



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
MEDİKAL EL YIKAMA
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Ellerini çizik, lezyon yönünden kontrol eder.			
2	Tırnaklarını kısa, temiz ve pürüzsüz olmasını sağlar.			
3	Takıları varsa çıkarır.			
4	Lavabonun önünde lavaboya değmeyecek şekilde durur.			
5	Musluğu kağıt havlu ile açar ve suyun akış hızını ayarlar.			
6	Suyun ısısını ılık olacak şekilde ayarlar.			
7	Ön kolu dirsekten aşağıda olacak şekilde ellerini ve bileklerini ıslatır.			
8	Avuç içine 4-5 ml. kadar sıvı sabun alır.			
9	Ellerini iyice köpürene kadar ovuşturur.			
10	Avuç içlerini, el sırtı, parmaklar ve araları ile beraber dairesel hareketlerle en az 5'er defa ovuşturur.			
11	Tırnak aralarını temiz bir fırça ile temizler.			
12	Elleri görünür şekilde kirlenmişse, bileklerin 2,5 cm. yukarisına kadar yıkar.			
13	Ellerini bileklerden parmak uçlarına kadar iyice durular.			
14	El yıkama işlemi yaklaşık olarak 60 sn. sürer.			
15	Musluğu temiz kuru kağıt havlu ile kapatır.			
16	Kağıt havluyu atık kutusuna atar.			
17	Gerekliyse ellerine nemlendirici krem sürer.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
İZOLE EDİLMİŞ HASTANIN BAKIMI İÇİN BİREYSEL KORUYUCU
MALZEMELERİN KULLANIMI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastanın izolasyon nedenini içeren tıbbi öyküsünü değerlendirir.			
2	Takılar varsa çıkarır.			
3	El hijyenini sağlar.			
4	Malzemeleri (bone, maske, tek kullanımlık önlük, gerekiyorsa tek kullanımlık gözlük ve yüz koruyucu, gerekiyorsa galoş, çöp torbası, eldiven, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Hastanın izolasyon türüne göre kullanılacak koruyucu malzemeleri belirler.			
6	Saçları uzunsa toplar.			
7	Boneyi iki ucundan tutar.			
8	Boneyi saçların tamamını içine alacak şekilde başına yerleştirir.			
9	Tek kullanımlık önlüğü açık kısmı arkaya gelecek şekilde giyer.			
10	Önlüğün kollarını parmak uçlarına doğru çeker.			
11	Önlüğü boyundan ve belden bağlar.			
12	Gerekiyorsa tek kullanımlık gözlük ve yüz koruyucu takar.			
13	Maskeyi metal şeridi burun kanatlarının üzerine gelecek şekilde bağlarından tutar.			
14	Maskeyi ağız, burnu ve çeneyi kaplayacak şekilde yüzüne yerleştirir.			
15	Maskenin üst bağları kulakların üzerinden, alt bağları kulakların altından geçirilerek başın arka kısmına bağlar.			
16	Maskenin metal şeridini burun kanatlarının üstüne sıkıştırır.			
17	Gerekiyorsa galoş giyer, el hijyenini sağlar.			
18	Tek kullanımlık eldiveni, önlüğün kol ağzının üstüne gelecek şekilde giyer.			
19	Hasta odasına gider.			
20	Hastanın kimliği doğrular.			
21	Malzemeleri kolay ulaşılabilir yere bırakır.			
22	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
23	Hastanın mahremiyetini sağlar.			
24	Yatak frenlerini kontrol eder.			
25	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
26	Çalışacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
27	Bakım için gerekli işlemleri yapar.			
28	Kirli malzemeleri sağlam ve nem geçirmez tek katlı bir torbaya atar.			
29	Çok kirli çarşaf ve ıslak atıkları çift katlı torbaya atar.			
30	Çöp torbalarının altını sıkıca bağlar.			
31	Yatak kenarlarını kaldırır.			
32	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			

33	Önlüğün bağı önden bağlanmışsa eldiveni çıkarmadan önce bağını çözer.			
34	Eldivenlerden birini kol ağzından tutularak içi dışına gelecek şekilde çıkarır ve diğer eldiveni elin avuç içine alır.			
35	Eldivensiz el ile diğer eldivenin kol ağzını iç yüzünden tutar ve içi dışına gelecek şekilde çıkarır.			
36	El hijyenini sağlar.			
37	Varsa tek kullanımlık gözlük ve göz koruyucuyu çıkarır.			
38	Önlüğün önce boyun sonra bel bağcıklarını çözer.			
39	Önlüğün kirli kısmı dışarıda kalacak şekilde omuzlardan aşağı doğru bırakır.			
40	Önlüğün dış kısmına dokunulmadan kollarını çıkarır.			
41	Önlüğün omuzlarının iç yüzünden tutar.			
42	Önlüğü atık kutusuna atar.			
43	Maskenin dış yüzeyine temas etmeden önce alt sonra üst bağcığını çözerek atık kutusuna atar. Hastada solunum izolasyonu varsa maskeyi odadan ayrılırken çıkarır.			
44	El hijyenini sağlar.			
45	Uygulamaya ilişkin kayıtları hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
STERİL EL DİVEN GİYME VE ÇIKARMA
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Takıları varsa çıkarır.			
2	El hijyenini sağlar.			
3	Ele uygun büyüklükte eldiveni seçer.			
4	Eldiven paketini; delik, yırtık, renk değişimi, nemlilik, kontaminasyon, son kullanma tarihi bakımından kontrol eder.			
5	Eldivenin dış paketini açar.			
6	İç paketi, eldivenin bilek kısımları vücuda yakın tarafta olacak şekilde, bel hizasında, kuru ve temiz bir alana koyar.			
7	Eldivenin iç paketini önce üst, sonra alt ve yan tarafları iç kısmına dokunulmadan dikkatlice açar.			
8	Aktif olmayan elin baş ve işaret parmaklarıyla aktif ele ait eldivenin katlanmış olan manşet kısmını kavrar.			
9	Eldiveni bel hizasından yukarıda tutularak, parmakları aşağı bakacak şekilde kaldırılıp paketten çıkarır.			
10	Eldiveni dikkatlice aktif olan ele giydirir.			
11	Eldivenin manşet kısmını, diğer eldiven giyilene kadar katlı olarak bırakır.			
12	Eldivenli elin başparmağını diğer parmaklardan uzak olacak şekilde tutar.			
13	Kalan dört parmağı yan yana birleştirilerek diğer eldivenin manşet katları arasına yerleştirir.			
14	Eldiveni bel hizasından yukarıda olacak şekilde kaldırıp paketten çıkarır.			
15	Eldiveni dikkatlice aktif olmayan yere giydirilerek manşet katı kolun üzerine doğru açar.			
16	Aktif olmayan elin parmaklarını diğer eldivenin manşetinin altına sokarak manşet katını kolun üzerine doğru açar.			
17	Her iki elin parmaklarını birbiri arasına kenetleyerek eldivenin ele iyice yerleşmesini sağlar.			
18	Eldivenin delik olup olmadığını tekrar kontrol eder.			
19	Elleri bel seviyesinin üzerinde, avuç içi yukarı bakacak şekilde tutar.			
20	Steril eldiveni çıkarılırken aktif olan el ile diğer eldeki eldivenin manşet kısmını bileğe değmeden tutar.			
21	Eldivenin içi dışarı gelecek biçimde çıkarır ve aktif elin eldiveni ile bilek arasına sokar.			
22	Eldivenin dış tarafına dokunmadan eldivenin içi dışarı gelecek biçimde çıkarır (ilk çıkarılan eldiveni diğerinin içinde bırakır).			
23	Eldivenleri uygun kirli kabına atar.			
24	El hijyenini sağlar.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
KAPALI YATAK YAPIMI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Kirli yatak takımlarının çıkarılması:			
2	Ellerini yıkar.			
3	İşlemden önce yatağın etrafındaki etejer ve sandalyeyi uzaklaştırır.			
4	Yatak kenarlıklarını indirir, çağırma zilini uzaklaştırır, yatağı rahat çalışabilecek yüksekliğe ayarlar.			
5	Tüm kirli yatak takımlarını kirli torbasına atabilmek için torba yaklaştırır.			
6	Baştan aşağıya doğru tüm yatak takımlarını yakın taraftan başlayarak gevşetir.			
7	Pike/ yatak örtüsünü düzenli bir şekilde katlar ve kaldırır.			
8	Tüm kirli nevresim takımlarını üniormaya temas ettirilmemesine dikkat eder.			
9	Battaniye yeniden kullanılacaksa, nevresimi battaniyeden dikkatlice ayırır, katlayıp kaldırır.			
10	Yastık kılıfını sıyırarak çıkarır ve kirli sepetine atar.			
11	Yatağın ayak ve baş kısımlarının yerini değiştirir, alt-üst eder, silinebilir özellikteki yatağı uygun dezenfektan ile temizler.			
12	Eldivenleri çıkarır.			
13	Temiz yatak takımlarının yerleştirilmesi: Yatağın yakın tarafına geçer ve koruyucu yatak pedini yatak üzerine kırışksız olacak şekilde yerleştirir.			
14	Çarşafı, yatağın baş ucuna katlı halde yerleştirir, iki katı yatağın karşı tarafına, diğer katı ayak ucuna doğru açar.			
15	Çarşafın köşelerini baş ucu ve ayak ucu üçgen yaparak yatağın altına sıkıştırır.			
16	Gerekli ise ara muşambasını yatağın orta noktasına gelecek şekilde yerleştirir.			
17	Ara muşambayı ve çarşafı yatağın altına doğru yerleştirir.			
18	Tüm işlemler boyunca sırtı düz tutma ve vücut mekaniği işlemlerini uygular.			
19	Nevresimi yatağın üzerinde battaniyeye geçirir.			
20	Nevresimin kenarlarını düzetir ve ayak ucunu yatağın altına yerleştirir.			
21	Yatak örtüsünü/ pikeyi nevresim üzerine yerleştirir ve köşeleri düzeltir.			
22	Yatağın başucundan da boşluk bırakır, nevresimi düzeltir.			
23	Tüm kirli takımlarını kirli torbasına atar.			
24	Aynı işlemleri yatağın uzak tarafı içinde tekrarlar.			
25	Yastık kılıfı geçirildikten sonra açık ucunu duvara pencereye gelecek şekilde yerleştirir.			
26	Yastığı yatağın baş ucunda orta noktaya gelecek şekilde yerleştirir, çağırma zilini bireyin ulaşabileceği şekilde yerleştirir, yatağı hastanın rahat edebileceği seviyeye ayarlar.			
27	Etejeri hastanın uzanabileceği yere yerleştirir.			
28	Kirli torbaları çamaşırhaneye teslim eder ve ellerini yıkar.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
AÇIK (HASTA İÇİNDE) YATAK YAPIMI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Ellerini yıkar, non-steril eldiven giyer.			
2	Hastanın gizliliğini sağlamak için oda kapısını, perde/ paravanı kapatır, oda sıcaklığını ayarlar (22-25°C).			
3	Hastanın boşaltım gereksinimi olup olmadığını sorar (varsa sürgü verip boşaltım sonrası perine bakımı uygular).			
4	Yatağı rahat çalışabilecek seviyeye ayarlar.			
5	Çağırma zilini uzaklaştırır.			
6	Kirli yatak takımlarını kirli torbasına atabilmek için kirli torbasını yaklaştırır.			
7	Pike/ yatak örtüsünü katlar ve kaldırır. Tüm nevresim takımlarının üniformaya değmemesi için dikkat eder.			
8	Battaniye yeniden kullanılacaksa nevresimden ayırır, katlar ve kaldırır.			
9	Hastanın üzerine banyo havlusu/ uygun bir örtü örter ve nevresim, banyo havlusunun üzerinden kaydırılarak alır ve kirli torbasına atar.			
10	Hastanın sağ/sol lateral pozisyonda yatmasına yardım eder ve uzak taraftaki yatak kenarlığını kaldırır.			
11	Alt yatak takımlarını, yatağın baş ucundan ayak ucuna doğru yakın taraftan başlatılarak gevşetir.			
12	Kirlenmiş yatak takımlarını uzak taraftan rahatça alabilmek için rulo halinde katlayarak hastanın alt tarafına yerleştirir.			
13	Temiz koruyuculu yatak pedini ve çarşafı, yatağın başucuna dörde katlı halde yerleştirir, ilk katı yatağın karşı tarafına, diğer katı ayak ucuna doğru açar.			
14	Çarşafın köşelerini baştan ayak ucuna doğru katlar.			
15	Tüm kenarları baş ucu ve ayak ucunda üçgen yaparak yatağın altına sıkıştırır.			
16	Gerekli ise ara muşambayı düzgün şekilde yerleştirir.			
17	Ara çarşafı muşamba üzerinde yerleştirir ve yatak altına doğru kıvrır.			
18	Tüm temiz yatak takımlarını, hastanın alt tarafına doğru kıvrarak yerleştirir.			
19	Çalışılan taraftaki yatak kenarlığını kaldırır ve diğer tarafa geçer.			
20	Diğer taraftaki yatak kenarlığını indirir ve hastayı vücut mekaniği ilkelerine göre temiz yatak takımlarının serildiği yere doğru çevirir.			
21	Kirli yatak takımlarını toplayarak kirli torbasına atar.			
22	Yatağın başucundan itibaren yerleştirilen temiz takımları dikkatlice çekerek yatağın altına kıvrır ve köşeleri düzeltir.			
23	Ara muşambayı ve ara çarşafı hastanın kalçasının altından dikkatlice kaydırıp yatağın altına yerleştirir.			
24	Hastaya uygun pozisyon/ supine pozisyonu verir.			
25	Tüm alt takımları kırışksız olacak şekilde gerdirir.			
26	Nevresimi hastanın üzerine yerleştirir.			
27	Banyo havlusunu nevresim takımının altından kaydırarak alır ve kirli sepetine atar.			
28	Battaniyeyi nevresim takımı içine yerleştirir.			

29	Nevresim takımını düzeltir ve ayak ucundan yatağın altına yerleştirir.			
30	Yatak örtüsünü /pikeyi nevresim üzerine yerleştirir ve köşeleri düzeltir.			
31	Nevresim takımını ve pikeyi, ayak ucundan yatağın altına doğru kıvrarak yerleştirir.			
32	Yatağın baş ucundan da boşluk bırakarak, nevresim takımını, yatak örtüsü/pikeyi düzeltir.			
33	Yastık kılıfını çıkararak kirli torbasına atar, yeni yastık kılıfını yastığa geçirir.			
34	Çağırma zilini ve etejeri hastanın ulaşabileceği yere koyar ve hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
35	Perdeyi ve paravanı açar.			
36	Yatağı hastanın rahat edebileceği yüksekliğe ayarlar.			
37	Kirli yatak takımlarını çamaşırhaneye teslim eder.			
38	Eldivenleri çıkarır ve ellerini yıkar.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HASTANIN İKİ KİŞİ İLE YATAĞIN BAŞUCUNA ÇEKİLMESİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastanın yatağın başucuna çekilmesini etkileyecek faktörleri (hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı, vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Hastanın kimliğini doğrular.			
4	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
5	Hasta mahremiyetini sağlar.			
6	Yatak frenlerini kontrol eder.			
7	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
8	Yatak kenarlıklarını indirir.			
9	Yatağı düz pozisyona getirir ya da hastanın tolere edebileceği kadar yatak başını indirir.			
10	Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyer.			
11	Hastanın başının altındaki yastığı alarak yatağın başucuna yerleştirir.			
12	Kişiler, hastanın karın bölgesi hizasında (sağında ve solunda) yüzleri ve gövdeleri hastaya dönük olacak şekilde dururlar.			
13	Hasta yan tarafa döndürülerek omuzdan kalçasına kadar uzanacak şekilde altına çarşaf yerleştirir.			
14	Hastadan yapabildiği ölçüde ve ayak tabanları yatağa degecek şekilde dizlerini bükmesini ister.			
15	Hastanın başını fleksiyona getirmesini ister.			
16	Hastanın kollarını göğsü üzerine çaprazlamasını ister.			
17	Çarşafın uçlarını hastanın omuz ve kalçasına yakın yerden kıvrarak tutar.			
18	Ayaklarını bir omuz boyu genişliğinde açar ve bir ayağını diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirir.			
19	Dizler ve kalça esnetilirken abdominal ve gluteal kaslarını kasar, sırtını düz bir şekilde tutar.			
20	Üçe kadar sayar, vücut ağırlığını arkadaki ayaktan öndeki ayağa doğru verirken hastayı çarşaf ile birlikte yatağın baş ucuna doğru çarşaf ile kaydırır. Hastanın hareket kabiliyeti iyi ise dizlerinden kendisini yukarı iterek yardım etmesini ister.			
21	Hastanın altındaki çarşafı alır.			
22	Yastığı, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirir.			
23	Hastaya koruyucu yatış pozisyonu verir.			
24	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
25	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
26	Malzemeleri toplar.			
27	Varsa tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
28	El hijyenini sağlar.			
29	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HASTANIN YATAK KENARINA ÇEKİLMESİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastanın yatak kenarına çekilmesini etkileyecek faktörleri (hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb.) değerlendirilir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Hastanın kimliğini doğrular.			
4	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
5	Hastanın mahremiyetini sağlar.			
6	Yatak frenlerini kontrol eder.			
7	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
8	Çalışacak taraftaki kenarlıkları indirir.			
9	Yatağı düz pozisyona getirir ya da hastanın tolere edebileceği kadar yatak başını indirir.			
10	Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyer.			
11	Hastaya koruyucu pozisyon sağlamak için yerleştirilen yastıkları alır.			
12	Bir hemşire ile hasta yatak kenarına çekiliyorsa; Yüz ve gövde hastaya dönük olacak şekilde yatağın baş ucuna geçer.			
13	Yatağa yakın olan el hastanın baş ve boynunun altından geçirir, uzak taraftaki omuz tutularak kaldırır.			
14	Hastanın başının altındaki yastığı alır.			
15	Hastanın kollarını göğsüne çaprazlar.			
16	Hastayı üç aşamada yatağın kenarına kaydırır; Yatağa yakın olan kolunu hastanın baş ve omuzlarının altından, diğer kolunu scapulaların altından geçirir.			
17	Ayaklarını bir omuz boyu genişliğinde açar ve bir ayak dirseğinden biraz önde olacak şekilde yerleştirir.			
18	Dirsekler ile yatak kenarından destek alır.			
19	Dizler ve kalça esnetilirken abdominal ve gluteal kaslarını kasar, sırtını düz bir şekilde tutar.			
20	Öndeki dizini yatağa dayayarak destek alır.			
21	Vücut ağırlığını öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verirken hastanın üst gövdesini yatak kenarına çeker.			
22	Hastanın kalça hizasına geçer.			
23	Yatağa yakın olan kolunu hastanın belinin altından, diğerini kalçasının altından geçirir.			
24	Hastanın alt gövdesini yatağın kenarına çeker.			
25	Hastanın bacak hizasına geçer.			
26	Yatağa yakın olan kolunu hastanın dizlerinin altından, diğerini ayak bileklerinin altından geçirir.			
27	Hastanın bacaklarını yatağın kenarına çeker.			
28	İki hemşire ile hasta kenara çekiliyorsa;			

	Hastanın altına omzundan kalçasına kadar uzanacak şekilde çarşaf yerleştirir.			
29	Kişiler hastanın karın bölgesi hizasında hastanın çekileceği yatak kenarında, yüzlerini ve gövdelerini hastaya dönük olacak şekilde yan yana dururlar.			
30	Çarşafın uçlarını hastanın omuz ve kalçasına yakın yerden kıvrarak tutar.			
31	Ayaklarını bir omuz boyu genişliğinde açar ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirir.			
32	Dizler ve kalçayı esnetir, abdominal ve gluteal kaslarını kasar, sırtını düz bir şekilde tutar.			
33	Üçe kadar sayar ve vücut ağırlığını öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verirken hastayı yatağın bir kenarına doğru çarşaf ile kaydırır.			
34	Hastanın altındaki çarşafı alır.			
35	Yastığı hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirir.			
36	Hastaya koruyucu yatış pozisyonu verir.			
37	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
38	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
39	Malzemeleri toplar.			
40	Varsa tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
41	El hijyenini sağlar.			
42	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HASTANIN SUPİNE POZİSYONUNDAN
LATERAL POZİSYONA GETİRİLMESİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastanın supine pozisyonundan lateral pozisyona getirilmesini etkileyecek faktörleri (hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Hastanın kimliğini doğrular.			
4	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
5	Hasta mahremiyetini sağlar.			
6	Yatak frenlerini kontrol eder.			
7	Çalışacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
8	Yatağı düz pozisyona getirir ya da hastanın tolere edebileceği kadar yatak başını indirir.			
9	Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyer.			
10	Hastaya koruyucu pozisyon sağlamak için yerleştirilen yastıkları alır.			
11	Hastanın altında omuzdan kalçasına kadar uzanacak şekilde çarşaf yerleştirir.			
12	Hemşireler, hastanın göğüs ve kalça bölgesi hizasına hastanın döndürüleceği tarafın tersine, yüzleri ve gövdeleri hastaya dönük olacak şekilde yan yana durur.			
13	Çarşafın uçlarını hastanın omuz ve kalçasına yakın yerden kıvrılarak tutar.			
14	Ayaklar bir omuz boyu genişliğinde açılır ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirir.			
15	Dizler ve kalçasını esnetir, abdominal ve gluteal kaslarını kasar, sırtını düz bir şekilde tutar.			
16	Vücut ağırlığını öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verirken hastayı yatağın bir kenarına doğru çarşaf ile kaydırır.			
17	Bir hemşire yatağın diğer tarafına geçer. Hastanın kilosuna göre döneceği tarafa geçerek hemşire sayısı iki veya üçe çıkartılabilir.			
18	Hastanın başını döndürüleceği tarafın tersine çevirir.			
19	Hastanın döndürüleceği taraftaki kolu abdüksiyon ve eksternal rotasyon yapacak şekilde, diğer kolunu ise göğsünün üzerine yerleştirir.			
20	Hastanın döndürülebileceği taraftaki bacağı altta, diğer bacağı üstte kalacak şekilde çaprazlar.			
21	Diğer tarafa geçen hemşire çarşafın kenarlarından tutarak hastayı kendine doğru çekerken diğer hemşirede hastanın sırtından dikkatle iterek yardım eder (döndürürken hastanın tüm vücut bölümlerini aynı anda hareket ettirir).			
22	Yastığı hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirir.			
23	Hastanın sırtını yastıkla destekler.			
24	Hastanın altta kalan kolunu avuç içi yukarı bakacak şekilde yastığın yanında fleksiyona alır.			
25	Hastanın üste kalan kolunu avuç içi aşağı bakacak şekilde fleksiyona alır.			

26	Hastanın üste kalan kolunu omuz hizasında olacak şekilde altına yastık yerleştirilerek destekler.			
27	Hastanın altta kalan bacağına vücuttan hafif geriye doğru uzaklaştırarak düzleştirir.			
28	Hastanın üste kalan bacağına hafif fleksiyona alır.			
29	Hastanın üste kalan bacağına kalça hizasında olacak şekilde altına yastık yerleştirilerek destekler.			
30	Bacak ile ayak arasındaki açı 90° olacak şekilde ayak tabanına ayak destek tahtası/sert yastık yerleştirir.			
31	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
32	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
33	Malzemeleri toplar.			
34	Varsa tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
35	El hijyenini sağlar.			
36	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HASTANIN LATERAL POZİSYONDAN
SUPİNE POZİSYONUNA GETİRİLMESİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastanın lateral pozisyonundan supine pozisyonuna getirilmesini etkileyecek faktörleri (hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlara, tıbbi araçların varlığı vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Hastanın kimliğini doğrular.			
4	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
5	Hastanın mahremiyetini sağlar.			
6	Yatak frenlerini kontrol eder.			
7	Çalışacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
8	Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyer.			
9	Hastaya koruyucu lateral pozisyonu sağlamak için yerleştirilen yastıkları alır.			
10	Hasta omuz ve kalçasından tutularak sırt üstü pozisyona getirilir.			
11	Hastanın kollarını gövdesinin yanına ve bacaklarını da yan yana olacak şekilde yerleştirir.			
12	Hastayı yatağın ortasına çeker.			
13	Yastığı, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirir.			
14	Hastanın sırtının lomber bölgesinin altına rulo haline getirilmiş ince havluyu yerleştirir.			
15	Hastanın bacaklarının eksternal rotasyonunu engelleyecek şekilde kalçadan dize kadar torakanter rulo/ rulo haline getirilmiş ince bir havlu yerleştirir.			
16	Ön kolu hafifçe gövdeden uzaklaştırarak pronasyon pozisyonuna getirir.			
17	Kolları omuz hizasında yükselterek altına yastık yerleştirir.			
18	Hastanın dizlerinin altına ince bir havlu yerleştirir.			
19	Ayak tabanlarına bacak ile ayak arasındaki açı 90° olacak şekilde sert yastık/ ayak destek tahtası yerleştirir.			
20	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
21	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
22	Malzemeleri toplar.			
23	Varsa tek kullanımlık eldivenini çıkarır.			
24	El hijyenini sağlar.			
25	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HASTANIN SUPİNE POZİSYONUNDAN
PRONE POZİSYONUNA GETİRİLMESİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastanın supine pozisyonundan prone pozisyonuna getirilmesini etkileyecek faktörleri (hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Hastanın kimliğini doğrular.			
4	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
5	Hasta mahremiyetini sağlar.			
6	Yatak frenlerini kontrol eder.			
7	Çalışacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
8	Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyer.			
9	Hastaya koruyucu supine pozisyonu sağlamak için yerleştirilen yastıkları alır.			
10	Hastayı döndürüleceği tarafın ters tarafına doğru yatağın kenarına çeker.			
11	Hastanın başını döndürüleceği tarafın ters tarafına çevirir.			
12	Hastanın hemşireye yakın taraftaki kolunu vücudunun yanına yerleştirir.			
13	Hastanın döndürüleceği taraftaki kolunu dirseği düz kalacak ve el kalçanın altında olacak şekilde vücudunun yanına yerleştirir.			
14	Hastanın bacaklarını birleştirir.			
15	Yatak kenarlığını kaldırır.			
16	Hastanın döndürüleceği taraftaki yatak kenarına geçer ve yatak kenarlığını indirir.			
17	Yüz ve gövde hastaya dönük olacak şekilde hastanın kalça hizasında durur.			
18	Ayaklarını bir omuz boyu genişliğinde açar ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirir.			
19	Dizler ve kalçayı esnetirken abdominal ve gluteal kaslarını kasar, sırtını düz bir şekilde tutar.			
20	Öndeki dizini yatağa dayayarak destek alır.			
21	Bir el ile hastanın uzak taraftaki omzunu, diğer el ile uzak taraftaki kalçasını tutar.			
22	Vücut ağırlığını öndeki ayaktan arka ayağa doğru verirken hastayı prone pozisyonuna getirir.			
23	Hastanın yüzünü rahat nefes alması için bir yana çevirir ve gerekiyorsa ince bir yastık yerleştirir.			
24	Hastanın omurgasını ve bacaklarını düz bir şekilde uzatır.			
25	Hastanın kollarını başın iki yanında fleksiyona getirir.			
26	Karın ve göğüs arasında oluşan boşluğa ince bir havlu katlayarak yerleştirir.			
27	Hastanın ayak parmak uçlarını yatağa değmeyecek ve bacak ile ayak arasındaki açı 90° olacak şekilde bilekten dize kadar bir yastıkla destekler.			
28	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
29	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			

