğer.....
Aile öyküsü	
Daha önce hastaneye yatmış mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (Nedenini açıklayınız) .....
Yatış süresi	..... gün
Geçirdiği Ameliyatlar:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız.....)
Birey genellikle sağlığını nasıl değerlendiriyor:	
Bireyin sağlıklı bir yaşam tarzını sürdürme ve hastalıkları önlemeye yönelik uygulamaları nelerdir?	<input type="checkbox"/> Düzenli Egzersiz Yapma <input type="checkbox"/> Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma <input type="checkbox"/> Düzenli ve Dengeli Beslenme <input type="checkbox"/> Stresle Baş edebilme <input type="checkbox"/> Olumlu Kişiler Arası İlişkiler <input type="checkbox"/> Diğer.....
Hastaneye yatmadan önce kullandığı ilaçlar	
Önerilen tedavileri düzenli olarak uyguluyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (Açıklayınız) .....
İlaçları ile ilgili herhangi bir problem var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (Açıklayınız) .....
Risk Faktörleri	<input type="checkbox"/> Sigara.....adet/paket/gün.....yıl <input type="checkbox"/> Alkol.....adet/paket/gün.....yıl <input type="checkbox"/> Madde.....adet/paket/gün.....yıl <input type="checkbox"/> Diğer.....adet/paket/gün.....yıl
Aylık kendi kendine meme/testis muayenesi yapıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (Açıklayınız).....
Alerjileri (ilaç, besin, flaster, boya..)	

### 2-BESLENME ve METABOLİK DURUM

Beslenme şekli	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Parenteral (TPN) <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Gastrostomi
Oral Alımı (R0, R1, R2, R3)	
Diyeti var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (Açıklayınız) ..... Evet ise niçin uyguluyor? .....
Bireyin son 24 saatte aldığı besinler neler?	
İştah durumu nasıl?	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış

Takma diş kullanımı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Ağız kokusu (halitozis) var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Yeme/yutma güçlüğü var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Yutma güçlüğü var ise <input type="checkbox"/> Katı besin <input type="checkbox"/> Sıvı besin
<input type="checkbox"/> Anorexia (yememe) <input type="checkbox"/> Yutma Güçlüğü (disfaji) <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma	
Ağız mukozasının durumu	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Stomatit (ağız içi iltihabı) <input type="checkbox"/> Hiperemik (kızarmış) <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/> Monoliazis (pamukçuk)
Dişlerin Durumu	

<b>DERİ</b>	
Vücut sıcaklığı: Sabah.....	Akşam.....
Turgor: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış	
Deride renk değişikliği:	
Kızarıklık <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Solukluk <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Peteşi: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Ekimoz: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Kuruluk: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Kaşıntı: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Tırnak değişiklikleri: <input type="checkbox"/> Splinter kanama <input type="checkbox"/> Çomak parmak <input type="checkbox"/> Kaşık tırnak <input type="checkbox"/>	
Ödem var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (lokalizasyon).....	
Ödem derecesi.....	

<b>BRADEN RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ</b>					
Değerlendirme Tarihi:					Puan
<b>Duyusal Algılama</b>	1.Tamamen sınırlı	2.Çok sınırlı	3.Hafif sınırlı	4.Bozulma yok	
<b>Nem</b>	1.Sürekli nemli	2. Çok nemli	3.Ara sıra nemli	4.Nadiren nemli	
<b>Aktivite</b>	1. Yatağa bağımlı	2. Sandalyeye bağımlı	3.Ara sıra yürüyor	4.Sık sık yürüyor	
<b>Hareketlilik</b>	1.Tamamen hareketsiz	2. Çok sınırlı	3.Hafif sınırlı	4.Sınırlama yok	
<b>Beslenme</b>	1.Çok kötü	2.Muhtemelen yetersiz	3.Yeterli	4.Mükemmel	
<b>Sürtünme Ve Yirtilma</b>	1.Sorun	2.Potansiyel problem	3.Görünen problem yok		
<b>Toplam:</b>					

<b>BEDEN KİTLE İNDEKSİ BİLGİLERİ</b>	
Boy:	Kilo:
Beden kitle indeksi (BKI):	
BKI Değerlendirme	<input type="checkbox"/> < 20 zayıf <input type="checkbox"/> 20-24.9 uygun kilo <input type="checkbox"/> 25-29.9 hafif obez <input type="checkbox"/> 30-39.9 obez <input type="checkbox"/> > 40 aşırı (morbid) obez

Son 6 ayda kilo değişimi	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)
Günlük sıvı alımı	

### 3-BOŐALTIM VE GAZ DEęİŐİMİ

BAğIRSAK BOŐALTIMI	
Son defekasyon tarihi:	
Bağırsak sesleri:.....dk <input type="checkbox"/> Hipoaktif <input type="checkbox"/> Hiperaktif <input type="checkbox"/> Yok	Lavman yaptırma durumu: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Laktasif kullanımı: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Antidiyaretik kullanımı: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Gaita: Renk .....	Karında ağrı, gerginlik: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Anüs: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Hemoroid <input type="checkbox"/> Diğer: .....	Melena: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Abdominal kadranda sınıflandırma Stoma: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var: <input type="checkbox"/> Kolostomi <input type="checkbox"/> İleostomi <input type="checkbox"/> Ürostomi	Fekal inkontinans: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Dışkıda olağan dışı koku: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Enkoprezis (dışkıkı kaçıırma): <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Defekasyon gereksinimini karşılama biçimi: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sürgü <input type="checkbox"/> Komod <input type="checkbox"/> Alt bezi	Abdomen: <input type="checkbox"/> Yumuşak <input type="checkbox"/> Katı <input type="checkbox"/> Hassas değil <input type="checkbox"/> Hassas

İDRAR BOŐALTIMI	
Sıklığı:.....	
İdrar yapma gereksinimini karşılama şekli: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sürgü/ördek <input type="checkbox"/> Üriner kateter <input type="checkbox"/> Alt bezi	
İdrara çıkma sıklığı artmış: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	İdrar yapmada zorlanma: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
İdrar yaparken ağrı: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	İdrarda renk değişimi: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
İdrar inkontinansı: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	İdrarda olağan dışı koku: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Noktüri: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Diüretik kullanımı: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Kanlı idrar (hematüri) : <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Böbrek taşı hikayesi: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Retansiyon: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	İdrar yaparken yanma(dizüri): <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
İdrarda Ph (4.5-8) :	Enürezis: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok

#### 4-AKTİVİTE/DİNLENME

Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirme Durumu	Kendi kendine tam bakıyor	(Araç gerece gereksinim duyuyor	Bir başka kişinin denetiminde yapıyor	Bağımlı
<b>Giyinme</b> (Giysisini giyme,düğmelerini ilikleylebilme saçını tarayabilme /yıkayabilme ,benzer aktiviteler)				
<b>Yerinden Kalkma</b> (Sandalyeden ayağa kalkma, yatağa girip çıkma,benzer aktiviteler)				
<b>Yemek yeme</b> (Çatal- kaşık kullanabilme, bardağı kaldırıp ağzına götürebilme, benzer aktiviteler)				
<b>Yürüme</b> (Düz yolda yürüyebilme, merdiven inip çıkabilme, benzer aktiviteler)				
<b>Hijyen</b> (Vücudunu yıkayıp kurulama, tuvalete oturup kalkabilme, diş fırçalayabilme, tırnak bakımı, benzer aktiviteler)				
<b>Uzanma</b> (Baş hizasından yüksekte olan bir dolaptan bir şey alabilme, benzer aktiviteler)				
<b>Kavrama</b> (Araba/oda kapısını açabilme, muslukları açıp kapatabilme, önceden açılmış kavanozları açabilme, benzer aktiviteler)				
<b>TOPLAM PUAN</b>				
Banyo yapma sıklığı				
Diş fırçalama sıklığı				
Terleme /koku sorunu var mı?	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok			
Yardımcı araç kullanımı :	<input type="checkbox"/> Yürütücü <input type="checkbox"/> Baston <input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye <input type="checkbox"/> Koltuk Değneği			

<b>KAS İSKELET SİSTEMİ</b>	
Sabah sertliği: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	İnflamatuvar ağrı varlığı: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Kas ağrısı(myalji): <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Eklem ağrısı(artralji) : <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Eklemde şişme: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Eklemde kızarıklık: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Hareket kısıtlılığı:	Boyun, sırt, bel ağrısı:



