

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
GENEL KLİNİKLERDE 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"/> Sedyeye <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 açıklayınız?

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 řu andaki sağlık sorunları ile ilgili yardım arama davranışlarınız oldu mu? Neler yaptınız?

Rutin muayene bilgileri

Aylık meme muayenesi

Mamogram

Prostat taraması

Kemik yoğunluğu

Kolonoskopi

Pap smear

Bağışıklanma durumu

COVID-19

Grip

Pnömoni

Tetanoz

Hepatit aşısı

Diğer.....

-Soy-geçmişte Kronik Hastalık yks:

-Sağlığı Etkileyebilecek Davranışlar

Sigara (Miktar, sıklık, süre)

Diyet (zelliği, süre)

Alkol (Adı, miktar, sıklık, süre)

Egzersiz (zelliği, süre)

Madde Kullanımı (Adı, miktar, sıklık, süre)

Hijyen (zelliği, süre)

İlaç (Adı, miktar, sıklık, süre)

Geleneksel Tedavi Uygulamaları (Adı, miktar, sıklık, süre)

Hastalık ve tedavi sürecini ynetmeyle 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

Çalışma Saati	Oral	Enteral	Parenteral	Kan	Toplam Alınan

Çıkardığı

Çalışma Saati	Dren	Kusma	Ng	İdrar	Diyare	İrrigasyon	Toplam Çıkan	Denge

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, tualete gitme, hareket etme, merdiven çıkma, alışveriş, yemek pişirme, ev işi vb.) değişiklikler oldu mu?

Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

Öz bakım 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 |
| <input type="checkbox"/> İsteksiz yapıyor | <input type="checkbox"/> 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.

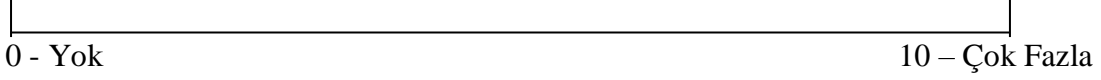
6. BİLİŞSEL-ALGISAL

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 (halüsünasyon, illüzyon, depersonilazasyon, derealizasyon vb varlığı)

Bilişsel Süreç (bilinç, bellek, dikkat, konsantrasyon, yargılama, iç görüş, 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, frijitime, vajinismus, dispareni, 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 řu anki yaşamında meydana gelen değişimleri, hastalık öncesi ve hastalık sonrası süreci değerlendiriniz.

Boyutlar	Hastalıktan Önce	Mevcut/ řu 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 İçgörü	

Düşünce	
Süreci (<i>Düşünce akışında hızlanma /yavaşlama</i>)	
Obsesyon:	
Sanrı (Hezeyan):	
Fobi:	

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

Özel Beceri ve Yeterlik	
Hesaplama yeteneği:	
Okuma-yazma	

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

EKLER;

- 1- Hemşire Gözlem Formu**
- 2- Görüşme Raporu**
- 3- Tanı, Tetkik ve Sonuç Formu**
- 4- Vital Bulgular Takip Formu**
- 5- İlaç/İntravenöz Sıvı İzlem Formu**
- 6- Ölçekler (Uygulama alanına özgü uygun olan ölçekler öğretim elemanı tarafından seçilecektir. Bu ölçekler sadece öneri niteliğindedir.)**
 - a. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)**
 - b. NCCN Sıkıntı Termometresi**
 - c. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği**
 - d. Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği**
- 7- Hasta Bakım Planı Formu**

EK-1 HEMŞİRE GÖZLEM FORMU

Tarih:

Őift:

Bireyin Adı Soyadı:

Hemşire:
İmza:

EK-2 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

EK-3 TANI, TETKİK VE SONUÇ FORMU

TARİH	YAPILAN İŞLEM	SONUÇ

EK-4 VİTAL BULGULAR TAKİP FORMU

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

EK-5 İLAÇ/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.)	

EK-6 DEĞERLENDİRME SÜRECİNDE KULLANILABİLECEK PSİKOMETRİK ÖLÇEKLER

(Aşağıda verilen ölçekler sadece öneri niteliğindedir. Uygulama alanına uygun olabilecek ölçek/ölçekler öğretim elemanı tarafından seçilerek kullanılabilir.)