30	Malzemeleri toplar.			
31	Varsa tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
32	El hijyenini sağlar.			
33	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HASTANIN PRONE POZİSYONUNDAN
SUPİNE POZİSYONUNA GETİRİLMESİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastanın prone pozisyonundan supine pozisyonuna getirilmesini etkileyecek faktörleri (Hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Hastanın kimliğini doğrular.			
4	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
5	Hasta mahremiyetini sağlar.			
6	Yatak frenlerini kontrol eder.			
7	Çalışacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
8	Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyer.			
9	Hastaya koruyucu prone pozisyonu sağlamak için yerleştirilen yastıkları alır.			
10	Hastayı kademeli olarak döndürüleceği tarafın ters tarafına doğru yatağın kenarına çeker.			
11	Hastanın başını döndürüleceği tarafın ters tarafına çevirir.			
12	Hastanın ellerini bacaklarına temas edecek şekilde kolları gövdesine iyice yaklaştırır.			
13	Hastanın bacaklarını birleştirir.			
14	Yatak kenarlığını kaldırır.			
15	Hastanın döndürüleceği taraftaki yatak kenarına geçer ve yatak kenarlığını indirir.			
16	Yüz ve gövde hastaya dönük olacak şekilde hastanın kalça hizasında durur.			
17	Ayaklarını bir omuz boyu genişliğinde açar ve bir ayağı diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirir.			
18	Dizler ve kalçasını esnetir. Abdominal ve gluteal kaslarını kasar, sırtını düz bir şekilde tutar.			
19	Öndeki dizini yatağa dayayarak destek alır.			
20	Bir el ile hastanın uzak taraftaki omzu, diğer el ile uzak taraftaki kalçasını tutar.			
21	Vücut ağırlığını öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verirken hastaya supine pozisyonu verir.			
22	Hastayı yatağın ortasına çeker.			
23	Yastığı hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirir.			
24	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
25	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
26	Malzemelerini toplar.			
27	El hijyenini sağlar.			
28	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HASTANIN SUPİNE POZİSYONUNDAN
SİMS POZİSYONUNA GETİRİLMESİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastanın supine pozisyonundan sims pozisyonuna getirilmesini etkileyecek faktörleri (hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Hastanın kimliğini doğrular.			
4	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
5	Hasta mahremiyetini sağlar.			
6	Yatak frenlerini kontrol eder.			
7	Çalışacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
8	Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyer.			
9	Hastaya koruyucu supine pozisyonu sağlamak için yerleştirilen yastıkları alır.			
10	Hastayı döndürüleceği tarafın ters tarafına doğru yatağın kenarına çeker.			
11	Hastanın başı döndürüleceği tarafın ters tarafına çevirir.			
12	Hasta hemşireye yakın taraftaki kolu göğsünün üstüne çaprazlar.			
13	Hastanın döndürüleceği taraftaki kolunu dirseği düz kalacak ve el kalçanın altında kalacak şekilde vücudun yanına yerleştirir.			
14	Hastanın döndürüleceği taraftaki bacağı altta, diğer bacağı ise üstte kalacak şekilde çaprazlar.			
15	Yatak kenarlığını kaldırır.			
16	Hastanın döndürüleceği taraf yatak kenarına geçer ve yatak kenarlığını indirir.			
17	Yüz ve gövdesi hastaya dönük olacak şekilde hastanın kalça hizasında durur.			
18	Ayaklarını bir omuz boyu genişliğinde açar ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirir.			
19	Dizler ve kalça esnetilirken abdominal ve gluteal kaslarını kasar, sırtını düz bir şekilde tutar.			
20	Öndeki dizini yatağa dayayarak destek alır.			
21	Bir el ile hasta uzak taraftaki omzunu, diğer bir el ile uzak taraftaki kalçasını tutar.			
22	Vücut ağırlığını öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verirken hastanın kalçası vücudundan hafif geride kalacak şekilde hastayı sims pozisyonuna getirir.			
23	Yastığı hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirir.			
24	Hastanın altta kalan kolundan radial nabzını kontrol eder.			
25	Hastanın üstte kalan kolunu avuç içi aşağı bakacak şekilde fleksiyona alır.			
26	Hastanın üstte kalan kolunu omuz hizasında olacak şekilde altına yastık yerleştirilerek destekler.			
27	Hastanın altta kalan bacağı vücuttan hafif geriye doğru uzaklaştırarak düzleştirir.			
28	Hastanın üstte kalan bacağı hafif fleksiyona alır.			

29	Hastanın üstte kalan bacağına kalça hizasında olacak şekilde altına yastık yerleştirerek destekler.			
30	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
31	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
32	Malzemeleri toplar.			
33	Varsa tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
34	El hijyenini sağlar.			
35	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HASTANIN SİMS POZİSYONUNDAN
SUPİNE POZİSYONUNA GETİRİLMESİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastanın Sims pozisyonundan supine pozisyonuna getirilmesini etkileyecek faktörleri (hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Hastanın kimliğini doğrular.			
4	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
5	Hasta mahremiyetini sağlar.			
6	Yatak frenlerini kontrol eder.			
7	Çalışacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
8	Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyer.			
9	Hastaya koruyucu sims pozisyonunu sağlamak için yerleştirilen yastıkları alır.			
10	Hastanın vücudunu aynı düzlemde olacak şekilde düzeltir.			
11	Hastayı kademeli olarak döndürüleceği tarafın ters tarafına doğru yatağın kenarına çeker.			
12	Hastanın başını döndürüleceği tarafın ters tarafına çevirir.			
13	Hastanın elleri bacaklarına temas edecek şekilde kollarını gövdesine iyice yaklaştırır.			
14	Hastanın bacaklarını birleştirir.			
15	Yatak kenarlığını kaldırır.			
16	Hastayı döndürüleceği taraf yatak kenarına çeker ve yatak kenarlığını indirir.			
17	Yüz ve gövde hastaya dönük olacak şekilde hastanın kalça hizasında durur.			
18	Ayaklarını bir omuz boyu genişliğinde açar ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirir.			
19	Dizler ve kalçayı esnetir, abdominal ve gluteal kaslarını kasar, sırtını düz bir şekilde tutar.			
20	Öndeki dizini yatağa dayayarak destek alır.			
21	Bir el ile hastanın uzak taraftaki omzu, diğer el ile uzak taraftaki kalçasını tutar.			
22	Vücut ağırlığı öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verirken hastayı supine pozisyonuna getirir.			
23	Hastayı yatağın ortasına çeker.			
24	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
25	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
26	Malzemeleri toplar.			
27	Varsa tek kullanımlık eldivenini çıkarır.			
28	El hijyenini sağlar.			
29	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HASTANIN YATAKTAN SANDALYEYE OTURTULMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastanın yataktan sandalyeye oturmasını etkileyecek faktörleri (hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Hastanın kimliğini doğrular.			
4	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
5	Hasta mahremiyetini sağlar.			
6	Sandalyeyi, hastanın yatağının başucuna yatakla 45°'lik açı yapacak şekilde yerleştirir.			
7	Sandalyenin tekerleklerini kilitler.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	Hastaya koruyucu pozisyon sağlamak için yerleştirilen yastıkları alır.			
12	Hastayı lateral pozisyona getirir.			
13	Yatak başını 30° yükseltir.			
14	Yüz ve gövde hastaya dönük olacak şekilde hastanın kalçası hizasında durur.			
15	Ayaklarını bir omuz boyu genişliğinde açar ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yer değiştirir.			
16	Dizler ve kalça esnetilirken abdominal ve gluteal kaslarını kasar, sırtını düz bir şekilde tutar.			
17	Öndeki dizini yatağa dayayarak destek alır.			
18	Yatak başına yakın olan kolunu, hastanın baş ve boynunu destekleyecek şekilde omuzlarının altına yerleştirir.			
19	Diğer kolunu hastanın bacaklarının üzerinden uzatarak bacağın lateral kısmından kavrar.			
20	Vücut ağırlığını öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verirken hastanın gövdesini dik bir şekilde kaldırır ve bacaklarını yatak kenarından aşağıya doğru sarkıtır.			
21	Hastayı baş dönmesi, ortostatik hipotansiyon, halsizlik yönünden değerlendirir.			
22	Hastanın ayağına kaydırmaz tabanlı terlik giydirir (varsa transfer kemeri takılır).			
23	Hastanın ayaklarını kendi omuz genişliğince açar.			
24	Hastanın elleri ile yataktan/ hemşirenin omzundan destek almasının ister.			
25	Hastanın koltuk altından/ transfer kemerinin en yakın yerinden tutar.			
26	Ayaklarını bir omuz boyu genişliğinde açar, kalça ve dizler bükülerek dizler hastanın dizlerine yaslar.			
27	Dizler ve kalçayı esnetir, abdominal ve gluteal kaslarını kasar, sırtını düz bir şekilde tutar.			
28	Hastanın karşıya doğru bakmasını ister.			

29	Üçe kadar sayıldığında ayakta duruş pozisyonuna getirir.			
30	Hastayı baş dönmesi, ortostatik hipotansiyon, halsizlik yönünden değerlendirir.			
31	Hastanın birkaç saniye ayakta durmasını sağlar.			
32	Hastanın dengesi ve bacak gücünü değerlendirilir, zayıfsa hastayı yatağa geri oturtur.			
33	Hasta ile birlikte sandalyeye doğru birkaç adım atar.			
34	Hastadan sandalyenin kenarından destek alarak yavaşça sandalyeye oturmasını ister.			
35	Hastanın sandalyedeki oturma pozisyonu düzeltir.			
36	El hijyenini sağlar.			
37	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HASTANIN YATAKTAN SEDYEYE ALINMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastanın yataktan sedyeye alınmasını etkileyecek faktörleri (hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Hasta kimliğini doğrular.			
4	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
5	Hasta mahremiyetini sağlar.			
6	Yatak frenlerini kontrol eder.			
7	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
8	Çalışacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
9	Yatağı düz pozisyona getirir ya da hastanın tolere edebileceği kadar yatak başını indirir.			
10	Hastanın altına omzundan ayak bileğine kadar uzanacak şekilde çarşaf yerleştirir.			
11	Hastanın kollarını göğsü üzerine çaprazlar.			
12	Sedyeyi yatağa paralel ve aynı yükseklikte olacak şekilde yatağın yanına yerleştirir.			
13	Sedyenin frenlerini kapatır.			
14	İki kişi yatağın sedyenin olduğu tarafında, bir kişi yatağın diğer tarafında yüz ve gövde hastaya dönük olacak şekilde durur.			
15	Sedye olmayan taraftaki kişi çarşafı hastanın baş ve göğüs kısmına gelen yerinden tutar.			
16	Sedye olan taraftaki kişilerden biri çarşafı hastanın baş ve göğüs kısmına gelen yerlerinden, diğeri ise göğüs ve ayak kısmına gelen yerlerinden tutar.			
17	Ayaklarını bir omuz boyu genişliğinde açar ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirir.			
18	Dizler ve kalça esnetilirken abdominal ve gluteal kaslarını kasar, sırtını düz bir şekilde tutar.			
19	Öndeki dizini yatağa dayayarak destek alır.			
20	Üç kadar sayıldıktan sonra hastayı sedyeye alır.			
21	Sedyenin kenarlıklarını kaldırır.			
22	Yastığı hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirir.			
23	El hijyenini sağlar.			
24	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HASTANIN YATAKTAN SEDYEYE ALINMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastanın eklem hareket açıklığı egzersizlerini uygulamasını etkileyecek faktörleri (hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlara, tıbbi araçların varlığı vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Hasta kimliğini doğrular.			
4	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
5	Hasta mahremiyetini sağlar.			
6	Yatak frenlerini kontrol eder.			
7	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
8	Çalışacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
9	Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyer.			
10	Hastaya supine pozisyonu verir.			
11	Hastanın tüm yastıklarını alır.			
12	Eklemelerin distal ve proksimal alanlarından destek sağlayarak her bir egzersizi nazik ve ritmik şekilde yapar.			
13	Boyun Fleksiyonu: Hastanın başını dik pozisyonundan çenesi göğüs üzerine dayanacak şekilde öne doğru hareket ettirir (ROM: 45°).			
14	Boyun ekstansiyonu: Hastanın başını fleksiyon pozisyonundan dik pozisyona doğru hareket ettirir (ROM: 45°).			
15	Boyun Hiperekstansiyonu: Hastanın başını dik pozisyonundan mümkün olduğunca geriye doğru hareket ettirir (ROM: 10°- 45°). Boyun fleksiyon, ekstansiyon ve hiper ekstansiyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
16	Boyun Lateral Fleksiyonu: Hastanın başını sağ ve sol omuzlara doğru 2-5 kez hareket ettirir (ROM: 40°-45°).			
17	Boyun Rotasyonu: Hastanın başını bir taraftan diğer tarafa doğru, yüzü sağa ve sola olacak şekilde 2-5 kez hareketle çevirir.			
18	Omzun Fleksiyonu: Hastanın her bir kolunu dirsekler bükülmeden önden başın yukarısına doğru hareket ettirir (ROM: 180°).			
19	Omzun Ekstansiyonu: Hastanın omzu fleksiyonda iken, her bir kolunu dirsekler bükülmeden ileri ve aşağı doğru vücudun yanına doğru hareket ettirir (ROM: 180°).			
20	Omzun Hiperekstansiyonu: Hastanın omzu ekstansiyonda iken her bir kolunu dirsekler bükülmeden ileri ve aşağı doğru vücudun yanına doğru hareket ettirir (ROM: 180°). Omzun fleksiyon, ekstansiyon ve hiper ekstansiyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
21	Omzun Abduksiyonu: Hastanın her bir kolunu avuç içi karşıya bakacak şekilde vücudun yanından başın yukarısına doğru 2-5 kez hareket ettirir (ROM: 180°).			
22	Omzun Adduksiyonu: Hastanın her bir kolunu vücudu çaprazlayacak şekilde ve yanlamasına aşağıya doğru 2-5 kez hareket ettirir.			

23	Omzun İnternal Rotasyonu: Hastanın her bir kolu omuz seviyesinde dirsek dik açı oluşturacak, avuç içi karşıya parmaklar yukarı bakacak şekilde tutulur, avuç içi arkaya parmaklar aşağı bakacak şekilde kolunu hareket ettirir.			
24	Omzun Eksternal Rotasyonu: Hastanın her bir kolu omuz seviyesinde dirsek dik açı oluşturacak, avuç içi arkaya parmakları aşağı bakacak şekilde tutulur, avuç içi karşıya parmaklar yukarı bakacak şekilde kolunu hareket ettirir (ROM: 90°). Omzun internal ve eksternal rotasyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
25	Omzun Sirkümdikasyonu: Hastanın her bir kolunu öne, yukarı, arkaya ve aşağı tam yöne daire yapacak şekilde 2-5 kez hareket ettirir (ROM: 360°).			
26	Dirseğin Fleksiyonu: Hastanın her bir ön kolunu ileri ve yukarı doğru el omuza değecek şekilde hareket ettirir (ROM: 150°).			
27	Dirseğin Ekstansiyonu: Hastanın her bir ön kolunu fleksiyon pozisyonundan ileri ve aşağıya doğru dirsek düzleşene kadar hareket ettirir (ROM: 150°).			
28	Dirseğin Hiperekstansiyonu: Hastanın önkolunu normal ekstansiyonun ötesinde mümkün olduğunca uzağa geriye doğru bükür (ROM: 10-20°). Dirseğin fleksiyon, ekstansiyon ve hiperekstansiyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
29	Ön kolun Supinasyonu: Hastanın ön kolunu ve elini yukarıda olacak şekilde çevirir (ROM: 70-90°).			
30	Önkolun Pronasyonu: Hastanın önkolunu avuç içi aşağıda olacak şekilde çevirir (ROM: 70-90°). Ön kolun supinasyon ve pronasyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
31	Bileğin Fleksiyonu: Hastanın avuç içini ön kolun iç tarafına doğru hareket ettirir (ROM: 80-90°).			
32	Bileğin Ekstansiyonu: Parmaklar ve elleri bileğin fleksiyon pozisyonundan önkol ile aynı düzlemde olacak şekilde nötral pozisyona getirir (ROM: 80-90°).			
33	Bileğin Hiperekstansiyonu: Elin dorsal yüzünü mümkün olduğunca uzağa geriye doğru bükür. Bileğin fleksiyon, ekstansiyon ve hiperekstansiyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
34	Bileğin Abdüksiyonu: Bileği orta hattan başparmağa doğru bükür (ROM: 30°'nin üzerinde).			
35	Bileğin Addüksiyonu: Bileği lateral beşinci (serçe) parmağa doğru bükür (ROM: 30-50°). Bileğin abdüksiyon ve addüksiyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
36	Parmağın Fleksiyonu: Hastanın parmaklarını yumruk yapar (ROM: 90°).			
37	Parmağın Ekstansiyonu: Parmaklarını düzleştirir (ROM: 90°).			
38	Parmakların Hiperekstansiyonu: Parmaklarını mümkün olduğunca uzağa geriye doğru bükür (ROM: 30-60°). Parmakların fleksiyon, ekstansiyon ve hiperekstansiyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
39	Parmakların Abdüksiyonu: Parmakları birbirinden uzaklaştırır.			
40	Parmakların Addüksiyonu: Parmakları birbirine yaklaştırır. Parmakların abdüksiyon ve addüksiyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
41	Başparmağın Fleksiyonu: Başparmağı elin avuç içi yüzeyine çapraz hale getirir (ROM: 90°).			
42	Başparmağın Ekstansiyonu: Başparmağı elin diğer parmaklarından düz bir şekilde uzaklaştırır (ROM: 90°). Başparmağın fleksiyon ve ekstansiyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
43	Başparmağın Abdüksiyonu: Başparmağı yan tarafa doğru getirir (ROM: 30°).			
44	Başparmağın Addüksiyonu: Başparmağı elin diğer parmaklarına doğru geri getirir (ROM: 30°*).* Başparmağın abdüksiyon ve addüksiyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
45	Başparmağın Çaprazlanması: Başparmak ile aynı elin her bir parmağına 2-5 kez dokunur.			
46	Kalçanın Fleksiyonu: Bacağı ileri ve yukarıya doğru hareket ettirir (ROM: 90-120°).			
47	Kalçanın Ekstansiyonu: Bacağı fleksiyon pozisyonundan diğer bacağın yanına doğru geri hareket ettirir (ROM: 90-120°).			
48	Kalçanın Hiperekstansiyonu: Bacağı normal ekstansiyonun ötesinde arkaya doğru hareket ettirir (ROM: 30-50°).			

	Kalçanın fleksiyon, ekstansiyon ve hiperekstansiyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
49	Kalçanın Abdüksiyonu: Bacağı vücuttan uzağa ve yana doğru hareket ettirir (ROM: 30-50°).			
50	Kalçanın Addüksiyonu: Bacağı orta hata ve mümkünse ilerisine doğru geri getirir (ROM: 30-50°). Kalçanın abdüksiyon ve addüksiyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
51	Kalçanın İnternal Rotasyonu: Ayak ve bacağı 90° içe doğru çevirir.			
52	Kalçanın Eksternal Rotasyonu: Ayak ve bacağı 90° dışı doğru çevirir. Kalçanın internal ve eksternal rotasyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
53	Kalçanın Sirkümdikasyonu: Bacağı öne, yana ve aşağıya doğru dairesel bir şekilde 2-5 kez hareket ettirir (ROM:360°).			
54	Dizin Fleksiyonu: Topuğu kalçanın arkasına doğru getirilerek dizi bükür (ROM:120-130°).			
55	Dizin Ekstansiyonu: Bacağı fleksiyon pozisyonundan zemine doğru getirir (ROM:120-130°). Dizin fleksiyon ve ekstansiyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
56	Ayak Bileğinin Dorsifleksiyonu: Ayak parmaklarını yukarıyı gösterecek şekilde hareket ettirir (ROM: 20-30°).			
57	Ayak Bileğinin Plantar Fleksiyonu: Ayak parmaklarını aşağı gösterecek şekilde hareket ettirir (ROM: 20-30°). Ayak bileğinin dorsifleksiyonu ve plantar fleksiyonu hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
58	Ayağın İnversiyonu: Ayak tabanını yana orta tabana doğru çevirir (ROM:10° ve daha az).			
59	Ayağın Eversiyonu: Ayak tabanını yana doğru çevirir (ROM: 10° ve daha az). Ayağın inversiyonu ve eversiyonunu 2-5 kez tekrarlar.			
60	Ayak Parmaklarının Fleksiyonu: Parmakları aşağı doğru kıvrır (ROM: 30-60°).			
61	Ayak Parmaklarının Ekstansiyonu: Parmakları düzleştirir (ROM: 30-60°). Ayağın fleksiyon ve ekstansiyon hareketlerini 2-5 kez tekrarlar.			
62	Ayak Parmaklarının Abdüksiyonu: Parmakları birbirinden uzaklaştırır (ROM: 15° ve daha az).			
63	Ayak Parmaklarının Addüksiyonu: Parmakları birbirine yaklaştırır (ROM: 15° ve daha az). Ayak parmaklarının abdüksiyon ve addüksiyonunu 2-5 kez tekrarlar.			
64	Yastığı hastanın baş boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirir.			
65	Hastaya koruyucu yatış pozisyonu verir.			
66	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
67	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
68	Varsa tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
69	El hijyenini sağlar.			
70	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
TERMOFOR UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Hastaya termofor uygulaması yapılmasını etkileyen faktörleri (yaş, hastalıklar, uygulamanın amacı, vücut sıcaklığı, uygulama yapılacak derinin durumu, bilinç düzeyi, iletişim, hastanın hareket ve fiziksel sınırlamaları vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (malzeme tepsisi, uygun sıcaklıkta su, termofor ve kılıfı\havlu, kağıt havlu, su termometresi, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Suyun sıcaklığını su termometresi ile kontrol eder (yetişkinlerde ve 2 yaş üzeri çocuklarda; 46-52°C, bilinçsiz, zayıf ve 2 yaş altı çocuklarda; 40,5-46°C).			
6	Termoforun 2/3'ünü su ile doldurur.			
7	Termoforun ağzını yukarı bakacak şekilde yatay konuma getirir ve havasını çıkarır.			
8	Termoforun kapağını kapatır.			
9	Termoforu baş aşağı çevrilerek su sızıp sızmadığı kontrol eder.			
10	Termoforu kağıt havlu ile kurular.			
11	Termoforu kılıfına yerleştirir/havlu ile tek kat sarar.			
12	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
13	Hastanın kimliğini doğrular.			
14	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
15	Hasta mahremiyetini sağlar.			
16	Yatak frenlerini kontrol eder.			
17	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
18	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
19	El hijyenini sağlar.			
20	Termoforun uygulanacağı bölgeyi kontrol eder.			
21	Termoforu uygulama bölgesine nazikçe yerleştirir.			
22	Her 5 dk.'da bir uygulama bölgesini kontrol eder.			
23	Uygulamayı 20-30 dk. sürdürür.			
24	Uygulama sonlandırıldığında; uygulama bölgesini kızarıklık, doku hasarı, yanma ve uyuşma hissi vb. açısından kontrol eder.			
25	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
26	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
27	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
28	Malzemeleri toplar.			
29	El hijyenini sağlar.			
30	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
SICAK/SOĞUK PAKET UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Sıcak/ soğuk paket uygulamasını etkileyen faktörleri (yaş, hastalıklar, uygulamanın amacı, vücut sıcaklığı, uygulama yapılacak derinin durumu, bilinç düzeyi, iletişim, hastanın hareket ve fiziksel sınırlamaları vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, sıcak\soğuk paket ve kılıfı\havlu, kağıt havlu, rulo gazlı bez (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Üretici firmanın önerisine göre; Sıcak paketi mikrodalga fırında ya da sıcak suda ısıtır. Soğuk paketi buzdolabı buzlukunda en az 1,5 saat bekletir.			
6	Sıcak/soğuk pakette sızıntı olup olmadığını kontrol eder.			
7	Sıcak/ soğuk paketi kağıt havlu ile kurular.			
8	Sıcak/ soğuk paketi kılıfına yerleştirir / havlu ile tek kat sarar.			
9	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
10	Hastanın kimliğini doğrular.			
11	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
12	Hasta mahremiyetini sağlar.			
13	Yatak frenlerini kontrol eder.			
14	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
15	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
16	El hijyenini sağlar.			
17	Sıcak/soğuk paketin uygulanacağı bölgeyi kontrol eder.			
18	Sıcak/ soğuk paketi uygulama bölgesine yavaşça yerleştirir.			
19	Sıcak/soğuk paketi gerekli ise rulo gazlı bez ile uygulama bölgesine sabitler.			
20	Her 5 dk.'da bir uygulama bölgesini kontrol eder.			
21	Uygulamayı 20-30 dakika sürdürür.			
22	Uygulama sonlandırıldığında; uygulama bölgesini kızarıklık, doku hasarı, yanma, uyuşma hissi vb. açısından kontrol eder.			
23	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
24	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
25	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
26	Malzemeleri toplar.			
27	El hijyenini sağlar.			
28	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
SICAK/ SOĞUK KOMPRES UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Sıcak/ soğuk uygulaması yapılmasını etkileyen faktörleri (yaş, hastalıklar, uygulamanın amacı, vücut sıcaklığı, uygulama yapılacak derinin durumu, bilinç düzeyi, iletişim, hastanın hareket ve fiziksel sınırlamaları vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (sıcak \ soğuk kompres, su geçirmez örtü, uygun sıcaklıkta su, küvet, eldiven, su geçirmez örtü, havlu) hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	Yatak frenlerini kontrol eder.			
10	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki bel kenarlıklarını indirir.			
12	El hijyenini sağlar.			
13	Tek kullanımlık eldiven giyilir			
14	Sıcak/ soğuk kompreslerin uygulanacağı bölgeyi kontrol eder.			
15	Kapaklı küvetin içindeki suyun sıcaklığını su termometresi ile kontrol eder (sıcak uygulama: 40,5-43°C, soğuk uygulama 15°C).			
16	Uygulama bölgesinin altına su geçirmez örtü serer.			
17	Kompresleri küvette ıslatır (açık yara varsa uygulamaları cerrahi asepsi ilkelerine göre yapar).			
18	Islatılmış kompreslerin fazla suyunu sıkar.			
19	Kompresleri uygulama bölgesine düzgün bir şekilde yerleştirir.			
20	Uygulama bölgesini kuru bir havlu ile tek kat örter.			
21	Her 5 dk.'da bir uygulama bölgesini kontrol ederek kompresler ısladıkça yenisi ile değiştirir.			
22	Uygulamayı 20-30 dk. sürdürür.			
23	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
24	Uygulama sonlandırıldığında; uygulama bölgesini kızarıklık, karıncalanma hissi vb. açısından kontrol eder.			
25	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
26	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
27	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
28	Malzemeleri toplar.			
29	El hijyenini sağlar.			
30	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
OTURMA BANYOSUNA YARDIM ETME
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Oturma banyosu uygulaması yapılmasını etkileyen faktörleri (yaş, hastalıklar, uygulamanın amacı, vücut sıcaklığı, uygulama yapılacak derinin durumu, bilinç düzeyi, iletişim, hastanın hareket ve fiziksel sınırlamaları, perineal/rektal cerrahi geçirilmiş olması vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, uygun sıcaklıkta su, oturma küveti, banyo havlusu (2 adet), su termometresi, istem edilen solüsyon (gerekli ise), kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	El hijyenini sağlar.			
10	Suyun sıcaklığını su termometresi ile kontrol eder (suyun sıcaklığı 40,5-43°C, açık yara varsa 37°C).			
11	Oturma küvetini yarısına kadar su ile doldurur (istem edilen solüsyonu ekler).			
12	Tek kullanımlık eldiveni giyer.			
13	Hastanın alt kıyafetlerini çıkarır.			
14	Uygulama yapılacak bölgeyi kontrol eder.			
15	Hastanın küvete oturmasına yardım eder (açık yara varsa uygulamaları cerrahi asepsi ilkelerine göre yapar).			
16	Banyo havlusunu, hastanın bacaklarını ve küveti kapsayacak şekilde örter.			
17	Çağrı zilini hastanın ulaşabileceği yere koyar.			
18	Her 5 dakikada bir uygulama bölgesi ve suyun sıcaklığını kontrol eder.			
19	Uygulamayı 15-20 dakika sürdürür.			
20	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
21	Uygulama sonlandırıldığında; uygulama bölgesini kızarıklık, karıncalanma hissi vb. açısından kontrol eder.			
22	Hastanın perineal bölgesini havlu ile kurular.			
23	Hastanın alt kıyafetlerini giydirir.			
24	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
25	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
26	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
27	Malzemeleri toplar.			
28	El hijyenini sağlar.			
29	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
İLAÇ UYGULAMALARI
1.ORAL İLAÇ UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Oral yoldan ilaç uygulamasını etkileyecek faktörleri (yaş, bilinç durumu, yutma refleksi, geçirilmiş ameliyat, hastalıklar, alerji, iletişim, psikolojik durum vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	İlacı, ilaç çekmecesinden/dolabından alır (1. Kontrol).			
5	İlacı, formu, şekli, veriliş yolları, üretim dozu, son kullanma tarihi vb. açısından kontrol eder.			
6	İlaç kartı ile eldeki ilacı karşılaştırır.			
7	Hastaya verilecek ilaç dozunu hesaplar.			
8	İstenen dozdaki katı formundaki ilacı; -şişede ise önce şişenin kapağına sonra ilaç kabına, -ambalajlı ise paketi ile ilaç kabına bırakır (2. Kontrol).			
9	Tablet formundaki ilaçlardan sadece üzerinde çizgi olanları tablet kırıcı ile kırarak ilaç kabına bırakır (2. Kontrol).			
10	Tablet formundaki ilaç ezilecekse ilacı ilaç ezici ile toz haline getirerek su ile dilüe ederek ilaç kabına bırakır (2. Kontrol) (enterik kaplı kapsül/ tablet, dilaltı, bukkal formda ya da uzun süre/ yavaş etki göstermesi istenen bazı ilaçları ezmeden/ kırmadan hastaya verir).			
11	Sıvı formdaki süspansiyon ilaç şişesini çalkalar.			
12	Şişenin kapağını açar ve kapağın iç yüzü yukarı gelecek şekilde bırakır.			
13	Şişe ilacın etiketli tarafını avuç içinde olacak şekilde tutar.			
14	İlaç kabı göz hizasında düz bir zemin üzerinde iken ilacı ilaç kabına boşaltır (2.kontrol).			
15	Şişenin kapağını, şişe kenarı kağıt havlu ile silindikten sonra kapatır.			
16	Hazırlanan ilacı, ilaç çekmecesine/ dolabına kaldırır (3.kontrol).			
17	Her bir ilaç kabını, ilaç kartı ile birlikte ilaç tepsisine yerleştirir.			
18	İlaç tepsisini hasta odasında görme alanında kalacak şekilde kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
19	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgileri karşılaştırır (ilaç uygulaması sürecinde doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt kontrol edilmelidir).			
20	Hastanın kontrol bandından kimlik kontrolünü yapar.			
21	Hastadan adını, soyadını, doğum tarihini söylemesini ister.			
22	Hasta kendisini tanımıyorsa, doğrulama için onu tanıyan ikinci bir sağlık personelinden yardım alır.			
23	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve yan etkisini açıklar.			
24	Hasta mahremiyetini sağlar.			

