



**TC
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
2022-2023 EĞİTİM ÖĞRETİM YILI**

HEMŞİRELİK ESASLARI DERS KİTAPÇIĞI

DERSTEN SORUMLU ÖĞRETİM ELAMANLARI

Dr. Öğretim Üyesi Aysel ÖZSABAN
Dr. Öğretim Üyesi Şüle BIYIK BAYRAM
Araş. Gör. Dr. Yeter KURT
Araş. Gör. Aysun BAYRAM

**TRABZON
2022-2023**

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

1.	Hemşirelik Esasları Dersi	3
1.1.	Dersin Tanımı ve Amacı	3
1.2.	Eğitim Modeli	3
1.3.	Dersin Genel Hedefleri	4
1.4.	Dersin Programdaki Yeri	5
1.5.	Dersin Öğretim Yöntem ve Teknikleri	5
1.6.	Dersin Değerlendirmesi	5
2.	Haftalık Ders İçeriği	5
2.1.	Hemşirelik Esasları Dersi-I Haftalık Ders Planı	5
2.2.	Hemşirelik Esasları Dersi-II Haftalık Ders Planı	7
3.	Laboratuvar Uygulama Esasları	15
3.1.	Temel Hemşirelik Uygulamaları Beceri Listesi	15
4.	Derse Bağlı Uygulama Esasları	16
4.1.	Derse Bağlı Uygulama Öncesi Hazırlık	16
4.1.2.	Derse Bağlı Uygulama Kuralları ve Çalışma İlkeleri	16
4.1.3.	Derse Bağlı Uygulamanın Değerlendirmesi	17
4.1.4.	Derse Bağlı Uygulamaya Çıkılan Kurum	17
4.1.5.	Derse Bağlı Uygulama Değerlendirme Formu	17
5.	Hemşirelik Esasları Dersi Kaynak Listesi	18
6.	Ekler	19
	Ek 1. Temel Hemşirelik Becerileri	19
	Ek 2. Laboratuvar Çalışmaları	105
	EK 3. Tam Kan Sayımı	107
	EK 4. Rutin Biyokimya Testleri	109
	Ek 5. Tam İdrar Analizi	109
	Ek 6. Görüntüleme Testleri	110
	Ek 7. Kültür Testleri	113
	Ek 8. Hasta Tanılama ve Bakım Planı Formu	115

1. HEMŞİRELİK ESASLARI DERSİ

1.1. Dersin Tanımı ve Amacı

Hemşirelik Esasları dersi, “Temel Bilim” niteliği taşıyan bir derstir. Bu ders, temel tıp, fen, sosyal ve davranış bilimlerinin ilke ve yöntemlerinden yararlanarak hemşireliğe özgü temel bilgi, beceri ve davranışları formüle eder. Bu nedenle Hemşirelik Esasları dersinin konu içeriği, hemşirelik mesleğinin diğer sağlık mesleklerinden farklılaşmasını sağlar ve tüm hemşirelik meslek dersleri için temel oluşturur. Hemşirelik Esasları Dersi; temel kavramlar, kuramlar, hemşirelik felsefesi, eleştirel düşünme, etik ve değerler doğrultusunda, yaşam aktivitelerinde bağımsızlığın desteklenmesine odaklanan, kanıta dayalı temel ilke ve uygulamaların öğretimini kapsayan kuramsal ve uygulamalı bir derstir. Hemşirelik Esasları Dersinin program içerik ve amaçlarının oluşturulmasında Roper, Logan, Thirney’in Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli rehber alınmaktadır.

1.2. Eğitim Modeli

Sistematik yaklaşım eğitim modeline temellendirilerek ders; dersin amacı, öğrenim hedefleri/çıktıları, içeriği, öğrenme ortamı ve yaşantıları, değerlendirme yöntemleri şeklinde planlanıp programlanmakta ve derse bağlı uygulamalar blok sistem şeklinde yürütülmektedir. Derste katılımlı öğretim yöntemleri kullanılır.

1.3. Dersin Genel Hedefleri

- ✓ Hemşirelik tarihi, eğitimi, ulusal ve uluslararası hemşirelik örgütlerini bilir ve tanımlar.
- ✓ Hemşireliğin temel kavramları ve hemşirelikte profesyonelleşmeyi bilir, tanımlar ve açıklar.
- ✓ Hemşirelik felsefesi, bakım kavramı ve bütüncül yaklaşımı bilir ve tanımlar.
- ✓ Hemşirelikte etik, değerler, yasal sorumluluklar, hasta hakları, hemşireliğin rol ve işlevlerini tanımlar.
- ✓ Hemşirelik eğitimi, araştırmaları ve uygulamalarında yaygın olarak kullanılan model ve kuramları bilir.
- ✓ Eleştirel düşünmenin hemşirelik bakımındaki yerini bilir ve hemşirelik süreci ile ilişkisini kavrar.
- ✓ Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli’ ni bilir ve hemşirelik süreci ile ilişkisini kavrar.
- ✓ İletişim, Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi ve Hareket Aktivitesi kapsamında yer alan hemşirelik becerilerini bilir, uygular ve mesleki uygulamalarında kullanır.

- ✓ Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'ni bilir ve hemşirelik süreci ile ilişkisini kavrar.
- ✓ Kişisel Temizlik ve Giyinme, Vücut Sıcaklığının Kontrolü, Solunum, Beslenme, Boşaltım, Çalışma ve Eğlenme, Uyku ve Dinlenme, Cinselliği İfade Etme, Ölüm Aktiviteleri, Oral ve Parenteral İlaç Uygulamaları kapsamında yer alan hemşirelik becerilerini bilir, uygular ve mesleki uygulamalarında kullanır.

1.4. Dersin Programdaki Yeri

Bu ders Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü birinci sınıfının güz (HEM1031 Hemşirelik Esasları -I) ve bahar (HEM1031 Hemşirelik Esasları-II) döneminde verilir.

- HEM1031 Hemşirelik Esasları -I Dersi 48 saat teorik, 48 saat laboratuvar uygulamasını içeren 2 kredilik, 5 AKTS'lik bir derstir.
- HEM1031 Hemşirelik Esasları -II Dersi 48 saat teorik, 48 saat laboratuvar uygulamasını içeren 14 kredilik, 14 AKTS kredilik bir derstir.

1.5. Dersin Öğretim Yöntem ve Teknikleri

Dersin yüz yüze işlenişi; teorik bölümde PowerPoint, rol-play, soru-cevap, tartışma, beyin fırtınası ve beceri videolarının izlenmesi, laboratuvar kısmında ise demonstrasyon yöntemi ile beceri gösterimi ve maketler üzerinde becerilerin uygulanması şeklinde yapılmaktadır. Ders dışında ise videolar izletme, bakım planları ve dijital öyküleme/hikayeleme gibi web 2.0 teknolojileri kullanılmaktadır.

Ders Kapsamında Öğrencinin Sorumlulukları

2022-2023 Eğitim Öğretim Yılı Güz Dönemi HEM1031 Hemşirelik Esasları-I Dersi Kapsamında Öğrencinin Sorumlulukları	Teslim Tarihi
Hemşirelik temel kavramları vaka tartışması ödevi öğrencilere ile paylaşılacak.	27.09.2022
Hemşirelik temel kavramları vaka tartışması yapılacaktır.	18.10.2022 (A grubu) 25.10.2022 (B grubu)
Hemşirelik temel kavramları vaka tartışması ödevi öğrenciler tarafından hazırlanacak	27.12.2022
Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesi kapsamında yer alan hemşirelik uygulamalarının işlem basamakları öğrenciler ile paylaşılacak.	15.11.2022
Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi aktivitesi kapsamında yer alan hemşirelik uygulamalarının işlem basamaklarını laboratuvar uygulaması öncesi çıktı olarak elinde bulunduracaktır.	13.12.2022 (A grubu) 20.12.2022 (B grubu)
Hareket aktivitesi kapsamında yer alan hemşirelik uygulamalarının işlem basamaklarının işlem basamakları öğrenciler ile paylaşılacak.	15.11.2022

Hareket aktivitesi kapsamında yer alan hemşirelik uygulamalarının işlem basamaklarını canlı laboratuvar uygulaması öncesi çıktı olarak elinde bulunduracaktır.	29.11.2022 (B grubu) 20.12.2022 (A grubu)
El yıkama beceri videosu ders döneminin son haftası salı günü sisteme yüklenecek.	27.12.2022

1.6. Dersin Değerlendirmesi

HEM1031 Hemşirelik Esasları -I Dersi değerlendirilmesi bir ara sınav (%50) bir final sınavı (%50)

Derse Devam: Bu ders online ortamda verilen, kuramsal ve laboratuvar uygulaması olan bir derstir.

Öğrencinin derse devam zorunluluğu bulunmamaktadır.

HEM1031 Hemşirelik Esasları -II Dersi değerlendirilmesi bir ara sınav (%25) bir final sınavı (%25) ve laboratuvar/klinik uygulama (%50) notu oluşturmaktadır.

Derse Devam: Teorik derse devam %70, laboratuvar uygulaması devamı %80, derse bağlı uygulama devamı %90 dır.

Ders için kaynaklar

1. Atabek Aştı, T. & Karadağ, A. Hemşirelik Esasları I ve II, Bilgiden Uygulamaya: Kavramlar-İlkeler-Beceriler. Akademi Basın Yayıncılık
2. Erdemir, F. Hemşirelik Tanıları. Nobel Tıp Kitabevi, 2012.
3. Göçmen Baykara, Z., Çalışkan, N., Öztürk, D., & Karadağ, A. Temel Hemşirelik Becerileri, Kontrol Listeleri- Web Erişimli Eğitim Videoları. Ankara Nobel Tıp Kitabevi
4. Birol, L. Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. İmaj Matbacılık
5. Lynn, P. Taylor Klinik Hemşirelik Becerileri- Bir Hemşirelik Süreci Yaklaşımı, Nobel Yayıncılık (Çeviri: Hicran BEKTAŞ)

2. HAFTALIK DERS İÇERİĞİ

2.1. HEMŞİRELİK ESASLARI I DERSİ HAFTALIK DERS PLANI

Haftalık Teorik Ders Saati:2

Haftalık Laboratuvar Ders Saati:2

Kredisi: 2 ECTS: 5

Hafta	Tarih	Dersin İçeriği A GRUBU	Öğretim elemanı	Derslik	Dersin İçeriği B GRUBU	Öğretim elemanı	Derslik
1.Hafta	23.09.2022	Dersin Tanıtımı	Tüm Öğretim Elemanları	102	Dersin Tanıtımı	Tüm Öğretim Elemanları	EBA
		Hemşirelik Tarihi ve Eğitiminin Gelişimi	Dr.Öğr.Üyesi Şüle BIYIK BAYRAM		Ulusal ve Uluslararası Hemşirelik Örgütleri	Arş.Gör. Dr. Yeter KURT	
2. Hafta	27.09.2022	Ulusal ve Uluslararası Hemşirelik Örgütleri Hemşireliğin Temel Kavramları Hemşirelikte Profesyonelleşme	Arş.Gör. Dr. Yeter KURT	EBA	Hemşirelik Tarihi ve Eğitiminin Gelişimi	Dr.Öğr.Üyesi Şüle BIYIK BAYRAM	102
3. Hafta	04.10.2022	Hemşirelik Felsefesi ve Bakım Kavramı Bütüncül Yaklaşım	Dr.Öğr.Üyesi Şüle BIYIK BAYRAM	EBA	Hemşireliğin Model ve Kuramları Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli	Dr.Öğr.Üyesi Aysel ÖZSABAN	102
4. Hafta	11.10.2022	Hemşireliğin Model ve Kuramları Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli	Dr.Öğr.Üyesi Aysel ÖZSABAN	102	Hemşirelik Felsefesi ve Bakım Kavramı Bütüncül Yaklaşım	Dr.Öğr.Üyesi Şüle BIYIK BAYRAM	EBA
5. Hafta	18.10.2022	Hemşirelikte Etik, Değerler ve Yasal Sorumluluklar, Hemşireliğin Rol ve İşlevleri Hasta Hakları	Arş.Gör. Dr. Yeter KURT	EBA	Hemşirelikte Eleştirel Düşünme Hemşirelik Süreci (LAB)	Dr.Öğr.Üyesi Aysel ÖZSABAN	102
		Vaka (LAB)					
6. Hafta	25.10.2022	Hemşirelikte Eleştirel Düşünme Hemşirelik Süreci (LAB)	Dr.Öğr.Üyesi Aysel ÖZSABAN	102	Hemşirelikte Etik, Değerler ve Yasal Sorumluluklar, Hemşireliğin Rol ve İşlevleri Hasta Hakları	Arş.Gör. Dr. Yeter KURT	EBA
		Vaka (LAB)					
7. Hafta	01.11.2022	Hemşirelik Süreci (devam) (LAB) Örnek bakım planı oluşturma (devam)	Dr.Öğr.Üyesi Aysel ÖZSABAN	EBA	Hemşirelik Terminolojisi İletişim Aktivitesi	Arş.Gör. Aysun BAYRAM	102