<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Travma öyküsü: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Kesin yatak istirahati: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Protez/amputasyon: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Parapleji: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Hemipleji: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Halsizlik yorgunluk: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Yürüyüş bozulmuş: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Postür bozulmuş: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

Düşme öyküsü var mı?		<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)	
	<b>İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ</b>	<b>Tarih:</b>	
		<b>PUAN</b>	
1	65 yaş ve üstü.	1	
2	Bilinci kapalı	1	
3	Son bir ay içinde düşme öyküsü var	1	
4	Kronik hastalık öyküsü var.	1	
5	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe(yürüteç,kolt değn,kişi dest vb.) ihtiyacı var.	1	
6	Üriner/fekal kontinans bozukluğu var.	1	
7	Görme durumu zayıf.	1	
8	4'ten fazla ilaç kullanımı var.	1	
9	Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.	1	
10	Yatak korkulukları bulunmuyor /çalışmıyor.	1	
11	Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.	1	
12	Bilinç Açık,koopere değil.	5	
13	Ayakta /yürürken denge problemi var.	5	
14	Baş dönmesi var.	5	
15	Ortostatik hipotansiyonu var.	5	
16	Görme engeli var.	5	
17	Bedensel engeli var.	5	
18	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.	5	
19	Son bir hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.	5	
<b>TOPLAM PUAN</b>			

**Düşük risk:** Toplam puan 5'in altında **Yüksek risk:** Toplam puanı 5 ve 5'in üstünde (Düşen adam figürü kullanılır.)

<b>SOLUNUM SİSTEMİ</b>	
Solunumun tipi:	Öksürük: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Solunum sesleri: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış	Balgam: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Siyanoz: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Hemoptizi: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Spirometre kullanımı: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Dispne: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Ek solunum sesi: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	O <sub>2</sub> saturasyonu:.....%
Eksternal solunum kaslarının solunuma katılımı: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Derin solunum ve öksürük egzersiz ihtiyacı: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Trakeostomi : <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Aspirasyon ihtiyacı: <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Hangi sıklıkta.....
Göğüs Tüpü:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Varsa: <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Sol Drenaj Miktarı/Rengi:.....

<b>KARDİYOVASKÜLER SİSTEM</b>		
Radial nabız:	Sabah:	Akşam:
Kan basıncı:	Sabah:	Akşam:
Kalp Sesleri:		
Kapiller Geri Dolum: .....sn		

### 5- UYKU VE DİNLENME

Normalde gecede kaç saat uyuyorsunuz? .....
Uykuyu kesintiye uğratan bir durum var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız).....
Uykuya başlamada bir problem var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız) .....
Rahat uyumak gevşemek için kullandığı bir yöntem var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız) .....
Gündüz uyuma/şekerleme alışkanlığı var mı? <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Uykudan dinlenmiş olarak kalkıyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

Gün boyunca yaşadığı yorgunluğun şiddeti:
0 <b>Yorgun değilim</b> <span style="float: right;">10 <b>Çok yorgunum</b></span>

## 6- BİLİŞSEL/ALGISAL

Hallüsinasyon/İllüzyon:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Konsantre olma/dikkatini toplama yeteneği	
Öğrenmede zorluk çekiyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Son zamanlarda hatırlamada sorun yaşıyor mu? (yakın ve uzak zamana ilişkin olayları hatırlıyor mu?)	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (Açıklayınız) .....
Konuşma modeli	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bozuk (hızlı, yavaş, küfürlü, alaycı gibi)
Sözlü ve sözsüz iletişimi arasında uyumsuzluk var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız) .....
Dinlemede güçlük çekiyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (Açıklayınız) .....

<b>İŞİTME</b>	
İşitme güçlüğü	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız):
İşitme cihazı kullanıyor mu?:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Çınlama	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
<b>GÖRME</b>	
Görme bozukluğu var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız):
Gözlük/lens kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Gözlerde rahatsızlık	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kızarıklık <input type="checkbox"/> Yanma <input type="checkbox"/> Kaşıntı
<b>DOKUNMA</b>	
Dokunma/hissetme kaybı var mı?	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Ellerde uyuşma karıncalanma:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Ayaklarda uyuşma karıncalanma:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
<b>KOKU ALMA</b>	
Koku duyusu: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Yok	Akıntı: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Tıkanıklık: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Epistaksis (burun kanaması) : <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Burun kaşıntısı: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Geniz (postnazal) akıntısı: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
<b>TAD ALMA</b>	
Tat alma duyusu: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Yok	
Neden:	

<b>GLASKOW KOMA SKALASI</b>		
<b>En iyi göz açma</b>	Amaçlı ve kendiliğinden	4
	Sese	3
	Ağrıya	2
	Cevap yok	1
<b>En iyi sözlü cevap</b>	Oryante	5
	Oryantasyon bozuk	4
	Tutarsız kelimeler	3
	Anlamsız sözler	2
	Cevap yok	1
<b>En iyi motor cevap</b>	Emirlere uyuyor	6
	Ağrının yerini belirtiyor	5
	Ağrıya çekerek cevap veriyor	4
	Ağrıya fleksiyon cevap veriyor	3
	Ağrıya ekstansiyon cevap veriyor	2
	Cevap yok	1
<b>Toplam Puan:</b>		

## 7-KENDİNİ ALGILAMA/BENLİK

Algıladığı herhangi bir tehlike/korku var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)
Endişe /Gerginlik /Huzursuzluk var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)
Öfke/kızgınlık var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)
Umutsuzluk var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)
Keder/ağlamaklı olma durumu var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)
Bireyin kendi bedeni hakkındaki görüşlerinde bir değişiklik var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)
Bireyin içinde bulunduğu duruma bağlı olarak kendi kimliği hakkındaki görüşlerinde değişme var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)
Birey içinde bulunduğu durum nedeniyle başkalarının kendi kimliği hakkındaki görüşlerinin değiştiğini düşünüyor mu?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)

## 8-ROL İLİŞKİLERİ

Çalışma durumu	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Evde ve işte sağlığını etkileyen herhangi bir problem var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)
Rolleri yerine getirme yeteneğinde yetersizlik var mı? (Anne, baba, çocuk, mesleki rol):	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)
Yaşamınızda önemli olan kişiler:	
Ailenin ve ona yakın olan kişilerin hastalığa karşı tutumunu açıklayınız:	

## 8-CİNSELLİK/ÜREME

Yaşına uygun cinsel gelişimi:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Cinsel işlev bozukluğu var mı? (Vajinismus, empotans vb...):	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Cinsel yaşamında değişiklik var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (Açıklayınız).....
Kontraseptif kullanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Menstruasyon öyküsü:	<input type="checkbox"/> Düzenli <input type="checkbox"/> Düzensiz
Menopoz/Andropoz	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Gebelik	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Memeler	<input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Şekil bozukluğu <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Kitle
İlk adet görme yaşı:	
Son adet tarihi (SAT):	
Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü varsa belirtiniz?	
Bulaşıcı /diğer hastalıklara ilişkin seksüel endişeleri var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)
Penis akıntısı veya yarası:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Testiküler ağrı veya şişlik:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Yıllık/Aylık Kontrol:	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Vajinal Muayene	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Prostat/Testis Muayenesi:	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet

## 9- BAŞETME/ STRES TOLERANSI

Yaşadığı güçlük, sıkıntı ve engeller var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız).....
Bu güçlük ve engellerle nasıl baş edebiliyor?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (Açıklayınız) .....
Yaşadığı sıkıntılı durumlarla baş etmede ailesinin verdiği desteği yeterli buluyor mu?	<input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Kısmen yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz
Son bir yıl içinde yaşadığı önemli yaşam değişiklikleri var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
Hastalık veya hastaneye yatmaya ilişkin endişeleri var mı? (Parasal, özbakım..)	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var

## 10-DEĞER/İNANÇ

Bireyin hayatına anlam katan şeyler neler?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)
Stresle veya zor zamanlarla başa çıkmasına yardımcı olan manevi/dini inançları var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)
Dini inançları ve dinin önemi: (Açıklayınız)	
Yararlı/Başetmeyi kolaylaştırıcı dini uygulamaları:	
Dinsel kısıtlama/ yasakları var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)
Sağlığına ilişkin bu inançlardan etkilenebilecek belirli kararları var mı?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız)
Yaşam hakkındaki inanç ve değerleri:	
Ölüm hakkındaki inanç ve değerleri:	

## TANISAL TESTLER/İŞLEMLER

(Radyografi, USG, BT, MR, EKG, Biyopsi, Endoskopi vb... tarih/saat ve Tanısal Bulgular/Sonuçlar)