25	Yatak frenlerini kontrol eder.			
26	Hastanın yatağını bel seviyesine getirir.			
27	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
28	El hijyenini sağlar.			
29	Gerekirse hastanın yaşamsal bulgularını kontrol eder.			
30	Hastanın semi-fowler, fowler ya da başı 30° olacak şekilde lateral pozisyona gelmesini sağlar.			
31	Hastaya ilaç kabını verir.			
32	İlaç sublingual yolla uygulanacaksa, ilacı dilaltına yerleştirir, ilaç tamamen eriyene kadar hastadan ilacı yutmaması ve çiğnememesi istenir.			
33	İlaç bukkal yolla uygulanacaksa, ilacı hastanın yanak mukozası ile alt molar diş arasına yerleştirir, ilaç tamamen eriyene kadar hastadan ilacı yutmaması ve çiğnememesi istenir.			
34	İlaç pastil formunda ise hastadan ilacı yutmaması ve çiğnememesi istenir.			
35	Oral ilacın yutulması isteniyorsa hastaya su (gerekirse pipet) verir, ilacı yutana kadar hastanın yanında bekler.			
36	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
37	Malzemeleri toplar.			
38	El hijyenini sağlar.			
39	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
40	Hastanın uygulanan ilaçlara yanıtını değerlendirir.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
YEREL İLAÇ UYGULAMASI
İLAÇLARIN DERİ YOLUYLA UYGULANMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Deri yoluyla ilaç uygulamasını etkileyecek faktörleri (açık yara, kaşıntı, yanma, iritasyon, çatlak, alerji, yaş, bilinç durumu, geçirilmiş ameliyat, hastalıklar, iletişim, psikolojik durum vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	İlacı; formu, şekli, veriliş yolları, üretim dozu, son kullanma tarihi, ilacın sıcaklığı vb. açısından kontrol eder.			
5	İlaçlar ve diğer gerekli malzemeleri (tek kullanımlık eldiven, ilaç kartı, ilaç (pudra, merhem, sprey, transdermal yama), gazlı bez (gerekirse steril), kağıt havlu, yüz havlusu, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) malzeme tepsisine yerleştirir (1,2 ve 3. Kontrol).			
6	Malzeme tepsisini hasta odasında görme alanına kalacak şekilde kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
7	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgileri karşılaştırır (İlaç uygulaması sürecinde doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt kontrol edilmelidir).			
8	Hastanın kimliğini doğrular.			
9	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi yan etkisini açıklar.			
10	Hasta mahremiyetini sağlar.			
11	Yatak frenlerini kontrol eder.			
12	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
13	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
14	El hijyenini sağlar.			
15	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
16	Hastanın sadece uygulama bölgesi açık kalacak şekilde kıyafetlerini çıkarır.			
17	Uygulama bölgesini gerekiyorsa temizler.			
18	1.Transdermal yama için temiz, kuru ve tüysüz bölgeyi seçer.			
19	2. Eski yama var ise çıkarıp yapışkan yüzeyleri birbirine yapışacak şekilde ikiye katlar ve kirli kabına atar.			
20	3. Yamanın etiket yüzüne ilacın veriliş tarihi ve saatini yazar.			
21	4. Yamanın ilaçlı yüzüne dokunmadan, yeni bir bölgeye yapıştırır.			
22	5. Yamanın üzerine masaj yapmadan avuç içi ile 10 sn. hafif basınç uygular.			
23	Gerekli miktarda krem/ merhem/ yağlı losyonu avuç içinde iki el birbirine sürterek ısıtır.			
24	İlacı kıl büyüme yönüne doğru eşit miktarlarda olacak şekilde yayar.			
25	Aerosol spreyi çalkalar.			
26	Spreyi uygulama bölgesinden yaklaşık 15-30 cm. tavsiye edilen uzaklıkta tutar.			

27	Sprey hastanın göğüs ya da boyun bölgesine uygulanacaksa; hastadan yüzünü diğer tarafa çevirmesini ister ya da hastanın yüzünü havlu ile örter.			
28	Spreyi bölgeye orantılı olarak sıkar.			
29	Pudra uygulamadan önce deri yüzeyini kağıt havlu ile kurular.			
30	Kıvrımlı bölgeleri iyice aralar.			
31	Pudra hastanın göğüs ya da boyun bölgesine uygulanacaksa; hastadan yüzünü diğer tarafa çevirmesini ister ya da hastanın yüzünü havlu ile örter.			
32	Uygulama yapılacak bölgeye ince bir tabaka halinde pudra döker.			
33	Gerekliyse ilaç uygulanan bölgeyi gazlı bez ile kapatır.			
34	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
35	Hastaya rahat edebileceği pozisyonu verir.			
36	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
37	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
38	Malzemeleri toplar.			
39	El hijyenini sağlar.			
40	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
41	Hastanın uygulanan ilaçlara yanıtını değerlendirir.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
YEREL İLAÇ UYGULAMASI
GÖZE İLAÇ UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Göze ilaç uygulamasını etkileyecek faktörleri (alerji, yaş, bilinç durumu, geçirilmiş ameliyat, hastalıklar, iletişim, psikolojik durum vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	İlacı; formu, şekli, veriliş yolları, üretim dozu, son kullanma tarihi, ilacın sıcaklığı vb. açısından kontrol eder.			
5	İlaçlar ve diğer gerekli malzemeleri (tek kullanımlık eldiven, ilaç kartı, ilaç (göz damlası\ merhemi), gazlı bez, kağıt havlu, serum fizyolojik (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabi, hemşire gözlem formu) malzeme tepsisine yerleştirir (1, 2 ve 3. Kontrol).			
6	Malzeme tepsisini hasta odasında görme alanında kalacak şekilde kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
7	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgileri karşılaştırır (ilaç uygulaması sürecinde doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt kontrol edilmelidir).			
8	Hastanın kimliğini doğrular.			
9	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve yan etkilerini açıklar.			
10	Hasta mahremiyetini sağlar.			
11	Yatak frenlerini kontrol eder.			
12	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
13	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
14	El hijyenini sağlar.			
15	Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyer.			
16	Hastaya kağıt havlu verir.			
17	Hasta supine ya da fowler pozisyonunda iken hastanın başını ekstansiyona getirir.			
18	Gözlerde çapaklanma, akıntı varsa serum fizyolojikle ıslatılmış gazlı bez ile temizler.			
19	1.Göz damlasını aktif ele alır.			
20	2.Aktif elin ulnar kısmını hastanın altına yerleştirerek sabitler.			
21	3.Pasif ele alınan gazlı bez ile alt göz kapağını elmacık kemiğine doğru aşağı çekerek alt konjektiva kesesini açar.			
22	Hastadan yukarı geriye doğru bakmasını ister.			
23	Göz damlasını alt konjektiva kesesinden 1-2 cm. yüksekte tutularak damlatır.			
24	Hastanın alt göz kapağını serbest bırakır.			
25	Hastadan gözünü kapatmasını ister.			
26	Nazolakrimal kanal üzerine gazlı bez yerleştirilerek en az 30 sn. hafif basınç uygular.			
27	Göz merhemini aktif ele alır.			
28	Pasif ele alınan gazlı bez ile alt göz kapağını elmacık kemiğine doğru aşağı çekerek alt konjektiva kesesini açar.			

29	Tüpün ucu alt göz kapaklarına ve kirpiklere değdirmeden alt konjoktiva kesesine yakın tutar.			
30	Merhemi alt konjonktiva kesesinin iç yüzüne, iç kantüsten dışa doğru yaklaşık 1.25 cm. sürer.			
31	Hastanın alt göz kapağını serbest bırakır.			
32	Hastanın gözünü kapatması ve gözlerini hareket ettirmesini izler.			
33	Göz kapağının dışına çıkan fazla ilacı temizler.			
34	Varsa tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
35	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
36	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
37	Yatak en düşük seviyeye getirir.			
38	Malzemeleri toplar.			
39	El hijyenini sağlar.			
40	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
41	Hastanın uygulanan ilaçlara yanıtını değerlendirir.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
YEREL İLAÇ UYGULAMASI
REKTUMA İLAÇ UYGULAMA
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Rektuma ilaç uygulamasını etkileyecek faktörleri (alerji, yaş, bilinç durumu, hastalıklar, iletişim, psikolojik durum, rektum ameliyatı, kanama öyküsü, hemoroid vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	İlacı; formu, şekli, veriliş yolları, üretim dozu, son kullanma tarihi, ilacın sıcaklığı vb. açısından kontrol eder.			
5	İlaçlar ve diğer gerekli malzemeleri (Tek kullanımlık eldiven, ilaç kartı, ilaç (rektal supozitivar), gazlı bez\ kağıt havlu, çarşaf, suda eriyen kayganlaştırıcı, su geçirmez örtü, el antiseptiği, kirlı kabı, hemşire gözlem formu.) malzeme tepsisine yerleştirilir (1, 2 ve3. Kontrol).			
6	Malzeme tepsisini hasta odasında görme alanında kalacak şekilde kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
7	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgileri karşılaştırır (ilaç uygulaması sürecinde doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt kontrol edilmelidir).			
8	Hastanın kimliğini doğrular.			
9	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve yan etkisini açıklar.			
10	Hasta mahremiyetini sağlar.			
11	Yatak frenlerini kontrol eder.			
12	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
13	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
14	İlaç uygulamasından önce hastadan varsa tuvalet ihtiyacını gidermesini ister.			
15	El hijyenini sağlar.			
16	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
17	Hastanın alt kıyafetlerini çıkarır.			
18	Hastaya sol lateral ya da sol sims pozisyonu verir.			
19	Hastanın yalnızca anal bölgesi açıkta kalacak şekilde üzerini çarşafı örter.			
20	Hastanın altına su geçirmez örtü yerleştirir.			
21	Supozitivar ambalajından çıkarır.			
22	Aktif elin işaret parmağına ve supozitivarın yuvarlak ucuna suda eriyen kayganlaştırıcı sürer.			
23	Anal sfinkter görülecek şekilde pasif el ile hastanın kalçalarını nazikçe aralar.			
24	Hastadan ağızdan derin ve yavaşça nefes almasını ister.			
25	Supozitivarı, yuvarlak ucu önde olacak şekilde anüsten rektal duvar boyunca 7,5- 10 cm. kadar ilerletilerek yerleştirir.			
26	Bir kağıt havlu ya da gazlı bez ile anal bölgedeki kayganlaştırıcı kalıntılarını siler.			

27	Su geçirmez örtüyü alır.			
28	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
29	Hastanın alt kıyafetlerini giydirir.			
30	Hastadan en az 5 dk. lateral ya da supine pozisyonunda kalmasını sağlar.			
31	Hastaya rahat edeceği pozisyon verir.			
32	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
33	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
34	Malzemeleri toplar.			
35	El hijyenini sağlar.			
36	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
37	Hastanın uygulanan ilaçlara yanıtını değerlendirir.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
YEREL İLAÇ UYGULAMASI
İNHALER İLAÇ UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	İnhaler ilaç uygulamasını etkileyecek faktörleri (alerji, yaş, bilinç durumu, hastalıklar, iletişim, psikolojik durum, geçirilmiş ameliyat, dispne vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	İlacı; formu, şekli, veriliş yolları, üretim dozu, son kullanma tarihi vb. açısından kontrol eder.			
5	İlaçlar ve diğer gerekli malzemeleri (ilaç kartı, ilaç (ölçülü doz inhaleleri), bir bardak su, tek kullanımlık böbrek küvet (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) malzeme tepsisine yerleştirir (1,2 ve 3. Kontrol).			
6	Malzeme tepsisini hasta odasında görme alanında kalacak şekilde kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
7	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgileri karşılaştırır (ilaç uygulaması sürecinde doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt kontrol edilmelidir).			
8	Hastanın kimliğini doğrular.			
9	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve yan etkisi açıklar.			
10	Hasta mahremiyetini sağlar.			
11	Yatak frenlerini kontrol eder.			
12	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
13	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını bel seviyesine indirir.			
14	El hijyenini sağlar.			
15	Hastaya fowler pozisyonu verir.			
16	İnhalelerin kapağını çıkarır.			
17	İnhaleleri 2-5 saniye (5-6 kez) çalkalar.			
18	Hastadan derin bir nefes alıp nefesini tamamen vermesini ister.			
19	Hastadan inhalelerin ağızlığını ağızına yerleştirip dişleri ve dudakları ile sıkıca tutmasını ister.			
20	Hastadan ağızdan yavaş ve derin bir nefes alırken ilacı püskürtmesini ister.			
21	Hastadan aldığı nefesi yaklaşık 10 sn. tutmasını ister (hasta nefesini tutarken inhalelerin ağızlığı ağızdan çıkarılmaz).			
22	Hastaya inhaleleri ağızdan çıkarmasını söyler.			
23	Hastadan büzülmüş dudaklarının arasından ya da burun yoluyla yavaşça nefes vermesini ister.			
24	Hastadan inhaleler kullanımının ardından su ile gargara yapmasını ister.			
25	Bir sonraki püskürtmeden önce 20-30 saniye bekler.			
26	İnhalelerin kapağını kapatır.			
27	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			

28	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
29	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
30	Malzemeleri toplar.			
31	El hijyenini sağlar.			
32	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
33	Hastanın uygulanan ilaçlara yanıtını değerlendirir.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
YEREL İLAÇ UYGULAMASI
BURUNA İLAÇ UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Buruna ilaç uygulamasını etkileyecek faktörleri (alerji, yaş, bilinç durumu, geçirilmiş burun ameliyatları, hastalıklar, iletişim, psikolojik durum vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	İlacı, formu, şekli, veriliş yolları, üretim dozu, son kullanma tarihi, ilacın sıcaklığı vb. açısından kontrol eder.			
5	İlaçlar ve diğer gerekli malzemeler (tek kullanımlık eldiven, ilaç kartı, ilaç (burun damlası), gazlı bez, kağıt havlu, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) malzeme tepsisine yerleştirilir (1, 2 ve 3. Kontrol).			
6	Malzeme tepsisini hasta odasında görme alanında kalacak şekilde kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
7	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgileri karşılaştırır (ilaç uygulaması sürecinde doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt kontrol edilmelidir).			
8	Hastanın kimliğini doğrular.			
9	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve yan etkisini açıklar.			
10	Hasta mahremiyetini sağlar.			
11	Yatak frenlerini kontrol eder.			
12	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
13	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
14	El hijyenini sağlar.			
15	Gerekiyorsa tek kullanımlık eldiven giyer.			
16	Hastadan kağıt havlu ile burnunu (sakıncası yoksa sümkürerek) temizlemesini ister.			
17	Hastaya supine pozisyonu verir ve başını ekstansiyona getirir; Etmoid ya da sfenoid sinüse ulaşmak için başı hiperekstansiyona getirir. Frontal ve maksiler sinüse ulaşmak için başı hiperekstansiyona getirirerek ilacın uygulanacağı tarafa doğru eğilir.			
18	Hastadan ağızdan nefes alıp vermesini ister.			
19	Damlalığı burun deliğinin 1 cm. üzerinde tutar.			
20	İstem edilen damla sayısını etmoid kemiğin orta hattına doğru damlatır.			
21	Hastadan yaklaşık 5 dk. pozisyonunu korumasını ister.			
22	Varsa tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
23	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
24	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
25	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
26	Malzemeleri toplar.			
27	El hijyenini sağlar.			

28	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
29	Hastanın uygulanan ilaçlara yanıtını değerlendirir.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
YEREL İLAÇ UYGULAMASI
VAJİNAYA İLAÇ UYGULAMA
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Vajinaya ilaç uygulamasını etkileyecek faktörleri (alerji, yaş, bilinç durumu, geçirilmiş ameliyatlara, hastalıklar, iletişim, psikolojik durum, menstruasyon durumunu vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	İlacı; formu, şekli, verilme yolları, üretim dozu, son kullanma tarihi, ilacın sıcaklığı vb. açısından kontrol eder.			
5	İlaçlar ve diğer gerekli malzemeleri (tek kullanımlık eldiven, ilaç kartı, ilaç (vajinal krem\köpük\supozituar, gerekli ise ilaç aplikatörü), perianal ped, gazlı bez\kağıt havlu, çarşaf, suda eriyen kayganlaştırıcı, su geçirmez örtü, ışık kaynağı (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) malzeme tepeğine yerleştirir (1, 2 ve 3. Kontrol).			
6	Malzeme tepeğini hasta odasında görme alanında kalacak şekilde kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
7	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgileri karşılaştırır (ilaç uygulaması sürecinde doğru hasta, doğru yol, doğru doz, doğru ilaç, doğru zaman, doğru kayıt kontrol edilmelidir).			
8	Hastanın kimliğini doğrular.			
9	Hastaya ilacın verilme nedeni, etkisi yan etkisini açıklar.			
10	Hasta mahremiyetini sağlar.			
11	Yatak frenlerini kontrol eder.			
12	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
13	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
14	İlaç uygulamasından önce hastadan varsa tuvalet ihtiyacını gidermesini ister.			
15	El hijyenini sağlar.			
16	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
17	Hastanın alt kıyafetlerini çıkarır.			
18	Hastaya dorsal rekümbent pozisyonu verir (dizlerinde veya kalçalarında fiziksel kısıtlılığı olan hastalara supine pozisyonu verir).			
19	Hastanın yalnızca perine bölgesi açıkta kalacak şekilde üzerini örter.			
20	Hastanın altına su geçirmez örtü yerleştirir.			
21	Gerekli ise vajina açıklığını aydınlatacak şekilde ışık kaynağı yerleştirir.			
22	Gerekli ise perine temizliğini sağlar ve tek kullanımlık eldiveni değiştirir.			
23	Supozituarı ambalajından çıkarır.			
24	Aktif elin işaret parmağına ve supozituarın yuvarlak ucuna suda eriyen kayganlaştırıcı sürer.			
25	Pasif el ile labiaları nazıkçe açar.			