8. Hafta	8.11.2022	Hemşirelik Terminolojisi <i>İletişim Aktivitesi</i>	Arş.Gör. Aysun BAYRAM	102	Hemşirelik Süreci (devam) (LAB) Örnek bakım planı oluşturma (devam)	Dr.Öğr.Üyesi Aysel ÖZSABAN	EBA
9. Hafta	12.11.2022-20.11.2022 ARA SINAV HAFTASI						
10.Hafta	22.11.2022	<i>Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi</i> Hasta ve Çalışan Güvenliği Sağlık Bakım Sistemleri ve Sağlıklı Hastane ortamı Hasta Kabulü ve Taburculuğu, Hasta Eğitimi	Dr.Öğr.Üyesi Şüle BIYIK BAYRAM	EBA	<i>Hareket Aktivitesi</i> Vücut mekaniği ve hareket ilkeleri Bireyi ayağa kaldırma Eklem Hareket Açıklığı Egzersizleri	Arş.Gör. Dr. Yeter KURT	102
11. Hafta	29.11.2022	<i>Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi (devamı)</i> Enfeksiyon ve Kontrolü (teorik)	Dr.Öğr.Üyesi Şüle BIYIK BAYRAM	102	<i>Hareket Aktivitesi (devam) (LAB)</i> Vücut mekaniğine uygun yatış pozisyonları Açık-kapalı yatak yapımı	Arş.Gör. Aysun BAYRAM	EBA
12. Hafta	06.12.2022	<i>Hareket Aktivitesi</i> Vücut mekaniği ve hareket ilkeleri Bireyi ayağa kaldırma Eklem Hareket Açıklığı Egzersizleri	Arş.Gör. Dr. Yeter KURT	102	<i>Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi</i> Hasta ve Çalışan Güvenliği Sağlık Bakım Sistemleri ve Sağlıklı Hastane ortamı Hasta Kabulü ve Taburculuğu, Hasta Eğitimi	Dr.Öğr.Üyesi Şüle BIYIK BAYRAM	EBA
13. Hafta	13.12.2022	<i>Enfeksiyon ve Kontrolü (LAB)</i> Hijyenik el yıkama Steril eldiven giyme	Tüm Öğretim Elemanları	EBA	<i>Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi (devamı)</i> Enfeksiyon ve Kontrolü (teorik)	Dr.Öğr.Üyesi Şüle BIYIK BAYRAM	102
14. Hafta	20.12.2022	<i>Hareket Aktivitesi (devam) (LAB)</i> Vücut mekaniğine uygun yatış pozisyonları Açık-kapalı yatak yapımı	Arş.Gör. Aysun BAYRAM	Lab. (103-104) EBA 102	<i>Enfeksiyon ve Kontrolü (LAB)</i> Kişisel Koruyucu ekipman giyme Steril bohça ve paket açma	Tüm Öğretim Elemanları	Lab. (103-104) EBA 102
15. Hafta	27.12.2022	<i>Enfeksiyon ve Kontrolü (LAB)</i> Kişisel Koruyucu ekipman giyme Steril bohça ve paket açma	Tüm Öğretim Elemanları	Lab. (103-104) EBA 102	<i>Enfeksiyon ve Kontrolü (LAB)</i> Hijyenik el yıkama Steril eldiven giyme	Tüm Öğretim Elemanları	Lab. (103-104) EBA 102
16. Hafta	02.01.2023-15.01.2023 FİNAL SINAVI HAFTASI						

2.2. HEMŞİRELİK ESASLARI II DERSİ HAFTALIK DERS PLANI

Hemşirelik Esasları II Dersi haftada 2 tam gün (14 saat) ve 3 saat olacak şekilde (4 teorik + 10 klinik uygulama + 3 laboratuvar saati) 5 hafta teorik ders ve küçük grup çalışmaları şeklinde yapılır. 6 ve 7. hafta laboratuvar uygulaması ve 8. hafta klinik uygulama başlar. 9. hafta üniversite geneli ara sınav haftasıdır ders ve uygulama yapılmaz sadece sınavlar yapılır. Sınavlara dahil olan konular 2 hafta öncesinden öğrenciye duyurulur. 10. haftadan 15. haftaya kadar haftada 2 gün klinik uygulama ve 3 saat vaka çalışması şeklinde devam eder. Toplam 14 gün devamlı olarak öğrenci klinik uygulamayı tamamlar. Zorunlu olarak klinik devamsızlık en fazla 2 gün yapılabilir ve öğrenci bu 2 günü staj süresi dışında tamamlar.

Haftalar	Tarih	Dersin İçeriği A GRUBU	Öğretim Elemanı	Derslik	Dersin İçeriği B GRUBU	Öğretim Elemanı	Derslik
1.Hafta		Dersin Tanıtımı			Dersin Tanıtımı		
		Kişisel Temizliğin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi <ul style="list-style-type: none"> • Deri bütünlüğünün sağlanması ve sürdürülmesi • Basınç yaralarının önlenmesi ve bakımı • Banyolar ve vücut bakımı • Sırt Masajı 			Vücut Sıcaklığının Kontrolü Aktivitesi <ul style="list-style-type: none"> • Sıcak ve soğuk uygulamalar • Vücut sıcaklığının değerlendirilmesi • Nabız • Kan basıncı 		
		Kişisel Temizliğin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesinin Laboratuvar Uygulaması <ul style="list-style-type: none"> • Deri bütünlüğünün sağlanması ve sürdürülmesi • Sırt masajı yapma (Efloraj, petrisaj, vibrasyon, friksiyon, tapotman) • Perine bölgesi bakımı verme • Tam vücut banyosu yaptırılması • Yüz, göz, ağız, kulak, burun, el, ayak, tırnak ve saç bakımı verme • Bilinçsiz hasta ve diş protezi kullanan hastaya ağız bakımı verme • Bit tedavisi uygulama 			Vücut Sıcaklığının Kontrolü Aktivitesinin Laboratuvar Uygulaması <ul style="list-style-type: none"> • Oral, axillar, temporal ve timpanik, rektal yollardan ateş ölçümü yapma ve değerlendirme • Termofor uygulaması yapma • Buz kesesi uygulaması yapma • Sıcak/soğuk paket uygulaması yapma • Apikal/Periferik nabız sayma ve değerlendirme • Yetişkin bireyde kan basıncını ölçme ve değerlendirme 		
		Vücut Sıcaklığının Kontrolü Aktivitesi <ul style="list-style-type: none"> • Sıcak ve soğuk uygulamalar • Vücut sıcaklığının değerlendirilmesi • Nabız • Kan basıncı 			Kişisel Temizliğin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesi <ul style="list-style-type: none"> • Deri bütünlüğünün sağlanması ve sürdürülmesi • Basınç yaralarının önlenmesi ve bakımı • Banyolar ve vücut bakımı • Sırt Masajı 		
		Vücut Sıcaklığının Kontrolü Aktivitesinin Laboratuvar Uygulaması <ul style="list-style-type: none"> • Oral, axillar, temporal ve timpanik, rektal yollardan ateş ölçümü yapma ve değerlendirme • Termofor uygulaması yapma • Buz kesesi uygulaması yapma • Sıcak/soğuk paket uygulaması yapma • Apikal/Periferik nabız sayma ve değerlendirme • Yetişkin bireyde kan basıncını ölçme ve 			Kişisel Temizliğin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesinin Laboratuvar Uygulaması <ul style="list-style-type: none"> • Deri bütünlüğünün sağlanması ve sürdürülmesi • Sırt masajı yapma (Efloraj, petrisaj, vibrasyon, friksiyon, tapotman) • Perine bölgesi bakımı verme • Tam vücut banyosu yaptırılması • Yüz, göz, ağız, kulak, burun, el, ayak, tırnak ve saç bakımı verme • Bilinçsiz hasta ve diş protezi kullanan hastaya ağız bakımı verme 		

		değerlendirme			• Bit tedavisi uygulama		
2. Hafta		Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi			Uyku ve Dinlenme aktivitesi		
		Solunum Aktivitesi <ul style="list-style-type: none"> • Solunumun sürdürülmesine yardımcı Hemşirelik girişimleri • Solunumu sayma ve değerlendirme • Oksijen saturasyonunu ölçme ve değerlendirme • Derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırma • Triflow kullanımı yaptırma • Oral ve Nazal aspirasyon yapma • Normal Akciğer sesleri dinleme • Balgam ve boğaz kültürü öneği alma • Oksijenizasyonu değerlendirmesi yapma • Maske ve Nazal oksijen uygulaması yapma • Airway uygulaması yapma 			Beslenme Aktivitesi <ul style="list-style-type: none"> • Enteral ve Parenteral beslenme • Nazogastrik sonda ve Gavaj uygulaması • Kan şekeri ölçümü 		
		Solunum Aktivitesi <u>Laboratuvar Uygulaması</u> <ul style="list-style-type: none"> • Solunumu sayma ve değerlendirme • Oksijen saturasyonunu ölçme ve değerlendirme • Derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırma • Triflow kullanımı yaptırma • Oral ve Nazal aspirasyon yapma • Normal Akciğer sesleri dinleme • Balgam ve boğaz kültürü öneği alma • Oksijenizasyonu değerlendirmesi yapma • Maske ve Nazal oksijen uygulaması yapma • Airway uygulaması yapma 			Beslenme Aktivitesi <u>Laboratuvar Uygulaması</u> <ul style="list-style-type: none"> • Oral beslenmeye yardım etme • Nazogastrik sonda yerleştirme/çıkarma ve bakımını yapma • Gavajla besleme • Parenteral ve Enteral besleme • Beslenmeyi izleme ve değerlendirme • Kan şekeri ölçümü yapma 		
		Beslenme Aktivitesi <ul style="list-style-type: none"> • Enteral ve Parenteral beslenme • Nazogastrik sonda ve Gavaj uygulaması • Kan şekeri ölçümü 			Solunum Aktivitesi <ul style="list-style-type: none"> • Solunumun sürdürülmesine yardımcı hemşirelik girişimleri • Solunumu sayma ve değerlendirme • Oksijen saturasyonunu ölçme ve değerlendirme • Derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırma • Triflow kullanımı yaptırma • Oral ve Nazal aspirasyon yapma • Normal Akciğer sesleri dinleme • Balgam ve boğaz kültürü öneği alma • Oksijenizasyonu 		