Radyografi:
USG:
BT:
MR:
EKG:
Biyopsi:
Endoskopi:
Diğer:

## LABORATUVAR BULGULARI

HEMATOLOJİ				
Tarih	Tetkik	Sonuç	Normal Değer	Birim
	WBC		4.6-10.2	bin/mm <sup>3</sup>
	HGB		12.2-16.2	g/dl
	HCT		42-52 (erkek) 36-46 (kadın)	%
	PLT		142-424	K/uL
	HbA1c		% 4-6	g/dl
BİYOKİMYA				
Tarih	Tetkik	Sonuç	Normal Değer	Birim
	Glikoz		70-110	mg/dL
	Ürik Asit		2.6 – 6.0	mg/dl
	BUN		7-20	mg/dL
	Kreatinin		0.6-1.3	mg/dL
	Kolesterol		0-200	mg/dL
	HDL		35-60	mg/dL
	LDL		35-165	mg/dl
	Trigliserid		30-150	mg/dL
	AST		0-37	U/L
	ALT		0-65	U/L
	T. Protein		6.4-8.2	g/dL
	Albumin		3.4-5	g/dL
	Kalsiyum		8.5-10.3	mg/dL
	Fosfor		2.5-4.9	mg/dL
	Sodyum		136-145	mmol/L
	Potasyum		3.5-5.1	mmol/L
	Klor		98-107	mmol/L

İDRAR						
Tarih	Tetkik	Sonuç	Normal Değer	Tetkik	Sonuç	Normal Değer
	Dansite		1010-1020	Eritrosit		1-2
	Glikoz		Negatif	Lökosit		1-2
	Albumin		Negatif	Epitel		3-4
	Mikro. O. Üreme		Negatif	pH		5-7
	Renk		Kehribar	Protein		Negatif

Laboratuar bulgularında anormallik olma durumu?  Yok  Var  
(Yorumlayınız)

**SIVI DENGESİ İZLEM FORMU**

<b>Tarih</b>										
<b>Saat</b>	<b>ALDIĞI</b>			<b>ÇIKARDIĞI</b>						
	<b>IV Sıvı</b>	<b>Oral</b>	<b>NG</b>	<b>İdrar</b>	<b>NG</b>	<b>Göğüs Tüpü</b>	<b>Drenler</b>	<b>Kusma</b>	<b>Dışkı</b>	<b>İmza</b>
08.00										
09.00										
10.00										
11.00										
12.00										
13.00										
14.00										
15.00										
16.00										
<b>TOPLAM</b>										
<b>DENGE</b>										
<b>Sıvı Dengesine İlişkin Yorum</b>										

<b>Tarih</b>										
<b>Saat</b>	<b>ALDIĞI</b>			<b>ÇIKARDIĞI</b>						
	<b>IV Sıvı</b>	<b>Oral</b>	<b>NG</b>	<b>İdrar</b>	<b>NG</b>	<b>Göğüs Tüpü</b>	<b>Drenler</b>	<b>Kusma</b>	<b>Dışkı</b>	<b>İmza</b>
08.00										
09.00										
10.00										
11.00										
12.00										
13.00										
14.00										
15.00										
16.00										
<b>TOPLAM</b>										
<b>DENGE</b>										
<b>Sıvı Dengesine İlişkin Yorum</b>										



## İLAC BİLGİ FORMU

İlacın Adı	Dozu	Etki Mekanizması	Uygulama Saati	Uygulama Yolu	Yan Etkiler

YAŞAM BULGULARI				
	Saat:	Saat:	Saat:	Saat:
Ateş (°C)				
Nabız (atım/dk)				
Kan basıncı (mmHg)				
Solunum (kez/dk)				
Saturasyon (%)				

## TABURCULUK EĞİTİM PLANI

İlaç tedavisi:
Egzersizler:
Diyet/Beslenme:
İnsizyon bölgesi:
Araç Gereçler:
Ağrı:
Enfeksiyon belirti-bulguları:
Hijyen:
Yasaklar:
Kontroller:
Diğer:

## ÖNCELİK SIRASINA GÖRE HEMŞİRELİK TANILARI

	Hemşirelik Tanısı		Hemşirelik Tanısı
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

### Diğer Bilgiler:

(Vakaya ait ayrıca belirtmek istediğiniz bilgiler buraya eklenmelidir).

## HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Hemşirelik Tanısı:

Etyoloji:

Semptom:

Amaçlar/Beklenen Sonuçlar:

Tarih	Planlama	Uygulama	Değerlendirme

- Her vaka için öncelikli hemşirelik tanısı doğrultusunda en az üç bakım planı formu hazırlanmalıdır.

## EKLER

**NOT:** Öğrenci Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre düzenlenmiş standart veri toplama formuna ek olarak, bulunduğu kliniğe özel (dahiliye, cerrahi, kadın doğum, çocuk klinikleri gibi) veri toplama formlarını bu bölümden eklemelidir.

### EK-1. POSTPARTUM DÖNEM ÖYKÜSÜ

Son Gebelik Aralığı:

Gebelik Haftası:

Doğum Yaptığı Tarih:

Doğum Şekli:

İnsizyon/epizyotomi:

Memeler	( ) Simetrik ( ) Asimetrik	
Görünümü	( ) İki aynı büyüklükte ( ) Sağ meme büyük ( ) Sol meme büyük	
	Sağ meme	Sol meme
Nodul	( ) Var ( ) Yok	( ) Var ( ) Yok
Kızarıklık	( ) Var ( ) Yok	( ) Var ( ) Yok
Dolgunluk	( ) Var ( ) Yok	( ) Var ( ) Yok
Meme ucu çatlağı	( ) Var ( ) Yok	( ) Var ( ) Yok
Meme ucu içe çökük	( ) Var ( ) Yok	( ) Var ( ) Yok
Meme ucunda ağrı	( ) Var ( ) Yok	( ) Var ( ) Yok

Sütyen ( ) Bedenine uygun yeterli destek sağlıyor

( ) Bedenine uygun değil, yeterli destek sağlamıyor

( ) Kullanmıyor

Emzirme Sıklığı:

Emzirme Süresi:

Emzirme Pozisyonu:

**Fundus**

Pozisyonu:

Kıvamı:

Seviyesi:

Loşia:

Renk:

Miktar (ped sayısı/24 saat) :

İçerik:

Koku:

**Perine:**

**Epizyo varlığı:.....**

**Epizyo bölgesinde semptomlar;**

**Eliminasyon**

İdrar  Yaptı  yapmadı doğum sonu saati .....

Gaita  Yaptı  yapmadı doğum sonu saati .....

**Beslenme Durumu**

(Genelde ve gebelik dönemindeki yemek yeme alışkanlıkları, öğün sayısı, sevdiği ya da sevmediği yiyecekler, günlük aldığı sıvı miktarı.)

**Uyku:**

Rahat uyuduğunu ifade ediyor.

Epizyotomi, hemoroid ya da genel vücut ağrıları nedeniyle uyuyamadığını ifade ediyor.

Yabancı çevre ya da gürültü gibi nedenlerle uyuyamadığını ifade ediyor.

**Anne bebek ilişkisi**

Bebeğini kucağına alıyor, dokunuyor	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Bebeğini okşuyor	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Bebeğiyle konuşuyor	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Emzirmeye istekli	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Bebeğiyle göz iletişimi kuruyor	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Bebeğine adı ile sesleniyor (adı kondu ise)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Bebek bakımıyla ilgili sorular soruyor	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Bebeğin cinsiyetinden memnun	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Kendi gereksinimlerine daha fazla odaklanıyor	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
<b>Yenidoğan İle İlgili</b>		
Göz bakımı	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Göbek bakımı	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Bebek banyosu	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Bebek giyimi	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Pişik bakımı	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Konak bakımı	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı
Pamukçuk bakımı	<input type="checkbox"/> Yapıldı	<input type="checkbox"/> Yapılmadı

**MENOPOZ ÖYKÜSÜ**

**Menopoz yaşı:**

**Yaşadığı fiziksel belirtiler:**

**Yaşadığı psikolojik belirtiler:**

**Menopoza ait sorunlarla başetme şekli:**

**HRT (Hormon Replasman Tedavisi) alma durumu**

Alıyor  Almıyor

Başlama zamanı:.....

Kullanma süresi:.....

Tedaviye uyumu:.....