26	Supozituarı, yuvarlak ucu önde olacak şekilde, vajinal kanalın arka duvarı boyunca 7,5 – 10 cm. kadar ilerleterek yerleştirir.			
27	Kağıt havlu ya da gazlı bez ile labialardaki ve vajinal açıklıktaki kayganlaştırıcı artıklarını temizler.			
28	Vajinal aplikatörü istem edilen miktarda krem/köpük ile doldurur.			
29	Aplikatörün ucuna suda eriyen kayganlaştırıcı sürer.			
30	Pasif el ile labiaları nazikçe aralar.			
31	Aktif ele alınan aplikatörü yavaşça ve hafif döndürerek vajinal açıklıktan yaklaşık 5-7,5 cm. ilerletir.			
32	Pasif el ile aplikatörün pistonunu sonuna kadar iter.			
33	Pistonu basılı konumda tutarak yavaşça vajinal açıklıktan çıkarır.			
34	Kağıt havlu ya da gazlı bez ile labialardaki ve vajinal açıklıktaki krem artıkları temizler.			
35	Hastaya ped verir.			
36	Su geçirmez örtüyü alır.			
37	Hastadan en az 10 dakika supine pozisyonunda kalmasını ister.			
38	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
39	Hastanın alt kıyafetlerini giydirir.			
40	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
41	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
42	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
43	Malzemeleri toplar.			
44	El hijyenini sağlar.			
45	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
DERİN SOLUNUM VE ÖKSÜRÜK EGZERSİZLERİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastanın derin solunum ve öksürük egzersizi yapmasını etkileyecek faktörleri (anksiyete, bilinç durumu, ağrı, geçirilmiş ameliyat, hareket kısıtlılığı, hastalıklar, tıbbi araç vb.) değerlendirir.			
2	El hijyenini sağlar.			
3	Hastanın kimliğini doğrular.			
4	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
5	Hasta mahremiyetini sağlar.			
6	Yatak frenlerini kontrol eder.			
7	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
8	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
9	Hastaya yatakta semi-fowler/ fowler pozisyonu verir ya da sandalyeye oturmasına yardım eder.			
10	Hastayla yüz yüze bakacak şekilde durur.			
11	Hastadan her iki elin avuç içlerini göğüs kafesinin alt sınırından ortaya doğru yerleştirmesini ister (Hastanın insizyonu var ise yastık ya da katlanmış havlu ile desteklenmesini sağlar).			
12	Hastadan nefes alıp tamamen akciğerlerini boşaltacak şekilde nefes vermesini ister.			
13	Hastadan, burnundan derin nefes alırken diyafragmasını aşağı doğru itip abdomenini şişirmesini ister.			
14	Hastadan nefesini 3 sn. tutmasını ister.			
15	Hastadan dudaklarını ıslık çalar gibi büzerek ağızdan nefes vermesini ister.			
16	Solunum egzersizini 3-5 kez tekrarlar.			
17	Hastadan, burnundan derin nefes alırken diyaframmasını aşağı doğru itip nefesini 3 sn. tutmasını ister.			
18	Hastadan akciğerlerindeki havayı arka arkaya üç kısa öksürük halinde dışarı atmasını ister.			
19	Hastadan ağızdan derin bir nefes almasını ve 2 defa kuvvetli bir şekilde öksürmesini ister.			
20	Hastanın sekresyonu varsa kağıt havlu ile tek kullanımlık böbrek küvete atar (balgam örneği alınacaksa hastaya etiketle örnek kabı verir).			
21	Gerekli ise hastaya ağız bakımı verir.			
22	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
23	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
24	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
25	Malzemeleri toplar.			
26	El hijyenini sağlar.			
27	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
NAZAL KANÜL İLE OKSİJEN UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Nazal kanül ile oksijen tedavisi uygulamasını etkileyecek faktörleri (Yünlü giysiler, sigara kullanımı, cildin yağlı olması/yağlı krem kullanımı, yanıcı maddeler, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş burun ameliyatları vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (malzeme tepsi, nazal kanül, humidifer (nemlendirici), oksijen flowmetre, nemlendirme için distile su, oksijen kaynağı, gazlı bez, pulse oksimetre, tek kullanımlık eldiven (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	Yatak frenlerini kontrol eder.			
10	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
12	El hijyenini sağlar (gerekli ise tek kullanımlık eldiveni giyer).			
13	Hastanın burnundan hava yolu açıklığını kontrol eder.			
14	Hastaya pulse oksimetre takar.			
15	Humidiferin 2/3'ü distile su ile doldurur.			
16	Flowmetrenin kanül ile bağlantısını sağlar.			
17	İstem edilen oksijen miktarını flowmetrede ayarlar.			
18	Kanülün ucundan oksijen gelip gelmediğini kontrol eder.			
19	Kanülün uçlarını, hastayı rahatsız etmeyecek şekilde burun deliklerine yerleştirir.			
20	Kanülü her bir kulağın üzerinden ve arkasından geçirilerek çene altında sabitler.			
21	Kanülün cilt ile temas eden basınç noktalarına gazlı bez yerleştirir.			
22	Varsa tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
23	Hastadan burnundan nefes almasını ister.			
24	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
25	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
26	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
27	Malzemeleri toplar.			
28	El hijyenini sağlar.			
29	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
MASKE İLE OKSİJEN UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Maske ile oksijen tedavisi uygulamasını etkileyecek faktörleri (yünlü giysiler, sigara kullanımı, cildin yağlı olması/yağlı krem kullanımı, yanıcı maddeler, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş burun ameliyatları vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (Malzeme tepsi, oksijen maskesi, humidifer (nemlendirici), oksijen flowmetre, nemlendirme için distile su, oksijen kaynağı, gazlı bez, pulse oksimetre, tek kullanımlık eldiven, el antiseptiği, kirli kabi, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	Yatak frenlerini kontrol eder.			
10	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
12	El hijyenini sağlar (gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyilir).			
13	Hastanın hava yolu açıklığını kontrol eder.			
14	Hastaya pulse oksimetre takar.			
15	Humidiferin 2/3'ünü distile su ile doldurur.			
16	Flowmetrenin maske ile bağlantısını sağlar.			
17	İstem edilen oksijen miktarını flowmetrede ayarlar.			
18	Maskenin ucundan oksijenin gelip gelmediğini kontrol eder.			
19	Maskeyi hastanın burnunu ve ağızını kaplayacak şekilde ve basınç oluşturmayacak sıklıkta yerleştirir.			
20	Maskenin lastik bağlarının cilt ile temas eden basınç noktalarına gazlı bez yerleştirir.			
21	Varsa tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
22	Eğer oksijen tedavisi uzun süre devam edecekse her 2-3 saatte bir maskeyi çıkarır ve nemli deriyi kurular.			
23	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
24	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
25	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
26	Malzemeleri toplar.			
27	El hijyenini sağlar.			
28	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
NAZOFARENJİAL ASPİRASYON
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Nazofarenjial aspirasyonu etkileyen faktörleri (solunum yolu tıkanıklığı, hipoksi, hiperkapni, solunum hızı, anormal solunum sesleri, gastrik sekresyonlar, kusma, hastanın işli mi katılma düzeyi vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemelerini (Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, steril eldiven, aspirasyon kateteri (çocuklarda 6-8-10 numara, yetişkinlerde "12-14-16), portatif ya da sabit aspiratör, steril bohça içerisinde böbrek küvet, su geçirmez örtü, oksijen maskesi, kateter bağlantı aparatı, pulse oksimetre, serum fizyolojik/yıkama solüsyonu, nazal ya da oral airway(gerekli ise), tek kullanımlık önlük, maske (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabi, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	Yatak frenlerini kontrol eder.			
10	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
12	Hastaya bilinci açık ise semi-fowler pozisyonu, bilinci kapalı ise yüzü hemşireye dönük olacak şekilde lateral pozisyon verir.			
13	Hastaya pulse oksimetre takar.			
14	Hastaya hekim istemine göre oksijen verir ve hastadan derin solunum yapmasını ister.			
15	Hastanın göğsüne su geçirmez örtü yerleştirir.			
16	Gerekli ise tek kullanımlık maske ve önlük giyer.			
17	İşlem sırasında hastanın kendini ifade edebilmesi için iletişim dili geliştirir.			
18	Steril bohça içindeki böbrek küveti cerrahi asepsi kurallarına uygun şekilde açar.			
19	Aspirasyon kateterini steril alana açar.			
20	Steril böbrek küvete yaklaşık 100 ml serum fizyolojik/ yıkama solüsyonu doldurur.			
21	Aspiratörü çalıştırır ve aspiratör basıncını ayarlar. (Yetişkinlerde: 100-120 mmHg. Çocuklarda: 95/110 mmHg. Yeni doğanda: 50-95 mmHg)			
22	Hasta oksijen tedavisi alıyor ise oksijen kanülü/maskesini çıkarır.			
23	Steril eldiven giyer.			
24	Aktif ele steril aspirasyon kateterini, pasif ele aspiratör hortumunu alınak bağlantısını sağlar (portsuz katetere portlu bağlantı aparatını takar).			
25	Bir miktar serum fizyolojik yıkama solüsyonunu aspire ederken kateterin 6-8 cm.'lik kısmını ıslatır.			

26	Kateteri işaret parmağı ve başparmak arasında ikiye katlayarak klemler/ portu açar.			
27	Hastadan derin bir nefes almasını ister.			
28	Kateteri önce burun tabanına paralel sonra aşağıya doğru farenksin arkasına iletir (burun ucundan kulak memesine kadar olan mesafe yetişkinlerde yaklaşık 16 cm., çocuklarda 8-12 cm.).			
29	Portu kapatır veya parmaklarla yapılan klembi açar.			
30	Kateteri başparmak ve işaret parmağı arasında yuvarlayarak dairesel hareketlerle yavaşça dışarı doğru çıkarır (her bir aspirasyon 10-15 sn. sürer 30 sn.-1 d.k arayla en fazla 3 defa uygular).			
31	Böbrek küvetten bir miktar serum fizyolojik/ yıkama solüsyonunu çeker.			
32	Kateteri, aspiratör hortumundan ayırır.			
33	Kateteri avuç içinde kalacak şekilde eldiven çıkarır.			
34	Steril eldiven ve kateteri uygun kirli kabına atar.			
35	Aspiratörü kapatır.			
36	Göğse yerleştirilen su geçirmez örtüyü alır.			
37	Hastaya gerekli ise ağız bakımı verir.			
38	Hasta, oksijen tedavisi alıyor ise istem edilen oksijen miktarını ayarlar.			
39	Hasta oksijen tedavisi almıyor ise pulse oksimetreyi çıkarır.			
40	Hastaya rahat edebileceği pozisyonu verir.			
41	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
42	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
43	El hijyenini sağlar.			
44	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
OROFARENGİAL ASPİRASYON
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Orofarengeal aspirasyonu etkiyeleyen faktörleri (solunum yolu tıkanıklığı, hipoksi, hiperkapni, solunum hızı, anormal solunum sesleri, gastrik sekresyonlar, kusma, hastanın işleme katılma düzeyi vb.) değerlendirilir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (malzeme tepsi, tek kullanımlık eldiven, tek kullanımlık böbrek küvet, aspiratör kateteri, portatif ya da sabit aspiratör, su geçirmez örtü, oksijen maskesi, kateter bağlantı aparatı, pulse oksimetre, serum fizyolojik/yıkama solüsyonu, nazal ya da oral airway (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	Yatak frenlerini kontrol eder.			
10	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
12	Hastaya, bilinci açık ise semi-fowler pozisyonu, bilinci kapalı ise yüzü hemşireye dönük olacak şekilde lateral pozisyon verir.			
13	Hastaya pulse oksimetre cihazını takar.			
14	Hastaya hekim istemine göre oksijen verir ve hastadan derin solunum yapmasını ister.			
15	Hastanın göğsüne su geçirmez örtü yerleştirir.			
16	Gerekli ise tek kullanımlık maske ve önlük giyer.			
17	İşlem sırasında hastanın kendini ifade edebilmesi için iletişim dili geliştirir.			
18	Tek kullanımlık böbrek küvet içerisine yaklaşık 100 ml. serum fizyolojik /yıkama solüsyonu doldurur.			
19	Aspiratörü çalıştırır ve aspiratör basıncını ayarlar (yetişkinlerde: 100-120 mmHg, çocuklarda:95-110 mmHg, yeni doğanda: 50-95 mmHg).			
20	Hasta oksijen tedavisi alıyor ise oksijen kanülü/maskesini çıkarır.			
21	El hijyenini sağlar.			
22	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
23	Aspirasyon kateteri ile aspiratör hortumunu alarak bağlantıyı sağlar (portsuz katetere portlu bağlantı aparatı takar).			
24	Böbrek küvetten bir miktar serum fizyolojik/yıkama solüsyonu çeker.			
25	Kateteri işaret parmağı ve başparmak arasında ikiye katlayarak klemler/ portu açar.			
26	Kateteri hastanın ağız içinde ilerletir.			
27	Parmaklarla yapılan klembi açar/ portu kapatır.			

28	Kateteri başparmak ve işaret parmak arasında yuvarlayarak sekresyonlar temizleninceye kadar ağız içi, farenks ve diş etlerini aspire eder.			
29	Kateteri başparmak ve işaret parmağı arasında yuvarlayarak dairesel hareketlerle yavaşça dışarıya doğru çıkarır.			
30	Böbrek küvetten bir miktar serum fizyolojik/ yıkama solüsyonunu aspire ederek kateter ve aspiratör hortumlarının yıkanmasını sağlar.			
31	Kateteri aspiratör hortumundan ayırır.			
32	Kateter avuç içinde kalacak şekilde eldiveni çıkarır.			
33	Eldiven ve kateteri uygun kirli kabına atar.			
34	Aspiratörü kapatır.			
35	Göğse yerleştirilen su geçirmez örtüyü alır.			
36	Hastaya gerekli ise ağız bakımı verir.			
37	Hasta, oksijen tedavisi alıyor ise istem edilen oksijen miktarını ayarlar.			
38	Hasta oksijen tedavisi almıyor ise pulse oksimetreği çıkarır.			
39	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
40	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
41	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
42	El hijyenini sağlar.			
43	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
TRAKEOSTOMİ ASPİRASYONU
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Trakeostomi aspirasyonunu etkileyen faktörleri (solunum yolu tıkanıklığı, hipoksi, hiperkapni, solunum hızı, anormal solunum sesleri, hastanın işleme katılma düzeyi vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, aspirasyon kateteri (çocuklarda 6-8-10 numara, yetişkinlerde 12-14-16 numara), portatif ya da sabit aspiratör, trakeostomi oksijen maskesi, su geçirmez örtü, serum fizyolojik/yıkama solüsyonu, pulse oksimetre, kateter bağlantı aparatı, steril bohça içinde böbrek küvet, tek kullanımlık önlük, maske (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	Yatak frenlerini kontrol eder.			
10	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
12	Hastaya, bilinci açık ise semi-fowler pozisyonu, bilinci kapalı ise yüzü hemşireye dönük olacak şekilde lateral pozisyon verir.			
13	Hastaya pulse oksimetre cihazını takar.			
14	Hastaya hekim istemine göre oksijen verir.			
15	Hastadan derin nefes alıp vermesini ister.			
16	Hastanın göğsü üzerine su geçirmez örtü yerleştirir.			
17	İşlem sırasında hastanın kendini ifade edebilmesi için iletişim dili geliştirir.			
18	Steril bohça içindeki böbrek küveti cerrahi asepsi kurallarına uygun şekilde açar.			
19	Aspirasyon kateterini steril alana açar.			
20	Steril böbrek küvete yaklaşık 100 ml. serum fizyolojik/ yıkama solüsyonu doldurur.			
21	Aspiratörü çalıştırır ve aspiratör basıncını ayarlar (yetişkinlerde: 100-120 mmHg, çocuklarda: 95-110 mmHg, yenidoğanda: 50-95 mmHg).			
22	Hasta oksijen tedavisi alıyor ise oksijen maskesini çıkarır.			
23	Steril eldiven giyer.			
24	Aktif ele steril aspirasyon kateteri, pasif ele aspiratör hortumu alarak bağlantısını sağlar (portsuz katetere portlu bağlantı aparatı takar).			
25	Bir miktar serum fizyolojik/yıkama solüsyonu aspire edilirken kateterin 10-15 cm.'lik uç kısmını ıslatır.			
26	Kateteri işaret parmağı ve baş parmak arasında ikiye katlayarak klemp/ portu açar.			

27	Kateter trekeostomi kanülünden aspirasyon yapmadan 10-15 cm. içeri ilerletir (hasta öksürür ya da bir direnç hissedilirse kateteri 1 cm. geri çeker).			
28	Parmaklarla yapılan klembi açar/ portu kapatır.			
29	Kateteri başparmak ve işaret parmağı arasında yuvarlayarak dairesel hareketlerle yavaşça dışarıya doğru çıkarır (Her bir aspirasyon en fazla 10 sn. sürer; 30 sn-1 dk. arayla en fazla 3 defa uygular).			
30	Böbrek küvetten bir miktar serum fizyolojik/yıkama solüsyonunu çeker.			
31	Kateteri aspiratör hortumundan ayırır.			
32	Kateteri avuç içine bakacak şekilde eldiveni çıkarır.			
33	Steril eldiven ve kateteri uygun kirlı kabına atar.			
34	Aspiratörü kapatır.			
35	Göğse yerleştirilen su geçirmez örtüyü alır.			
36	Hasta, oksijen tedavisi almıyorsa pulse oksimetreyi çıkarır.			
37	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
38	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
39	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
40	El hijyenini sağlar.			
41	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
TRAKEOSTOMİ İÇ KANULU TEMİZLİĞİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Hastanın trakeostomi iç kanül temizliğini etkileyen faktörleri (sekresyon varlığı, trakeostomi tüpünden hava akımının azalması, aspirasyon gerektiren solunum yolu obstrüksiyon belirti ve bulguları vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, steril eldiven, steril bohça içinde böbrek küvet (2 adet), steril gazlı bez, steril trakeostomi kanül fırçası, hidrojen peroksit(üretici firma önerisine göre seyreltilmiş), serum fizyolojik \ yıkama solüsyonu, su geçirmez örtü, tek kullanımlık önlük, maske (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	Yatak frenlerini kontrol eder.			
10	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
12	Hastaya, bilinci açık ise semi-fowler pozisyonu, bilinci kapalı ise yüzü hemşireye dönük olacak şekilde lateral pozisyon verir.			
13	Hastanın göğsü üzerine su geçirmez örtü yerleştirir.			
14	Gerekli ise tek kullanımlık maske ve önlük giyer.			
15	Gerekli ise işlem öncesi trakeostomi aspirasyonu yapar.			
16	Steril bohça içindeki 2 adet böbrek küveti cerrahi asepsi kurallarına uygun olarak açar.			
17	Böbrek küvetlerin 2\3' ünü dolduracak şekilde birine hidrojen peroksit, diğerine serum fizyolojik \ yıkama solüsyonu döker.			
18	Steril alana steril gazlı bezi açar.			
19	Steril alana fırçayı açar.			
20	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
21	İç kanülün kilidini çevirerek açar.			
22	İç kanülü yavaşça çıkararak hidrojen peroksitli böbrek küvet içine bırakır ve 3-5 dakika bekler.			
23	Tek kullanımlık eldivenleri çıkararak atar.			
24	Steril eldivenleri giyer.			
25	İç kanülün içi ve dışını fırça ile temizler.			
26	İç kanülü serum fizyolojik ile dolu böbrek küvette durular.			
27	İç kanülü 5-10 sn. böbrek küvet üzerinde dik konumda bekleterek fazla sıvının akmasını sağlar.			

28	İç kanülün dışını steril gazlı bez ile kurular.			
29	Pasif el ile dış kanülü sabitlerken aktif el ile iç kanülü yavaşça yerine yerleştirir.			
30	İç kanülün kilidini çevirerek kapatır.			
31	Göğse yerleştirilen su geçirmez örtüyü alır.			
32	Steril eldiveni çıkarır.			
33	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
34	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
35	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
36	El hijyenini sağlar.			
37	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
PERİSTOMAL CİLT BAKIMI VE KANÜL BAĞI DEĞİŞİMİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastanın peristomal cilt bakımını etkileyen faktörleri (trakeostomi kanül pedinin ıslanması, trakeostoma bağının ıslanması vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri (malzeme tepsi, steril eldiven, steril gazlı bez, serum fizyolojik, 10 ml.'lik enjektör, trakeostomi kanül pedi\pansumanı, su geçirmez örtü, trakeostomi kanül bağı, gerekli ise tek kullanımlık önlük, maske, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
4	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	Hastaya, bilinci açık ise semi-fowler pozisyonu, bilinci kapalı ise yüzü hemşireye dönük olacak şekilde lateral pozisyon verir.			
12	Hastanın göğsü üzerine su geçirmez örtü yerleştirir.			
13	Steril gazlı bezi açar, paketi ile beraber kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
14	Trakeostomi kanül paketini açar, paketi ile beraber kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
15	Trakeostomi bağını açar, paket ile beraber kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
16	Enjektöre 10 ml. serum fizyolojik çekerek kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
17	Steril eldiven giyer.			
18	Pasif el ile eski trakeostomi kanül pedini çıkarıp kirli kabına atar.			
19	Aktif ele bir adet gazlı bezi alır.			
20	Pasif ele alınan enjektöre çekilmiş serum fizyolojik ile gazlı bezi alır.			
21	Pasif ele alınan enjektöre çekilmiş serum fizyolojik ile gazlı bezi ıslatır.			
22	Gazlı bez ile peristomal alanın 5-10 cm.'lik çevresini dairesel hareketlerle merkezden çevreye doğru temizler ve atık kutusuna atar.			
23	Peristomal alan tamamen temizlenene kadar silme işlemine aynı şekilde devam eder.			
24	Aktif ele alınan kuru gazlı bez ile peristomal alanı kurular ve atık kutusuna atar.			
25	Trakeostomi kanül pedini kanül etrafına yerleştirir, kirlenmişse trakeostomi bağını değiştirir.			
26	Eski bağı çıkarmadan yeni bağı her iki ucunu, başın arkasından ve boynun etrafından dolayarak trakeostomi kanülüne geçirir.			
27	Trakeostomi bağının bir ucunu diğerinden kısa olacak şekilde bırakır.			
28	Bağların uçlarını, bağ ile boyun arasında iki parmak boşluk kalacak şekilde bağlar.			
29	Eski bağcıkları çıkararak atık kutusuna atar.			

30	Göğse yerleştirilen su geçirmez örtüyü kaldırır.			
31	Eldivenleri çıkararak atık kutusuna atar.			
32	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
33	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
34	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
35	El hijyenini sağlar.			
36	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
MİDE ENTÜBASYONU
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Nazogastrik sonda yerleştirilmesini etkileyen faktörleri (burun kanaması, yüz travması, geçirilmiş nazal cerrahi, septumda deviasyon, antikoagülan tedavi, koagülopati, iletişim, hastanın işleme katılma düzeyi vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, levin sonda (8-18 numara), 50 ml'lik çam uçlu enjektör (2 adet), suda eriyen kayganlaştırıcı\ %0,9'luk NaCl, dil basacağı, stetoskop, pH çubuğu, flaster\tespit materyali, ışık kaynağı, tek kullanımlık böbrek küvet (2 adet), su geçirmez örtü, iki bardak su ve pipet(oral alımında sakınca yoksa), klemp, mezura, silinmez kalem, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	Yatak frenlerini kontrol eder.			
10	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
12	El hijyenini sağlar.			
13	Hastanın varsa gözlüğü, protez dişlerini çıkarır.			
14	Bağırsak seslerini stetoskopta dinler.			
15	Hastaya fowler\semi fowler pozisyonu verir.			
16	Hastanın göğsünün üzerine su geçirmez örtü serer.			
17	Tek kullanımlık böbrek küveti su geçirmez örtünün üzerine yerleştirir\hastanın eline verir.			
18	Hastanın eline (bilinci açıksa), bir bardak su ve pipet verir.			
19	El hijyenini sağlar.			
20	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
21	Işık kaynağı ile burun delikleri kontrol eder.			
22	Sonda burun ucundan kulak memesine, kulak memesinden ksifoidin alt ucuna kadar ölçüm yapar.			
23	Ölçülen 55-65 cm.' lik mesafeyi kalem\ flaster vb. ile işaretler.			
24	İşlem sırasında hastanın kendini ifade edebilmesi için iletişim dili geliştirir.			
25	Hastanın başı hiperekstansiyona getirir.			
26	Sondayı halka şeklinde sarılarak aktif elle kavrar.			
27	Sondanın en az 2-4 cm.' lik ucunu suda eriyen kayganlaştırıcı ya da %0,9 NaCl solüsyonu ile kayganlaştırır.			

28	Sondayı, önce burun tabanına paralel, sonra aşağıya ve arkaya doğru başparmak ve işaret parmağı arasında yuvarlayarak ilerletir.			
29	Sondanın ucunun uvulanın arkasında olup olmadığını ışık kaynağı ile kontrol eder.			
30	Hastaya başını hafifçe öne doğru eğmesini söyler.			
31	Sonda özofagusa doğru ilerletilirken hastaya pipet ile yudum yudum su içmesi ya da sıvı alamıyorsa yutkunmasını söyler.			
32	Hastada öğürme, öksürük varsa sondanın ilerletilmesini durdurur.			
33	Dil basacağı ve ışık kaynağı ile sondanın yerleşimini kontrol eder (kıvrılmışsa düzleştirir).			
34	Hastada nefes darlığı, öksürük, siyanoz, konuşmada zorluk gibi solunum sıkıntısı belirtileri varsa sondayı geri çekerek işlemi sonlandırır.			
35	İşaretlenen yere gelinceye kadar birey her yutkunduğunda sondayı döndürerek ilerletir.			
36	Sondayı flaster ile geçici olarak buruna tespit eder.			
37	Sondanın midede olup olmadığının kontrolü için sondanın distal ucuna enjektör takarak mide içeriğini aspire eder.			
38	Mide içeriği gelmiyorsa, hastaya sol lateral pozisyon verir ve mide içeriğini tekrar aspire eder.			
39	Sondayı klemler ve kapağı kapatır.			
40	pH çubuğu ile aspire edilen içeriğin pH'ını ölçer.			
41	Mide içeriğini tekrar mideye verir.			
42	Sondayı 30 ml. içme suyu ile yıkar.			
43	Sondanın distal ucunu kapatır.			
44	Su geçirmez örtüyü alır.			
45	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
46	Röntgen çekilmesini sağlar.			
47	Sondayı buruna tespit eder.			
48	Sondanın dışarıda kalan kısmını ölçer.			
49	Hastadan sondanın takıldığı burun deliğinin ters yönüne başını döndürmesini ister.			
50	Sondayı hastanın omzuna tespit eder.			
51	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
52	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
53	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
54	El hijyenini sağlar.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
NAZOGASTRİK SONDA İLE BESLEME
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Enjektör ile aralıklı beslemeyi etkileyen faktörleri (hastanın hareket sınırlılıkları, besin alerjisi, kusma, abdominal distansiyon, artmış rezidüel volüm, bağırsak sesleri, iletişim, hastanın işleme katılma düzeyi vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, tek kullanımlık böbrek küvet iki adet, hekim isteminde belirtilen oda sıcaklığında enteral besin, pH çubuğu, içme suyu, 50 ml.'lik çam uçlu enjektör(2 adet), steteskop, su geçirmez örtü, klemp, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	Yatak frenlerini kontrol eder.			
10	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
12	Hastaya fowler, semi-fowler ya da yatak başı 30° ye yükselterek lateral pozisyon verir.			
13	Hastanın göğsünün üzerine su geçirmez örtü yerleştirir.			
14	El hijyenini sağlar.			
15	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
16	Sondanın ucuna çam uçlu enjektör takar.			
17	Sondanın klembini açar.			
18	Mide içeriğini aspire eder.			
19	Aspire edilen içeriğin pH'ını ölçer.			
20	Rezidüel volümü ölçer.			
21	Aspire edilen içeriği mideye geri verir.			
22	Sondayı klemler.			
23	Çam uçlu enjektörü sondanın ucundan çıkarır.			
24	Pistonu çıkarılan çam uçlu enjektörü, sondanın distal ucuna yerleştirir.			
25	Enjektör, hastanın mide seviyesinden 30-45 cm. yüksekte tutar.			
26	Enjektörün içine 30 ml. içme suyu verir.			
27	Sondanın klembini açar.			
28	Enjektördeki içme suyunun yavaş yavaş boşalmasını sağlar.			
29	Sondayı klemler.			
30	Verilecek miktarda enteral besini enjektöre boşaltır.			

31	Sondanın klembini açar.			
32	Enjektördeki besinin yaklaşık 30 dakikada yavaş yavaş boşalmasını sağlar.			
33	Beslenme bitince sondayı klemler.			
34	Enjektörün içine 30 ml. içme suyu ekler.			
35	Sondanın klembini açar.			
36	Enjektördeki içme suyunun yavaş yavaş boşalmasını sağlar.			
37	Sondayı klemler.			
38	Enjektörü çıkarır.			
39	Sondanın distal ucunu kapatır.			
40	Su geçirmez örtüyü atık kutusuna atar.			
41	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
42	Beslenmeden sonra en az 30 dk. hastanın fowler\ semi fowler pozisyonunda kalmasını sağlar.			
43	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
44	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
45	Malzemeleri toplar.			
46	El hijyenini sağlar.			
47	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
NAZOGASTRİK SONDADAN İLAÇ VERME
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Nazogastrik sondadan ilaç vermeyi etkileyen faktörleri (alerji, yaşamsal bulgular, bilinç durumu, geçirilmiş sindirim sistemi ameliyatları, hastalılar, gastrik sakşın, bağırsak inflamasyonu, azalmış bağırsak peristaltizmi, iletişim, psikolojik durum, vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, tek kullanımlık böbrek küvet (2 adet), 50 ml'lik çam uçlu enjektör (2adet), pH çubuğu, içme suyu, ilaç, ilaç kartı, tablet ezici, ilaç kabı\ bardak, su geçirmez örtü, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgileri karşılaştırır.			
9	Hasta mahremiyetini sağlar.			
10	Yatak frenlerini kontrol eder.			
11	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
12	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
13	Hastaya fowler, semi-fowler ya da yatak başı 30° ye yükselterek lateral pozisyon verir.			
14	Hastanın göğsünün üzerine su geçirmez örtü yerleştirir.			
15	El hijyenini sağlar.			
16	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
17	Sondanın ucuna çam uçlu enjektör takar.			
18	Sondanın klembini açar.			
19	Mide içeriğini aspire eder.			
20	Aspire edilen içeriğin pH'ını ölçer.			
21	Aspire edilen içeriği mideye geri verir.			
22	Çam uçlu enjektörü sondanın ucundan çıkarır.			
23	Sondanın distal ucunu kapatır.			
24	Tabletleri toz haline gelinceye kadar tablet ezici ile ezilerek ilaç kabına\ bardağa koyar.			
25	Uzun salınımlı ve enterik kaplı olmayan kapsüllerin içeriğini ilaç kabına \ bardağa boşaltır.			
26	Sıvı ilaçları ilaç kabına\ bardağa koyar.			
27	Her bir ilacı farklı ilaç kabında\ bardakta 10-15 ml. içme suyu ile dilüe eder.			
28	Pistonu çıkarılan çam uçlu enjektör ile sondanın bağlantısını sağlar.			
29	Enjektörün içine 30 ml. içme suyu koyar.			
30	Sondanın klembini açar.			

