

EK.3 HASTA VERİ TOPLAMA FORMU

Öğrenci Hemşirenin Adı Soyadı:
Kurum ve Klinik:
Uygulamanın Başlangıç ve Bitiş Tarihi:

I. BİREYE AİT DEMOGRAFİK VE TIBBİ VERİLER

Adı Soyadı:	Yatış Tarihi:
Yaşı:	Görüşme Tarihi:
Cinsiyeti:	Sosyal Güvencesi:
Yaşadığı Yer (İlçe/İl):	Tıbbi Tanısı:
Medeni Durumu:	Mevcut riskli durumlar:
Çocuk Sayısı (Varsa belirtiniz):	() Kanama riski () Kendine ya da başkalarına zarar verme riski () İzolasyon (Temas/Solunum/Damlacık) () Düşme riski () Alerjileri
Eğitim durumu:	Veri Kaynakları(kendisi, dosyası, ailesi, ekip üyeleri vd):
Mesleği:	Başvuru şekli: <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Başka bir klinik <input type="checkbox"/> Başka bir hastane <input type="checkbox"/> Acil
Çalışma Durumu:	Geliş şekli: <input type="checkbox"/> Ayaktan <input type="checkbox"/> Sedye <input type="checkbox"/> Sandalye
Algılanan Gelir Düzeyi:	() Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla

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...)

-Hastalığının yaşamınız üzerine etkisi ne şekilde oldu, 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 ne şekilde etkiledi?

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

Neler yaptınız?

Rutin muayane bilgileri

Aylık meme muayenesi
Kemik yoğunluğu

Mamogram
Kolonoskopi

Prostat taraması
Pap smear

Bağışıklanma durumu

COVID-19

Grip

Pnömoni

Tetanoz

Hepatit aşısı

-Soy geçmişte Kronik Hastalık Öyküsü:

-Sağlığı Etkileyebilecek Davranışlar

Sigara (miktar, sıklık, süre)

Alkol (Adı, miktar, sıklık, süre)

Madde Kullanımı(Adı, miktar, sıklık, süre)

İlaç (Adı, miktar, sıklık, süre)

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

Hastalık ve tedavi sürecini yönetmeyle ilgili motivasyonu

Diyet (Özelliği, süre)

Egzersiz (Özelliği, süre)

Hijyen (Özelliği, süre)

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 ne şekilde etkiledi?

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

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

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 ne şekilde 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 ne şekilde 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 süreci öncesi, düzenli olarak meşgul olduğunuz fiziksel egzersiz var mıydı? Varsa açıklayınız

Hastalık sürecinden sonra, aktivite kısıtlaması oldu mu? Bu sizi ne şekilde etkiledi?

Yardımcı araç kullanıma gereksiniminiz var mı? Varsa belirtiniz..

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Yürüteç/Walker | <input checked="" type="checkbox"/> Baston |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye | <input checked="" type="checkbox"/> Koltuk Değneği |

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 ne şekilde etkiledi?

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

6. 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 ne şekilde etkiledi?

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

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

Ağrı Değerlendirme Skalası

0- Yok

10 – Çok Fazla

7. 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 ne şekilde etkiledi?

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

Sosyal destek ağınızı tanımlar mısınız? Destek almak için aile, arkadaş, sağlık profesyonelleri, sosyal gruplar vb. kimlere yönelirsiniz?

Ne tür desteklere ihtiyaç duyarsınız?

Hastalık sürecinden sonra aile içi ilişkilerinizde ne gibi değişiklikler yaşadınız?

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

8. 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, dispareni, erken boşalma, ağrılı koitus) bir değişiklik oldu mu? Olduysa ne gibi bir değişiklik oldu?

Bu değişiklikler sizin yaşamınızı ne şekilde etkiledi?

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

9. STRES - BAŞ ETME

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

Hastalık sürecinden sonra stresle başatmenizde bir değişiklik oldu mu? Olduysa ne gibi bir değişiklik oldu?

Bu değişiklikler sizin yaşamınızı ne şekilde 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?

10. 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 ne şekilde 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?

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, kendine</i>)	
Algı (<i>halüsünasyon, illüzyon vb</i>)	
Bellek(<i>uzak/yakın/anlık bellek</i>)	
Dikkat	
Kavramlaştırma ve soyutlama	
Yargılama ve içgörü	
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.*)

NANDA Hemşirelik Tanıları (*Hemşirelik tanıları öncelik sırasına göre günlük olarak listelenecektir*)