					<p>değerlendirmesi yapma</p> <ul style="list-style-type: none"> Maske ve Nazal oksijen uygulaması yapma Airway uygulaması yapma 		
		<p>Beslenme Aktivitesi Laboratuvar Uygulaması</p> <ul style="list-style-type: none"> Oral beslenmeye yardım etme Nazogastrik sonda yerleştirme/çıkarma ve bakımını yapma Gavajla besleme Parenteral ve Enteral besleme Beslenmeyi izleme ve değerlendirme Kan şekeri ölçümü yapma 			<p>Solunum Aktivitesi Laboratuvar Uygulaması</p> <ul style="list-style-type: none"> Solunumu sayma ve değerlendirme Oksijen satürasyonunu ölçme ve değerlendirme Derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırma Triflow kullanımı yaptırma Oral ve Nazal aspirasyon yapma Normal Akciğer sesleri dinleme Balgam ve boğaz kültürü örneği alma Oksijenizasyonu değerlendirme yapma Maske ve Nazal oksijen uygulaması yapma Airway uygulaması yapma 		
3. Hafta		Uyku ve Dinlenme Aktivitesi			Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi		
		<p>Boşaltım Aktivitesi (Bağırsak Boşaltımı)</p> <ul style="list-style-type: none"> Bağırsak hareketlerinin değerlendirilmesi Sürgü verme Rektal tüp uygulaması Lavman uygulaması 			<p>Boşaltım Aktivitesi (Üriner Boşaltım)</p> <ul style="list-style-type: none"> Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapma Sürgü ve Ördek verme Mesane eğitimi verme Kalıcı ve geçici mesena kateterizasyonu uygulama ve bakımını yapma Kondom kateter takma İdrar torbası değiştirme Kateterden idrar örneği İdrar kültürü alma Orta idrar örneği alma 		
		<p>Oral ve Parenteral İlaç Uygulamaları</p> <ul style="list-style-type: none"> İlaç-doza hesaplama Oral ilaçların uygulanması Lokal/ yerel ilaçların uygulanması Ampül ve flakondan ilaç çekme Toz halindeki ilaçları sulandırma İntramusküler/subkutan/intradermal/İntravenöz yoldan 			<p>Boşaltım Aktivitesi (Üriner) Laboratuvar Uygulaması</p> <ul style="list-style-type: none"> Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapma Sürgü ve Ördek verme Mesane eğitimi verme Kalıcı ve geçici mesena kateterizasyonu uygulama ve bakımını yapma Kondom kateter takma İdrar torbası değiştirme Kateterden idrar örneği 		

	<ul style="list-style-type: none"> ilaç uygulama İntravnoz kateter uygulama ve bakımını yapma İntravenöz infüzyon hazırlama, uygulama ve değerlendirme İntravenöz solüsyonun akış hızını düzenleme İntravenöz solüsyonu ve setini değiştirme İntarevenöz solüsyon içine ilaç verme Vakotainer, enjektör veya kelebek ile venöz kan örneği alma İntravenöz bolus ya da puşe ilaç u uygulama Nebulizatör ile inhaler ilaç uygulama Ölçülü doz inhalasyon ilaçları uygulama Rektal ve vajinal supozituar uygulama Nazogastrik sondadan ilaç uygulama 			<ul style="list-style-type: none"> İdrar kültürü alma Orta idrar örneği alma 		
	<p>Boşaltım Aktivitesi (Üriner Boşaltım)</p> <ul style="list-style-type: none"> Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapma Sürgü ve Ördek verme Mesane eğitimi verme Kalıcı ve geçici mesena kateterizasyonu uygulama ve bakımını yapma Kondom kateter takma İdrar torbası değiştirme Kateterden idrar örneği İdrar kültürü alma <p>Orta idrar örneği alma</p>			<p>Boşaltım Aktivitesi (Bağırsak Boşaltımı)</p> <ul style="list-style-type: none"> Bağırsak hareketlerinin değerlendirilmesi Sürgü verme Rektal tüp uygulaması Lavman uygulaması 		
	<p>Boşaltım Aktivitesi (Üriner) Laboratuvar Uygulaması</p> <ul style="list-style-type: none"> Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapma Sürgü ve Ördek verme Mesane eğitimi verme Kalıcı ve geçici mesena kateterizasyonu uygulama ve bakımını yapma Kondom kateter takma İdrar torbası değiştirme Kateterden idrar örneği İdrar kültürü alma Orta idrar örneği alma 			<p>Oral ve Parenteral İlaç Uygulamaları</p> <ul style="list-style-type: none"> İlaç-doza hesaplama Oral ilaçların uygulanması Lokal/ yerel ilaçların uygulanması Ampül ve flakondan ilaç çekme Toz halindeki ilaçları sulandırma İntramusküler/subkutan/intradermal/İntravenöz yoldan ilaç uygulama İntravnoz kateter uygulama ve bakımını yapma İntravenöz infüzyon hazırlama, uygulama ve değerlendirme İntravenöz solüsyonun akış hızını düzenleme İntravenöz solüsyonu ve setini değiştirme İntarevenöz solüsyon içine ilaç verme Vakotainer, enjektör veya kelebek ile venöz kan örneği alma İntravenöz bolus ya da 		

					<ul style="list-style-type: none"> puşe ilaç u uygulama • Nebulizator ile inhaler ilaç uygulama • Ölçülü doz inhalasyon ilaçları uygulama • Rektal ve vajinal supozitivar uygulama Nazogastrik sondadan ilaç uygulama 		
4. hafta		Cinselliği İfade Etme Aktivitesi			Ölüm Aktivitesi		
		Parenteral İlaç Uygulamaları (İntramusküler, İntradermel ve Subkutan) <ul style="list-style-type: none"> • İlaç-doza hesaplama • Ampül ve flakondan ilaç çekme • Toz halindeki ilaçları sulandırma • İntramusküler/subkutan/intradermal yoldan ilaç uygulama • İntramusküler ilaç uygulama bölgelerini tanımlama • Subkutan ilaç uygulama bölgelerini tanımlama • İntradermal ilaç uygulama bölgelerini tanımlama 			Parenteral İlaç Uygulamaları (IV) ve Kan Alma <ul style="list-style-type: none"> • İlaç-doza hesaplama • Ampül ve flakondan ilaç çekme • Toz halindeki ilaçları sulandırma • İntravenöz yoldan ilaç uygulama • İntravenöz kateter uygulama ve bakımını yapma • İntravenöz infüzyon hazırlama, uygulama ve değerlendirme • İntravenöz solüsyonun akış hızını düzenleme • İntravenöz solüsyonu ve setini değiştirme • İntravenöz solüsyon içine ilaç verme • İntravenöz bolus ya da puşe ilaç u uygulama • Vakotainer, enjektör veya kelebek ile venöz kan örneği alma 		
		Parenteral İlaç Uygulamaları (IV) ve Kan Alma <ul style="list-style-type: none"> • İlaç-doza hesaplama • Ampül ve flakondan ilaç çekme • Toz halindeki ilaçları sulandırma • İntravenöz yoldan ilaç uygulama • İntravenöz kateter uygulama ve bakımını yapma • İntravenöz infüzyon hazırlama, uygulama ve değerlendirme • İntravenöz solüsyonun akış hızını düzenleme • İntravenöz solüsyonu ve setini değiştirme • İntravenöz solüsyon içine ilaç verme • İntravenöz bolus ya da puşe ilaç u uygulama 			Parenteral İlaç Uygulamaları (İntramusküler, İntradermal ve Subkutan) <ul style="list-style-type: none"> • İlaç-doza hesaplama • Ampül ve flakondan ilaç çekme • Toz halindeki ilaçları sulandırma • İntramusküler/subkutan/intradermal yoldan ilaç uygulama • İntramusküler ilaç uygulama bölgelerini tanımlama • Subkutan ilaç uygulama bölgelerini tanımlama • İntradermal ilaç uygulama bölgelerini tanımlama 		

5. Hafta laborat uvar		Ölüm Aktivitesi			Cinselliği İfade Etme Aktivitesi		
		<u>Yaşam Bulguları Laboratuvarı Uygulaması</u> <ul style="list-style-type: none"> • Oral, axillar, temporal ve timpanik, rektal yollardan ateş ölçümü yapma ve değerlendirme • Apikal/Periferik nabız sayma ve değerlendirme • Yetişkin bireyde kan basıncını ölçme ve değerlendirme • Yetişkin bireyde solunumu sayma ve değerlendirme Görsel Ağrı Sklası kullanma ve hastanın ağrsını değerlendirme		•	<u>Beslenme Aktivitesi Laboratuvar Uygulaması</u> <ul style="list-style-type: none"> • Oral beslenmeye yardım etme • Nazogastrik sonda yerleştirme/çıkarma ve bakımını yapma • Gavajla besleme • Parenteral ve Enteral besleme • Beslenmeyi izleme ve değerlendirme • Kan şekeri ölçümü yapma • Nazogastrik sondadan ilaç uygulama 		
		<u>Beslenme Aktivitesi Laboratuvar Uygulaması</u> <ul style="list-style-type: none"> • Oral beslenmeye yardım etme • Nazogastrik sonda yerleştirme/çıkarma ve bakımını yapma • Gavajla besleme • Parenteral ve Enteral besleme • Beslenmeyi izleme ve değerlendirme • Kan şekeri ölçümü yapma • Nazogastrik sondadan ilaç uygulama 			<u>Yaşam Bulguları Laboratuvarı Uygulaması</u> <ul style="list-style-type: none"> • Oral, axillar, temporal ve timpanik, rektal yollardan ateş ölçümü yapma ve değerlendirme • Apikal/Periferik nabız sayma ve değerlendirme • Yetişkin bireyde kan basıncını ölçme ve değerlendirme • Yetişkin bireyde solunumu sayma ve değerlendirme Görsel Ağrı Sklası kullanma ve hastanın ağrsını değerlendirme		
6. Hafta		Örnek Vaka çalışması koyulabilir			Örnek Vaka çalışması		
		<u>Parenteral İlaç Uygulamaları Laboratuvar Uygulaması-1</u> <ul style="list-style-type: none"> • İlaç-doza hesaplama • Ampül ve flakondan ilaç çekme • Toz halindeki ilaçları sulandırma • İntramusküler/subkutan/intradermal/İntravenöz yoldan ilaç uygulama • İntravenöz kateter uygulama ve bakımını yapma • İntravenöz infüzyon hazırlama, uygulama ve değerlendirme • İntravenöz solüsyonun akış hızını düzenleme • İntravenöz solüsyonu ve setini değiştirme 			<u>Boşaltım Aktivitesi (Üriner) Laboratuvar Uygulaması</u> <ul style="list-style-type: none"> • Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapma • Sürgü ve Ördek verme • Mesane eğitimi verme • Kalıcı ve geçici mesena kateterizasyonu uygulama ve bakımını yapma • Kondom kateter takma • İdrar torbası değiştirme • Kateterden idrar örneği • İdrar kültürü alma Orta idrar örneği alma 		

		<ul style="list-style-type: none"> • İntarevenöz solüsyon içine ilaç verme • İntravenöz bolus ya da puşe ilaç u uygulama • Nebulizatör ile inhaler ilaç uygulama • Ölçülü doz inhalasyon ilaçları uygulama • Rektal ve vajinal supozitivar uygulama 					
		<p><u>Boşaltım Aktivitesi (Üriner) Laboratuvar Uygulaması</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapma • Sürgü ve Ördek verme • Mesane eğitimi verme • Kalıcı ve geçici mesena kateterizasyonu uygulama ve bakımını yapma • Kondom kateter takma • İdrar torbası değiştirme • Kateterden idrar örneği • İdrar kültürü alma <p>Orta idrar örneği alma</p>			<p><u>Parenteral İlaç Uygulamaları Laboratuvar Uygulaması-1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • İlaç-doza hesaplama • Ampül ve flakondan ilaç çekme • Toz halindeki ilaçları sulandırma • İntramusküler/subkutan/intradermal/İntravenöz yoldan ilaç uygulama • İntravenöz kateter uygulama ve bakımını yapma • İntravenöz infüzyon hazırlama, uygulama ve değerlendirme • İntravenöz solüsyonun akış hızını düzenleme • İntravenöz solüsyonu ve setini değiştirme • İntarevenöz solüsyon içine ilaç verme • İntravenöz bolus ya da puşe ilaç u uygulama • Nebulizatör ile inhaler ilaç uygulama • Ölçülü doz inhalasyon ilaçları uygulama • Rektal ve vajinal supozitivar uygulama 		
7. Hafta		<p><u>Örnek Vaka çalışması koyulabilir</u></p>					
		<p><u>Parenteral İlaç Uygulamaları (IV) ve Kan Alma Laboratuvar Uygulaması</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • İlaç-doza hesaplama • Ampül ve flakondan ilaç çekme • Toz halindeki ilaçları sulandırma • İntravenöz yoldan ilaç uygulama • İntravenöz kateter uygulama ve bakımını yapma • İntravenöz infüzyon hazırlama, uygulama ve değerlendirme • İntravenöz solüsyonun akış hızını düzenleme • İntravenöz solüsyonu ve setini değiştirme 			<p><u>Parenteral İlaç Uygulamaları (İntramusküler, İntradermal ve Subkutan) Laboratuvar Uygulaması</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • İlaç-doza hesaplama • Ampül ve flakondan ilaç çekme • Toz halindeki ilaçları sulandırma • İntramusküler/subkutan/intradermal yoldan ilaç uygulama • İntramusküler ilaç uygulama bölgelerini tanımlama • Subkutan ilaç uygulama bölgelerini tanımlama • İntradermal ilaç uygulama bölgelerini tanımlama 		