31	Enjektördeki içme suyunun yavaş yavaş boşalmasını sağlar ve sondayı klemler.			
32	İlk ilaç dozunu enjektörün içine boşaltır.			
33	Sondanın klembini açar.			
34	İki ilaç arasında 10-15 ml. içme suyu ekler.			
35	Dilüe edilmiş ilaç gitmiyorsa hastaya sol lateral pozisyon verir.			
36	İlaçlar bitince enjektöre 30-60 ml. içme suyu verir.			
37	Sondayı klemler.			
38	Enjektörü sondanın ucundan çıkarır.			
39	Besin veriliyor ise besleme seti ile sondanın bağlantısını sağlar.			
40	Besin verilmiyorsa sondanın distal ucunu kapatır.			
41	Su geçirmez örtüyü atık kutusuna atar.			
42	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
43	Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verir.			
44	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
45	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
46	Malzemeleri toplar.			
47	El hijyenini sağlar.			
48	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
NAZOGASTRİK SONDANIN ÇIKARILMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Nazogastrik sondanın çıkarılmasını etkileyen faktörleri (bilinç durumu, hastalıklar, iletişim vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (malzeme tepsi, tek kullanımlık eldiven, tek kullanımlık böbrek küvet, 50 ml'lik çam uçlu enjektör, su geçirmez örtü, kâğıt havlu, el antiseptiği, kirli kabi, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	Yatak frenlerini kontrol eder.			
10	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
12	Hastaya semi-fowler pozisyonu verir.			
13	Hastanın göğsünün üzerine su geçirmez örtü yerleştirir.			
14	El hijyenini sağlar.			
15	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
16	Sondanın mide de olup olmadığı kontrol eder.			
17	Sondayı 30 ml. içme suyu ile yıkar.			
18	Sondayı klemler.			
19	Hastanın bir eline kâğıt havlu, diğer eline böbrek küveti verir.			
20	Hastanın burnu etrafındaki ve giysisindeki flaster\ tespit materyalini çıkarır.			
21	Hastadan derin nefes alıp tutmasını ister.			
22	Nefesini tuttuğu sırada, sondayı dikkatli ve seri şekilde dışarı çıkarır.			
23	Sondayı avuç içinde toplar.			
24	Su geçirmez örtüyü atık kutusuna atar.			
25	Sonda, eldivenin içinde kalacak şekilde tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
26	Ağız\ burun bakımı verir.			
27	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
28	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
29	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
30	Malzemeleri toplar.			
31	El hijyenini sağlar.			
32	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
YÜKSEK VOLÜMLÜ LAVMAN UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Yüksek volümlü lavman uygulamasını etkileyen faktörleri (yaş, bağırsak boşaltım alışkanlığı, bağırsak sesleri, perianal bölge hastalıkları ve ameliyatları, iletişim, hareket kısıtlılığı vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (malzeme tepsisi, lavman sıvısı\solüsyonu, lavman seti (tek kullanımlık eldiven, su geçirmez örtü, lavman torbası suda eriyen kayganlaştırıcı), tulavet kağıdı, böbrek küvet, su termometresi, perianal bölgenin temizliği için gerekli malzemeler (gerekli ise), sürgü (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Lavman torbası setinin klembini kapatır.			
9	Lavman sıvısının sıcaklığı 37.7°C'ye ayarlar.			
10	Gerekli miktarlarda lavman sıvısını (18 aydan küçük bebeklerde 50-200ml, 18 ay 5 yaş çocuklarda 200-300 ml, 5-12 yaş çocuklarda 300-500 ml. ve yetişkinde 500-1000 ml.) torbaya boşaltır.			
11	Lavman torbasını anüs seviyesinden uygun yüksekliğe asar (Yüksek basınçlı lavman 30-45 cm., normal basınçlı 30 cm., düşük basınçlı 7,5 cm.).			
12	Lavman torba setinin klembini açar.			
13	Lavman torba setinin havasını çıkarır.			
14	Lavman torba setinin klembini kapatır.			
15	Lavman solüsyonunu lavman sıvısına ekler.			
16	Hasta mahremiyetini sağlar.			
17	Yatak frenlerini kontrol eder.			
18	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
19	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
20	El hijyenini sağlar.			
21	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
22	Çarşafın altından hastanın alt kıyafetlerini çıkarır.			
23	Hastaya sol lateral ya da sol Sims pozisyon verirken üstteki sağ bacağı olabildiğince fleksiyona getirir.			
24	Hastanın altına su geçirmez örtü yerleştirir.			
25	Hasta boşaltım ihtiyacını yatakta karşılayacak ise sürgüyü kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
26	Lavman setinin anüse yerleştirilecek 5-7 cm.'lik kısmına suda eriyen kayganlaştırıcı sürer.			

27	Kalçaları nazikçe aralar ve anüsü açar.			
28	Hastadan derin nefes almasını ister.			
29	Lavman tüpünün ucunu anüsten içeriye doğru ilerletir (Bebekte 2,5-3, adölesanda 7,5-10 cm., yetişkinde 7,5-10 cm.).			
30	Lavman setinin klembini açar.			
31	Lavman sıvısını 5-10 dk. içerisinde bitecek şekilde gönderir.			
32	Sıvı bittiğinde lavman setinin klembini kapatır.			
33	Anüs tuvalet kağıdı ile destekleyerek lavman setinin ucu çıkarır.			
34	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
35	Hastadan 5-15 dk. lavman sıvısını içinde tutmasını ister.			
36	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
37	Hastanın sürgüye oturmasına\ tuvalete gitmesine yardım eder.			
38	Perianal bölgenin temizliğini yapar.			
39	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
40	Hastanın alt kıyafetlerini giydirir.			
41	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
42	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
43	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
44	Malzemeleri toplar.			
45	El hijyenini sağlar.			
46	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
DÜŞÜK VOLÜMLÜ LAVMAN UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemi kontrol eder.			
2	Düşük volümlü lavman uygulamasını etkileyen faktörleri (yaş, bağırsak boşaltım alışkanlığı, bağırsak sesleri, perianal bölge hastalıkları ve ameliyatları, iletişim, hareket kısıtlılığı vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, su geçirmez örtü, hazır lavman solüsyonu, tuvalet kağıdı, böbrek küvet, suda eriyen kayganlaştırıcı(gerekli ise), sürgü (gerekli ise), perianal bölgenin temizliği için gerekli malzemeler, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliği doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyeti sağlar.			
9	Yatak frenleri kontrol eder.			
10	Hasta yatağı bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
12	El hijyenini sağlar.			
13	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
14	Lavman tüpünün anüse yerleştirilecek ucuna suda eriyen kayganlaştırıcı olup olmadığını kontrol eder.			
15	Çarşafın altından hastanın alt kıyafetlerini çıkarır.			
16	Hastaya sol lateral ya da sims pozisyon verilirken üstteki sağ bacağı olabildiğince fleksiyona getirir.			
17	Hastanın altına su geçirmez örtü yerleştirir.			
18	Hasta boşaltım ihtiyacını yatakta karşılayacak ise sürgüyü kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
19	Kalçaları nazikçe aralar ve anüsü açığa çıkarır.			
20	Hastadan derin nefes almasını ister.			
21	Lavman tüpünün ucunu anüsten ilerletir (Bebekte 2,5-3,75 cm, adölesanda 7,5-10 cm, yetişkinde 7,5- 10 cm.).			
22	Tüpü, içindeki solüsyon azaldıkça ucuna doğru katlar ve bütün solüsyon bitene kadar sıkır.			
23	Anüsten wc kağıdı ile desteklenerek lavman tüpünün ucunu çıkarır.			
24	Lavman tüpünün ucu eldiven içinde kalacak şekilde eldiveni çıkarır.			
25	Hastaya supine pozisyonu verir.			
26	Hastadan 5-15 dk. solüsyonu içinde tutmasını ister.			
27	Tek kullanımlık eldiven giyer.			

28	Hastanın sürgüye oturmasına\tuvalete gitmesine yardım eder.			
29	Perianal bölgenin temizliğini yapar.			
30	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
31	Hastanın alt kıyafetlerini giydirir.			
32	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
33	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
34	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
35	Malzemeleri toplar.			
36	El hijyenini sağlar.			
37	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
APİKAL NABZIN ÖLÇÜLMESİ UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Ellerini yıkar.			
2	Malzemeleri (saniyeli saat, steteskop, el antiseptiği, hemşire gözlem formunu) hazırlar.			
3	Hasta kimliğini doğrular.			
4	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
5	Hastanın mahremiyetini sağlar.			
6	Hastaya fowler veya semi fowler pozisyonu verir.			
7	Hastanın göğüs bölgesini açar.			
8	Kalbin apeksini, sol klavikulanın orta hattından aşağı doğru inen hayali çizginin sol 5. ve 6. kostalar arasındaki boşlukla kesiştiği noktadır. Bu nokta sternumdan yaklaşık 8 cm. sola doğru olup sol memenin hemen altında, belirler.			
9	Bireyin ürpermemesi için steteskobun alıcısı birkaç saniye avuç içinde tutularak ısıtır.			
10	Steteskop alıcısını kalbin apeksine yerleştirir.			
11	Nabız atımlarını 60 saniye boyunca sayar.			
12	Nabızın sayısı, ritmi, dolgunluğunu değerlendirir.			
13	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
14	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
15	Malzemeleri toplar.			
16	Ellerini yıkar.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
VÜCUT SICAKLIĞININ ORAL YOLDAN ÖLÇÜLMESİ
UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Vücut sıcaklığının oral yoldan ölçümünü etkileyen faktörleri (sıcak/soğuk içecek, sigara tüketimi, bilinç durumu, çevre vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri hazırlar.			
4	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Dijital termometreyi, metal kısmından başlayarak kuru pamuk tamponla siler.			
13	Termometrenin başlat düğmesine basar.			
14	Termometreyi hastanın dilinin altında posterior sublingual boşluğa yerleştirir.			
15	Hastadan dudaklarını termometrenin etrafını iyice kapatacak şekilde kapatmasını sağlar.			
16	Termometreyi sinyal sesi duyulana kadar dilin altında bekletir.			
17	Termometreyi hastanın ağızından alır.			
18	Termometredeki sıcaklık değerini okur.			
19	Termometreyi, metal kısmının ucuna doğru alkollü pamuk tamponla siler.			
20	Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verir.			
21	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
22	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
23	Malzemeleri toplar.			
24	El hijyenini sağlar.			
25	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
VÜCUT SICAKLIĞININ AKSİLLAR YOLDAN ÖLÇÜLMESİ
UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Vücut sıcaklığının aksillar yoldan ölçümünü etkileyen faktörleri (koltuk altının nemli, kirli olması vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri hazırlar.			
4	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Termometreyi, metal kısımdan başlayarak kuru pamuk tamponla siler.			
13	Termometrenin başlat düğmesine basar.			
14	Termometreyi geriye doğru temas edecek şekilde koltuk altına yerleştirir.			
15	Termometreyi, sinyal sesi duyuluncaya kadar koltuk altında bekletir.			
16	Termometreyi hastanın koltuk altından alır.			
17	Termometredeki sıcaklık değerini okur.			
18	Termometrenin metal kısmının ucuna doğru alkollü pamuk tamponla siler.			
19	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
20	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
21	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
22	Malzemeleri toplar.			
23	El hijyenini sağlar.			
24	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
VÜCUT SICAKLIĞININ REKTAL YOLDAN ÖLÇÜLMESİ
UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Vücut sıcaklığının rektal yoldan ölçümünü etkileyen faktörleri (rektal cerrahi, fissür, hemoroid vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri (rektal derece, kuru pamuk, tedavi tepsisi, hemşire gözlem formu hazırlar.)			
4	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Hastaya lateral ya da sims pozisyonunu verir.			
13	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
14	Hastanın sadece anal bölgesi açıkta kalacak şekilde alt kıyafetlerini çıkarır.			
15	Termometreyi, metal kısmından başlayarak kuru pamuk tamponla siler.			
16	Termometrenin 2,5 cm'lik uç kısmına suda çözünür kayganlaştırıcı sürer.			
17	Anal sfinkter görünecek şekilde pasif el ile hastanın kalçalarını aralar.			
18	Termometrenin başlat düğmesine basar.			
19	Hastanın ağızdan derin nefes almasını ister.			
20	Termometrenin metal kısmını nazikçe anüsten içeri doğru yetişkinde 3,77 cm ve çocukta 2,54 cm yerleştirir.			
21	Termometreyi sinyal sesi duyuluncaya kadar bekletir.			
22	Termometreyi nazikçe geri çıkartır.			
23	Hastanın üzerini örter.			
24	Termometredeki sıcaklık değerini okur.			
25	Termometreyi, metal kısım ucuna doğru alkollü pamuk tamponla siler.			
26	Hastanın alt kıyafetlerini giydirir.			
27	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
28	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
29	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
30	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
31	Malzemeleri toplar.			
32	El hijyenini sağlar.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
VÜCUT SICAKLIĞININ TİMPANİK MEMBRAN YOLUYLA
ÖLÇÜLMESİ UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Vücut sıcaklığını timpanik membran yoluyla ölçümünü etkileyen faktörleri (Yaş, kulak kiri, enfeksiyon, kulak ameliyatı, kulağın üzerine uzun süre yatma, kulağın sıcak/soğuk suyla teması vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri (timpanik membran termometresi, kuru pamuk, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
4	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Termometrenin ucuna tek kullanımlık prop takar.			
13	Hastanın başını sağ ya da sol yana çevirir.			
14	Kulak kepeğini yetişkinlerde yukarı ve geriye, çocuklarda aşağı ve geriye doğru çeker.			
15	Termometrenin probunu dış kulağın girişine doğru yerleştirir.			
16	Termometreyi hastanın çene hattı doğrultusunda tutar.			
17	Termometrenin başlat düğmesine basar.			
18	Termometreyi sinyal sesi duyuluncaya kadar bekletir.			
19	Termometreyi kulak yolundan çıkarır.			
20	Termometredeki sıcaklık değerini okur.			
21	Termometreden tek kullanımlık probu çıkarır.			
22	Hastaya rahat edeceği pozisyon verir.			
23	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
24	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
25	Malzemeleri toplar.			
26	El hijyenini sağlar.			
27	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
VÜCUT SICAKLIĞININ TEMPORAL ARTER YOLUYLA
ÖLÇÜLMESİ UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Ellerini yıkar.			
2	Malzemeleri (temporal arter termometresi, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
3	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
4	Hastanın kimliğini doğrular.			
5	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
6	Hastanın mahremiyetini sağlar.			
7	Sıcaklık ölçülecek bölgeyi nemlilik, sıcaklık, ter, sıcak/soğuk suyla temas gibi vücut sıcaklığı ölçümünü etkileyen faktörler açısından değerlendirir.			
8	El hijyenini sağlar.			
9	Hastanın alnı açıkta olacak şekilde başını rahat bir pozisyona getirir.			
10	Termometreyi bireyin cildine uygun uzaklıkta tutar.			
11	Termometrenin başlat düğmesine basar.			
12	Termometrenin ucunu, sinyal sesi gelene kadar hastanın alnında tutar.			
13	Termometreyi alından uzaklaştırır.			
14	Termometredeki sıcaklık değerini okur.			
15	El hijyenini sağlar.			
16	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
RADİAL ARTERDEN NABİZ ÖLÇÜMÜ VE SOLUNUMUN
DEĞERLENDİRİLMESİ UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
2	Hastaya supine veya fowler pozisyonu verir.			
3	Nabız ölçümü için uygun kolu seçer.			
4	Hastanın koluna uygun pozisyon verir.			
5	Hasta supine pozisyonunda ise: Hastanın kolu, gövdesine paralel olacak şekilde vücudunun yanına uzatır ya da hafif fleksiyona getirerek abdomenin altında ya da göğüs üzerine yerleştirir.			
6	Hasta fowler pozisyonunda ise: Hastanın kolu dirsekten 90° fleksiyona getirerek kalp hizasında uygun bir destek üzerine yerleştirir.			
7	Hastanın el bileği bükülmeden avuç içini aşağı bakacak şekilde yerleştirir.			
8	İşaret, orta ve yüzük parmaklarını radial arterin üzerine yerleştirip, baş parmak ile bileği dış yüzünden destekler.			
9	Radial arter üzerindeki parmaklar ile nabzın hissedilip sayılabileceği şekilde hafif basınç uygular, nabız atışını hisseder.			
10	Nabız hız, ritim, dolgunluk açısından değerlendirir.			
11	Bir dakika süre ile nabız sayar.			
12	Hastanın bileğine uygulanan basıncı değiştirmeden göğüs kafesini gözlemeye başlar.			
13	Solunum sayma ve değerlendirme; Elini radial arterden çekmeden hastanın göğüs hareketlerini izleyerek her inspirasyon ve ekspirasyon periyodunu bir solunum olarak değerlendirir.			
14	Solunumu hızı, derinliği, ritmi ve sesleri açısından değerlendirir.			
15	Bir dakika solunumu sayar.			
16	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
17	Uygulamaya ilişkin verileri gözlem formuna kaydeder.			
18	Hemşire gözlem formuna nabzın ve solunumun sıklığı, derinliği ve niteliği kayıt eder, bir önceki değerler ile karşılaştırır, herhangi bir anormallik varsa hekime bildirilir			
19	Malzemeleri toplar.			
20	Ellerini yıkar.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
KAN BASINCI ÖLÇÜLMESİ UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Ellerini yıkar.			
2	Malzemeleri (birey için uygun büyüklükte manşeti olan tansiyon aleti, steteskop, malzeme tepsisi, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
3	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
4	Hastanın kimliğini doğrular.			
5	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
6	Hasta mahremiyetini sağlar.			
7	İşleme başlamadan önce hastanın; ağrısı, endişe ve korkusu olup olmadığı, yürüme, merdiven çıkma, yemek yeme gibi aktiviteleri yapıp yapmadığını araştırır, sakinleştikten ya da 15-20 dakika dinlendikten sonra kan basıncını ölçer.			
8	Hastaya supine, fowler ya da semi fowler pozisyonu verir.			
9	Uygun kolu seçer.			
10	Hastanın kıyafetinin kolunu manşetin sarılmasını engellemeyecek şekilde açar.			
11	Hastanın ön kolunu kalp hizasında olacak şekilde destekler.			
12	Kolu, avuç içi yukarı bakacak şekilde tutar, brakial arteri palpe eder.			
13	Manşeti brakial arterin 2,5-5 cm. yukarisından yaklaşık bir parmak boşluk kalacak sıklıkta kolun etrafına sarar.			
14	Manometreyi, kalp seviyesinde olacak şekilde yerleştirir.			
15	Puvarın hava ayar düğmesini kapatır.			
16	Manometrenin gösterge ibresinin "0" ın üzerinde olup olmadığını kontrol eder.			
17	Palpasyon yöntemi ile hastanın sistolik kan basıncı değerini belirler.			
18	Pasif el ile radial nabız hisseder.			
19	Manşonu radial nabzın hissedilmediği değere kadar şişirir.			
20	Nabzın hissedilmediği andaki manometre değerini belirler.			
21	Puvarın hava ayar düğmesini açarak manşonun tüm havasını boşaltır.			
22	Nabzın hissedilmediği değerin üzerine 30 mmHg ekler.			
23	Oskültasyona geçmeden önce 30-60 saniye bekler.			
24	Yeniden brakial arteri belirler.			
25	Steteskop alıcısını brakial arter üzerine, kulaklıkları ise kulaklarına yerleştirir.			
26	Puvarın hava ayar düğmesini kapatır.			
27	Manşonu, palpasyon tekniğinde belirlenen yere kadar şişirir.			
28	Puvarın hava ayar düğmesini, manşonun havası 2-3 mmHg/sn. düşme olacak şekilde yavaş yavaş açar.			
29	Steteskop ile nabız atımlarının ilk duyulduğu andaki korotkoff sesini manometre göstergesinden okur.			

30	Steteskop ile nabız atımlarının kaybolduğu andaki korotkoff sesini manometre göstergesinden okur.			
31	Mañşonun havasını hızla ve tamamen boşaltır.			
32	Mañşeti hastanın kolundan çıkartır.			
33	Malzemeleri toplar.			
34	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
STERİL EL DİVEN GİYME VE ÇIKARMA UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Takıları varsa çıkarır.			
2	El hijyenini sağlar.			
3	Ele uygun büyüklükte eldiveni seçer.			
4	Eldiven paketini; delik, yırtık, renk değişimi, nemlilik, kontaminasyon, son kullanma tarihi bakımından kontrol eder.			
5	Eldivenin dış paketini açar.			
6	İç paketi, eldivenin bilek kısımları vücuda yakın tarafta olacak şekilde, bel hizasında, kuru ve temiz bir alana koyar.			
7	Eldivenin iç paketini önce üst, sonra alt ve yan tarafları iç kısmına dokunulmadan dikkatlice açar.			
8	Aktif olmayan elin baş ve işaret parmaklarıyla aktif ele ait eldivenin katlanmış olan manşet kısmını kavrar.			
9	Eldiveni bel hizasından yukarıda tutularak, parmakları aşağı bakacak şekilde kaldırılıp paketten çıkarır.			
10	Eldiveni dikkatlice aktif olan ele giydirir.			
11	Eldivenin manşet kısmını, diğer eldiven giyilene kadar katlı olarak bırakır.			
12	Eldivenli elin başparmağını diğer parmaklardan uzak olacak şekilde tutar.			
13	Kalan dört parmağı yan yana birleştirerek diğer eldivenin manşet katları arasına yerleştirir.			
14	Eldiveni bel hizasından yukarıda olacak şekilde kaldırıp paketten çıkarır.			
15	Eldiveni dikkatlice aktif olmayan yere giydirerek manşet katını kolun üzerine doğru açar.			
16	Aktif olmayan elinin parmaklarını diğer eldivenin manşetinin altına sokarak manşet katını kolun üzerine doğru açar.			
17	Her iki elin parmaklarını birbiri arasına kenetleyerek eldivenin ele iyice yerleşmesini sağlar.			
18	Eldivenin delik olup olmadığını tekrar kontrol eder.			
19	Elleri bel seviyesinin üzerinde, avuç içi yukarı bakacak şekilde tutar.			
20	Steril eldiveni çıkarırken aktif olan el ile diğer eldeki eldivenin manşet kısmını bileğe değmeden tutar.			
21	Eldivenin içini dışarı gelecek biçimde çıkarır ve aktif elin eldiveni ile bilek arasına sokar.			
22	Eldivenin dış tarafına dokunmadan eldivenin içi dışarı gelecek biçimde çıkarır (ilk çıkarılan eldiveni diğerinin içinde bırakır).			
23	Eldivenleri uygun kirli kabına atar.			
24	El hijyenini sağlar.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
STERİL ALAN HAZIRLAMA UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Cerrahi asepsi gerektiren uygulamayı doğrular.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri (steril bohça, steril solüsyon) hazırlar.			
4	Bel seviyenin üstünde temiz, kuru ve düz bir alan belirler.			
5	El hijyenini sağlar.			
6	Steril paket/ bohça; delik, yırtık, renk değişimi, nemlilik, kontaminasyon, sterilizasyon bandı ve indikatörü, son kullanma tarihi vb. açıdan kontrol eder.			
7	Steril paket/bohçayı masanın merkezine yerleştirir.			
8	Sterilizasyon bandını çıkarır.			
9	Steril paket/bohçanın üsteki katını 2,5 cm.'lik dış kenarından tutarak vücuttan uzağa doğru açar.			
10	Steril paket/bohçanın sağ ve sol yanlarını 2,5 cm.'lik dış kenarından tutarak yanlara doğru açar.			
11	Steril paket/bohçanın en vücuda yakın olan katını 2,5 cm.'lik dış kenarından tutarak açar.			
12	Hazır steril paketi; delik, yırtık, renk değişimi, nemlilik, kontaminasyon, sterilizasyon indikatörü, son kullanma tarihi açısından kontrol eder.			
13	Paketi steril alana ve vücuda değdirmeden bel seviyesinin üzerinde tutar.			
14	Paketin kenarlarını, içine dokunmadan iki yana doğru dikkatlice ayırır.			
15	Paketin içindeki steril malzemeyi, steril alana yaklaşılarak 15 cm. yükseklikten steril alana bırakır.			
16	Steril malzemelerin en dıştaki 2,5 cm.'lik alana bırakılmamasına dikkat eder.			
17	Boş paketi kirli kabına atar.			
18	Steril solüsyonü; renk değişimi, partikül, kontaminasyon, son kullanma tarihi açısından kontrol eder.			
19	Solüsyon kapağını açar.			
20	Kapak ağzı yukarı bakacak şekilde steril alandan uzağa bırakır.			
21	Solüsyon şişesinin etiketini avuç içinde kalacak şekilde tutar.			
22	Steril solüsyonü steril alan içindeki kaba 10-15 cm. yukarıdan tutularak yavaşça sıçratmadan boşaltır.			
23	Şişenin kapağını dış kısımdan tutarak kapatır.			
24	Steril alan sterilitesini korur (steril alan göz önünde tutulur, steril alan omuz ile bel seviyesinde tutulur, üzerinden kol uzatılmaz, steril alan üzerine öksürülmez/ hapşırılmaz).			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
YATAK İÇİNDE TAM VÜCUT BANYOSU
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastaya yatak içinde tam vücut banyosunu yapılmasını etkileyen faktörleri (fiziksel aktivite, bilinç durumu, iletişim, hastalık, bireysel tercihler, tıbbi araçların varlığı, boşaltım ihtiyacı vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri kolay ulaşılır yere bırakır.			
4	Hastanın kimliğini doğrular.			
5	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
6	Hasta mahremiyetini sağlar.			
7	Yatak frenlerini kontrol eder.			
8	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
9	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
10	El hijyenini sağlar.			
11	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
12	Hastanın çarşafın altından kıyafetleri çıkarır.			
13	Hastanın üzerine temiz bir örtü örtülürken eski örtü kaldırır.			
14	Tıbbi engel yok ise hastanın yastığı kaldırır.			
15	Hastaya semi-fowler pozisyon verir.			
16	Küvetlerin 2/3'üne hastanın tercih ettiği sıcaklıkta su ile doldurur.			
17	Küvetlerin birisini sabunlu, diğerini ise duru su olarak hazırlar.			
18	Hastanın başının altına yüz havlusu serer.			
19	Hastanın göğsü üzerine yüz havlusu serer.			
20	Silme bezi suya batırır ve fazla suyu sıkır.			
21	Silme bezini üçgen ya da dikdörtgen tekniğine uygun olarak katlar.			
22	Gözleri kapalı iken iç kantüsten dış kantüse doğru siler.			
23	Diğer gözü silmek için bezin diğer köşesini kullanır.			
24	Göz etrafında kurumuş salgı var ise, ıslatılmış gazlı bezler göz kapağı üzerinde 2-3 dakika bekletir.			
25	Sırası ile alın, burun kanatları, yanaklar, çene, boyun ve kulakları sabunlu su ile uzaktan yakına doğru siler.			
26	Sırasıyla alın, burun kanatları, yanaklar, çene, boyun ve kulakları duru su ile uzaktan yakına doğru siler.			
27	Alın, burun kanatları, yanaklar, çene, boyun ve kulakları kurular.			
28	Yüz havlusunu hastanın başının altından alır.			
29	Hastanın uzak taraftaki kolunun altına banyo havlusu serer.			
30	Kolu, sabunlu su ile distalden proksimale doğru uzunlamasına hareketle siler.			
31	Kolu, duru su ile distalden proksimale doğru uzunlamasına hareket ile siler.			
32	Kolu kurular.			
33	Küvetlerdeki suyu değiştirir (yıkama küvetlerindeki su, soğuduğunda ya da kirlendiğinde değiştirir).			
34	Banyo havlusunu, hastanın uzak tarafındaki elinin altına serer.			
35	Sabunlu su küvetini havlunun üstüne yerleştirir.			