## EK-2. PSİKİYATRİ KLİNİĞİ HEMŞİRE GÖZLEM FORMU

ÖZELLİKLER	TARİH(LER)						
<b>1) GENEL GÖRÜNÜM VE TUTUMU</b>							
<b>TEMİZLİK</b>							
• Temizliği ile normal ilgileniyor.							
• Temizliği ile yeterince ilgilenmiyor.							
• Uyarı ile temizleniyor.							
• Yardım gerekiyor.							
• Sık sık el yüz vb. yıkıyor.							
• Temizliği ile aşırı ilgileniyor.							
<b>GIYİM</b>							
• Yaşına, sosyo-ekonomik düzeyine uygun giyiniyor.							
• Giyimi ile ilgileniyor.							
• Abartılı ve ilgi çekici giyiniyor.							
• Dağınık ve uygunsuz giyiniyor.							
• Başka hastaların kıyafetlerini giyiyor.							
• Uyarıldığında giyimi ile ilgileniyor.							
• Uyarıldığında bile giyimi ile ilgilenmiyor.							
• Sık sık soyunuyor.							
<b>YÜZ İFADESİ</b>							
• Durumuna uygun							
• Duygu ifadesi az							
• Duygu ifadesi künt							
• Sıkıntılı-kaygılı-endişeli							
• Anlaşılmaz ve garip							
• Şüpheli							
• Öfkeli							
• Korkulu							
• Heyecanlı							
• Kederli-üzgün-ağlamaklı							
• Şaşkın							
• Çekingen							
• Bezgin-bıkkın							
• Uykulu							
• Neşeli							

• İlgisiz bakışlar							
• Boş boş bakma							
• Diğer							
<b>2) BİLİŞSEL DURUM</b>							
<b>BİLİNÇ</b>							
• Açık							
• Kapalı (koma)							
• Deliryum							
• Bilinç sislenmesi							
• Konfüzyon							
• Stupor							
<b>YÖNELİM (ORYANTASYON)</b>							
• Zaman							
• Yer							
• Kişi							
<b>BELLEK</b>							
Uzak bellek							
Yakın bellek							
Çok yakın (anlık) bellek							
• Artma (hipermnezi)							
• Azalma (amnezi)							
- Retrograd Amnezi							
- Anterograd Amnezi							
- Dissosiyatif Amnezi							
• Düzensizlik (paramnezi)							
- Deja vu							
- Jamais vu							
- Konfabülasyon							
<b>DİKKAT</b>							
• Artma							
- Hipervijilans							
• Azalma							
- Dikkatini toplayamama							
• Düzensizlik							
- Distraktibilite							
<b>3) ALGI</b>							
* Hallüsinasyon (varsanı)							
• Duyma (işitme) Hallüsinasyonu							
- Komut veren							



• Görme Hallüsinasyonu							
• Dokunma (takdil) Hallüsinasyonu							
• Koku (olfaktor) Hallüsinasyonu							
• Tat (gustatuvar) Hallüsinasyonu							
• Somatik Hallüsinasyon							
* Yanılsama (illüzyon)							
* Depersonalizasyon							
* Derealizasyon							
<b>4) DÜŞÜNCE</b>							
• Düşüncede bozulma yok							
<b>DÜŞÜNCE DIŞAVURUMU</b>							
• Afazi							
• Afoni							
• Aloji (konuşmazlık)							
<b>DÜŞÜNCE SÜRECİ</b>							
• Artma							
- Konuşkanlık							
- Basınçlı konuşma							
- Düşünce uçuşmaları							
• Azalma							
- Düşünce akışında yavaşlama							
- Blok							
- Mutizm (konuşmama)							
• Düzensizlik							
- Enkoherans							
- Çağrışımlarda dağınıklık							
- Neolijizm							
- Ayrıntıcılık							
- Teğetsellik (dolaylı ya da ilişkisiz yanıtlar verme)							
- Belirsizlik							
- Klang çağrışımı							
- Stereotipi							
- Perseverasyon							
- Ekolali							
<b>DÜŞÜNCE İÇERİĞİ</b>							
• Hezeyan							
- Paranoid (kuşkucu)							
- Perseküsyon (kötülük görecektir olma)							

- Grandiyöz							
- Kıskançlık							
- Erotomani							
- Somatik							
- Düşünce çekilmesi							
- Düşünce sokulması							
- Düşünce okunması							
- Düşünce yayılması/yayımlanması							
- Denetim altındalık hezeyanı							
• Değersizlik suçluluk düşüncesi							
• Referans düşünce							
• Yüklü düşünce							
• Obsesyon							
- Temizlik obsesyonu							
- Düzen obsesyonu							
- Kuşku obsesyonu							
- Cinsellik ve saldırganlık obsesyonu							
• Kompulsif düşünce							
• Fobi							
- Sosyal fobi							
- Özgül fobi (hayvan, doğal çevre, kan enjeksiyon yara, durumsal)							
- Agorafobi							
- Dismorfofobi							
• Hipokondriyazis							
• Ölüm ya da intihar düşüncesi							
<b>5) DUYGU</b>							
<b>DUYGULANIM</b>							
• Artma							
• Azalma							
- Kısıtlılık							
- Tepkisizlik							
- Donukluk							
- Küntlük							
• Düzensizlik							
- Oynak (labil)							
- Tutarsız (instabil)							
- Uygunsuz							
<b>DUYGUDURUM</b>							



• Afoni								
• Kendi kendine konuşma								
<b>7) İLİŞKİ VE İLETİŞİM BİÇİMİ</b>								
• İletişime giriyor ve sürdürüyor.								
• İletişimi başlatıyor, sürdürmüyor.								
• Çevresiyle ilgili haberdar.								
• Ziyaretçileri ile görüşmek istemiyor.								
• Sosyal ilişkide çekingen.								
• Onay görme gereksinimi içinde.								
• Hiç kimse ile ilişki kurmuyor.								
• İlişkilerinde manüple edici davranıyor.								
• Tehdit edici davranıyor.								
• İlişkilerini hezeyanları yönlendiriyor.								
• Yakınları ile görüşmekten olumsuz etkileniyor.								
• Sürekli konuşmak istiyor.								
• Hastalarla ilişkiye giriyor.								
• Sürekli ağlamaklı, yakınan bir ilişki kuruyor.								
<b>8) FİZİKSEL DURUM</b>								
- Yakınma yok								
• Baş dönmesi								
• Ortostatik hipotansiyon								
• Öksürük								
• Ağız kuruluğu								
• Yutma güçlüğü								
• Görme bozukluğu								
• Siyanoz								
• Dekibütüs (basınç/bası yarası)								
• Titreme								
<b>UYKU</b>								
• Uykusuzluk çekme (insomni)								
• Uykuya dalmada güçlük çekme								
• Uykuyu sürdürmede güçlük çekme								
• Olağan uyanma zamanından erken uyanma								
• Aşırı uyku uyuma								
• Uykuda davranış bozukluğu gösterme								