		<ul style="list-style-type: none"> • İntarevenöz solüsyon içine ilaç verme • İntravenöz bolus ya da puşe ilaç u uygulama • Vakotainer, enjektör veya kelebek ile venöz kan örneği alma 					
		<p>Parenteral İlaç Uygulamaları (İntramusküler, İntradermal ve Subkutan) Laboratuvar Uygulaması</p> <ul style="list-style-type: none"> • İlaç-doza hesaplama • Ampül ve flakondan ilaç çekme • Toz halindeki ilaçları sulandırma • İntramusküler/subkutan/intradermal yoldan ilaç uygulama • İntramusküler ilaç uygulama bölgelerini tanımlama • Subkutan ilaç uygulama bölgelerini tanımlama • İntradermal ilaç uygulama bölgelerini tanımlama 			<p>Parenteral İlaç Uygulamaları (IV) ve Kan Alma Laboratuvar Uygulaması</p> <ul style="list-style-type: none"> • İlaç-doza hesaplama • Ampül ve flakondan ilaç çekme • Toz halindeki ilaçları sulandırma • İntravenöz yoldan ilaç uygulama • İntravenöz kateter uygulama ve bakımını yapma • İntravenöz infüzyon hazırlama, uygulama ve değerlendirme • İntravenöz solüsyonun akış hızını düzenleme • İntravenöz solüsyonu ve setini değiştirme • İntarevenöz solüsyon içine ilaç verme • İntravenöz bolus ya da puşe ilaç u uygulama <p>Vakotainer, enjektör veya kelebek ile venöz kan örneği alma</p>		
8. Hafta		Kliniğe hazırlık			Kliniğe hazırlık		
		Klinik Uygulama (1.hafta)			Klinik Uygulama		
		Klinik Uygulama			Klinik Uygulama		
9. Hafta	VİZE HAFTASI						
10. Hafta	Çarşamba	Vaka Çalışması			Vaka Çalışması		
		Klinik Uygulama			Klinik Uygulama		
		Klinik Uygulama			Klinik Uygulama		
11. Hafta		Vaka Çalışması			Vaka Çalışması		
		Klinik Uygulama			Klinik Uygulama		
		Klinik Uygulama			Klinik Uygulama		
12. Hafta		Vaka Çalışması			Vaka Çalışması		
		Klinik Uygulama			Klinik Uygulama		
		Klinik Uygulama			Klinik Uygulama		
13. Hafta		Vaka Çalışması			Vaka Çalışması		
		Klinik Uygulama			Klinik Uygulama		
		Klinik Uygulama			Klinik Uygulama		
14. Hafta		Vaka Çalışması			Vaka Çalışması		
		Klinik Uygulama			Klinik Uygulama		
		Klinik Uygulama			Klinik Uygulama		
15. Hafta		Vaka Çalışması			Vaka Çalışması		
		Klinik Uygulama			Klinik Uygulama		
		Klinik Uygulama			Klinik Uygulama		
16. Hafta	FİNAL HAFTASI						

3.Laboratuvar Uygulama Esasları

Laboratuvar uygulamalarda öğrenciler beyaz önlükleri ile uygulamaya katılırlar. Uygulama öncesi öğrenciler videoları izleyerek ve işlem basamaklarını okuyarak laboratuvara gelir. Öğrenciler öğretim elemanı sayısına göre gruplara ayrılarak, öğretim elemanı eşliğinde uygulamaları yaparlar. Her öğrenci en az bir kez uygulamayı maketler üzerinde dener ve öğretim elemanı tarafından geri bildirim alır.

3.1. Temel Hemşirelik Uygulamaları Beceri Listesi

Temel hemşirelik uygulamaları beceri listesinde Günlük Yaşam Modeline göre HUÇEP doğrultusunda istenen uygulamalar belirlenmiştir. Temel Hemşirelik Uygulamaları İşlem Basamakları ekte verilmiştir. Uygulama laboratuvarında öğretim elemanı tarafından demonstrasyonu yapıldıktan sonra her öğrenci öğretim elemanı rehberliğinde uygulamayı en az bir kez maket üzerinde uygular ve geribildirim alır. Derste anlatılan temel hemşirelik becerileri listesi ektedir (Ek 1).

4. Derse Bağlı Uygulama Esasları

4.1. Derse Bağlı Uygulama Öncesi Hazırlık

Öğrenciler klinik uygulamaya hemşire formları ile katılırlar (Resim 1).

Staj kıyafeti ve öğrencinin yanında bulundurması gereken malzemeler:

Staj forması: üstü beyaz renkte kısa kollu, mavi şeritli cerrahi yakalı, mavi şeritli iki cepli, sol üst tarafta küçük yaka cebi üzerinde isim ve soy isim mavi iplikle işlenmiş olmalıdır. Yaka cebi üzerinde KTÜ amblemi olmalıdır. Forma altı mavi pantolon şeklindedir (Şekil 1) (Forma için adres: Erbay Medikal, 0544 343 24 62, Uzun Sokak, Eba Çarşısı No:75 Giriş Kat/Trabzon, www.erbaymedikalgiyim.com)

Pantolon altına beyaz spor ayakkabı giyilmelidir. Cepte not defteri, tükenmez kalem bulunmalı, saniyeli saatleri olmalı, varsa stetoskop getirilmelidir.

KTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ FORMA DÜZENİ



- Üstü beyaz renkte
- Kısa / uzun kollu,
- Mavi şeritli (erkeklerde sağ taraf/ bayanda sol tarafa uzun şeritli) cerrahi yakalı,
- Mavi şeritli iki cepli,
- Sol üst tarafta küçük yaka cebi üzerinde isim ve soy isim mavi iplikle işlenmiş olmalı,
- Yaka cebi üzerinde KTÜ amblemi olmalı,
- Üst forma boyu 75-85 olmalı,
- Forma altı mavi pantolon şeklinde,
- Pantolon paça genişliği 19 olmalı dar paça olmamalıdır.
- Pantolon altına beyaz spor ayakkabı,
- Baş örtüsü beyaz eşarp şeklinde ve uçları yaka içerisine yerleştirilmiş,
- Cepte not defteri, tükenmez kalem bulunmalı,
- Saniyeli saatleri olmalı,
- Stetoskop getirilmelidir.

(Forma için adres: Erbay Medikal, 0544 343 24 62, Uzun Sokak, Eba Çarşısı No:75 Giriş Kat/Trabzon, www.erbaymedikalgiyim.com)

05.10.2016
Doç. Dr. Nerva ÇİTİRİK
KTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

4.1.2. Derse Bağlı Uygulama Kuralları ve Çalışma İlkeleri

Çalışma saatleri 08:00-16:00 şeklindedir. Öğrenci Sabah 08:00 de teslim almalı ve 16:00 da teslim verip çıkmalıdır. 12:00-13:00 arası öğle molasıdır. Öğrenciler servislerden dönüşümlü olarak diğer öğrenci hemşireye hasta teslimi vererek yemeğe çıkmalıdır. Sabah devamsızlık yapan öğrenci öğleden sonra staja geldiğinde stajı kabul edilmez. O gün devamsız olarak kabul edilir.

Klinik staj süresince KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü tarafından belirlenen forma giyilmelidir. Kızların saçları toplu olmalıdır. Erkeklerde kısa saç tercih edilir, saçlar uzunsa toplanmalıdır. Öğrenciler günlük sakal tıraşı olmalıdır. Bütün öğrenciler klinik staja temiz gelmelidir. Staj süresince saat dışında ek bir takı (kolluk, künne, yüzük, küpe vb.) takılmamalıdır. Tırnaklar kısa olmalıdır.

Staj öncesi bir gün staj kuralları ve klinikler öğrencilere tanıtılır. Stajda görevli öğretim elemanları açıklanır. Öğrencilerin nerede üstlerini giyecekleri öğretim elemanları tarafından açıklanır. (Farabi Hastanesi okulda ve hastaneye yakın yurttaki giyinebilecek, diğer hastanelerde ise her birimde klinik sorumlularının gösterdiği alanda giyinecek).

Stajın ilk haftası öğretim elemanı tarafından öğrencinin kliniğe uyumu sağlanır. Hemşirelik girişimlerini kesinlikle yalnız yapmamalıdır. İlk önce bir hasta, sonraki zamanlarda öğrencinin durumuna göre hasta sayısı artırılabilir. Hasta paylaşımı yapılır ve hasta merkezli çalışılır. Öğrenci hastası ile işlemlerden çalıştığı süre boyunca sorumludur.

4.1.3. Derse Bağlı Uygulamanın Değerlendirmesi

Klinik staj notu aşağıdaki staj değerlendirme formuna göre stajda görevli öğretim elemanı tarafından verilir (Ek 1). Klinik stajdan alınan notun %50 si sınavlardan (ara sınav ve final notunun %50 si alınarak) alınan nota eklenerek son not oluşturulur. Staj notu 60'ın altında alan

öğrenci Hemşirelik Esasları dersi uygulamasını tekrar alır ve final sınavına giremez. Final sınavından 50 alınamadığında ders tekrarı yapılması gerekir. Hemşirelik Esasları II dersi diğer derslerin ön şartıdır. Bu dersten başarılı olunmadığında ikinci sınıfın ilk ve ikinci yarısındaki uygulamalı dersler alınmaz.

4.1.4. Derse Bağlı Uygulamaya Çıkılan Kurum

KTÜ FARABİ HASTANESİ

Farabi Hastanesi A ve B klinik bloklar ile poliklinik binasından oluşmaktadır. Binaların birbiri içerisinden geçişleri vardır. A blok 11 kattan, B blok 6 kattan, poliklinik binası ise 4 kattan oluşmaktadır. Hastane kampüsü içerisinde bir adet hemşire misafirhanesi ile mülkiyeti Rektörlüğe bağlı olan ve özel sektör tarafından işletilen bir otel ve restoran, ayrıca Farabi İş Merkezi adı altında 4 adet büfe ve kantin işletmesi bulunmaktadır. Yaklaşık 70 000 m²'lik kapalı alana sahip olan hastanemizde 800 yatak ve üçüncü derece 80 yoğun bakım yatağımız mevcuttur.