EK-6. a. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

EK-6. b. Sıkıntı Termometresi

EK-6. c. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği

EK-6. d. Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

(Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- Çoğu zaman Zaman zaman, bazen
 Birçok zaman Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar Yalnızca biraz eskisi kadar
 Pek eskisi kadar değil Hiçbir zaman

3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
 Evet, ama çok da şiddetli değil
 Biraz, ama beni pek endişelendiriyor
 Hayır, hiç de öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar Kesinlikle o kadar değil
 Şimdi peko kadar değil Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman Zaman zaman, çok sık değil
 Birçok zaman Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman Bazen
 Sık değil Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

- Kesinlikle Sık değil
 Genellikle Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman Bazen
 Çok sık Hiçbir zaman

9. Sanki içim gır gır ediyormuş gibi birtedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman Oldukça sık
 Bazen Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
 Gerekli kadar özen göstermiyorum
 Pek o kadar özen gösteremeyebilirim
 Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla Çok fazla değil
 Oldukça fazla Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
 Her zamankinden biraz daha az
 Her zamankinden kesinlikle daha az
 Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık Çok sık değil
 Oldukça sık Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla Pek sık değil
 Bazen Çok seyrek

Mavi renkli kutu içinde şıklan olan sorular anksiyete, turuncu renkli altı çizgili şıklan olan sorular depresyon skorlarını verir.
0-7 puan: normal ||| 8-10puan: sınırdaki ||| 11 ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon Anksiyete

Acta psychiatrica, scand. 1983;67:361-370 A. S. Zigmond and R. P. Spath

feranline
www.firanline.com

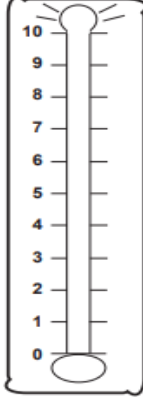
Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Sağbağ 2018

NCCN SIKINTI TERMOMETRESİ

Zihinsel, fiziksel, sosyal veya manevi türde hoş olmayan deneyimlere sıkıntı denir. Sıkıntılar düşünme şeklinizi, hislerinizi veya hareketlerinizi etkileyebilir. Sıkıntılar, kanserle, belirtileriyle ve tedavisiyle başa çıkmayı zorlaştırabilir.

Talimatlar: Bugün dâhil geçen hafta içinde ne kadar sıkıntı yaşadığınızı en iyi açıklayan sayıyı (0-10) daire içine alın.

Şiddetli sıkıntı



Sıkıntı yaşamıyorum

PROBLEM LİSTESİ

Lütfen, bugün de dâhil geçen hafta içinde aşağıdakilerden herhangi bir problemi yaşayıp yaşamadığınızı belirtin. Her problem için EVET veya HAYIR seçeneğini işaretleyin.

EVET	HAYIR	Pratik Problemler	EVET	HAYIR	Fiziksel Problemler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çocuk bakımı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Görünüş
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beslenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yıkama/giyinme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barınma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nefes alma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sigorta/finansal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İdrarda değişiklik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulaşım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kabızlık
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İş/okul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İshal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tedavi kararları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yeme
		Ailevi Problemler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yorgunluk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çocuklarla ilgili sorunlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Şişkinlik hissi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eş ile ilgili sorunlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ateş
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çocuk sahibi olabilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gezinme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allenin sağlık sorunları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hazımsızlık
		Duygusal Problemler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hafıza/konsantrasyon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ağız yaraları
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korkular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mide bulantısı
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gerginlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Burun kuruluğu/ tıkanıklığı
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Üzüntü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ağrı
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endişe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cinsel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Olağan aktivitelere ilgiyi yitirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cilt kuruluğu/kaşıntı
		Manevi/dini endişeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uyku
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Madde kullanımı
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ellerde/ayaklarda karıncalanma

Diğer Problemler: _____

Not: Aksi belirtilmedikçe tüm öneriler 2A kategorisindedir.

Klinik Çalışmalar: NCCN, kanser hastaları yönetiminin en iyi şekilde klinik çalışmaya yapılabileceğine inanmaktadır. Klinik çalışmalara katılım özellikle teşvik edilmektedir.

Sürüm 2.2020, 11.03.2020 © 2020 National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®). Tüm hakları saklıdır. NCCN Guidelines® ve bu görsel NCCN'in açık yazılı izni olmadan hiçbir şekilde çoğaltılamaz.