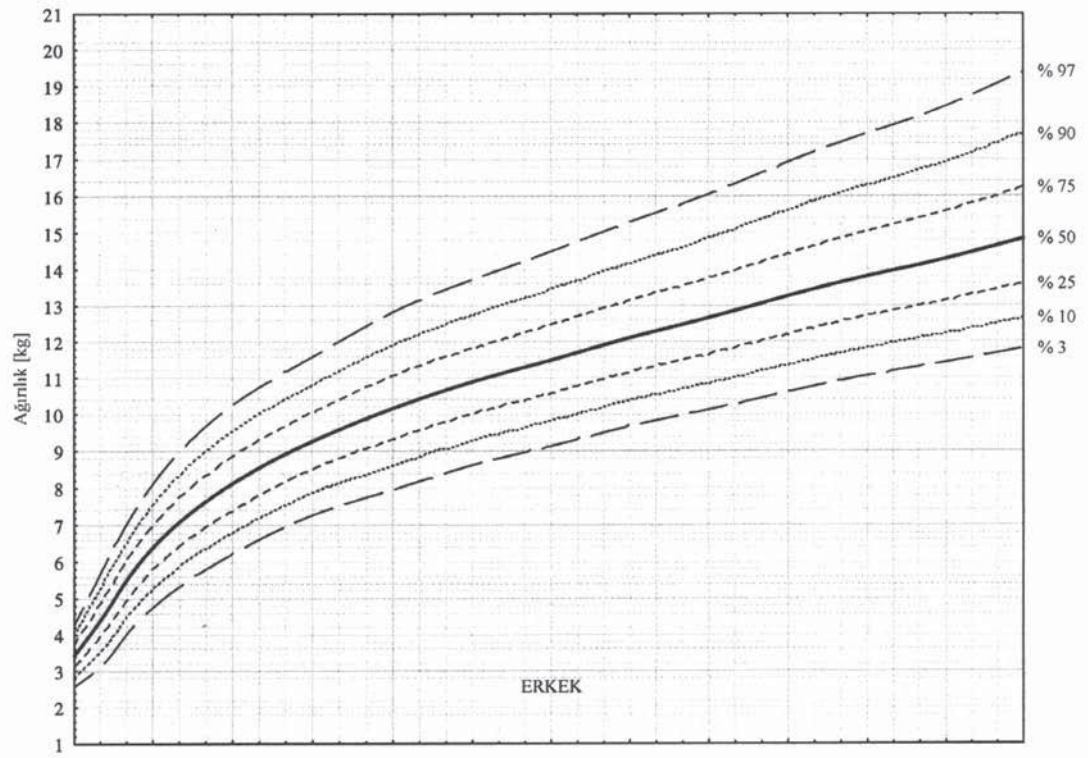
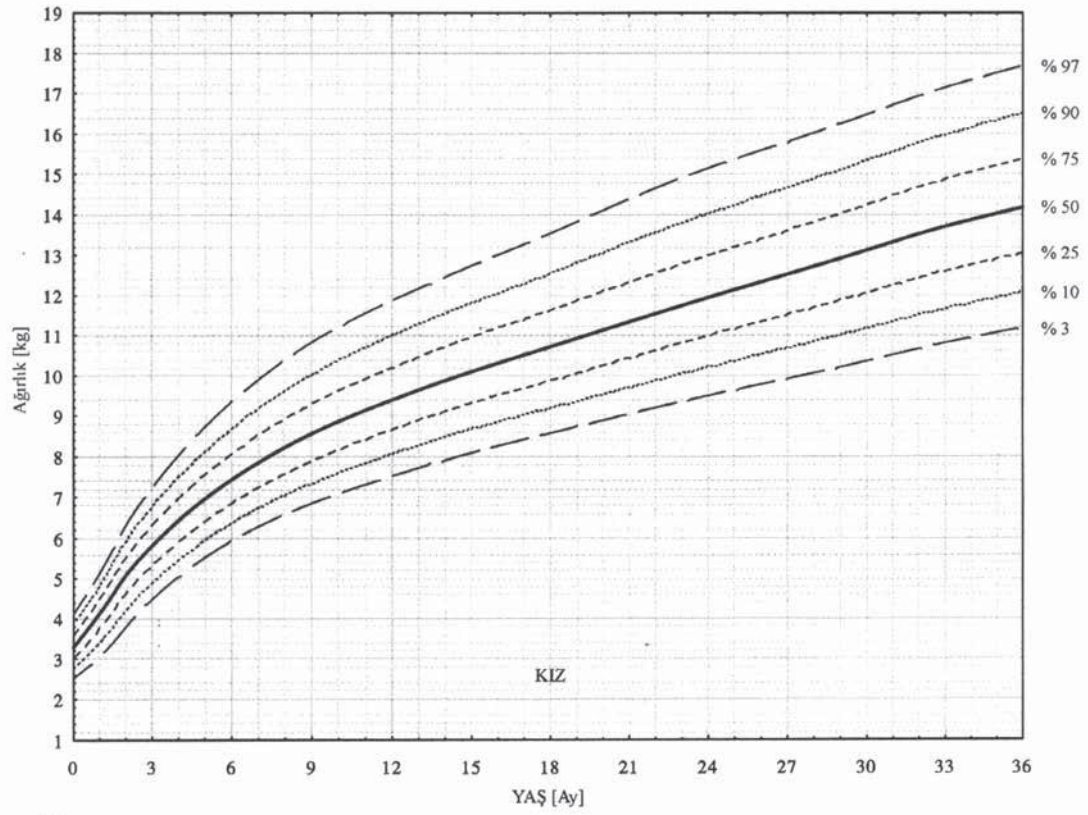
<b>YEME</b>							
• Artma- Kilo alma							
• Azalma- Zayıflama							
• Düzensizlik (tıkanırçasına yeme-çıkartma)							
<b>CİNSELLİK</b>							
• Artma (libidoda artma)							
• Azalma (libidoda azalma)							
• Sapma (parafili)							
<b>ENERJİ DÜZEYİ</b>							
• Kolay yorulma							
• Yorgunluk-bitkinlik							
• İçsel enerji kaybı							
<b>9) İÇGÖRÜ</b>							
• Hastalığını kabul ediyor.							
• Hastalığı fiziksel semptomlara bağlıyor.							
• Önerilen tedaviye işbirliği yapıyor.							
• Hastalığını inkar ediyor.							
• Önerilen tedaviyi kabul etmiyor.							
<b>10) YARGILAMA</b>							
• Yargıda bozulma yok							
• Soyut düşüncede bozulma var							
• Soyut düşüncede bozulma yok							
• Gerçeği değerlendirmede hafif bozulma var							
• Gerçeği değerlendirmede tam bozulma var							
<b>11) KORUNMA</b>							
• Her bakımdan kendini koruyabiliyor.							
• Fiziksel şiddete karşı kendini koruyamıyor.							
• Cinsel girişimlere karşı kendini koruyamıyor.							
• Sözel saldırılara karşı kendini koruyamıyor.							
• Eşyalarını koruyamıyor- kaybediyor.							
• Sık sık kazaya uğruyor (düşme, çarpma, kesme vb.).							
• Kendine zarar verici davranışlarda bulunuyor.							

<b>12) BAŞ ETME YÖNTEMLERİ</b>							
• Sigara içiminde artma							
• Aşırı yemek yeme							
• Ağlama							
• Sürekli odasında ya da yatağında kalma							
• Dinsel ritüelleri uygulama							
• Sürekli sorununu anlatma							
• Sürekli sağlık personelini görmek isteme							
• Sürekli taburcu olmayı talep etme							
• Sürekli telefon etmeyi talep etme							
• Diğer hastalarla tartışma							
• Etrafa zarar verme							
• Kendine zarar verme							
• Servis işlerinde görev almak isteme							
• Sürekli gezinme							
• Televizyon izleme							
• Kitap okuma							
• Egzersiz yapma							
• Ağrılardan yakınma							
• Müzik dinleme							
• Tavla, pinpo, okey oynama							
• Yalnız kalmayı isteme							
• Yüksek sesle şarkı söyleme							
• Temizlik yapma							
• Garip davranışlarda bulunma							
• Diğer							
<b>13) ÖZEL GÖZLEM</b>							
• Füg riski							
• İntihar riski							
• İlaç saklama riski							
• Yangın çıkartma riski							
• Kendine/çevreye zarar verme riski							
• Diğer							