36	Hastanın elini sabunlu suda 3-5 dk. bekletir.			
37	Hastanın parmak aralarını yıkar ve gerekli ise tırnaklarını keser.			
38	Aynı uygulamaları duru su ile tekrarlar.			
39	Ellerini kurular.			
40	Diğer taraftaki kol ve el içinde aynı işlemleri tekrarlar.			
41	Hastanın üzerindeki örtüyü abdomen hizasına kadar indirirken banyo havlusu ile göğüs ve abdomen bölgesini örter.			
42	Göğüs bölgesini, havlunun altından uzaktan yakına doğru sabunlu su ile siler.			
43	Göğüs bölgesini, havlunun altından uzaktan yakına doğru duru su ile siler.			
44	Göğüs bölgesini kurular.			
45	Abdomeni uzaktan yakına doğru sabunlu su ile siler.			
46	Abdomeni uzaktan yakına doğru duru su ile siler.			
47	Abdomeni kurular.			
48	Göğüs ve abdomene örtülen banyo havlusunu kaldırır.			
49	Hastanın üzerini örtü ile örter.			
50	Hastanın uzak taraftaki bacağına altına banyo havlusu serer.			
51	Bacağı fleksiyon pozisyonuna getirir.			
52	Hastanın bacağına, sabunlu su ile distalden proksimale doğru uzunlamasına hareketle siler.			
53	Hastanın bacağına, duru su ile distalden proksimale doğru uzunlamasına hareketlerle siler.			
54	Bacağına kurular.			
55	Banyo havlusunu, hastanın uzak tarafındaki ayağının altına serer.			
56	Sabunlu su küvetini havlunun üstüne yerleştirir.			
57	Hastanın ayağını sabunlu suda 3-5 dk. bekletir.			
58	Parmak aralarını yıkar ve gerekli ise tırnakları keser.			
59	Aynı uygulamaları duru su ile tekrarlar.			
60	Ayaqları kurular.			
61	Diğer taraftaki ayak içinde aynı uygulamaları tekrarlar.			
62	Hastaya lateral ya da prone pozisyonu verir.			
63	Hastanın omzundan kalçasına kadar olan yatak bölümüne banyo havlusu serer.			
64	Hastanın sırtından kalçasına doğru banyo havlusu örter.			
65	Hastanın sırtını, havlunun altından enseden kalçalara doğru uzunlamasına hareketlerle sabunlu su ile siler.			
66	Hastanın sırtını, havlunun altından enseden kalçalara doğru uzunlamasına hareketlerle duru su ile siler.			
67	Ense, omuzlar, sırt ve kalçayı kurular.			
68	Sakıncası yok ise hastaya bu pozisyonda iken sırt masajı yapar.			
69	Kalça ve anüs kıvrımlarını farklı gazlı bezler ile temizler.			
70	Hastaya supine pozisyonu verir.			
71	Küvetteki suyu değiştirir.			
72	Perine bakımı verir.			
73	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
74	Hastaya temiz kıyafetler giydirir.			
75	Yatak takımlarını değiştirir.			
76	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir, yatak kenarlıkları kaldırır, yatağı en düşük seviyeye getirir.			
77	Malzemeleri toplar.			
78	El hijyenini sağlar.			
79	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
YETİŞKİN KADINDA PERİNE BAKIMI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Yetişkin kadında perine bakımını etkileyen faktörleri (yaş, fiziksel aktivite, bilinç durumu, iletişim, hastalık, tıbbi araçların varlığı, boşaltım ihtiyacı, bireysel tercihler vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri hazırlar.			
4	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağı bel seviyesine getirir.			
10	Çalışacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Hastanın boşaltım ihtiyacı varsa gidermesini sağlar.			
13	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
14	Küvetlerin 2/3' üne hastanın tercih ettiği sıcaklıkta su doldurur.			
15	Küvetlerin birisini sabunlu diğerini ise duru su olarak hazırlar.			
16	Gazlı bezleri küvete yerleştirir.			
17	Hastanın genital bölgesi açıkta kalacak şekilde alt kıyafetlerini çıkarır.			
18	Hastanın altına su geçirmez örtü serer.			
19	Hastaya dorsal rekümbent pozisyon verir.			
20	Kare örtünün/ çarşafın bir ucunu perine bölgesine, bir ucunu baş kısmına ve diğer iki ucunu bacaklara doğru olacak şekilde çapraz serer.			
21	Kare örtünün/çarşafın iki yan ucunu hastanın bacaklarına dıştan içe doğru sarar.			
22	Kare örtünün/ çarşafın baş tarafındaki ucunu hastanın omuzlarını dışarı bırakacak şekilde aşağıya doğru katlar.			
23	Kare örtü/çarşafın hastanın perine bölgesini örten ucunu abdomene doğru geriye katlar.			
24	Kirli kabını hastanın bacakları arkasına yerleştirir.			
25	Gerekli ise perine bölgesini traş eder.			
26	Sırasıyla uzak taraftaki uyluk ve yakın taraftaki uyluğu kasıklardan kalçalara doğru, mons pubisi ise uzunlamasına hareketlerle sabunlu su ile her bir bölgede farklı gazlı bez kullanarak siler ve gazlı bezleri kirli kabına atar.			
27	Önce uzaktaki, daha sonra yakındaki labia majörü önden arkaya doğru farklı gazlı bezlerle <u>duru su</u> ile siler ve gazlı bezler kirli kabına atar.			
28	Önce uzaktaki, daha sonra yakındaki labia minörü önden arkaya doğru farklı gazlı bezlerle <u>duru su</u> ile siler ve gazlı bezleri kirli kabına atar.			

29	Üretral meatusu, klitorisden anüse doğru gazlı bezle siler ve gazlı bezi kirli kabına atar (önerilen solüsyon ya da sabun varsa kullanır ve durular).			
30	Sırasıyla uylukları, mons pubis, labia majörler, labia minörler, üretral meatusu farklı gazlı bezler ile kurular.			
31	Hastaya lateral pozisyon verir.			
32	Hastanın üzerini yalnızca anal bölge açıkta kalacak şekilde örter.			
33	Fekal atıkları tuvalet kağıdıyla siler.			
34	Kalça ve anüs kıvrımlarını gazlı bez ve sabunlu su ile siler.			
35	Kalça ve anüs kıvrımlarını gazlı bez ve duru su ile siler.			
36	Sırasıyla kalça ve anüsü farklı gazlı bez ile kurular.			
37	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
38	Hastaya temiz kıyafetlerini giydirir.			
39	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
40	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
41	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
42	Malzemeleri toplar.			
43	El hijyenini sağlar.			
44	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
YETİŞKİN ERKEKTE PERİNE BAKIMI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Yetişkin erkekte perine bakımını etkileyen faktörleri (yaş, fiziksel aktivite, bilinç durumu iletişim hastalık, tıbbi araçların varlığı, boşaltım ihtiyacı, bireysel tercihler vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri hazırlar.			
4	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Hastanın boşaltım ihtiyacı varsa giderilmesini sağlar.			
13	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
14	Küvetlerin 2/3' üne hastanın tercih ettiği sıcaklıkta su doldurur.			
15	Küvetlerin birini sabunlu diğerini duru su olarak hazırlar.			
16	Gazlı bezleri küvete koyar.			
17	Hastanın genital bölgesi açıkta kalacak biçimde alt kıyafetlerini çıkarır.			
18	Hastanın altına su geçirmez örtüyü serer.			
19	Hastaya bacaklarını biraz ayırarak şekilde supine pozisyonu verir.			
20	Kare örtü/çarşafı hastanın bacaklarının üzerine düz şekilde örter.			
21	Hastanın bacağına yan tarafına kirli kabı yerleştirir.			
22	Gerekli ise perine bölgesini traş eder.			
23	Sırasıyla uzak taraftaki uyluk ve yakın taraftaki uyluğu kasıklardan kalçalara doğru, mons pubisi ise uzunlamasına hareketlerle sabunlu su ile her bir bölgede farklı gazlı bez kullanarak siler ve gazlı bezleri kirli kabına atar.			
24	Sırasıyla uzak taraftaki uyluk ve yakın taraftaki uyluk kasıklardan kalçalara doğru, mons pubisi ise uzunlamasına hareketlerle duru su ile her bir bölgede farklı gazlı bez kullanarak siler ve gazlı bezleri kirli kabına atar.			
25	Pasif el ile penisi, vücuda dik olacak şekilde tutar.			
26	Hasta sünnetsiz ise, sünnet derisini geriye doğru çekerek glans penisi açığa çıkarır.			
27	Penisi, üretral meatustan başlayarak dairesel hareketlerle skrotuma kadar duru su ile gazlı bez kullanarak siler ve gazlı bezi kirli kabına atar (önerilen sabun ya da solüsyon varsa kullanır ve durular.)			
28	Sünnet derisini eski konumuna getirir.			

29	Skrotumu hafifçe kaldırır ve sırasıyla ön, yan, arka yüzeyleri sabunlu su ile uzunlamasına hareketlerle siler.			
30	Sırasıyla uylukları, mons pubis, penis ve skrotumu farklı gazlı bezler ile kurular.			
31	Hastaya lateral pozisyon verir.			
32	Hastanın üzerini yalnızca anal bölge açıkta kalacak şekilde örter.			
33	Fekal atıkları mevcutsa tuvalet kağıdı ile siler.			
34	Kalça ve anüs kıvrımlarını gazlı bezler ile sabunlu su ile siler.			
35	Kalça ve anüs kıvrımlarını gazlı bezler ile duru su ile siler.			
36	Sırasıyla kalça ve anüsü farklı gazlı bezler ile kurular.			
37	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
38	Hastanın temiz kıyafetlerini giydirir.			
39	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
40	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
41	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
42	Malzemeleri toplar.			
43	El hijyenini sağlar.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
SIRT MASAJI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastaya sırt masajı yapılmasını etkileyen faktörleri (hastalık, pozisyon, kırık, yanık, açık yara, geçirilmiş ameliyat, bilinç durumu vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri hazırlar.			
4	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
13	Hastanın yaşamsal bulgularını ölçer ve değerlendirir.			
14	Hastanın üst kıyafetlerini çıkarır.			
15	Hastaya prone ya da başı 30° yükseltilmiş şekilde sırtı hemşireye dönük olarak lateral pozisyonu verir.			
16	Gerekli miktarlarda ılık vücut losyonunu avuç içine alır.			
17	Ellerini sakral bölgede omurların her iki yanına yerleştirir, parmaklar bir araya getirerek kapatır.			
18	Ellerini omurga boyunca, sakral bölgeden omuzlara doğru düz bir hat boyunca dairesel hareketlerle deriyi sıvazlayarak (efloraj) hareket ettirir.			
19	Skapula üzerinde büyük daireler çizecek biçimde efloraj hareketlerine devam eder.			
20	Ellerini, hastanın sırtından kaldırmadan skapulalardan sakral bölgeye doğru düz bir hat boyunca ve dairesel hareketlerle efloraj hareketlerine devam eder.			
21	Kalçalarda sağ ve sol iliak çıkıntı üzerinde, büyük daireler çizerek efloraj hareketine devam eder.			
22	Sakral bölgeden omuzlara ve enseye doğru deri altı dokular ve kasları, başparmak ve diğer parmaklar arasında sıkışıp bırakarak yoğurma (petrisaj) hareketi yapar.			
23	Ellerini hastanın sırtından kaldırmadan omuzlardan sakral bölgeye doğru omurganın her iki yanında düz bir hat boyunca petrisaj hareketlerine devam eder.			
24	Efloraj hareketini tekrarlar.			
25	Sakıncası yoksa fiksiyon, vibrasyon, perküsyon (haşur, tapotman) hareketleri ni yapar.			
26	Her bir masaj manevrasından sonra efloraj hareketlerini tekrarlar.			
27	Hastanın sırtındaki vücut losyonunun fazlası banyo havlusu ile siler.			
28	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
29	Hastanın kıyafetlerini giydirir.			

30	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
31	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
32	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
33	Malzemeleri toplar.			
34	El hijyenini sağlar.			
35	Hastanın yaşamsal bulgularını tekrar ölçer ve değerlendirir.			
36	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
YATAK İÇİNDE SAÇ BANYOSU
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastaya yatak içinde saç banyosunu yapılmasını gerektiren faktörleri (saçların yapısı, hastalıklar, bireysel tercihler, sosyo ekonomik durum, bilinç durumu, iletişim, tıbbi araçların varlığı vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri hazırlar.			
4	Malzemeleri kolay ulaşılabilir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
13	Hastanın başı ve omuzları yatağın ucuna ve çalışılacak kenara yakın olacak şekilde yerleştirir.			
14	Hastanın boynu ve omuzlarının altına su geçirmez örtü serer.			
15	Kirli suyun drenajını sağlamak için saç yıkama küvetinin/setinin tahliye borusunun altına su kovası yerleştirir.			
16	Hastanın altına katlanmış el havlusu yerleştirir.			
17	Hastanın kulaklarına pamuk tampon yerleştirir.			
18	Hastanın boynunun altından omuzlarına doğru gelecek biçimde rulo biçiminde getirilmiş havlu yerleştirir.			
19	Yıkama küveti/ setini hastanın boynu altına yerleştirir.			
20	Başka bir havluyu daha sonra kullanılmak üzere yastığı üzerine serer.			
21	Alın ile saçlı derinin birleştiği noktadan başlanarak hastanın saçlarını su ile ıslatır.			
22	Avuç içine bir miktar şampuan döker.			
23	Saçları parmak uçlarıyla alın ile saçlı derinin başlangıcından enseye doğru masaj yaparak köpürtür.			
24	Saçları şampuan kalmayınca kadar su ile durulanır hastanın başının altından yıkama küveti/ setini alır.			
25	Üzerinde havlu bulunan yastığı hastanın başının altına yerleştirir.			
26	Havluyu hastanın başına sarar.			
27	Hastanın alnındaki el havlusu ve kulaklarındaki pamuk tamponları alır.			
28	Hastanın saçları ve kafa derisini havlu ile kurular.			
29	Hastanın saçlarını tarar.			
30	Tercihe göre saçları saç kurutma makinesi ile kurular.			

31	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
32	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
33	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
34	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
35	Malzemeleri toplar.			
36	El hijyenini sağlar.			
37	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
BİLİNÇLİ HASTADA AĞIZ BAKIMI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Bilinçli hastada ağız bakımı yapılmasını etkileyen faktörleri (ağız hijyeni, bilinç durumu, yutma refleksi, ilaçlar, hareket kısıtlılığı, hastanın işleme katılma düzeyi vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri hazırlar.			
4	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
13	Hastaya fowler ya da semi-fowler pozisyonu verir.			
14	Su geçirmez örtüyü hastanın göğsünün üzerine yerleştirir.			
15	Gerekli ise aspirasyon yapar.			
16	Böbrek küveti hastanın çenesinin altına yerleştirir.			
17	Diş fırçasını su ile ıslatır.			
18	Diş fırçasına bir miktar diş macunu sürer.			
19	Diş fırçasının kıllarını, diş eti çizgisine 45° açı yapacak şekilde yerleştirir.			
20	Üst çenedeki dişlerin içini, dış yüzeylerini diş etlerinden uçlara doğru ve çiğneme yüzeylerini öne ve arkaya doğru fırçalar.			
21	Alt çenedeki dişlerin içini, dış yüzeylerini diş etlerinden uçlara doğru ve çiğneme düzeyleri öne ve arkaya doğru fırçalar.			
22	Sırasıyla damak, yanaklar, dil üstü ve dil altını fırçalar.			
23	Hastadan ağızını bir miktar su ile çalkalayıp böbrek küvete tükürmesini ister.			
24	Yaklaşık 30 cm. uzunluğundaki diş ipinin uçlarını, orta parmaklara ve parmaklar arasında 2,5-4 cm. uzunluk kalacak şekilde sarar.			
25	Diş ipini, her dişin yan yüzünden aşağı indirir ve diğer dişin yan yüzünden yukarı doğru çıkarılarak uygular (bu işlemi tüm diş aralarına uygular. Her bir diş arasında diş ipinin temiz kısmını kullanır.)			
26	Hastadan ağızını bir miktar su ile çalkalayıp böbrek küvete tükürmesini ister.			
27	Hastanın ağızını kağıt havlu ile kurular.			
28	Böbrek küveti hastanın çenesinin altından alır.			
29	Dudaklara nemlendirici losyon sürer.			

30	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
31	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
32	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
33	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
34	Malzemeleri toplar.			
35	El hijyeni sağlar.			
36	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
BİLİNCİ KAPALI OLAN HASTADA AĞIZ BAKIMI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Bilinci kapalı olan hastada özel ağız bakımını etkileyen faktörleri (hastalık, ağız hijyeni, ağız kokusu, ameliyat, ilaçlar, hareket kısıtlılığı vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri hazırlar.			
4	Malzemeleri kolay ulaşılır bir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
13	Hastaya sims ya da lateral pozisyonda, başı hemşireye dönük olacak şekilde pozisyon verir.			
14	Su geçirmez örtüyü hastanın yüzünün altına yerleştirir.			
15	Böbrek küveti hastanın çenesinin altına yerleştirir.			
16	Pasif bir el ile basınç uygulayarak alt çeneyi açar ve dilin üzerine dil basacağı yerleştirir ya da ağız içerisine airway yerleştirir (uygulama süresince bu pozisyon korur).			
17	Gerekli ise uygulama süresince ağız içini aspire eder.			
18	Süngerli çubukları ağız temizleme solüsyonunda ıslatır.			
19	Sağ üst çeneyi; sağ en arka dişten çene orta hattına kadar silinir, süngerli çubuğu kirli kabına atar.			
20	Sağ alt çeneyi; sağ en arka dişten çene orta hattına kadar temizler, süngerli çubuğu kirli kabına atar.			
21	Sol alt çeneyi; sol en arka dişten çene orta hattına kadar temizler, süngerli çubuğu kirli kabına atar.			
22	Sağ yanak mukozasını temizler, süngerli çubuğu kirli kabına atar.			
23	Sol yanak mukozasını temizler, süngerli çubuğu kirli kabına atar.			
24	Damağı temizler, süngerli çubuğu kirli kabına atar.			
25	Dil üzeri ve dil altını temizler, süngerli çubuğu kirli kabına atar.			
26	Aynı uygulamaları duru su ile tekrarlar.			
27	Dil basacağını/ airwayi alır.			
28	Ağız çevresini kağıt havlu ile kurular.			
29	Böbrek küvet ve su geçirmez örtüyü alır.			
30	Dudaklara suda eriyen nemlendirici losyonu sürer.			

31	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
32	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
33	Yatak kenarlıklarını kaldırır ve yatağı en düşük seviyeye getirir.			
34	Malzemeleri toplar.			
35	El hijyenini sağlar.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
PARENTERAL İLAÇ UYGULAMASI
FLAKON İÇİNDEKİ TOZ İLACI SULANDIRMA
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Flakon içindeki ilaç hazırlamasını etkileyecek faktörleri (ilacın saklama koşulları, çözücü solüsyonun özelliği, sulandırılmış solüsyon bekleme süresi vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar, malzemeleri hazırlar.			
4	İlacı; formu şekli, veriliş yolları, üretim dozu, son kullanma tarihi vb. açısından kontrol eder.			
5	Enjektör ve iğnesini paketinden çıkarır.			
6	Enjektörün iğnesi ile bağlantısını sağlar.			
7	Enjektörün pistonunu geriye çekerek kontrol ettikten sonra enjektör paketi ile birlikte malzeme tepsiye bırakır.			
8	Ampulün baş kısmında biriken solüsyon gövde kısmına akıncaya kadar hafifçe vurur.			
9	Ampulün boyun çevresini alkollü pamuk tampon ile siler.			
10	Ampulün boyun kısmının arkasına gazlı bez yerleştirir.			
11	Aktif olmayan elin parmakları ile ampulün boynu işaretli bölgesi göz hizasında olacak şekilde kavrar.			
12	Aktif elin başparmağı işaretli bölgeye, işaret parmağı ampulün arka tarafına yerleştirir.			
13	Ampul, hareket yönü vücuttan uzağa olacak şekilde başparmak ile seri bir hareket ile kırar.			
14	Ampulün kırılan boynunu kesici delici atık kutusuna atar.			
15	Ampülü düz bir zemine yerleştirir.			
16	Enjektör iğnesinin koruyucu kılıfını düz bir şekilde ajutajdan destekleyerek çıkarır ve enjektör paketinin içine bırakır.			
17	İğnenin ucunu zemine dik olacak şekilde ampulün kenarlarına değdirmeden ampulün içine yerleştirir.			
18	Solüsyonu enjektör içine çeker.			
19	İğnenin ucunu ampulün kenarlarına değdirmeden çıkarır.			
20	İğnenin koruyucu kılıfını takar.			
21	Enjektörün pistonunu hafifçe geriye doğru çekerek iğnenin içindeki solüsyonun enjektöre akmasını sağlar.			
22	Enjektörün içindeki havayı, pistonu dikkatlice iterek çıkarır ve enjektörü malzeme tepsiye bırakır.			
23	Ampülü, kesici delici atık kutusuna atar.			
24	Flakonun kauçuk tıpasını koruyan metal/ plastik kapağı çıkarır ve tepsiye bırakır.			
25	Solüsyon çekilen enjektör iğnesinin koruyucu kılıfını çıkarır ve enjektör paketi içerisine bırakır.			
26	Pasif el ile flakonu, aktif el ile enjektörü tutar.			
27	İğne ucunu kauçuk tıpanın tam ortasına gelecek şekilde flakonun sonuna kadar batır.			

28	İğne ucu flakonun cam duvarına dönük iken solüsyonu flakonun içerisine yavaşça verir.			
29	Flakonun içinde basınç oluşturan havanın enjektöre dolmasına izin verir.			
30	İğneyi flakonun içerisinden çıkararak koruyucu kılıfını takar.			
31	Flakonun içindeki tozu ilaç çözülene kadar avuç içinde nazıkçe yuvarlar.			
32	Enjektörün koruyucu kılıfını çıkarır.			
33	Flakonu çekerek ilaç miktarı kadar enjektöre hava çeker.			
34	İğnenin ucunu zemine dik olacak şekilde flakonun kauçuk tıpasının tam ortasına batırır.			
35	İğnenin ucu flakonun hava içeren bölümünde iken hava verir.			
36	Enjektör ve pistonu sıkı tutarak flakon göz hizasında olacak şekilde ters çevirir.			
37	Flakonu pasif elin parmakları ile tutarken aktif elin başparmağıyla da enjektörü destekler.			
38	Flakonun içindeki iğnenin ucunu sıvı içerisinde olacak şekilde tutarak istem edilen ilaç miktarının enjektöre dolmasını sağlar.			
39	Aktif el ile enjektörü tutarken iğneyi flakondan çıkarır.			
40	İğnenin koruyucu kılıfını takar (enjeksiyon yapılacaksa iğne ucunu değiştirir).			
41	Enjektörün pistonu hafifçe geriye çekilerek iğnenin içindeki ilacın enjektöre akmasını sağlar.			
42	Enjektörün içindeki havayı çıkarır (Im enjeksiyon yapılacaksa hava kilidi oluşturmak için enjektör içerisine 0,2-0,3 ml. hava bırakır.)			
43	Enjektöre çekilen ilaç miktarını kontrol eder.			
44	Hastaya veya ilaca ait bilgileri içeren etiketi enjektöre yapıştırır.			
45	Flakonu cam atık kutusuna atar.			
46	El hijyenini sağlar.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
BİLİNCİ AÇIK HASTADA AĞIZ BAKIMI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Bilinçli hastada ağız bakımı yapılmasını etkileyen faktörleri (ağız hijyeni, bilinç durumu, yutma refleksi, ilaçlar, hareket kısıtlılığı, hastanın işleme katılma düzeyi vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri hazırlar.			
4	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
13	Hastaya fowler ya da semi-fowler pozisyon verir.			
14	Su geçirmez örtüyü hastanın göğsünün üzerine yerleştirir.			
15	Gerekli ise aspirasyon yapar.			
16	Böbrek küveti hastanın çenesinin altına yerleştirir.			
17	Diş fırçasını su ile ıslatır.			
18	Diş fırçasına bir miktar diş macunu sürer.			
19	Diş fırçasının kıllarını, diş eti çizgisine 45° açı yapacak şekilde yerleştirir.			
20	Üst çenedeki dişlerin içini, dış yüzeyleri dişetlerinden uçlara doğru ve çiğneme yüzeylerini öne ve arkaya doğru fırçalar.			
21	Alt çenedeki dişlerin içini, dış yüzeylerini diş etlerinden uçlara doğru ve çiğneme düzeylerini öne ve arkaya doğru fırçalar.			
22	Sırasıyla damak, yanaklar, dil üstü ve dil altını fırçalar.			
23	Hastadan ağızını bir miktar su ile çalkalayıp böbrek küvete tükürmesini ister.			
24	Yaklaşık 30 cm. uzunluğundaki diş ipinin uçlarını, orta parmaklara ve parmaklar arasında 2,5-4 cm. uzunluk kalacak şekilde sarar.			
25	Diş ipini, her dişin yan yüzünden aşağı indirir ve diğer dişin yan yüzünden yukarı doğru çıkarılarak uygular (bu işlemi tüm diş aralarına uygular, her bir diş arasında diş ipinin temiz kısmına uygular).			
26	Hastadan ağızını bir miktar su ile çalkalayıp böbrek küvete tükürmesini ister.			
27	Hastanın ağızını kağıt havlu ile kurular.			
28	Böbrek küveti hastanın çenesinin altından alır.			
29	Dudaklara nemlendirici losyon sürer.			