Adres: Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi,61080 Merkez/TRABZON

Web Adresi: <http://www.ktu.edu.tr/farabi>

İletişim:0462 377 50 00, Fax: 0462 325 05 18

İş kazası bildirim formu

4.1.5. Derse Bağlı Uygulama Değerlendirme Formu



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAğLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ESASLARI UYGULAMA DEğERLENDİRME FORMU

Öğrencinin
Fotoğrafı

Öğrenci Adı, Soyadı:

DEğERLENDİRME ALANLARI		Puan 1	Puan 2
PROFESYONELLİK 10 puan			
10	Profesyonel görünüm ve davranış		
	Klinik gözlemlerin/hastadaki değişiklikleri tam ve doğru kayıt etme		
	Çalışma saatlerine uyma		
	Okul, staj ve hastane kurallarına uyma		
	Sorumluluk alma		
	Güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olma/eleştiriye açık olma		
	Bireyin mahremiyetini koruma ve yaş/cinsiyet/din/dil/sosyoekonomik sınıf/etnik veya kültürel grubuna bakılmaksızın saygı gösterme		
	Karar verme yeteneği		
	Motivasyon ve liderlik özelliği		
	Klinikten ayrılmadan önce hastalarına ilişkin bilgi verme		
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER 10 puan			
10	Sağlık ekibi ile uyumlu ve saygılı ilişki kurma		
	Arkadaşları ile iletişim becerisi		
	Bakım verdiği hastalarla ve ailesiyle güven verici ilişki kurma becerisi		
	Öğretim elemanlarıyla sağlıklı iletişim kurma becerisi		
ÖğRETİM, EğİTİM ve ARAŞTIRMA BECERİSİ 20 puan			
3	Çalıştığı klinikle, hasta ile ilgili araştırmaları takip etme		
	Araştırma sonuçlarını bakımda kullanabilme		
2	Hasta eğitimi planlayabilme, uygulayabilme		
5	Vaka sunumu		
10	Uygulama sınavı		
UYGULAMA BECERİSİ 30 puan			
30	Beceri Değerlendirme formundan yararlanılacak		
HASTA BAKIMINI PLANLAMA, UYGULAMA, DEğERLENDİRME BECERİSİ 30 puan			
7	Veri toplama		
7	Tanılama		
4	Planlama		
4	Uygulama		
3	Değerlendirme		
5	Rapor		
TOPLAM PUAN			
KLİNİK NOT			

Okul No:

Uygulamaya Çıktığı Klinik:

Sorumlu Öğretim Elemanı Adı Soyadı:

İmzası:

5. Hemşirelik Esasları Dersi Kaynak Listesi

- Karadağ A, Atabek Aştı T. (Ed): Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı, İstanbul, Akademi Yayıncılık, 2016.
- Uysal N., Çakırcalı E. (Çeviri Ed.): Hemşirelik Esasları İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları, Palme Yayıncılık, 2015.
- Bektaş H., Klinik Hemşirelik Becerileri (Çeviri: Taylor S.), Nobel Tıp Kitabevi, 2015.
- Görgülü RS., Hemşireler İçin Fiziksel Muayene Yöntemleri. İstanbul Tıp Kitabevi, 2014.
- Ecevit Alpar Ş., Bahçecik N., Çağdaş Hemşirelikte Etik, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2013.
- Berman A., Snyder S., Frandsen G., Koziar and Erb's Fundamentals of Nursing, Pearson, 2016.
- Babadağ K., Atabek Aştı T. (Ed): Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi, İstanbul Tıp Kitabevi, 2012.
- Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A., Fundamentals of Nursing 8th Edition, Elsevier, 2013.
- Taylor CR, Lillis C, LeMone P, Lynn P, Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care Seventh, North American Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
- Berman A., Snyder S., Frandsen G., Koziar&Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice Tenth Edition, Pearson, 2016.
- Atabek Aştı T., Karadağ A (Çeviri Ed): Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri, Nobel Kitabevi, 2011.
- Göçmen Baykara Z, Çalışkan N, Öztürk D, Karadağ A, (Ed): Temel Hemşirelik Becerileri, Ankara Nobel Tıp Kitabevi, 2019.
- Dikmen Y, Akın Korhan E, (Ed): Hemşirelik Esasları Klinik Uygulama Rehberleri Video Sunumu Destekli, Akademisyen Kitabevi, 2016.

6. EKLER

EK 1. TEMEL HEMŞİRELİK BECERİLERİ

1.GÜVENLİ ÇEVRENİN SAĞLANMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ AKTİVİTESİ

1.1.Hasta Kabul ve Taburculuğunda Temel İlkeler

1.1.1.Hasta Kabul Uygulaması

Sağlıklı/ hasta bireyin kabul edileceği üniteyi ve yatacağı yeri belirle (oda ve yatak hazırlığı) Gerekli malzeme, ilaç, kayıt formlarını hazırla. Sağlıklı/ hasta bireyi güler yüzle karşıla, ilgi göster ve olumlu izlenim ile güven ilişkisi sağla. Kendini tanıt, görevini açıkla. Bireyin kimlik ve yatış evrak kontrolünü yap. Bireyi odasına yerleştir, varsa oda arkadaşlarıyla tanıştır, gerekirse yerleşmesine yardım et .Bireyin genel ve psikolojik durumunu değerlendirip, alışması ve dinlenmesi için zaman tanı. Acil girişimler için hekim istemini kontrol et. Bireyin fiziksel durumu hakkındaki temel verileri sağla. (Boy-kilo ölçümü, yaşam bulgularının ölçümü, hasta kabul formları ve kaydı)Bireyin bilgi ihtiyacını gider: Hastane rutinleri ve kuralları hakkında bilgi ver. (yemek, ziyaret, ziyaret saatleri, refakat koşulları, rutinler, kısıtlamalar, haberleşme vs). Fiziki çevre ile ilgili bilgi ver. (Çağrı zili, yatağın çalışma şekli, tuvalet -lavabo yeri, hemşire ve doktor odası vb) Bireyin rolü hakkında bilgi ver. (Hasta hakları, bilgilendirilmiş onam, bireyden beklenen sorumluluklar, bakımından sorumlu sağlık ekibi, bilgilendirme).Hemşirelik bakım planını hazırla ve kayıt et. (Bireyselleştirilmiş ve bütüncül yaklaşımla)

1.1.2.Hasta Taburculuk Uygulaması

Bireyin taburculuğa yönelik sağlık bakım gereksinimlerini belirle ve taburculuk planını hemşirelik süreci doğrultusunda hazırla. Birey ve ailesinin evdeki tedavi, sağlık problemlerine ilişkin sınırlılıkları, komplikasyonları, diyet, egzersiz, cihaz kullanımı vs konusunda eğitim gereksinimlerini belirle ve tekrarlı eğitimler ver. Eğitimlere ilişkin broşür ve rehber ver. Bireyin öz bakımı etkileyebilecek evdeki çevresel faktörleri değerlendir ve gerekirse fiziki çevre düzenlemesi öner. (oda, merdiven, banyo durumu gibi) Taburculuk sonrası gereksinimleri için bireyin diğer sağlık ekibi (diyetisyen, fizyoterapist vb) ve sağlık bakım kaynakları ile işbirliğini sağla. Birey ve ailesinin soru sormasına fırsat ver, evde sağlık bakımı ile ilgili konularda (ilaçları, bakımı, kontrolleri, kısıtlamaları vb) uygulamaları anlayıp uygulayabilmesini sağla. Taburculuğa ilişkin hekim istemini kontrol et. Hekim isteminde yer alan ilaç ve önerileri ve vermiş olduğun eğitimi tekrar gözden geçir. Bireyin giyinmesi ve eşyalarını toplamasını sağla. Dolap ve çekmecelerde eşya kalmadığını kontrol et. Taburculuk özet formunu kayıt et ve bir kopyasını bireye ver. Birey üniteden çıkana kadar bireye eşlik et. Hastane ödemeleri için ilgili kurum veznesine bireyi yönlendir ve vezneyi de bilgilendir. Bireyin dosyasına taburculuk formunu da ekleyerek kapatıp, arşive gönder. Bireyin çıktığı odayı ve eşyaları yeni hasta için temizlet ve kontrolünü sağla.

1.2. ENFEKSİYONU ÖNLEME VE ENFEKSİYON KONTROLÜ

1.2.1. Hijyenik El Yıkama İşlem Basamakları

Malzemeler: Sıvı sabun, kağıt havlu, nemlendirici kremi kirli kabı	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Tırnakları kısa tutun. Tüm takıları çıkarın ve güvenli bir yere bırakın (sadece düz alyans kalabilir). Ellerinizde açık yara, kesik olup olmadığını kontrol			

edin.			
Lavabo önünde, üniforma lavaboya değmeyecek şekilde durun.			
Kağıt havlu ile musluğu açın.			
Suyun akışını kontrol edin, suyun üniformaya sıçramamasına dikkat edin ve suyu ılık olacak şekilde ayarlayın.			
Elleri dirsek düzeyinin altında tutarak el ve bilekleri ıslatın.			
Avuç içine bir miktar (5 ml) sabun alın ve parmak uçlarından başlayarak dairesel hareketlerle bileğe doğru köpürtün.			
Bir elin ayası diğer elin üstüne gelecek şekilde el sırtını ovuşturarak ve dairesel hareketler ile yıkayın.			
Avuç içi ve parmak aralarını temizleyin.			
Her iki elin parmak uçlarını avuç içinde ovun.			
Her iki başparmağı ovalayarak yıkayın.			
Parmak uçlarını avuç içinde birleştirerek avuç içini ovalayın.			
El bileklerini yıkayın.			
El ve bilekleri iyice durulayın ve elleri dirsekten aşağı tutun.			
Elleri parmak ucundan bileklere ve ön kola doğru kağıt havlu ile kurulayın.			
Temiz bir kağıt havlu ile musluğu kapatın ve kullanılan kağıt havluyu çöpe atın.			
Gerekirse nemlendirici sürün.			

1.2.2. El Antiseptiği Kullanımı İşlem Basamakları

Malzemeler: El antiseptiği	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Takıları çıkarın ve güvenli bir yere bırakın (sadece düz alyans kalabilir).			
Antiseptik kullanım talimatına göre ele uygun miktarda antiseptik alın.			
Antiseptik el ve parmakların tüm yüzeylerini ve parmak aralarını, parmak uçlarını ve tırnak diplerini antiseptik kuruyana kadar aşağıdaki sırayı takip ederek ovuşturun (10-20 saniye). <ul style="list-style-type: none"> • Antiseptiği avuç içine yayın. • Sağ avuç içi sol elin sırt kısmı üzerine getirerek ileri geri hareketlerle ovun. • Aynı şekilde sağ elin sırt kısmını da ovun. • Avuç içlerini birleştirerek parmak aralarını ovun. • Her iki elin parmak uçlarını birbirine kenetleyerek ovun. • Sol başparmak sağ avuç içine alın ve dönme 			

<p>hareketiyle ovun.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aynı şekilde sağ başparmağı da ovun. • Sağ parmak uçlarını birleştirerek sol elin avuç içini dairesel hareketlerle ovun. • Aynı şekilde sol avuç içini de ovun. • Ellerin kurummasını bekleyin. 			
Gerekirse nemlendirici kullanın.			

1.2.3. Steril Eldiven Giyme ve Çıkarma İşlem Basamakları

Malzemeler: Uygun numaralı steril eldiven	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Takılar varsa çıkarın.			
El hijyenini sağlayın.			
Elinize uygun numarada eldiven seçin.			
Bireyin lateks alerjisi olma durumunu sorgulayın.			
Steril eldiven paketinin kuru ve açılmamış olduğundan emin olun ve son kullanma tarihini kontrol edin.			
Eldiven paketinin dış kabını sterilitesini bozmadan çıkarın. İçteki paketin sadece dış kısmından tutun.			
İçteki paketi sıkıca tutarak temiz, kuru, düz ve bel seviyesinde olan yüzeye yerleştirin.			
Eldiven paketini açın ve bilek kısımları vücuda yakın tarafta olacak şekilde çalışma alanına koyun.			
Paketin önce üst sonra alt katını açın. Paketin iç kısmında eldivenlere temas etmeyin.			
Dominant olmayan elin baş ve işaret parmağıyla eldiven manşetinin kenarından tutun ve kaldırın.			
Dominant elin avuç içi yukarı bakacak şekilde tutarak, eldiveni dominant ele giydirin. Manşeti diğer eldiveni giyene kadar katlı bırakın.			
Eldivenli dominant elin parmaklarını ikinci eldivenin manşetinin altına yerleştirin ve dominant olmayan el üzerine eldiveni çekerek giyin.			
İkinci eldiveni giydikten sonra ellerinizi bel seviyesinin üzerinde birbirine kenetleyin ve yalnızca steril alana dokunduğundan emin olun.			
<i>Kontamine eldivenin çıkarılması</i>			
Eldivenli el ile diğer eldivenin manşetini dışından kavrayın, bileğe dokunmaktan kaçının ve eldivenin içi dışarı gelecek şekilde çıkarın.			
Çıkarılan eldiveni diğer eldivenli elin avuç içine alın.			
Eldivensiz elinizin parmaklarını, diğer elinizdeki eldivenin bilek kısmından içeri yerleştirin. Eldivenin dış tarafına dokunmayın. Eldivenin içi dışarı gelecek şekilde çıkarın. Böylece kontamine alan ve diğer eldiven içerde kalacaktır.			
Kontamine eldivenleri atık kutusuna atın.			
El hijyenini sağlayın.			