### EK-3. PSIKİYATRİ KLİNİĞİ HASTA-HEMŞİRE ETKİLEŞİM FORMU

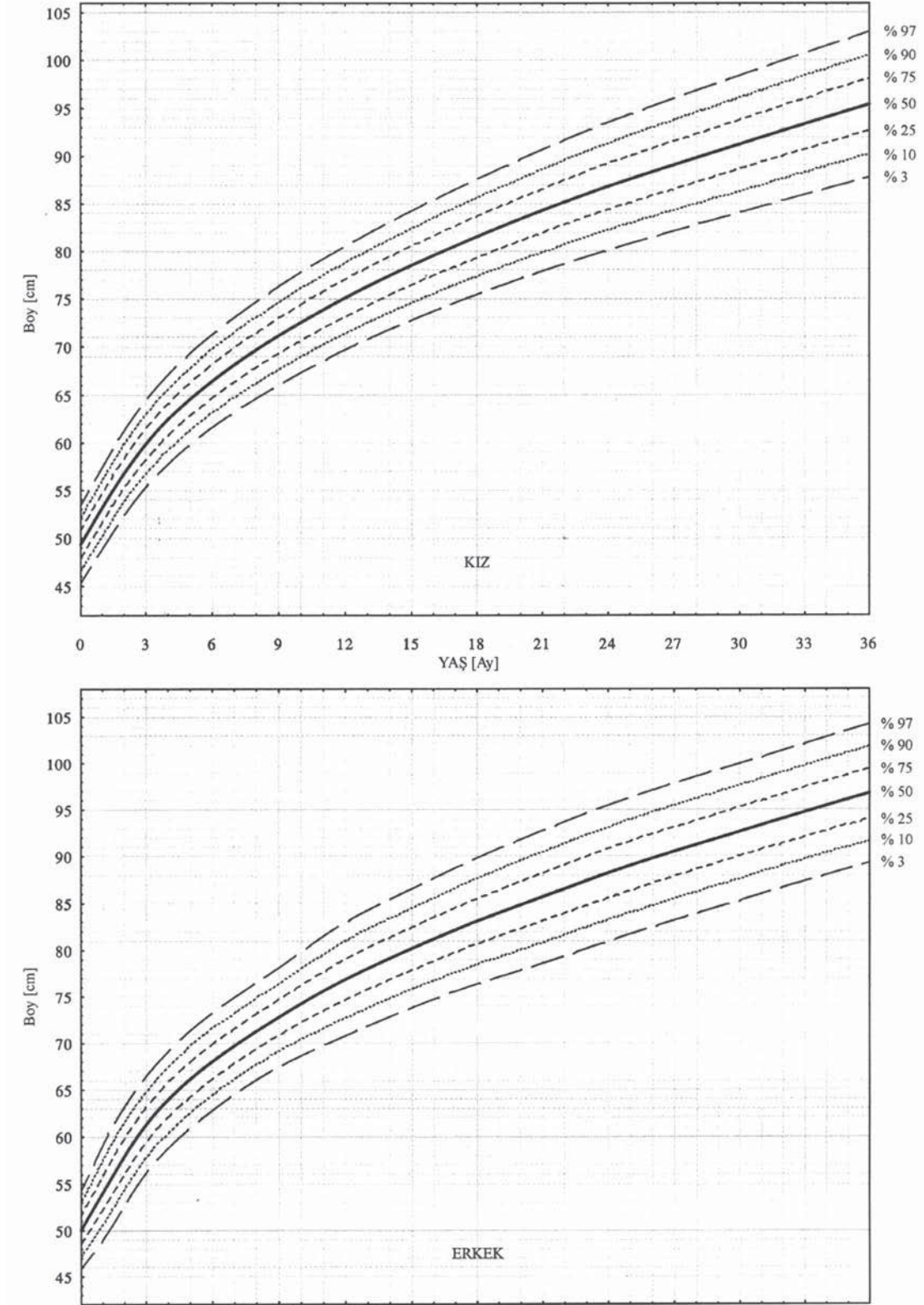
Tarih ve Saat	Amaç	Öğrenci Hemşirenin Sözlü ve Sözsüz İfadesi	Hastanın Sözlü ve Sözsüz İfadesi	Değerlendirme
<p>NOTLAR: 1* Hemşirenin sözlü ifadeleri, konuşma işareti çizgisi ile gösterilerek yazılmalı. Hemşirenin sözel olmayan ifadesi; ses tonu, jest-mimikleri, beden ifadesi olabilir, [ ] köşeli parantez içerisinde yazılmalı. Hemşirenin sözlü ve sözel olmayan ifadeleri herhangi bir yorum içermez, o anda olanı belirtmeli, nötürdür.</p>				

#### EK-4. (0-3) YAŞ ERKEK VE KIZ ÇOCUKLARINDA VÜCUT AĞIRLIĞI PERSANTİL EĞRİLERİ

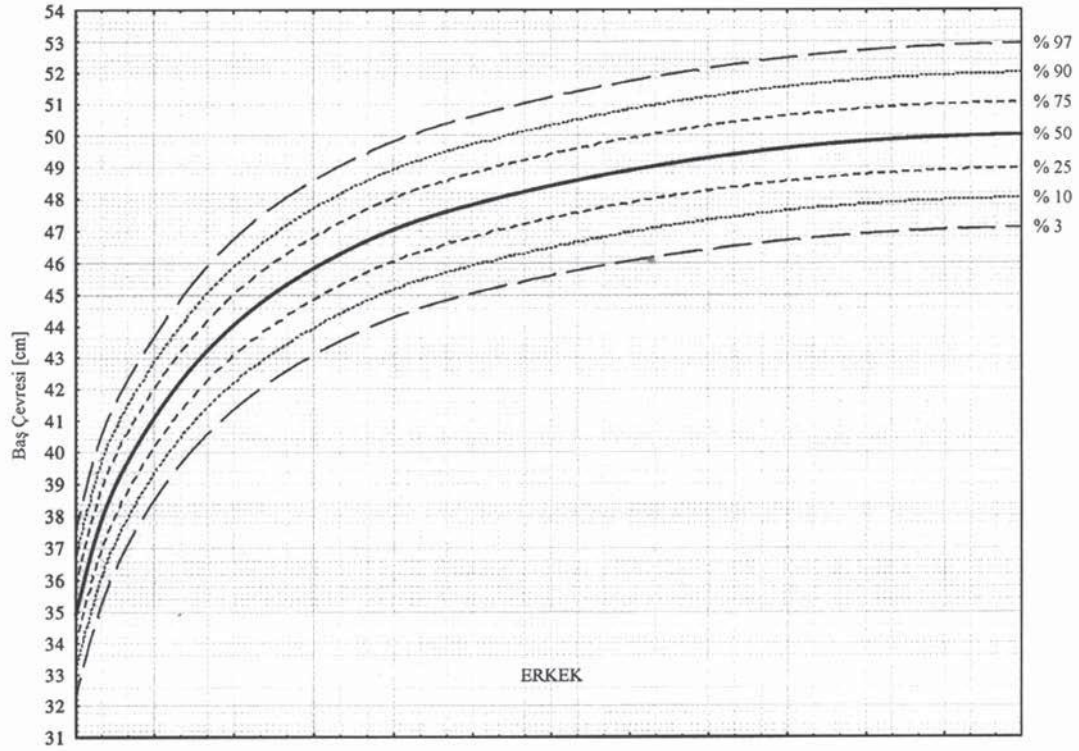
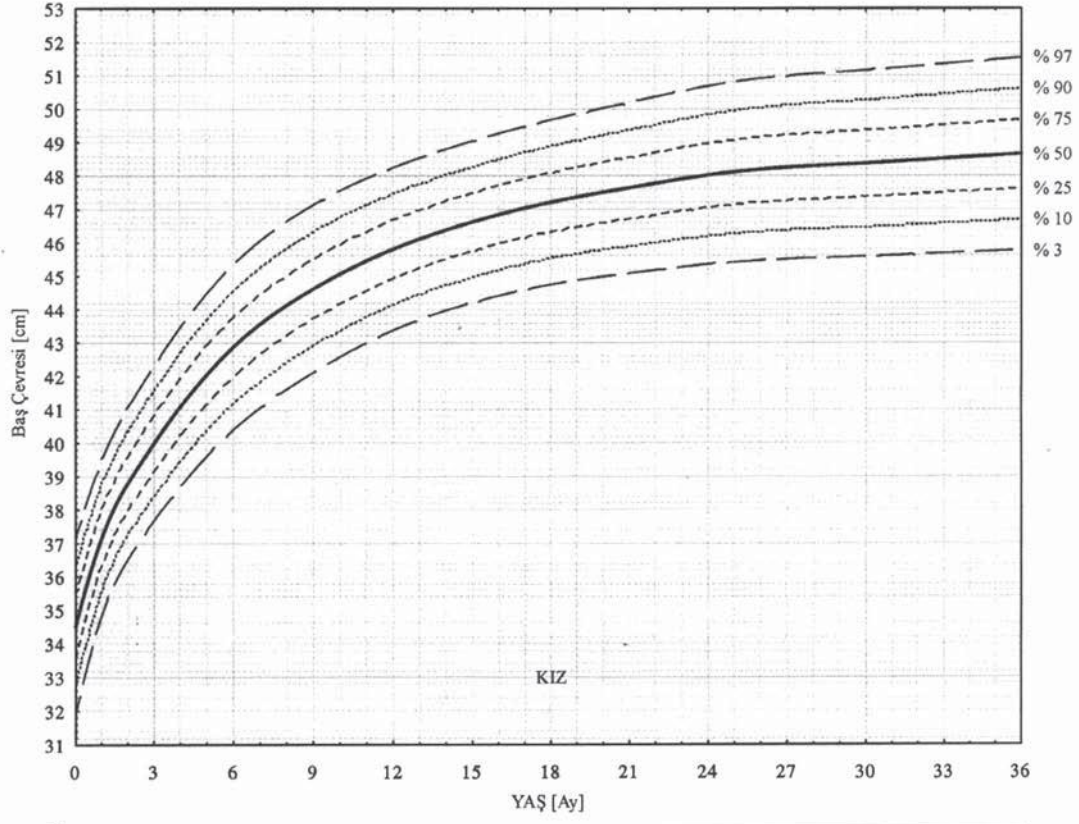