DIS-A

KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0: Yok
1: Çok hafif
2: Hafif
3: Orta
4: Orta-şiddetli
5: Şiddetli
6: Aşırı derecede şiddetli

1. SOMATİK UĞRAŞLAR: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriyazis	0	1	2	3	4	5	6
2. ANKSİYETE: Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku	0	1	2	3	4	5	6
3. DUYGUSAL İÇE KAPANMA: Spontan interaksyon kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik	0	1	2	3	4	5	6
4. DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ: konfü, kopuk, bağlantısız, dezorganize düşünce süreçleri	0	1	2	3	4	5	6
5. SUÇLULUK DUYGULARI: Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma	0	1	2	3	4	5	6
6. GERGİNLİK: Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik veya motor belirtileri	0	1	2	3	4	5	6
7. MANİYERİZM VE POSTÜR: Tuhaf, acayip, doğal olmayan motor davranış (tikler dışında)	0	1	2	3	4	5	6
8. GRANDİYOZİTE: Kendisi hakkında abartmalı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı	0	1	2	3	4	5	6
9. DEPRESİF DUYGUDURUM: Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik	0	1	2	3	4	5	6
10. DÜŞMANCA DAVRANIŞ: Başkaların karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret	0	1	2	3	4	5	6
11. KUŞKUCULUK: Güvensizlik, başkalarının kasıtlık olarak kötülük yapacağına inanma	0	1	2	3	4	5	6
12. HALLÜSİNATUAR DAVRANIŞ: Normal dışı, uyarıcı olmaksızın algılama	0	1	2	3	4	5	6
13. MOTOR YAVAŞLAMA: Yavaşlamış, zayıflamış hareket veya konuşma, beden kuvvetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
14. İŞBİRLİĞİ KURMAMA: Direnc, temkinlilik, otoriteyi reddetme	0	1	2	3	4	5	6
15. OLAĞAN DIŞI DÜŞÜNCELER: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı	0	1	2	3	4	5	6
16. DUYGUSAL KÜNTLÜK: Azalmış duygusal ton, duyguların normal şiddetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
17. TAŞKINLIK: Artmış emosyonel ton, ajitasyon, tepkisellikte artma	0	1	2	3	4	5	6
18. DEZORYANTASYON: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı	0	1	2	3	4	5	6

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZI ÖLÇEĞİ

Lütfen bu yönergeyi dikkatle okuyunuz: Bu ölçek kişilerin günlük yaşamlarında karşılaştığı sıkıntıları ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacı ile hazırlanmıştır. Aşağıdaki ifadelerden, davranışlarınızı tanımlayan veya size en uygun olan cevabı belirleyerek seçtiğiniz cevabın alanına 'X' işaretini koyunuz. Lütfen hiçbir ifadeyi boş bırakmayınız.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA	Hiç uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
1) Kimsenin bilmesini istemem.				
2) İyimser olmaya çalışırım.				
3) Bir mucize olmasını beklerim.				
4) Olayı / olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım.				
5) Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6) Sakin kafayla düşünmeye ve öfkelenmemeye çalışırım.				
7) Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.				
8) Olayın değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9) İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.				
10) Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde hissederim.				
11) Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12) Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13) İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14) Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bu yolda uğraşırım.				

15) Problemin çözümü için adak adarım.				
16) Her şeye yeniden başlayacak gücü bulurum.				
17) Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18) Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19) Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20) Problemi adım adım çözmeye çalışırım.				
21) Mücadeleden vazgeçerim.				
22) Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23) Hakkımı savunabileceğine inanırım.				
24) Olanlar karşısında kaderim buymuş derim.				
25) Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye düşünürdüm.				
26) Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.				
27) Benim suçum ne diye düşünürüm.				
28) Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm.				
29) Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30) Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

BAKIM PLANI FORMU

Hastanın Adı Soyadı

Öğrenci Hemşirenin Adı-Soyadı

Tarih	HEMŞİRELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA		DEĞERLENDİRME
	Etiyolojik Faktörler	Kanıtlanmış Tanımlayıcı Kriterler	Hemşirelik Tanıları (G/P/O) Kollobratif Problemler (PK)	Beklenen Hasta Sonuçları	Müdahaleler/Girişimler	Evet	Hayır	

Her tanı için bu form oluşturulmalıdır. Her tanı için tüm uygulamalar yazılmalıdır. Yapılan uygulamaların yanına + işareti konulmalıdır. Değerlendirme günlük yapılmalıdır.