1.2.4. Steril Malzeme Tepsisi ile Steril Alan Hazırlama ve Steril Alana Malzeme Yerleştirme İşlem Basamakları

Malzemeler: Steril paket /bohça, Steril malzeme ve steril solüsyon	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
El hijyenini sağlayın.			
Paketin daha önce açılmamış ve ıslanmamış olduğundan emin olun. Son kullanma tarihini kontrol edin.			
Paketi bel seviyesinin üzerinde temiz ve kuru bir alana bırakın.			
Önce paketin üst katının dış yüzeyinden, dış kenardan 2,5 cm içinden tutarak karşıya doğru açın.			
Paketin sağ ve sol yan kenarlarının dış yüzeyinden, dış kenardan 2,5 cm içinden tutarak yanlara doğru açın.			
Steril paketten uzak durarak son kenarı dış yüzeyinden, dış kenardan 2,5 cm içinden tutarak kendimize doğru açın. Tamamen açılan paketi dış yüzeyden tutarak düzeltin.			
Açık olan bu alan artık steril alanı oluşturmaktadır. Steril alana temas etmeyin, üzerinden uzanmayın, sırtınızı dönmeyin, steril alanda olmayan malzeme var ise alana yerleştirin.			
<i>Steril alana malzeme bırakma</i>			
Malzemenin daha önceden açılmadığını, ıslak olmadığını ve son kullanma tarihini kontrol edin.			
Steril alanın 15 cm üzerinden, malzeme paketinin dış kısmından tutarak paketi açın ve içindeki malzemeyi kontamine etmeden alanın 2,5 cm iç kısmına bırakın.			
Paketi atık kutusuna atın.			
<i>Steril kaba steril solüsyon dökme</i>			
Malzemenin daha önceden açılmadığını, ıslak olmadığını ve son kullanma tarihini kontrol edin.			
Solüsyon şişesinin kapağını açın ve steril alan dışına bırakın.			
Solüsyonu steril alanın 10-15 cm yukarıdan sıçratmadan steril kabın içine dökün.			
Şişenin kapağının sadece dış kısmından tutarak kapatın ve şişenin dış kısmına açıldığı tarih ve saati not edin.			
El hijyenini sağlayın.			

1.2.5. Koruyucu Ekipman Giyme ve Çıkarma İşlem Basamakları

Malzemeler: Tek kullanımlık önlük, maske, eldiven, gözlük	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			

Koruyucu ekipman giyerken ve çıkarırken aşağıdaki sıra takip edilmelidir.			
Koruyucu ekipman giyme			
El hijyenini sağlayın.			
1. Önlük giyme: Tüm dış giysilerinizi kaplayacak şekilde önlük giyin. Boyun ve beldeki bağcıklarını bağlayın.			
2. Bone giyme: Saçlar uzun ise bağlayın.			
Boneyi başın üzerinden geçirin. Tüm saçın bone içinde olduğundan emin olun.			
3. Maske takma: Maske burnu, ağzı ve çeneyi tamamen içine almalıdır. Sekresyon ile bulaş olduğunda değiştirilmelidir. Tekrar kullanılmamalıdır.			
Maskenin üst kenarını bulun. Üst kenar metal tel içermektedir.			
Üst kenarı burun üzerine yerleştirin.			
Üstteki şeritleri başın arkasına kulağın üstünden bağlayın.			
Çene altını iyice saracak şekilde alt bağcıkları boyundan bağlayın.			
4. Koruyucu gözlük-yüz koruyucusu takma:			
Göze görüş netliğini bozmayan gözlük veya göz koruyucu giyin.			
Gözlüğün yüzde rahat olup olmadığını kontrol edin.			
5. Non-steril veya steril eldiven giyin			
Koruyucu ekipman çıkarma			
1. Eldiven giyilmiş ise önce eldivenleri çıkarın.			
2. Gözlük çıkarma: Gözlüğü temiz bölümden tutarak çıkarın.			
3. Önlük çıkarma: Boyun bağcıklarını ve arka bağcıkları çözün. Omuzlardan aşağı bırakın. Gömleğin dışına dokunmadan elleri giysi kolundan çıkarın. Gömleği omuzların iç yüzünden tutun. İç yüzünü dışa çevirin ve yuvarlayarak çıkarın. Kirlili kutusuna atın.			
4. Maske çıkarma: Önce alt bağcığı sonra üst bağcığı çözün ve maskeyi atık kutusuna atın.			
El hijyenini sağlayın.			

1.2.6. Covid-19 Tanılı veya Şüpheli Hasta ile Temas Öncesi Kişisel Koruyucu Ekipman Giyme ve Çıkarma

Malzemeler: El antiseptiği, eldiven, N95/FFP2 maske, önlük, bone, gözlük ve /veya yüz koruyucusu (siperlik), ayak koruyucusu, koruyucu tulum, tıbbi atık kutusu

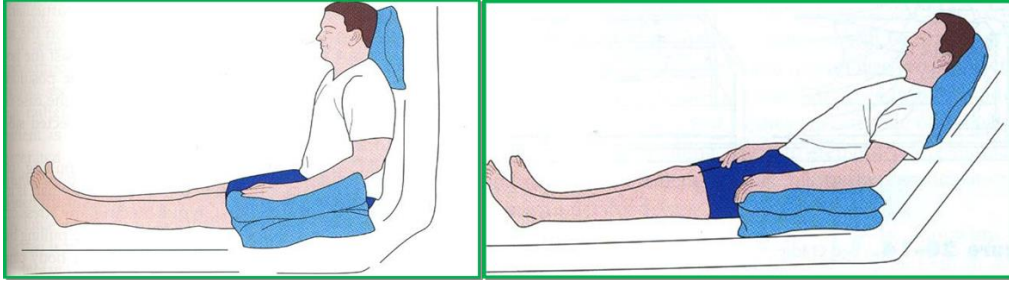
Uygulama	Gerekçe
El hijyenini sağlayın.	Mikroorganizmaların geçişini azaltır.
El antiseptiği ile elleri ovun.	Mikroorganizmaların geçişini azaltır.
Bone giyin.	Mikroorganizma bulaşını önler.
N95/FFP2 maske takın. Maske bağları yere bakacak şekilde avuç içinde tutun. Maske burnu ve ağzı içine alacak şekilde yüze yerleştirin. Maskenin alt bağları başın üzerinden geçirilerek başın arkasına kulakların altına yerleştirin. Maskenin üst bağları başın üzerinden geçirilerek başın tepesine yerleştirin. Maskenin üstündeki tel bandı burun kökü üstünde sıkıştırın.	Tıbbi asepsiye uygun giymeyi sağlar. Kontaminasyonu önler.
Gözlük giyin.	Gözlerin korunmasını sağlar.
Tulum giyin. Tulum giyilirken ayakkabı veya terlikler çıkarılır. Tabureye oturulur. Tulum bir yere değdirmeden paketinde çıkarılır. Fermuarlı kısmı öne bakacak şekilde tutulur ve bacak kısımları elde kavranır. Bacaklar giyilir. Bacaklar giyilirken tulumun diğer kısımları kucağa alınır. Ayağa kalkılır ve kollar giyilir. Tulumun fermuarı üst bölümden 15 cm açık kalacak şekilde kapanır.	Tıbbi asepsiye uygun giymeyi sağlar. Kontaminasyonu önler. Rahat giymeyi sağlar. İlk öce bacak kısımları giyileceğinden yere sürünmesi engellenir. Tulumun kontaminasyonu önlenir. Başlığın rahat giyilebilmesi için fermuar sonuna kadar çekilmez.
Ayak koruyucu giyin. Tekrar oturun. Ayak koruyucular ayak bileğini saracak şekilde giyin. Bağcık varsa bileğin veya bacağın etrafına sarın.	Hastadan bulaşı önler.
El antiseptiği ile elleri ovun.	
Koruyucu tulumun başlığını kulakları ve başı tam kapatacak şekilde giyin ve fermuar kapatın.	
Sperlik takın. Speriliği gözleri ve yüzü kapatacak şekilde, elastik bandı başın arkasına getirerek giyin.	Hastadan bulaşı önler.
El antiseptiği ile elleri ovun (Bkz. tablo 4).	
Tek kullanımlık eldiven giyin.	
Eğer önlük giyilecekse tulumun bilek kısımlarını eldivenin üzerine getirin. Önlük giyilmeyecekse tulumun bilek kısımlarını eldivenin içine yerleştirin.	Bileğin açılmasını ve kontaminasyonu önler.
Tek kullanımlık önlük giyin.	
Tek kullanımlık eldivenleri önlüğün bilek kısmını kapatacak şekilde giyin.	Bileğin açılmasını önler.
Kişisel koruyucu ekipmanı çıkarma	Maske ve bone hariç diğer tüm kişisel koruyucu ekipmanlar hasta odasından

	çıkmadan çıkarılır.
1. Önlüğü çıkarın. Not: Önlük eldivenlerden önce çıkarıldığı için önlüğün dışına dokunarak boyun ve omuzlardan aşağı çıkarın. Önlüğün bilek kısımlarını çıkarılırken dış eldivenleri de önlük ile birlikte çıkarın. Tıbbi atık kutusuna atın.	En kirliden en temize doğru çıkarılır.
2. Yüz koruyucu sperliği çıkarın. Başı fleksiyona getirin ve başın arkasındaki bandı kaldırarak çıkarın ve tıbbi atık kutusuna atın. Tekrar kullanılacak olan sperlik üretici önerisi yoksa %70'lik alkol ile temizlenebilir.	Hastadan bulaşı önler.
3. Tulumu çıkarın. Başı hiperekstansiyona getirerek fermuarı açın. Tulum başlığını dış taraftan tutularak arkaya doğru çıkarın. Tulumun omuzlarını dış yüzeyden tutarak vücuttan uzağa ve geriye doğru çıkarın (Sırasıyla kollar, bel ve bacaklar, içi dışarıya gelecek şekilde katlanarak ayak koruyucuları ile birlikte çıkarılır). Tıbbi atık kutusuna atın.	Fermuarın kolay açılmasını sağlar. Kontaminasyonu önler.
4. İç eldivenler çıkarılır. İç eldivenleri steril eldiven çıkarma işlem basamağında olduğu gibi içi dışına gelecek şekilde çıkarın. Tıbbi atık kutusuna atın.	Eldivenlerin dışı daha kirli olduğundan kontaminasyonu önler.
5. El antiseptiği ile elleri ovun.	
6. Varsa gözlüğü çıkarın ve tıbbi atık kutusuna atın. Tekrar kullanılabilir gözlük ise üretici önerisine göre temizlenir.	
Hasta odasından dışarı çıkın.	
7. Maskeyi çıkarın. Baş fleksiyona getirilir ve maskenin dış yüzeyine temas etmeden önce alt sonra üst bağcık başın üzerinden çenenin önün doğru getirilerek maske çıkarılır. Tıbbi atık kutusuna atılır.	Maskenin dış yüzeyi kontamine kabul edilir.
8. El antiseptiği ile elleri ovun.	
9. Bone dış yüzeyine temas etmeden çıkarılır ve tıbbi atık kutusuna atılır.	Bonenin dış yüzeyi kontamine kabul edilir.
10. El antiseptiği ile elleri ovun.	