30	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
31	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
32	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
33	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
34	Malzemeleri toplar.			
35	El hijyenini sağlar.			
36	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
İNTRADERMAL ENJEKSİYON UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemi kontrol eder.			
2	İntradermal ilaç uygulamasını etkileyecek faktörleri (yaş, bilinç durumu, hastalıklar, iletişim vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri hazırlar.			
5	Malzeme tepsisini hasta odasında görme alanında kalacak şekilde kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgileri karşılaştırır (ilaç uygulaması sürecinde doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt kontrol eder).			
7	Hastanın kimliğini doğrular.			
8	Hastaya ilacın verilmiş nedeni, etkisi ve yan etkisini açıklar.			
9	Hasta mahremiyetini sağlar.			
10	Yatak frenlerini kontrol eder.			
11	Hasta yatağı bel seviyesine getirir.			
12	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
13	El hijyenini sağlar.			
14	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
15	Enjeksiyon için uygun bölgeyi seçer (ön kol, sırtın üst bölgesi vb.)			
16	Hastaya uygun pozisyon verir.			
17	Enjeksiyon bölgesi açık olacak şekilde hastanın üzerini açar.			
18	Enjeksiyon yapılacak olan alanı değerlendirir (ekimoz, skar, inflamasyon, ödem, lezyon, renk değişimi, kitle, hassasiyet vb.).			
19	Enjeksiyon bölgesini yaklaşık 5 cm. çapında olacak şekilde, antiseptikli tampon ile merkezden dışarıya doğru daire şeklinde hareketle siler ve kurumasını bekler.			
20	Enjektör iğnesinin koruyucu kılıfını düz bir şekilde ajutajdan destekleyerek çıkarır.			
21	Enjektör iğnesini kesik ucu yukarı bakacak şekilde aktif elin başparmağı ve işaret parmağı arasında tutar.			
22	Pasif elin baş parmağı ve işaret parmağıyla enjeksiyon bölgesindeki cildi gerdirir.			
23	İğne hastanın cildiyle 5-15° açı yapacak şekilde tutularak yaklaşık 3 mm. (iğnenin kesik ucu tamamen görülmeyecek şekilde) ilerletir.			
24	İğneyi dokuya yerleştirdikten sonra aktif el ile enjektörü sabit tutar.			
25	Pasif el pistona doğru kaydırılarak deride yaklaşık 6 mm. çapında küçük bir kabarıklık oluşturuncaya kadar ilacı yavaşça enjekte eder.			
26	İğneyi, dokuya giriş açısı korunarak dokudan çıkarır.			
27	İğne ucunu kesici delici atık kutusuna, enjektörü tıbbi atık kutusuna atar.			
28	Enjeksiyon bölgesini deri kalemi ile daire içine alarak işaretler.			

29	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
30	Tek kullanımlık eldivenleri çıkarır.			
31	Yatak kenarlıkları kaldırır.			
32	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
33	Malzemeleri toplar.			
34	El hijyenini sağlar.			
35	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
36	Enjeksiyon bölgesini, uygulanan ilaç ve deri testine göre belirlenen uygun zaman aralığından sonra değerlendirir.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
SUBKÜTAN ENJEKSİYON UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Subkütan ilaç uygulamasını etkileyecek faktörleri (yaş, bilinç durumu, hastalıklar, iletişim, kanama durumu vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri hazırlar.			
5	Malzeme tepsisini hasta odasında görme alanında kalacak şekilde kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgileri karşılaştırır (ilaç uygulaması süresince doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt kontrol eder).			
7	Hastanın kimliğini doğrular.			
8	Hastaya ilacın verilmiş nedeni, etkisi ve yan etkisini açıklar.			
9	Hasta mahremiyetini sağlar.			
10	Yatak frenleri kontrol eder.			
11	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
12	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
13	El hijyenini sağlar.			
14	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
15	Enjeksiyon için uygun bölgeyi (üst kolun dış yan yüzü, abdomen, uyluğun ön tarafı, sırtın üst kısmı, ventrogluteal bölgenin üst kısmı) seçer.			
16	Hastaya uygun pozisyon verir.			
17	Enjeksiyon bölgesi açık olacak şekilde hastanın üzerini açar.			
18	Enjeksiyon yapılacak alanı ekimoz, skar, inflamasyon, ödem, lezyon, renk değişimi, kitle, hassasiyet açısından değerlendirir.			
19	Enjeksiyon bölgesini yaklaşık 5 cm. çapında olacak şekilde, antiseptikli pamuk tampon ile merkezden dışarıya doğru dairevi bir hareketle siler ve kurummasını bekler.			
20	Kuru pamuk tamponu aktif elin serçe ve yüzük parmakları arasına yerleştirir.			
21	Enjektör iğnesinin koruyucu kılıfını düz bir şekilde ajutajdan desteklenerek çıkarır.			
22	Enjektörü aktif elin başparmağı ve işaret parmağı arasında tutar.			
23	Enjeksiyon uygulanacak dokuyu pasif el ile kavranır/ gerdirir.			
24	İğnenin açık ucunu yukarı bakacak şekilde hastanın cildiyle 45-90°'lik açı yapacak şekilde dokuya batırır (iğnenin cilde giriş açısı hastanın cilt altı yağ dokusuna, ilacın türüne ve iğnenin uzunluğuna göre ayarlar).			
25	İğneyi dokuya yerleştirdikten sonra pasif el ile kavranan/ gerdirilen dokuyu serbest bırakır.			
26	Pasif el ile ilacı, 10 saniyede 1ml. olacak hızda dokuya enjekte eder.			
27	İğneyi geri çekmeden 5-10 saniye bekler.			

28	Pasif eldeki pamuk ile doku desteklenirken iğneyi, dokuya giriş açısı korunarak geri çıkarır.			
29	Enjeksiyon bölgesine kuru pamuk ile masaj yapmadan hafif basınç uygular.			
30	İğne ucunu kesici delici atık kutusuna, enjektörü tıbbi atık kutusuna atar.			
31	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
32	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
33	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
34	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
35	Malzemeleri toplar.			
36	El hijyenini sağlar.			
37	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	İntramüsküler ilaç uygulamasını etkileyecek faktörleri (yaş, bilinç durumu, hastalıkları, iletişim, kanama durumu vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri hazırlar.			
5	Malzeme tepsisini hasta odasında görme alanında kalacak şekilde kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgileri karşılaştırır (ilaç uygulaması süresince doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt kontrol edilmelidir).			
7	Hastanın kimliğini doğrular.			
8	Hastaya ilacın verilmiş nedeni, etkisi ve yan etkisini açıklar.			
9	Hasta mahremiyetini sağlar.			
10	Yatak frenlerini kontrol eder.			
11	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
12	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
13	El hijyenini sağlar.			
14	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
15	Enjeksiyon için uygun bölgeyi (ventrogluteal bölge, vastus lateralis kası, rektus femoris, deltoid kası) seçer.			
16	Hastaya uygun pozisyon verir.			
17	Enjeksiyon bölgesi açık olacak şekilde hastanın üzerini açar.			
18	Enjeksiyon yapılacak alanı ekimoz, skar, inflamasyon, ödem, lezyon, renk değişimi, kitle, hassasiyet açısından değerlendirir.			
19	Seçilen enjeksiyon bölgesi üzerinde anatomik işaret noktalarına göre enjeksiyon yerini tespit eder.			
20	Enjeksiyon bölgesini yaklaşık 5 cm. çapında olacak şekilde, antiseptikli pamuk tampon ile merkezden dışarıya doğru dairevi hareket ile siler ve kurumasını bekler.			
21	Kuru pamuk tamponu aktif elin serçe ve yüzük parmakları arasına yerleştirir.			
22	Enjektör iğnesinin koruyucu kılıfını düz şekilde ajutajdan destekleyerek çıkarır.			
23	Enjektörü aktif elin başparmağı ve işaret parmağı arasında kalem tutar gibi tutar.			
24	Enjeksiyon bölgesi gerdirilerek dokuyu sabitler (Z tekniği kullanılacaksa pasif elin ulnar tarafı ile enjeksiyon bölgesinin hemen altındaki cilt 2,5-3,5 cm kadar çekilerek gerdirir).			
25	İğneyi 90°'lik açı ile dokuya seri bir şekilde batırır.			
26	Pasif el ile pistonu geri çekerek enjektöre kan gelip gelmediğini kontrol eder.			
27	Enjektör içine kan gelmiyorsa pasif el ile 10 saniyede 1 ml. olacak hızda dokuya enjekte eder.			

28	İğneyi geri çekmeden 10 saniye bekler.			
29	Pasif eldeki pamuk ile dokuyu desteklerken iğnenin dokuya giriş açısını koruyarak seri bir hareketle dokudan geri çıkarır.			
30	Enjeksiyon bölgesine kuru pamuk tampon ile masaj yapmadan hafif basınç uygular.			
31	İğne ucu kesece delici atık kutusuna, enjektörü tıbbi atık kutusuna atar.			
32	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
33	Tek kullanımlık eldivenleri çıkarır.			
34	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
35	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
36	Malzemeleri toplar.			
37	El hijyeni sağlar.			
38	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
39	Hastanın uygulanan ilaçlara yanıtını değerlendirir.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
PARENTERAL İLAÇ UYGULAMASI
İNTREVENÖZ KATETER UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	IV kateter uygulamasını etkileyen faktörleri (yaş, mastektomi.fistül, seçilen venin durumu, ilaçlar, alerji/inme vb. hastalıklar) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri hazırlar.			
4	Malzemeleri kolay ulaşılır bir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Flaster / tespit materyali ya da şeffaf pansumanı hazırlar.			
13	Hastaya supine, semi-fowler ya da fowler pozisyon verir.			
14	IV kateter uygulaması için uygun veni belirler.			
15	Uygun ven eklem bölgesinde ise tespit tahtasını eklem altına yerleştirir.			
16	Eksremitenin altına su geçirmez örtü yerleştirir.			
17	Turnikeyi, arteriel kan akımını engellemeyecek şekilde vene girilerek alanın 10-15 cm. yukarısına bağlar.			
18	Radial nabızı kontrol eder ve nabız iyi alınmıyorsa turnikeyi biraz gevşetir.			
19	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
20	Venin dolgunluğunu arttıran uygulamaları (Kolu kalp seviyesinden aşağı doğru tutarak eli açma kapama, kolu distalden proksimale doğru sıvazlama, ven üzerinde hafifçe vurma, turnikeyi çıkarıp damar üzerine 10-15 dk.'lık yaş uygulama yapma) yapar.			
21	Belirlenen veni palpe eder.			
22	Belirlenen veni antiseptikli pamuk tampon ile proksimalden distale doğru ven boyunca siler (Klorheksidin gibi bir antiseptikli tampon kullanılıyorsa en az 30 sn. öne ve geriye doğru basınç uygulayarak siler.)			
23	Silinen bölgenin kurumasını bekler.			
24	IV kateteri paketten alarak koruyucu kılıftan çıkarır.			
25	Belirlenen bölgeyi pasif el ile alttan kavrarken pasif elin başparmağı ile venin 2,5-5 cm. distalinden aşağı doğru cildi gerdirir.			
26	IV kateteri, kesik ucu yukarıda olacak şekilde aktif elde tutar.			
27	IV kateteri deri ile 10-30° açı yapacak şekilde tutarak vene girer.			
28	IV kateterin haznesine kan geldiğinde kateter 0,6 cm. daha ilerletir.			

29	Aktif el ile IV kateterin plastik iğnesi ven içine doğru tamamen ilerletilirken pasif el ile çelik iğne dışarı doğru çeker (çelik iğne kateterden tamamen çıkartılmaz).			
30	Aktif el ile IV kateterİ sabit tutarken pasif el ile turnikeyi açar.			
31	Pasif el ile vene giriş bölgesinden hafif basınç uygularken çelik iğneyi aktif el ile kataterden tamamen çıkarır.			
32	Çelik iğneyi, kesici delici atık kutusuna atar.			
33	Aktif el ile yıkama solüsyonu çekilmiş enjektörü, IV katetere yerleştirir.			
34	Pasif elin parmakları tarafından ven üzerine yapılan basıncı kaldırır.			
35	Yıkama solüsyonunu IV kateterden verirken ağrı, şişlik, soğukluk vb. belirtiler olup olmadığını gözler.			
36	Enjektörü IV kateterden çıkarır.			
37	IV kateterin kapağını kapatır.			
38	IV kateter bölgesine flaster/ tespit materyali ya da şeffaf pansuman uygular.			
39	IV kateterizasyona ilişkin bilgileri içeren etiketi, pansuman üzerine yapıştırır.			
40	Tek kullanımlık eldiven çıkarır.			
41	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
42	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
43	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
44	Malzemeleri toplar.			
45	El hijyenini sağlar.			
46	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
PARENTERAL İLAÇ UYGULAMASI
İNTRAVENÖZ SIVI TEDAVİSİNİ BAŞLATMA
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	IV sıvı tedavisini başlatmayı etkileyen faktörleri (deri turgoru, sıvı elektrolit dengesi, hastalık, aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı, yaşamsal bulguları vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri hazırlar.			
5	Sıvı setini paketinden çıkararak klembi kapatır.			
6	Damla ayarlayıcısını paketinden çıkararak sıvı seti ile bağlantısını sağlar.			
7	IV solüsyon torbasını paketinden çıkarır./ IV solüsyon cam şişede ise askısı takar.			
8	IV solüsyon torbasının/şişesinin kapağını açar.			
9	Sıvı setinin solüsyona giriş ucundaki koruyucu kılıfı çıkarır.			
10	Sıvı seti iye solüsyon torbasının/ şişesinin bağlantısını sağlar (cam şişede hava giriş sesi duyulmalıdır).			
11	Solüsyon torbası şişesini ters çevirerek mayi askısına asar.			
12	Sıvı setinin havalandırma kapağını açar.			
13	Sıvı setinin damlalığını başparmak ve işaret parmak arasında sıkıp gevşeterek yarısına kadar sıvı ile doldurur.			
14	Sıvı setinin IV katetere giriş ucunu böbrek küvete doğru tutar.			
15	Sıvı setinin klembini açar.			
16	Sıvı setinin havasını çıkarır.			
17	İnfüzyon pompası kullanılacak ise pompa aracılığı ile setin havasını çıkarır.			
18	Hava ve hava kabarcığı kalmadığından emin olduktan sonra sıvı setinin klembini kapatır.			
19	İstem edildi ise ilaç çekilmiş enjektörün iğnesini, IV solüsyon torbasının iğne giriş ucuna/ şişesinin lastik tıpasına batırır (ilaç eklendi ise IV solüsyon torbası/ şişesi içerisinde homojen bir şekilde karışımı sağlanır).			
20	Enjektördeki ilacı IV solüsyon içerisine enjekte eder.			
21	Enjektörü çıkarır.			
22	İlaç etiketini hazırlar			
23	İlaç etiketini, IV solüsyon torbası/ şişesi üzerine yapıştırır.			
24	Hazırlanan IV solüsyonu ve gerekli malzemeleri malzeme tepsisine yerleştirir.			
25	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
26	Hastanın kimliğini doğrular.			
27	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
28	Hasta mahremiyetini sağlar.			
29	Yatak frenlerini kontrol eder.			
30	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			

31	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
32	El hijyenini sağlar.			
33	IV solüsyonu, mayi askısına asar.			
34	Hastanın IV kateter bölgesinin altına su geçirmez örtü yerleştirir.			
35	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
36	Yıkama solüsyonu içeren enjektörün pistonunu hafif geri çekerek kan gelip gelmediğini kontrol eder (enjektöre pıhtı gelmesi durumunda yıkama solüsyonu değiştirir).			
37	Enjektöre kan geldiğinde yıkama solüsyonunu enjekte eder.			
38	Damla ayarlayıcısının ucundaki kapağı çıkarır.			
39	Bir el ile IV kateterin giriş bölgesindeki ven üzerine hafif basınç uygularken diğer el ile enjektörü çıkarır.			
40	Sıvı seti ile kateterin bağlantısını yapar.			
41	Sıvı setini flaster ile kola tespit eder.			
42	Damla ayarlayıcısı ile sıvı akış hızını ayarlar.			
43	Sıvı setinin klembini açar/ infüzyon pompasını çalıştırır.			
44	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
45	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
46	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
47	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
48	Malzemeleri toplar.			
49	El hijyenini sağlar.			
50	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
İNTREVENÖZ SOLÜSYON TORBASINI/ ŞİŞESİNİ DEĞİŞTİRME
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	IV solüsyon torbasını/şişesini değiştirmeyi etkileyen faktörleri (IV solüsyon türü, IV solüsyonun gitmesi gereken süre vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri hazırlar.			
5	Malzeme kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	Yatak frenlerini kontrol eder.			
10	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
12	El hijyenini sağlar.			
13	Sıvı setinin klembini kapatır.			
14	IV solüsyon torbasını paketinden çıkarır/ IV solüsyon cam şişede ise askısı takar.			
15	IV solüsyon torbasının/ şişesinin kapağını açar.			
16	Bitmek üzere olan solüsyon torbasını mayi askısından alır ve ters çevirir.			
17	Sıvı setinin solüsyona giriş ucunu, bitmek üzere olan solüsyon torbasından/ şişesinden çıkarır.			
18	Sıvı setinin solüsyona giriş ucunu, yeni solüsyon torbasının/ şişesinin sıvı seti girişine döndürüp iterek yerleştirir.			
19	Yeni solüsyon torbası/ şişesini, ters çevirir ve sıvı askısına asar.			
20	Sıvı setinin damlalığının yarısına kadar solüsyonla dolu olup olmadığı kontrol eder.			
21	Sıvı setinde hava ve hava kabarcığı olmadığından emin olunduktan sonra sıvı setinin klembini açar.			
22	Sıvı akış hızını kontrol eder.			
23	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
24	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
25	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
26	Malzemeleri toplar.			
27	El hijyenini sağlar.			
28	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
İNTRAVENÖZ SIVI SETİ PORTUNDAN BOLUS/PÜSE YOLU İLE
İLAÇ UYGULAMA
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	IV sıvı seti portundan bolus/püse ile ilaç uygulamasını etkileyen faktörleri (solüsyon-ilaç etkileşimi, hastalık, ilacın türü vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılır bir yere bırakır.			
6	IV solüsyona birden fazla ilaç ilave edilecek ise ilaçların birbiri ile etkileşimini kontrol eder.			
7	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgileri karşılaştırır (ilaç uygulaması sürecinde doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt kontrol edilmelidir).			
8	Hastanın kimliğini doğrular.			
9	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
10	Hasta mahremiyetini sağlar.			
11	Yatak frenlerini kontrol eder.			
12	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
13	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
14	El hijyenini sağlar.			
15	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
16	IV kateter bölgesinin altına su geçirmez örtü yerleştirir.			
17	Sıvı setinin klembini kapatır.			
18	Sıvı setinin enjeksiyon portunu antiseptikli tampon ile siler ve kurummasını bekler.			
19	Gerekli ise IV kateterden ilaç uygulaması öncesinde ve sonrasında, kurum politikaları doğrultusunda belirlenmiş yıkama solüsyonunu verir.			
20	İlaç çekili enjektörün iğnesinin kılıfını çıkarır.			
21	Pasif el ile sıvı setinin portunu tutarken, aktif el ile enjektörün iğnesini porta batırır.			
22	İlacı, ilaç rehberinin önerdiği sürede ve yavaşça enjekte eder.			
23	Enjektörün iğnesini, sıvı setinin portundan çıkarır.			
24	Sıvı setinin klembini açar.			
25	Sıvı akış hızını ayarlar.			
26	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
27	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
28	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
29	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
30	Malzemeleri toplar.			
31	El hijyenini sağlar.			
32	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
İNTRAVENÖZ KATETERDEN/ÜÇYOLLU MUSLUKTAN
BOLUS/PÜSE YOLU İLE İLAÇ UYGULAMA
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemi kontrol eder.			
2	IV kateterden/üç yollu musluktan bolus/ püse ile ilaç uygulamasını etkileyen faktörleri (Solüsyon-ilaç etkileşimi, hastalık, ilacın türü vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	IV solüsyona birden fazla ilaç ilave edilecek ise ilaçların birbiri ile etkileşimini kontrol eder.			
7	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgileri karşılaştırır (ilaç uygulaması sürecinde doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt kontrol edilmelidir.)			
8	Hastanın kimliğini doğrular.			
9	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
10	Hasta mahremiyetini sağlar.			
11	Yatak frenlerini kontrol eder.			
12	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
13	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
14	El hijyenini sağlar.			
15	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
16	IV kateter bölgesinin altına su geçirmez örtü yerleştirir.			
17	Yıkama solüsyonu çekilmiş enjektörün iğnesini çıkarır ve parmakları arasında tutar.			
18	Pasif el ile vene giriş bölgesi üzerinden hafif basınç uygulanırken IV kateterin kapağı açar (üç yollu musluk varsa musluk, kan akışını engelleyecek şekilde kapalı olduğu kontrol edilir ve kapağı açar).			
19	IV kateterin/ üç yollu musluğun bağlantısını sağlar (üç yollu musluğun yönü, damar yolu açık olacak şekilde ayarlarlar). (IV katetere (üç yollu musluk yok ise), yıkama solüsyonu/ilaç çekilmiş enjektör yerleştirildikten sonra IV kateter bölgesinden ven üzerine yapılan basınç her defasında kaldırılır, enjektör IV kateterden çıkarılırken ise basınç tekrar uygulanır).			
20	Enjektörün pistonunu hafif geriye çekerek kan gelip gelmediğini kontrol eder.			
21	Enjektöre kan geldiğinde yıkama solüsyonunu enjekte eder.			
22	IV kateterden pasif el ile vene giriş bölgesinden basınç uygulanırken enjektörü çıkarır (üç yollu musluğu, kan akışını engelleyecek şekilde kapatır ve enjektörü çıkarır).			
23	İlaç çekilmiş enjektörü IV katetere/üç yollu musluğa takar (üç yollu musluğun yönü, damar yolu açık kalacak şekilde ayarlar).			
24	İlacı, ilaç rehberinin önerdiği sürede ve yavaşça enjekte eder.			
25	Pasif el ile vene giriş bölgesinden basınç uygulanırken enjektörü çıkarır (üç yollu musluğu, kan akışını engellemeyecek şekilde kapatır ve enjektörü çıkarır.)			

26	Yıkama solüsyonu çekilmiş enjektörü IV katetere/üç yollu musluğa takar (üç yollu musluğun yönünü, damar yolu açık kalacak şekilde ayarlar).			
27	Yıkama solüsyonunu enjekte eder.			
28	Pasif el ile vene giriş bölgesinden basınç uygularken enjektörü çıkarır (üç yollu musluğun yönünü, kan akışını engellemeyecek şekilde kapatır ve enjektörü çıkarır).			
29	IV kateterin/ üç yollu musluğun kapağını kapatır.			
30	İğneleri kesici delici atık kutusuna atar.			
31	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
32	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
33	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
34	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
35	Malzemeleri toplar.			
36	El hijyenini sağlar.			
37	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
38	Hekim istemini kontrol eder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
İNTRAVENÖZ KATETERİN ÇIKARILMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	IV kateterin çıkarılmasını etkileyen faktörleri (IV bölgede komplikasyon durumu, alerji vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri hazırlar.			
4	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
13	IV kateter bölgesinin altına su geçirmez örtü yerleştirir.			
14	Flaster/ tespit materyalini ya da şeffaf pansuman kenarlarını ıslatır.			
15	Pasif el ile kateter sabitlenirken el ile flaster/ tespit materyalini ya da şeffaf pansumanı köşelerden başlayarak nazikçe çıkarır.			
16	IV kateteri cilde paralel olacak şekilde düz bir hat boyunca yavaşça çıkarır.			
17	IV kateterin ven içine giren plastik ucunun bütünlüğünü kontrol eder.			
18	Kanama durana kadar (2-3 dk.) steril gazlı bez ile bölgeye basınç uygular (kanama durduktan sonra bölgeye enjeksiyon bandı yapıştırılabilir).			
19	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
20	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
21	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
22	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
23	Malzemeleri toplar.			
24	El hijyenini sağlar.			
25	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
VENÖZ KAN ÖRNEĞİ ALMA
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Vacutainer kullanarak venöz kan örneği almayı etkileyen faktörleri (alınması gereken kan örneği miktarı, periferik damarların durumu, alerji, bilinç durumu vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	Yatak frenlerini kontrol eder.			
10	Hasta yatağı bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
12	El hijyenini sağlar.			
13	Vacutainer iğnesinin adaptör ile bağlantı yapacak ucunun kapağını açar.			
14	Vacutainer adaptörü ile iğnesinin bağlantısını sağlar.			
15	Kan tüpü vacutainer adaptöre yerleştirir ancak iğnesini batırmaz.			
16	Kan tüpü takılmış vacutaineri malzeme tepsi içine bırakır.			
17	Steril gazlı bezin paketini açarak malzeme tepsi içine bırakır.			
18	Hastaya fowler, semi-fowler ya da supine pozisyonu verir.			
19	Venöz kan örneği için uygun veni belirler.			
20	Belirlenen bölgenin altına su geçirmez örtü yerleştirir.			
21	Turnikeyi, arteriel kan akımını engellemeyecek şekilde vene girilecek alanın 10-15 cm. yukarısına bağlar.			
22	Radial nabız kontrol eder ve nabız iyi alınamıyorsa turnikeyi biraz gevşetir.			
23	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
24	Venin dolgunluğunu arttıran uygulamaları (Kolu kalp seviyesinden aşağı doğru tutarak eli açma kapama, koluna distalden proksimale doğru sıvazlama, ven üzerine hafifçe vurma, turnikeyi çıkarıp damar üzerine 10-15 dk. Ilık yaş uygulama yapma) yapar.			
25	Belirlenen veni palpe eder.			
26	Belirlenen veni antiseptikli pamuk tampon ile proksimalden distale doğru ven boyunca siler (klorheksidin gibi bir antiseptikli bir tampon kullanıyorsa en az 30 sn. öne ve geriye doğru basınç uygulanarak siler).			
27	Silinen bölgenin kurummasını bekler.			
28	Vacutainer iğnesinin kılıfı çıkarır.			