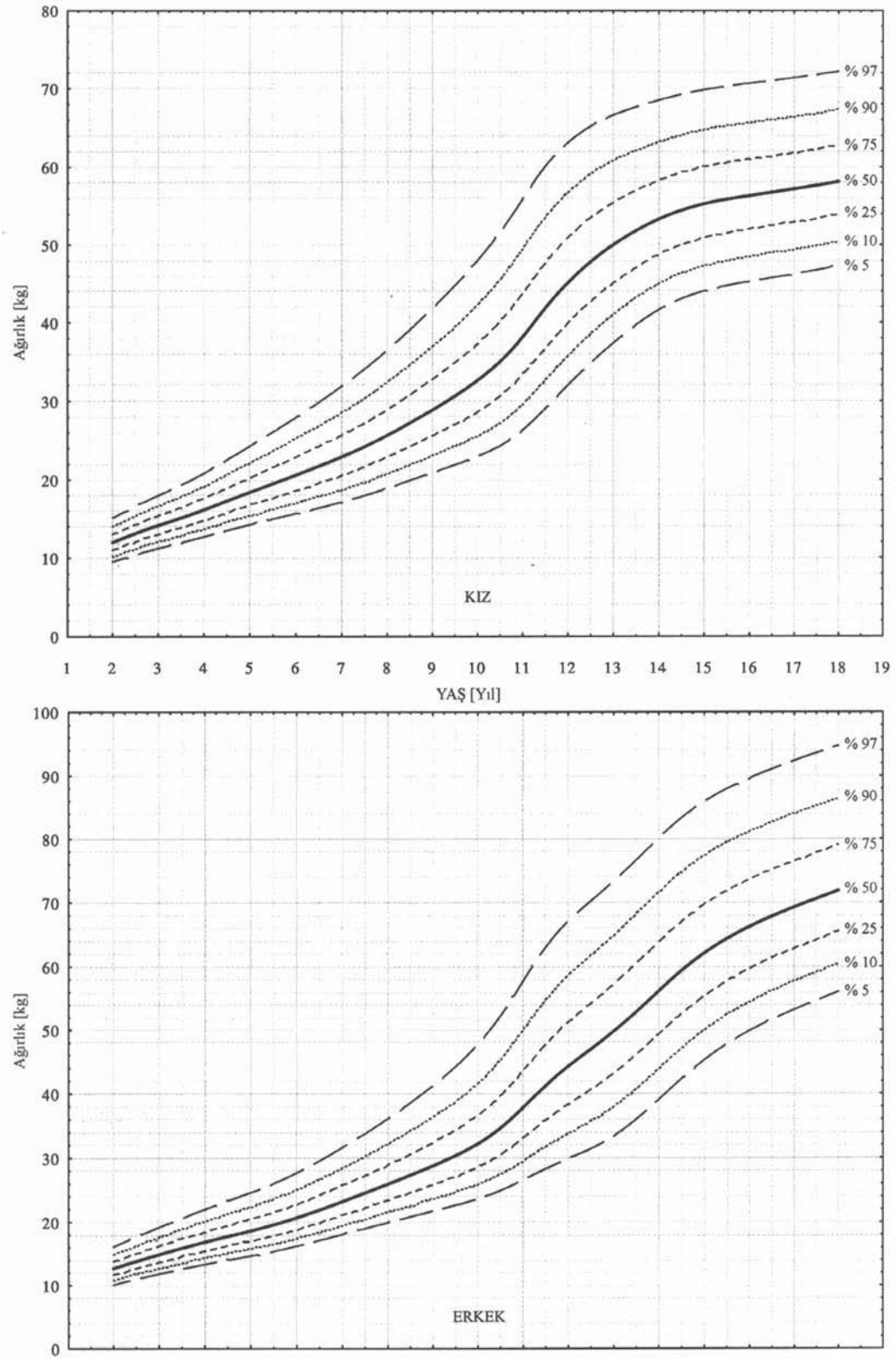
## EK-5. (0-3) YAŞ ERKEK VE KIZ ÇOCUKLARINDA BOY UZUNLUĞU PERSANTİL EĞRİLERİ



## EK-6. (0-3) YAŞ ERKEK VE KIZ ÇOCUKLARINDA BAŞ ÇEVRESİ PERSANTİL EĞRİLERİ

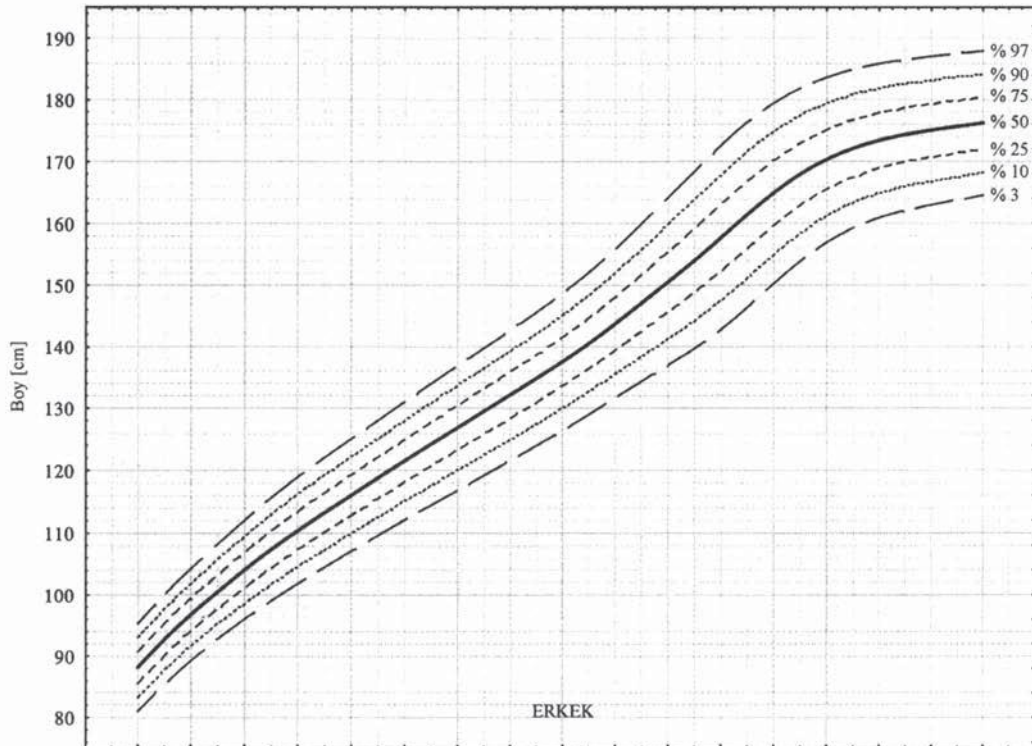
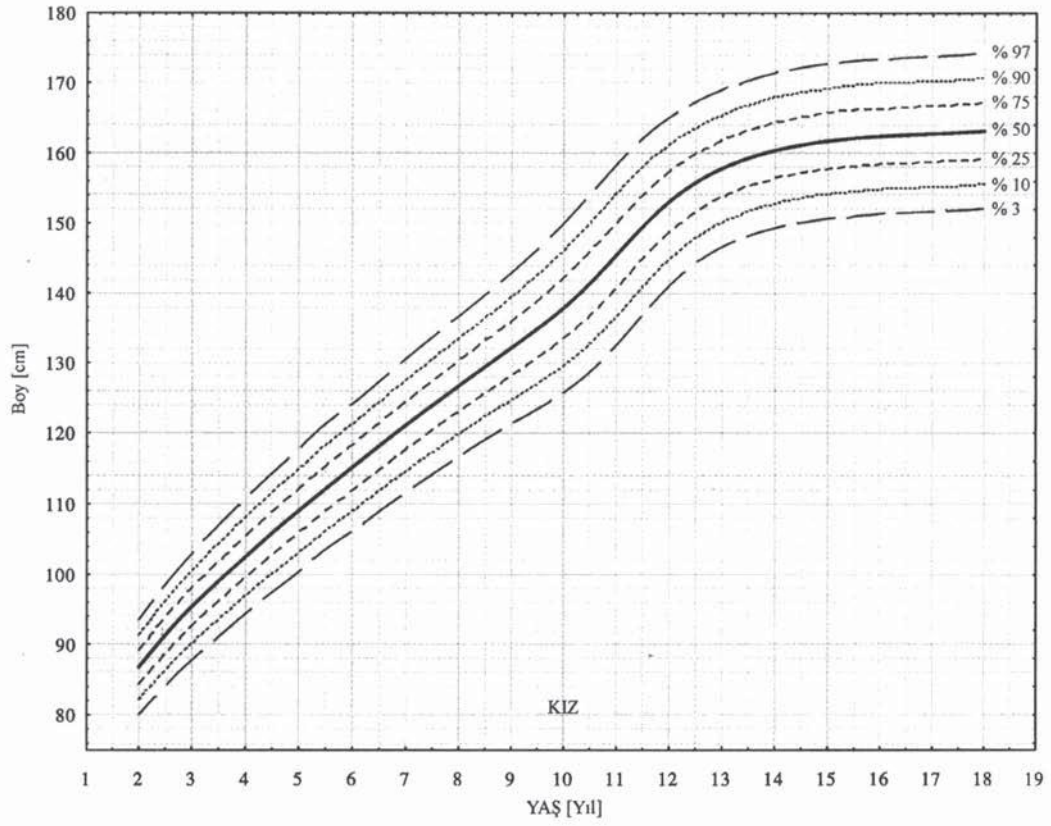