2. HAREKET AKTİVİTESİ

2.1.Fowler's Pozisyonu Verme

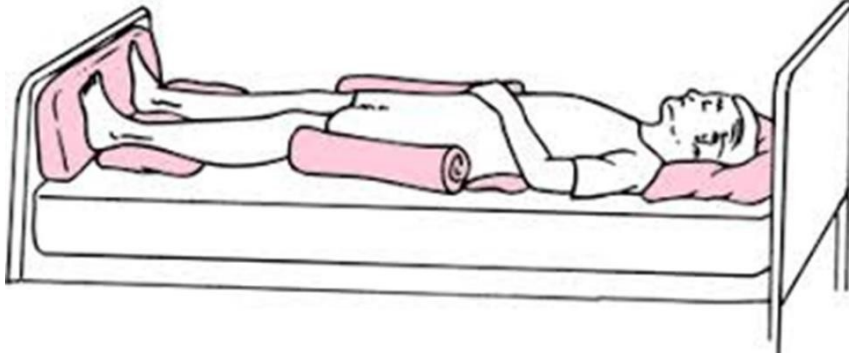
Malzemeler: 3 adet yastık, 3 adet rulo haline getirilmiş havlu ya da küçük çarşaf, 2 adet avuç içine yerleştirilecek büyüklükte hazırlanmış rulo, ayak tahtası	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hastaya kendini tanıtmak			
Hastanın kimliğini kontrol etme			
Hastaya yapılacak işlemi anlatma			
Ellerini yıkama			
Hastanın mahremiyetini sağlama			
Hastaya supine pozisyon verme			
Yatağın baş kısmını yükseltme			
Hastanın başının altına, boynunu ve omzunu destekleyecek biçimde yastık yerleştirme			
Kolları dirsekten hafifçe fleksiyonda olacak şekilde küçük yastıklarla destekleme			
Elleri yastık üzerinde aşağı sarkıtmayacak biçimde destekleme			
Hastanın avuç içlerine hazırlanan ince ruloları yerleştirme			
Semi Fowler's pozisyonunda hastanın beline, bel boşluğunu dolduracak büyüklükte bir yastık yerleştirme			
Hastanın trokanterini ve femurunu destekleyecek şekilde bacaklarının dış yan tarafına uzun rulo şeklinde havlu ya da çarşaf yerleştirme			
Diz altlarına boşluğu dolduracak şekilde küçük ve ince rulolar yerleştirme			
Ayak bileklerindeki açı 90 derece olacak biçimde ayak tahtası ile destekleme			
Hastanın uygulamaya katılımını sağlama			
Uygulama sırasında hasta ile iletişimi sürdürme			
Uygulama sırasında hastanın vücut mekaniğine dikkat etme			
Uygulama sırasında kendi vücut mekaniğine dikkat etme			
Ellerini yıkama			
Yapılan işlemi ve gözlemleri kaydetme			



2.2. Supine Pozisyonu Verme

Malzemeler: 3 adet yastık, 5 adet rulo haline getirilmiş havlu ya da küçük çarşaf, 2 adet avuç içine yerleştirilecek büyüklükte hazırlanmış rulo, ayak tahtası	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hastaya kendini tanıtmak			
Hastanın kimliğini kontrol etme			
Hastaya yapılacak işlemi anlatma			
Ellerini yıkama			
Hastanın mahremiyetini sağlama			
Hastanın başının altına, boynunu ve omzunu destekleyecek biçimde yastık yerleştirme			
Hastanın kollarını vücudun iki yanına paralel olacak şekilde küçük yastıklarla destekleme			
Avuç içlerine ince rulolar yerleştirme			
Bel bölgesine normal anatomik eğimi koruyacak şekilde ince bir havlu ya da çarşaf yerleştirme			
Hastanın trokanterini ve femurunu destekleyecek biçimde bacaklarının dış yan tarafına uzun rulo şeklinde havlu ya da çarşaf yerleştirme			
Hastanın ayak bileklerinin altına boşluğu dolduracak şekilde küçük rulo havlu yerleştirme			
Ayaklar 90 derece fleksiyonda olacak şekilde ayak tabanlarını ayak tahtaları veya özel araçlarla destekleme			
Hastanın uygulamaya katılımını sağlama			
Uygulama sırasında hasta ile iletişimi sürdürme			
Uygulama sırasında hastanın vücut mekaniğine dikkat			

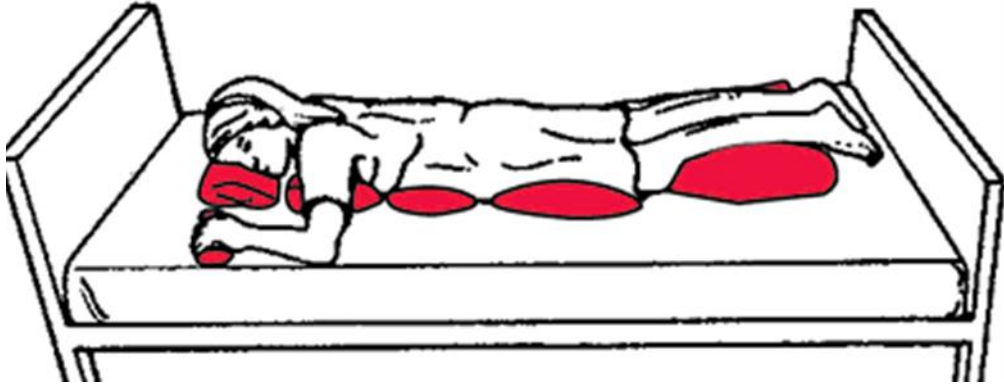
etme			
Uygulama sırasında kendi vücut mekaniğine dikkat etme			
Ellerini yıkama			
Yapılan işlemi ve gözlemleri kaydetme			



2.3. Prone Pozisyonu Verme

Malzemeler: 2 adet yastık, 1adet rula haline getirilmiş ya da küçük çarşaf, 2 adet avuç içine yerleştirilecek lükte hazırlanmış rulo	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hastaya kendini tanıtmak			
Hastanın kimliğini kontrol etme			
Hastaya yapılacak işlemi anlatma			
Ellerini yıkama			
Hastanın mahremiyetini sağlama			
Hastayı prone pozisyonuna getirme			
Hastanın başını sağa ya da sola çevirerek yatırma			
Hastanın başının altına, boynunu ve omzunu destekleyecek biçimde yastık yerleştirme			
Hastanın kollarını omuz seviyesinde başın iki yanına uzatma			
Hastanın avuç içlerine hazırlanan ince rulolar yerleştirme			
Hastanın göğsü ile karnı arasında boşluk varsa, bu boşluğa ince bir havlu ya da çarşaf yerleştirme			
Hastanın ayakları altına parmak uçları yatağa temas etmeyecek biçimde yastık yerleştirme			

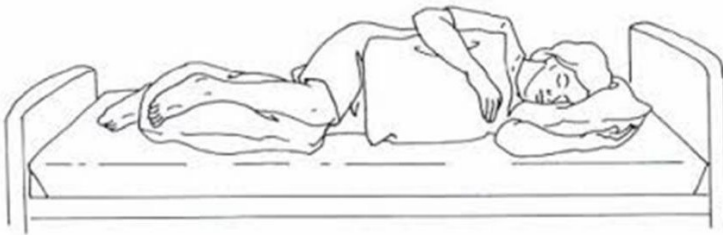
Hastanın uygulamaya katılımını sağlama			
Uygulama sırasında hasta ile iletişimi sürdürme			
Uygulama sırasında hastanın vücut mekaniğine dikkat etme			
Uygulama sırasında kendi vücut mekaniğine dikkat etme			
Ellerini yıkama			
Yapılan işlemi ve gözlemlerini kaydetme			



2.4. Lateral Pozisyonu Verme

Malzemeler: 4 adet yastık, 4 adet rulo haline getirilmiş havlu ya da küçük çarşaf, 2 adet avuç içine yerleştirilecek büyüklükte hazırlanmış rulo	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hastaya kendini tanıtmaya			
Hastanın kimliğini kontrol etme			
Hastaya yapılacak işlemi anlatma			
Ellerini yıkama			
Hastanın mahremiyetini sağlama			
Hastaya sağ ya da sol yan yatış pozisyonu verme			
Hastanın başının altına, boynunu ve omzunu destekleyecek biçimde yastık yerleştirme			
Hastanın başının altına, boynunu ve omzunu destekleyecek biçimde yastık yerleştirme			
Hastanın altta kalan kolunu dirsekten fleksiyona getirerek avuç içi yukarı bakacak, el yastığın yanında			

olacak biçimde yüz hizasına yerleştirme			
Hastanın üstte kalan kolunu dirsekten fleksiyona getirerek omuz yüksekliğini koruyacak biçimde yastıkla destekleme			
Hastanın avuç içlerine ince rulolar yerleştirme			
Hastanın altta kalan bacağı dizden hafifçe fleksiyona getirme ve altına yastık yerleştirme			
Hastanın sırtını yastıkla destekleme			
Hastanın uygulamaya katılımını sağlama			
Uygulama sırasında hasta ile iletişimi sürdürme			
Uygulama sırasında hastanın vücut mekaniğine dikkat etme			
Uygulama sırasında kendi vücut mekaniğine dikkat etme			
Ellerini yıkama			
Yapılan işlemi ve gözlemlerini kaydetme			



2.5. Hastayı Yatağın Kenarına Çekme

Malzemeler:	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hastaya kendini tanıtmak			
Hastanın kimliğini kontrol etme			
Hastaya yapılacak işlemi anlatma			
Ellerini yıkama			
Hastanın mahremiyetini sağlama			
Hastanın yastığını başının altından alma			

Kendine yakın taraftaki yatak kenarlığını indirme			
Hastanın kollarını dirsek ve bilekten tutup, hastanın göğsü üzerine çapraz gelecek şekilde yerleştirme			
Hastanın bir ayağı diğer ayağının üzerine gelecek şekilde yerleştirme			
Uygun pozisyon alma: Ayak tabanlarını yere tam temas ettirme Dizleri bükerek, sırt düz olacak şekilde yatak seviyesine yaklaşma Yakın taraftaki dizi yatağa dayayarak destek alma			
Bir kolunu hastanın boynunun altından geçirerek uzak taraftaki omzunu tutma			
Diğer kolunu hastanın skapulası altından geçirme (bu sırada dirseklerle yataktan destek alma)			
Hastanın baş ve omuzlarını kendisine doğru çekme			
Hastayı kendisine doğru çekerken, vücut ağırlığını öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verme			
Hastanın kalçasının hizasına gelme			
Uygun pozisyon alma			
Bir kolunu hastanın belinin altından, diğerini kalçalarının altından geçirme			
Hastanın kalçasını yatağın kenarına çekme			
Hastanın bacaklarının hizasına geçme			
Uygun pozisyon alma			
Bir kolunu dizlerinin, diğer kolunu ayak bileklerinin altından geçirerek hastanın bacaklarını yatağın kenarına çekme			
Hastanın başının altına yastığı yerleştirme			
Uygulama sonunda hastaya rahat bir pozisyon verme			
Kendine yakın taraftaki kenarlığını kaldırma			
Hastanın uygulamaya katılımını sağlama			
Uygulama sırasında hasta ile iletişimi sürdürme			
Uygulama sırasında hastanın vücut mekaniğine dikkat etme			
Uygulama sırasında kendi vücut mekaniğine dikkat			

etme			
Ellerini yıkama			
Yapılan işlemi ve gözlemlerini kaydetme			

2.6. Hastayı Supine Pozisyondan Lateral Pozisyona Getirme

Malzemeler:	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hastaya kendini tanıtmak			
Hastanın kimliğini kontrol etme			
Hastaya yapılacak işlemi anlatma			
Ellerini yıkama			
Hastanın mahremiyetini sağlama			
Hastanın yastığını başının altından alma			
Hastayı çevireceği yönün karşı tarafına geçme ve hastayı yatağın kenarına çekme			
Hastanın yakın taraftaki kolunu hastanın göğsü üzerine yerleştirme			
Hastanın uzak taraftaki kolunu hastanın gövdesinden uzaklaştırma			
Hastanın yakın taraftaki ayağını uzak taraftaki ayağının üzerine yerleştirme			
Kendine yakın taraftaki yatak kenarlığını kaldırma			
Yatağın karşı tarafına geçme			
Uygun pozisyon alma: Ayak tabanlarını yere tam temas ettirme Dizleri ve kalçayı bükürken sırt düz olacak şekilde durma Yakın taraftaki dizi yatağa dayayarak destek alma			
Bir eliyle hastanın uzak taraftaki omzunu, diğer eliyle uzak taraftaki kalçasını kavrama			
Hastayı kendisine doğru çevirme			
Hastayı çevirirken vücut ağırlığını öndeki ayaktan arkadaki ayağa verme			