29	Belirlenen bölge pasif el ile alttan kavranırken pasif elin başparmağı ile venin 2,5-5 cm. distalinden aşağı doğru cildi gerdirir.			
30	Vacuteinerin iğnesini, eğimli kısmı yukarı bakacak şekilde tutar.			
31	Vacuteiner iğnesi ile deriyi 10-30° açı yapacak şekilde tutarak vene girer.			
32	Aktif el ile vacuteiner adaptörü sabit tutulurken pasif el ile kan tüpü iğneye doğru iter.			
33	Kan tüpüne yeterli miktarda kanın dolmasını bekler.			
34	İlk kan tüpüne yeterli miktarda kan dolduktan sonra kan tüpünü çıkarır.			
35	Varsa diğer kan tüplerini doldurmaya devam eder.			
36	Son kan tüpünü vacuteiner adaptöründen ayırır.			
37	Turnikeyi çıkarır.			
38	Vacuteiner iğnesini, cilde paralel olacak şekilde düz bir hat boyunca steril gazlı bez ile destekleyerek yavaşça çıkarır.			
39	Kanama durana kadar (2-3 dakika) steril gazlı bez ile bölgeye basınç uygular (kanama durduktan sonra bölgeye enjeksiyon bandı yapıştırılabilir).			
40	Vacuteiner iğnesini, vacuteiner adaptöründen çıkarır.			
41	Vacuteiner iğnesini, kesici delici atık kutusuna atar.			
42	Kan tüplerini etiketler.			
43	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
44	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
45	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
46	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
47	Malzemeleri toplar.			
48	El hijyenini sağlar.			
49	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
ENJEKTÖR KULLANILARAK VENÖZ KAN ÖRNEĞİ ALMA
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Enjektör ile venöz kan örneği almayı etkileyen faktörleri (alınması gereken kan örneği miktarı, periferik damarların durumu, alerji vb.) değerlendirir.			
3	Elleri yıkar.			
4	Malzemeleri hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	Yatak frenlerini kontrol eder.			
10	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
12	El hijyenini sağlar.			
13	Hastaya fowler, semi-fowler ya da supine pozisyonu verir.			
14	Venöz kan örneği için uygun veni belirler.			
15	Belirlenen bölgenin altına su geçirmez örtüyü yerleştirir.			
16	Turnikeyi arteriyel kan akımını engellemeyecek şekilde vene girilecek alanın 10-15 cm. yukarısına bağlar.			
17	Radial nabız kontrol edilir ve nabız iyi alınmıyorsa turnike biraz gevşetir.			
18	Tek kullanımlık eldiveni giyer.			
19	Venin dolgunluğunu artıran uygulamaları (kolu kalp seviyesinden aşağı olarak tutularak eli açma kapama, kolu dismalden proksimale doğru sıvazlama, ven üzerine hafifçe vurma, turnikeyi çıkarıp damar üzerine 10-15 dk. ılık yaş uygulama yapma) yapar.			
20	Belirlenen veni palpe eder.			
21	Belirlenen veni antiseptikli pamuk tampon ile proksimalden distale doğru ven boyunca siler (klorheksidin gibi bir antiseptikli tampon kullanılıyorsa en az 30 sn. öne ve geriye doğru basınç uygulanarak siler).			
22	Silinen bölgenin kurumasını bekler.			
23	Enjektör iğnesinin kılıfını çıkarır.			
24	Belirlenen bölgeyi pasif el ile alttan kavrarırken pasif elin başparmağı ile venin 2.5-5 cm. distalinden aşağı doğru cilt gerdirir.			
25	Enjektörün iğnesini, eğimli kısmı yukarı bakacak şekilde tutar.			
26	Enjektör deri ile 10-30° açı yapacak şekilde tutularak vene girer.			
27	Deriyi gerdiren pasif eli ekstremiteden çeker.			
28	Aktif el ile enjektörü sabitlerken pasif el ile enjektörün pistonunu geri çekerek istenen miktarda kanı aspire eder.			

29	Turnikeyi çıkarır.			
30	Enjektörün iğnesini, cilde paralel olacak şekilde düz bir hat boyunca yavaşça çıkarır.			
31	Kanama durana kadar (2-3 dakika) steril gazlı bez ile bölgeye basınç uygular (kanama durduktan sonra bölgeye enjeksiyon bandı yapıştırır).			
32	Enjektördeki kanı kan tüpüne boşaltır.			
33	Enjektörün iğnesini kesici delici atık kutusuna atar.			
34	Kan tüpleri etiketler.			
35	Tek kullanımlık eldiven çıkarır.			
36	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
37	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
38	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
39	Malzemeleri toplar.			
40	El hijyenini sağlar.			
41	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
KADIN HASTAYA ÜRİNER KATETER UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Kadın hastada üriner kateter uygulamasını etkileyen faktörleri (yaş, cinsiyet, mesane retansiyonu, bilinç düzeyi, hastanın hareket ce fiziksel sınırlamaları, alerji vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (malzeme tepsi, tek kullanımlık eldiven, su geçirmez örtü,steril örtü, foley kateter kadınlarda; 12-18 numara, enjektör(kateter balonunu şişirmek için uygun büyüklükte), kare örtü çarşaf, flaster tespit materyali, serum fizyolojik ampul\ distile su (kateter balonunu şişirmek için uygun miktarda), idrar torbası, idrar torbası askısı, antiseptik solüsyon, steril delikli örtü, steril böbrek küvet (2 adet), steril forseps, steril klemp, steril gazlı bez, suda eriyen kayganlaştırıcı, ışık kaynağı(gerekli ise), perine hijyeni malzemeleri (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	Yatak frenlerini kontrol eder.			
10	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
12	Gerekli ise ışık kaynağını açar ve hastanın perine bölgesi üzerine doğru ayarlar.			
13	El hijyenini sağlar.			
14	Çarşafın altından hastanın alt kıyafetlerini çıkarır.			
15	Hastanın altına su geçirmez örtü serer.			
16	Kadın hastaya dorsal rekümbent, lateral ya da sims pozisyonu verir.			
17	Kare örtü/çarşafın baş tarafındaki ucunu hastanın omuzlarını açıkta bırakacak şekilde aşağıya doğru katlar.			
18	Kare örtünün/çarşafın iki yan ucunu, hastanın bacaklarına dıştan içe doğru sarar.			
19	Kare örtünün/çarşafın perine bölgesini örten ucunu abdomene doğru geriye katlar.			
20	Gerekli ise hastanın perine hijyenini sağlar (Perine bölgesi açıkta kalması gerekmediğinde, kare örtü/çarşaf ile örtülü tutar).			
21	İdrar torbasını mesane seviyesinden daha aşağıda olacak şekilde yatağın kenarında askıya asar.			
22	İdrar torbasının foley kateter ile bağlantı yapacak ucunu, yatağın kenarına flaster \ tespit materyali ile tespit eder.			
23	Hastanın bacağına yan tarafına kirli kabını yerleştirir.			
24	Serum fizyolojik ampulleri kırarak tepsi içerisine bırakır.			

25	Bel seviyesinden yüksek olan kuru ve temiz bir masaya steril örtüyü açar.			
26	Steril böbrek küvetleri steril örtü üzerine açar.			
27	Suda eriyen kayganlaştırıcıyı steril örtü üzerine açar.			
28	Steril gazlı bez paketini steril böbrek küvet içerisine açar.			
29	Steril forsepsi steril örtünün üzerine açar.			
30	Foley kateteri steril örtünün üzerine açar.			
31	Uygun büyüklükte enjektörü steril örtünün üzerine açar.			
32	Steril böbrek küvet içindeki steril gazlı bezleri antiseptik solüsyon ile ıslatır.			
33	Perine bölgesi üzerindeki kare örtü\ çarşafı abdomen üzerine geriye doğru açar.			
34	El hijyenini sağlar.			
35	Steril eldiven giyer.			
36	Enjektöre gerekli miktarda serum fizyolojik\ distile su çeker, koruyucu kılıfı kapatarak steril alana bırakır.			
37	Foley kateteri iç kılıfından çıkarır.			
38	Foley kateterin distal ucundaki kapalı portuna serum fizyolojik\ distile su çekilmiş enjektör takar.			
39	Foley kateterin balonunu şişirir.			
40	Serum fizyolojik\ distile suyu enjektöre geri çeker.			
41	Kateterin 2,5-5 cm.'lik uç bölümüne suda eriyen kayganlaştırıcı sürer.			
42	Enjektörün foley kateter ile bağlantısını ayırmadan steril böbrek küvete bırakır.			
43	Steril delikli örtüyü, delikli olan kısmı perine bölgesine gelecek şekilde örter.			
44	Steril böbrek küvetleri, delikli örtünün üzerine perine bölgesine yakın olacak şekilde yerleştirir.			
45	Klembi, steril delikli örtü üzerine bırakır.			
46	Aktif elle steril örtü üzerindeki forseps alır.			
47	Antiseptik solüsyonla ıslatılmış gazlı bezi forseps ile alır.			
48	Önce uzaktaki daha sonra yakındaki labia majörleri önden arkaya doğru farklı gazlı bezlerle siler ve gazlı bezleri kirli kabına atar.			
49	Önce uzaktaki daha sonra yakındaki labia minörleri önden arkaya doğru farklı gazlı bezlerle siler ve gazlı bezleri kirli kabına atar.			
50	Üretral meatusu, klitoristen anüse doğru gazlı bezle siler ve gazlı bezi kirli kabına atar.			
51	Forsepsi kirli kabına bırakır.			
52	Kateterin üretral meatusa yerleşecek kısmı aktif ele alır.			
53	Pasif el ile labiaları ayırarak üretral açıklığı sağlar.			
54	Hastadan derin nefes alması ya da idrarını yapıyormuş gibi davranmasını ister.			
55	Hasta nefesini verirken, kateteri üretral meatustan 5-7,5 cm. ilerletir.			
56	Kateterin ilerlemesinde sorun yaşanırsa, hastadan yavaş ve derin nefes almasını ister ve kateteri yavaşça döndürerek ilerletir.			
57	Kateteri, idrar geldikten sonra 2,5-5 cm. daha ilerletir.			
58	Kateterin üretral meatus dışında kalan 2-3 cm.'lik kısmını pasif el ile tutar.			
59	Foley kateterin lümenini, idrar torbası ile bağlantısı sağlanana kadar klemler.			
60	Aktif el ile enjektörü alır ve kateterin balonunu şişirir.			
61	Hastada ani bir ağrı olursa, verilen sıvıyı geri çeker ve kateteri 1-2 cm. daha ilerletir.			
62	Enjektörü kendi etrafında döndürerek çıkarır.			
63	İdrar sondasını hafifçe geri çekerek kontrol eder.			
64	İdrar torbasını yatağa tespit etmek için kullanılan flasteri çıkarır.			
65	İdrar torbasının foley kateter ile birleşecek ucunu bacağın üzerinden ve delikli örtünün altından geçirir.			
66	8-10 numaralı bir kateter kullanılıyorsa, kateterin içindeki klavuzu çıkarır.			
67	Foley kateterin lümenindeki klembi açar.			

68	İdrar torbasının kapağını çıkararak foley kateter ile bağlantısını sağlar.			
69	750-1000 ml.' den fazla idrar gelirse klembi kapatır.			
70	Delikli örtüyü üzerindeki böbrek küveti alır.			
71	Hastanın üzerindeki steril delikli örtüyü ve kare örtüyü\ çarşafı alır.			
72	Eldiveni çıkarır.			
73	İdrar torbasını bacağıın iç yüzüne flaster\tespit materyali ile tespit eder.			
74	Hastanın alt kıyafetlerini giydirir.			
75	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
76	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
77	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
78	Malzemeleri toplar.			
79	El hijyenini sağlar.			
80	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
ERKEK HASTAYA ÜRİNER KATETER UYGULAMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Erkek hastada üriner kateter uygulamasını etkileyen faktörleri (Yaş, mesane retansiyonu, bilinç düzeyi, hastanın hareket ve fiziksel sınırlamaları, alerji vb.) değerlendirir.			
3	Ellerini yıkar.			
4	Malzemeleri (Malzeme tepsi, tek kullanımlık eldiven, su geçirmez örtü, steril örtü, foley kateter (erkeklerde 16-22 numara), enjektör(kateter balonunu şişirmek için uygun büyüklükte), kare örtü\çarşaf, flaster\tespit materyali, serum fizyolojik ampul\distile su(kateter balonunu şişirmek için uygun miktarda), idrar torbası, idrar askısı, steril eldiven, antiseptik solüsyon, steril delikli örtü, steril böbrek küvet (2 adet), steril forseps, steril klemp, steril gazlı bez, suda eriyen kayganlaştırıcı, ışık kaynağı(gerekli ise) perine hijyeni malzemeleri(gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
5	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
6	Hastanın kimliğini doğrular.			
7	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
8	Hasta mahremiyetini sağlar.			
9	Yatak frenlerini kontrol eder.			
10	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
11	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
12	Gerekli ise ışık kaynağını açar ve hastanın perine bölgesinin üzerine doğru ayarlar.			
13	El hijyenini sağlar.			
14	Çarşafın altından hastanın alt kıyafetlerini çıkarır.			
15	Hastanın altına su geçirmez örtü serer.			
16	Hastanın bacaklarını biraz ayırarak şekilde supine pozisyonu verir.			
17	Hastanın yalnızca perine bölgesi açıkta kalacak şekilde bacaklarını kare örtü\çarşaf ile örter.			
18	Gerekli ise hastanın perine hijyenini sağlar (Perine bölgesi açıkta kalması gerekmediğinde, kare örtü\ çarşaf ile örtülür).			
19	İdrar torbasını mesane seviyesinden daha aşağıda olacak şekilde yatağın kenarındaki askıya asar.			
20	İdrar torbasının foley kateter ile bağlantı yapacak ucunu, yatağın kenarına flaster/tespit materyali ile tespit eder.			
21	Hastanın bacağına yan tarafına kirli kabını yerleştirir.			
22	Serum fizyolojik içeren ampulleri kırarak tepsi içerisine bırakır.			
23	Bel seviyesinden yüksek olan kuru ve temiz bir masaya steril örtü açar.			
24	Steril böbrek küvetleri steril örtü üzerine açar.			

25	Suda eriyen kayganlaştırıcıyı steril örtü üzerine açar.			
26	Steril gazlı bez paketini steril örtünün üzerine açar.			
27	Steril klempini steril örtünün üzerine açar.			
28	Steril delikli örtüyü steril örtünün üzerine açar.			
29	Foley kateteri steril örtünün üzerine açar.			
30	Uygun büyüklükte enjektörü steril örtünün üzerine açar.			
31	Antiseptik solüsyon ile steril böbrek küvet içindeki steril gazlı bezleri ıslatır.			
32	Kare örtüyü\çarşafı, perine bölgesini açıkta bırakacak şekilde bacakların üzerine getirir.			
33	El hijyenini sağlar.			
34	Steril eldiveni giyer.			
35	Enjektöre gerekli miktarda serum fizyolojik\ distile su çeker, koruyucu kılıfı kapatarak steril alana bırakır.			
36	Foley kateteri kılıfından çıkarır.			
37	Foley kateterin distal ucundaki kapalı portuna serum fizyolojik\ distile su çekilmiş enjektörü takar.			
38	Foley kateterin balonunu şişirir.			
39	Serum fizyolojisi \distile suyu enjektöre geri çeker.			
40	Kateterin 15-17,5 cm.'lik uç bölümüne suda eriyen kayganlaştırıcı jel sürer.			
41	Enjektörü, foley kateter ile bağlantısını ayırmadan steril böbrek küvete bırakır.			
42	Penis açıkta kalacak şekilde steril delikli örtüyü perine bölgesine örter.			
43	Steril böbrek küvetleri, delikli örtü üzerine perine bölgesine yakın olacak şekilde yerleştirir.			
44	Klempini, steril delikli örtü üzerine bırakır.			
45	Aktif ele steril örtünün üzerindeki forsepsi alır.			
46	Antiseptik solüsyona ıslatılmış gazlı bezi forseps ile alır.			
47	Penisi, pasif eli ile vücuda dik olacak şekilde tutar.			
48	Penisi, üretral meatustan glansa doğru dairesel hareketlerle siler ve gazlı bezi kirli kabına atar.			
49	Forsepsi kirli kabına bırakır.			
50	Kateterin üretral meatusa yerleşecek kısmını aktif ele alır.			
51	Pasif eli ile vücuda dik olacak şekilde tutar.			
52	Hastadan derin nefes alması ya da idrarını yapıyormuş gibi davranmasını ister.			
53	Hasta nefes verirken, kateteri üretral meatustan 17-22,5 cm. ilerletir.			
54	Kateterin ilerletilmesinde zorluk yaşanır, hastadan yavaş ve derin nefes alması ister ve kateteri yavaşça döndürülerek ilerletir.			
55	Kateteri, idrar geldikten sonra 2,5-5 cm. daha ilerletir.			
56	Kateterin üretral meatus dışında kalan 2-3 cm.'lik kısmını pasif el ile tutar.			
57	Foley kateterin lümenini, idrar torbası ile bağlantısını sağlanana kadar klempiler.			
58	Aktif eli ile enjektörü alır ve kateterin balonunu şişirir.			
59	Hastada ani bir ağrı olursa, verilen sıvıyı geri çeker ve kateteri 1-2 cm daha ilerletir.			
60	Enjektörü kendi etrafında döndürülerek çıkarır.			
61	İdrar sondasını hafifçe geri çekerek kontrol eder.			
62	İdrar torbasını yatağa tespit etmek için kullanılan flasteri çıkarır.			
63	İdrar sondasını hafifçe geri çekerek kontrol eder.			
64	İdrar torbasını yatağa tespit etmek için kullanılan flasteri çıkarır.			
65	İdrar torbasının foley kateter ile birleşecek ucunu bacağın üzerinden ve delikli örtünün altından geçirir.			
66	Foley kateterin lümenindeki klempini açar.			
67	İdrar torbasının kapağını çıkararak foley kateter ile bağlantısı sağlar.			

68	750-1000 ml.'den fazla idrar gelirse klembi kapatır.			
69	Delikli örtü üzerindeki böbrek küveti alır.			
70	Hastanın üzerindeki steril delikli örtüyü ve kare örtüyü\çarşafı alır.			
71	Eldiveni çıkarır.			
72	Foley kateteri bacağın iç yüzeyine flaster\tespit materyali ile tespit eder.			
73	Hastanın alt kıyafetlerini giydirir.			
74	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
75	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
76	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
77	Malzemeleri toplar.			
78	El hijyenini sağlar.			
79	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
KALICI ÜRİNER KATETERDEN STERİL İDRAR ÖRNEĞİ ALMA
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Steril idrar örneği almayı etkileyen faktörleri (anüri, üriner kateterin tipi vb.) değerlendirir.			
3	Hastanın kimliğini doğrular.			
4	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
5	İşlemden 30 dk. önce idrar torbasını foley kateter ile birleşme noktasının hemen altından klemler.			
6	Ellerini yıkar.			
7	Malzemeleri (Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, antiseptik solüsyon, steril gazlı bez, klemp, enjektör, steril idrar toplama kabı, etiket, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
8	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
9	Hasta mahremiyetini sağlar.			
10	Yatak frenlerini kontrol eder.			
11	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
12	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
13	El hijyenini sağlar.			
14	Tek kullanımlık eldiveni giyer.			
15	Steril idrar toplama kabının kapağını açar.			
16	Steril idrar toplama kabının ve kapağının steril olan iç yüzlerini yukarı bakacak şekilde uygun bir yere bırakır.			
17	Antiseptik solüsyonla ıslatılmış gazlı bez ile kateterin idrar akış lümenini\ portunu siler.			
18	Antiseptik solüsyon kuruyana kadar bekler.			
19	Enjektör ile kateterin örnek alınacak kısmına 45° açı ile girer.			
20	Enjektöre gerekli miktarda idrar çeker.			
21	Enjektörü, kateterden aynı açı ile geri çıkarır.			
22	Enjektördeki idrarı, steril idrar kabına boşaltır.			
23	Steril idrar kabının kapağını sıkıca kapatır.			
24	Üriner kateterin klembini açar.			
25	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
26	El hijyenini sağlar.			
27	Etiketi, steril idrar kabına tespit eder.			
28	İdrar örneğini en kısa zamanda laboratuvara gönderir. Eğer bu mümkün değilse buzdolabında + 4°C 'de bekletir.			
29	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
30	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			

31	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
32	Malzemeleri toplar.			
33	El hijyenini sağlar.			
34	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
ÜRİNER KATETERİN ÇIKARILMASI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hekim istemini kontrol eder.			
2	Üriner kateterin çıkarılmasını etkileyen faktörleri (cinsiyet, üriner kateterin tipi vb.) değerlendirir.			
3	Hastanın kimliğini doğrular.			
4	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
5	Foley kateterin çıkarılmasından yaklaşık 10 saat önce mesane egzersizine başlar: Foley kateterin klempini 3-4 saat kapalı tutar. Foley kateterin klempini 5-15 dk. açık tutar. Bu işlemi 2-3 kez tekrarlar.			
6	Ellerini yıkar.			
7	Malzemeleri (malzeme tepsi, tek kullanımlık eldiven, su geçirmez örtü, klemp, kare örtü\çarşaf, enjektör, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
8	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
9	Hasta mahremiyetini sağlar.			
10	Yatak frenlerini kontrol eder.			
11	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
12	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
13	El hijyenini sağlar.			
14	Tek kullanımlık eldiveni giyer.			
15	Hastanın altına su geçirmez örtüyü yerleştirir.			
16	Kadın hastaya dorsal rekümbent, erkek hastaya supine pozisyonu verir.			
17	Yalnızca perine bölgesi açıkta kalacak şekilde hastanın üzerine kare örtüyü\çarşafı örter.			
18	Foley kateteri sabitleyen flasteri\tespit materyalini çıkarır.			
19	Foley kateterin balonunun şişirilmesi için verilen sıvının tamamı enjektöre çeker.			
20	Hastadan yavaş ve derin nefes alması ister.			
21	Kateteri seri bir hareketle geri çeker.			
22	Kateter eldivenin içinde kalacak şekilde eldiveni çıkarır.			
23	Perine bakımını yapar.			
24	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
25	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
26	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
27	Malzemeleri toplar.			
28	El hijyenini sağlar.			
29	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
YATAKTA HAREKET EDEBİLEN HASTADA SÜRGÜ KULLANIMI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Yatakta hareket edebilen hastada sürgü kullanımını etkileyen faktörleri (yaş, bağırsak boşaltımı alışkanlığı, sürgünün tipi, iletişim, kilo, hareket sınırlılığı, vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri (Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, su geçirmez örtü, sürgü, yastık ya da havlu, tuvalet kağıdı, perianal bölgenin temizliği için gerekli malzemeler, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
4	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Tek kullanımlık eldiveni giyer.			
13	Hastaya supine pozisyonu verir.			
14	Çarşafın altından hastanın kıyafetlerini çıkarır.			
15	Hastanın altına su geçirmez örtü serer.			
16	Yatak başını 30-60° yükseltir.			
17	Hastadan dizlerini bükmesini ister.			
18	Hastanın belini, el ve ön kol ile desteklerken, hastadan kalçasını yukarı doğru kaldırmasını ister.			
19	Diğer el ile sürgüyü hastanın bacaklarının arasından kalçasının altına yerleştirir.			
20	Sürgünün peri anal bölgenin altında olup olmadığını kontrol eder.			
21	Hastanın üzerini çarşaf ile örter.			
22	Sakıncası yoksa yatak başını, hastanın tolere edebileceği ölçüde fowler pozisyonuna getirir.			
23	Hastanın bel boşluğuna küçük bir yastık ya da katlanmış havlu yerleştirir.			
24	Hastanın kolay ulaşabileceği bir yere hemşire çağrı zilini ve tuvalet kağıdını bırakır.			
25	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
26	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
27	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
28	El hijyenini sağlar.			
29	Hastayı çağırana kadar bir süre yalnız bırakır.			
30	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			

31	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
32	El hijyenini sağlar.			
33	Tek kullanımlık eldiveni giyer.			
34	Yatağın başucunu indirir.			
35	Hastanın bel boşluğuna yerleştirilen yastığı\ havluyu geri alır.			
36	Hastadan dizlerini bükmesini ister.			
37	Hastanın belini, el ve ön kol ile desteklerken, hastadan kalçasını yukarı doğru kaldırması ister.			
38	Diğer eli ile hastanın altından sürgüyü alır.			
39	Gaitayı özellikleri açısından değerlendirir.			
40	Sürgünün kapağını kapatır ve uygun yere bırakır.			
41	Hasta kendisi yapamıyorsa perianal bölgenin temizliğini yapar.			
42	Su geçirmez örtüyü kaldırır.			
43	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
44	Hastaya alt kıyafetlerini giydirir.			
45	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
46	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
47	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
48	Malzemeleri toplar.			
49	El hijyenini sağlar.			
50	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
YATAN KENDİNİ HAREKET ETTİREMEYEN**

**HASTAYA SÜRGÜ VERME
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Yatakta hareket edemeyen hastada sürgü kullanımını engelleyen faktörleri (yaş, bağırsak boşaltım alışkanlığı, sürgünün tipi, iletişim, kilo, hareket sınırlılığı vb.) değerlendirir.			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri (Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, su geçirmez örtü, sürgü, yastık ya da havlu, tuvalet kağıdı, perianal bölgenin temizliği için gerekli malzemeler, el antiseptiği, kirli kabi, hemşire gözlem formu) hazırlar.			
4	Malzemeleri kolay ulaşılabilir bir yere bırakır.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hasta mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Tek kullanımlık eldiveni giyer.			
13	Hastaya supine pozisyonu verir.			
14	Çarşafın altından hastanın alt kıyafetlerini çıkarır.			
15	Hastanın altına su geçirmez örtüyü serer.			
16	Hastaya, arkası hemşireye dönük olacak şekilde lateral pozisyon verir.			
17	Sürgüyü, hastanın kalçasının altına gelecek şekilde yerleştirir.			
18	Bir eli ile sürgüyü sabit tutulurken, diğer eli ile hastanın uzaktaki kalçasını kavrar ve hastayı sürgünün üzerine doğru döndürür.			
19	Sürgünün perianal bölgenin altında olup olmadığını kontrol eder.			
20	Hastanın üzerini çarşaf ile örter.			
21	Sakıncası yoksa yatak başını hastanın tolere edebileceği ölçüde fowler pozisyona getirir.			
22	Hastanın bel boşluğuna küçük bir yastık ya da katlanmış havlu yerleştirir.			
23	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
24	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
25	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
26	El hijyenini sağlar.			
27	Tek kullanımlık eldiveni giyer.			
28	Yatağın başucunu indirir.			
29	Hastaya, arkası hemşireye dönük olacak şekilde lateral pozisyon verir.			
30	Hastayı döndürülürken sürgüyü sabit tutar.			

31	Sürgüyü alır.			
32	Gaitayı özellikleri açısından değerlendirir.			
33	Sürgünün kapağını kapatır ve uygun bir yere bırakır.			
34	Perianal bölgenin temizliğini yapar.			
35	Su geçirmez örtüyü kaldırır.			
36	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
37	Hastaya alt kıyafetlerini giydirir.			
38	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
39	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
40	Yatağı en düşük seviye getirir.			
41	Malzemeleri toplar.			
42	El hijyenini sağlar.			
43	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :

Kaynaklar:

1. Karagözođlu, Ő., Demiraay, A., Dođan, P. (Eds.). (2023). *Temel Hemşirelik Uygulama İçin Esaslar* (1. Baskı), Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
2. Göçmen Baykara, Z., alıŐkan, N., Öztürk, D., Karadađ, A. (Eds.). (2021). *Temel Hemşirelik Becerileri-Kontrol Listeleri- Web EriŐimli Eđitim Videoları* (3. Baskı), Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
3. Potter, P.A., Perry, A.G. (Eds.). (2023). *Potter & Perry's Pocket Guide To Nursing Skills & Procedures* (10. Baskı), Elsevier.
4. Uslusoy, E.. (Ed.). (2021). *HemŐirelikte Temel Beceriler Rehberi* (1. Baskı), Ankara: Akademisyen Kitabevi.
5. Kara KaŐıkçı, M., Akın, A. (2021). *Temel Hemşirelik Esaslar, Kavramlar, İlkelere, Uygulamalar* (1. Baskı), İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
6. BektaŐ., H. (2015). *TAYLOR Klinik Hemşirelik Becerileri- Bir Hemşirelik Süreci YaklaŐımı* (3. Baskıdan eviri), Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.