## EK-7. (2-18) YAŞ ERKEK VE KIZ ÇOCUKLARINDA VÜCUT AĞIRLIĞI PERSANTİL EĞRİLERİ

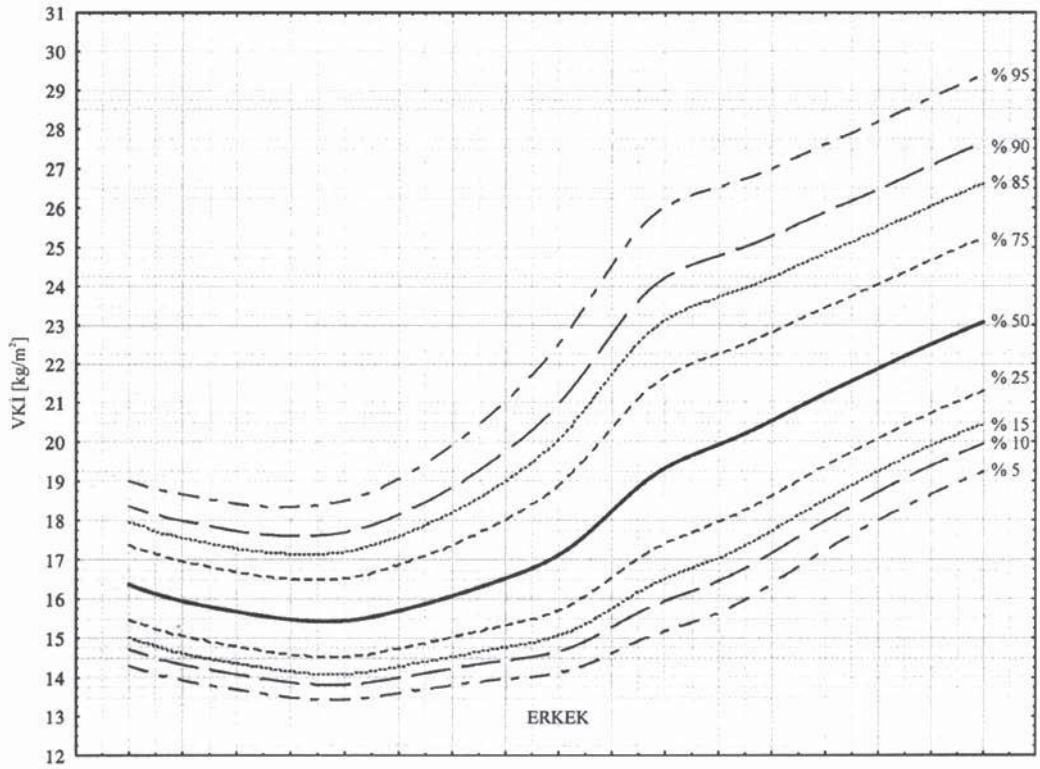
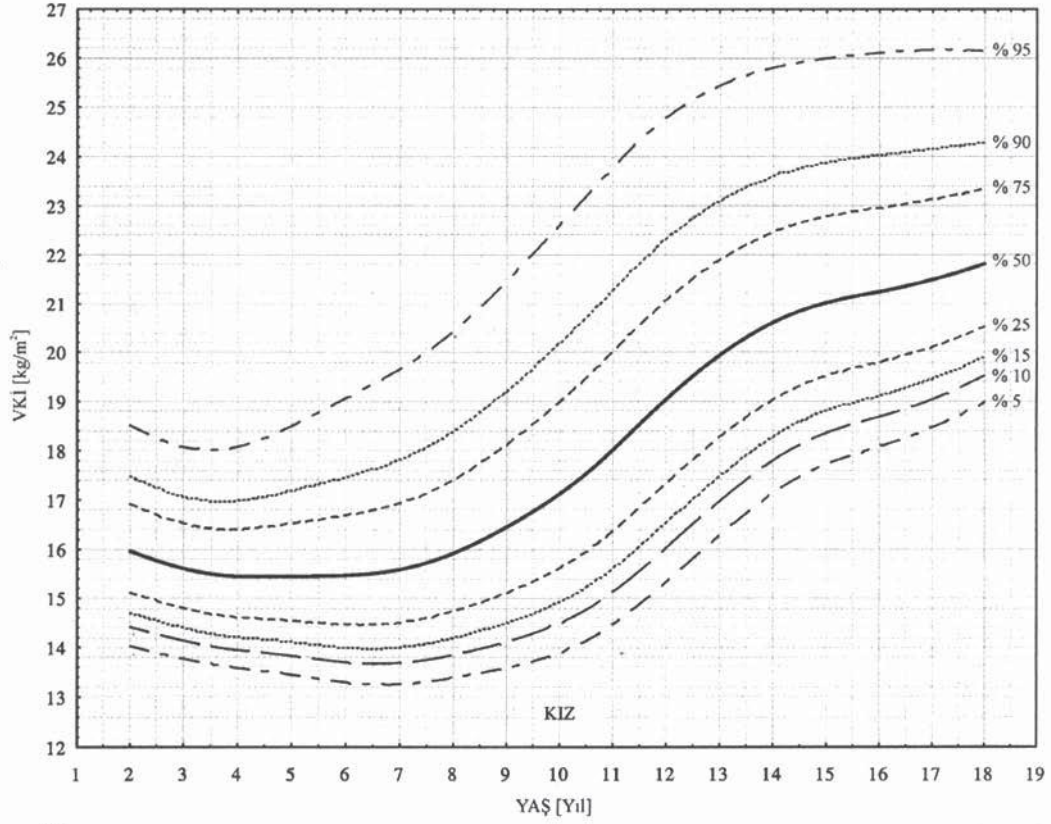




## EK-8 (2-18) YAŞ ERKEK ÇOCUKLARINDA BOY UZUNLUĞU PERSANTİL EĞRİLERİ



## EK-9. (2-18) YAŞ ERKEK VE KIZ ÇOCUKLARINDA VKİ PERSANTİL EĞRİLERİ



## KAYNAKÇA

Kaynakça Örnekleri (American Psychological Association (APA)'ya göre düzenlenecektir).

- İki yazarlı makale

Tonta, Y. ve Ünal, Y. (2005). Scatter of journals and literature obsolescence reflected in document delivery requests. *Journal of the American Society for Information Science & Technology*, 56(1), 84-94.

- Çoklu yazarlı makale

Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C. R., Berry, A., Harlow, T. ve Bach, J. S. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1190-1204.

- İki yazarlı kitap

Ranzijn, R., McConnochie, K. ve Nolan, W. (2009). *Psychology and indigenous Australians: Foundations of cultural competence*. South Yarra, Vic: Palgrave Macmillan.

- İki yazarlı kitap

Ranzijn, R., McConnochie, K. ve Nolan, W. (2009). *Psychology and indigenous Australians: Foundations of cultural competence*. South Yarra, Vic: Palgrave Macmillan.

- Web Sayfası

Doğuş Üniversitesi Dergisi. (2016). Yazar rehberi. Erişim adresi <http://journal.dogus.edu.tr/ojs/index.php/duj/about/submissions>

- Web sayfası: Yazarı olmayan

All 33 Chile miners freed in flawless rescue. (2010, 13 Ekim). Erişim adresi <http://www.budapestopenaccessinitiative.org/boai-10-recommendations>