Hastaya lateral pozisyon verme			
Hastanın başının altına yastığı yerleştirme			
Uygulama sonunda hastaya rahat bir pozisyon verme			
Kendine yakın taraftaki kenarlığını kaldırma			
Hastanın uygulamaya katılımını sağlama			
Uygulama sırasında hasta ile iletişimi sürdürme			
Uygulama sırasında hastanın vücut mekaniğine dikkat etme			
Uygulama sırasında kendi vücut mekaniğine dikkat etme			
Ellerini yıkama			
Yapılan işlemi ve gözlemlerini kaydetme			

2.7. Hastayı Supine Pozisyondan Prone Pozisyona Getirme

Malzemeler:	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hastaya kendini tanıtmak			
Hastanın kimliğini kontrol etme			
Hastaya yapılacak işlemi anlatma			
Ellerini yıkama			
Hastanın mahremiyetini sağlama			
Hastanın yastığını başının altından alma			
Hastayı çevireceği yönün karşı tarafına geçme ve hastayı yatağın kenarına çekme			
Hastanın yakın taraftaki ayağını uzak taraftaki ayağının üzerine yerleştirme/ayaklarını birleştirme			
Hastanın kollarını gövdesinin her iki yanına paralel bir şekilde yaklaştırmak			
Hastanın başını döndürüleceği yönün tersine çevirme			
Kendine yakın taraftaki yatak kenarlığını kaldırma			
Yatağın karşı tarafına geçme			
Hastanın döndürüleceği taraftaki yatak kenarlığını indirme			

Uygun pozisyon alma: Ayak tabanlarını yere tam temas ettirme Dizleri ve kalçayı bükürken sırt düz olacak şekilde durma Yakın taraftaki dizi yatağa dayayarak destek alma			
Hastanın uzak taraftaki omuz başlarından ve kalçasından tutarak supine pozisyondan lateral pozisyona getirme			
Hastayı çevirirken vücut ağırlığını öndeki ayaktan arkadaki ayağa verme			
Hastanın yüzünün ve ekstremitelerinin pozisyonunu kontrol etme			
Hastaya prone pozisyon verme			
Kendine yakın taraftaki kenarlığını kaldırma			
Uygulama sonunda hastaya rahat bir pozisyon verme			
Kendine yakın taraftaki kenarlığını kaldırma			
Hastanın uygulamaya katılımını sağlama			
Uygulama sırasında hasta ile iletişimi sürdürme			
Uygulama sırasında hastanın vücut mekaniğine dikkat etme			
Uygulama sırasında kendi vücut mekaniğine dikkat etme			
Ellerini yıkama			
Yapılan işlemi ve gözlemlerini kaydetme			

2.8. Hastayı Prone Pozisyondan Supine Pozisyona Getirmek

Malzemeler:	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hastaya kendini tanıtmak			
Hastanın kimliğini kontrol etme			
Hastaya yapılacak işlemi anlatma			
Ellerini yıkama			
Hastanın mahremiyetini sağlama			

Hastanın yastığını başının altından alma			
Hastayı çevireceği yönün karşı tarafına geçme ve hastayı yatağın kenarına çekme			
Bir eli ile hastanın uzak taraftaki omzunu kavrama			
Kendine yakın taraftaki yatak kenarlığını indirme			
Hastanın yüzünü hareket yönünün ters tarafına çevirme			
Hastanın kollarını vücudunun iki yanında birleştirme			
Hastanın bacaklarını düz şekilde uzatma			
Kendine yakın taraftaki yatak kenarlığını kaldırma			
Yatağın diğer tarafına geçme			
Uygun pozisyon alma Ayak tabanlarını yere tam temas ettirme Dizleri ve kalçayı bükerken sırt düz olacak şekilde durma Yakın taraftaki dizi yatağa dayayarak destek alma			
Yüz ve gövde hastaya dönük olarak yatağın kenarında durma			
Ayak tabanlarını yere temas ettirme			
Dizleri ve kalçayı bükerken sırt düz olacak şekilde durma			
Yakın taraftaki dizi yatağa dayayarak destek alma			
Bir koluyla hastanın omuzlarından diğer koluyla hastanın kalçasından kavrayarak hastayı önce lateral, sonra supine pozisyona getirme			
Hastayı çevirirken vücut ağırlığını öndeki ayaktan arkadaki ayağa verme			
Hastanın omurgasını ve bacaklarının düzgün olup olmadığını kontrol etme			
Hastaya supine pozisyonu verme			
Kendine yakın taraftaki kenarlığını kaldırma			
Hastanın uygulamaya katılımını sağlama			
Uygulama sırasında hasta ile iletişimi sürdürme			
Uygulama sırasında hastanın vücut mekaniğine dikkat etme			

Uygulama sırasında kendi vücut mekaniğine dikkat etme			
Ellerini yıkama			
Yapılan işlemi ve gözlemlerini kaydetme			

2.9. Hastayı Yatağın Başucuna Çekme

Malzemeler:	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hastaya kendini tanıtmak			
Hastanın kimliğini kontrol etme			
Hastaya yapılacak işlemi anlatma			
Ellerini yıkama			
Hastanın mahremiyetini sağlama			
Kendine yakın taraftaki kenarlığı indirme			
Yüz ve gövde yatağın başucuna bakacak şekilde yatağın kenarında durma			
Yatağa yakın olan el ile hastanın başı ve boynunu uzak taraftan destekleyerek kaldırma			
Hastanın başının altındaki yastığı diğer el ile yatağın başucuna doğru çekerek alma			
Yastığı dik olarak karyolanın başucuna yaslama			
Eğer hasta yardımcı olabiliyorsa, hastaya dizlerini bükmesini ve tabanlarını yatağa iyice yaslamasını söyleme			
Hastaya yatak kenarlıklarından veya yatağın başucundan tutarak destek almasını söyleme			
Hastaya çenesini göğsüne doğru yaklaştırmasını söyleme			
Uygun pozisyon alma: Ayak tabanlarının yere tam temas ettirme Yataktan uzak taraftaki ayağı yatağın başucuna doğru bir adım öne alma Dizleri ve kalçayı bükerken sırt düz olacak şekilde durma			

Ayak tabanlarını yere temas ettirme			
Dizleri ve kalçayı bükerken sırt düz olacak şekilde durma			
Kollarını hastanın omuzlarından ve kalçasının altından geçirme, dirsekleri yatağa yaslama			
Hastaya komut verildiğinde elleri ve ayaklarıyla kendisini yukarı doğru itirmesini söyleme			
Hasta kendisini iterken hastayı omuzlardan ve kalçasının altından destekleyerek yukarı doğru çekme			
Hastayı yukarı doğru alırken ağırlığı arkadaki ayaktan öndeki ayağa verme			
Eğer hasta yeterince yukarı alınmadıysa işlemi tekrarlama			
Hastaya rahat bir pozisyon verme			
Kendine yakın taraftaki kenarlığı kaldırma			
Hastanın uygulamaya katılımını sağlama			
Uygulama sırasında hasta ile iletişimi sürdürme			
Uygulama sırasında hastanın vücut mekaniğine dikkat etme			
Uygulama sırasında kendi vücut mekaniğine dikkat etme			
Ellerini yıkama			
Yapılan işlemi ve gözlemlerini kaydetme			

2.10. Hastayı Yataktan Ayağa Kaldırma

Malzemeler:	UYGULADI		UYGULAM ADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hastaya kendini tanıtmak			
Hastanın kimliğini kontrol etme			
Hastaya yapılacak işlemi anlatma			
Elleri yıkama			
Hastanın mahremiyetini sağlama			
Hastayı supine pozisyonuna getirme			
Yatak başını yükseltme			

Kendine yakın taraftaki kenarlığı indirme			
Uygun pozisyon alma: Ayak tabanlarını yere temas ettirme Yataktan uzak taraftaki ayağı yatağa doğru bir adım öne alma Dizleri ve kalçayı bükerken sırt düz olacak şekilde durma			
Hastaya yatak kenarlıklarından veya yatağın başucundan tutarak destek almasını söyleme			
Hastaya çenesini göğsüne doğru yaklaştırmasını söyleme			
Hastayı ayağa kaldıracak yöne doğru lateral pozisyona getirme			
Bir kolunu hastanın baş ve boynunu destekleyecek biçimde hastanın karşı omzunun altına yerleştirme			
Diğer kolunu hastanın dizlerinin altına yerleştirme			
Hastanın bacaklarını yataktan aşağıya doğru indirirken vücudun üst bölümünü kaldırma			
Hastayı bu pozisyonda bir süre yatak kenarında tutma			
Hastayı baş dönmesi, göz kararması, bulantı, baygınlık hissi belirtileri bakımından izle			
Hastada bu belirtiler gözlemlenmediyse hastaya terliklerini giydirme			
Hastaya karşıya bakmasını söyleme			
Bir ayağı öne doğru uzatarak hastanın ayaklarının arasına yerleştirme			
Ellerini hastanın beline sararken hastadan da kendi omuzlarından destek almasını isteme			
Hastayı aynı anda hareket ederek ayağa kaldırma			
Hastanın uygulamaya katılımını sağlama			
Uygulama sırasında hasta ile iletişimi sürdürme			
Uygulama sırasında hastanın vücut mekaniğine dikkat etme			
Uygulama sırasında kendi vücut mekaniğine dikkat etme			

Ellerini yıkama			
Yapılan işlemi ve gözlemlerini kaydetme			

2.11. Hastayı Yataktan Sandalyeye Alma

	UYGULADI		UYGULAM ADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hastaya kendini tanıtm			
Hastanın kimliğini kontrol etme			
Hastaya yapılacak işlemi anlatma			
Elleri yıkama			
Hastanın mahremiyetini sağlama			
Hastayı sırt üstü yatış pozisyonuna getirme			
Kendine yakın taraftaki kenarlığı indirme			
Sandalyeyi yatağın yanına hastaya yakın bir pozisyonda yerleştirme			
Sandalyenin frenlerini kapatma			
Hastayı yataktan ayağa kaldırma			
Hastayı seri bir hareketle sandalyeye oturtma			
Hastayı sandalyeye oturturken kendi diz ve kalçasını bükme			
Hastayı sandalyeye oturtuktan sonra hastanın ayak tabanlarını yerle tam temas ettirme			
Uygun pozisyon alma: Ayak tabanlarının yere tam temas ettirme Yataktan uzak taraftaki ayağı yatağa doğru bir adım öne alma Dizleri ve kalçayı bükürken sırt düz olacak şekilde durma			
Hastanın sandalyenin arkasına yaslanmasını sağlama			
Hasta kendisini çekemiyor ise sandalyenin arkasına geçme ve kollarını hastanın kollarının altından hastanın gövdesine sararak hastayı geriye doğru çekme			
Hastaya rahat bir pozisyon verme			

Hastanın düşmemesi için gerekli önlemleri alma			
Hastanın uygulamaya katılımını sağlama			
Uygulama sırasında hasta ile iletişimi sürdürme			
Uygulama sırasında hastanın vücut mekaniğine dikkat etme			
Uygulama sırasında kendi vücut mekaniğine dikkat etme			
Ellerini yıkama			
Yapılan işlemi ve gözlemlerini kaydetme			

2.12. Hastanın Yürümesine Yardım Etme

Malzemeler:	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hastaya kendini tanıtmak			
Hastanın kimliğini kontrol etme			
Hastaya yapılacak işlemi anlatma			
Ellerini yıkama			
Hastanın mahremiyetini sağlama			
Hastayı yataktan ayağa kaldırma			
Hasta ile aynı yöne bakacak şekilde hastanın sağ ya da sol yanına geçme			
Hastanın sol yanında duruyor ise, sağ koluyla hastanın sağ kolunu alttan kavrayarak destekleme			
Diğer kol ile hastanın belini kavrama			
Hastaya karşıya bakmasını ve derin nefes alıp vermesini söyleme			
Hasta ile aynı tempoda adım atarak, tüm yürüyüş boyunca eşlik etme			
Yürüyüş sonunda hastayı yatağına alma			
Hastaya rahat bir pozisyon verme			
Hastanın uygulamaya katılımını sağlama			
Uygulama sırasında hasta ile iletişimi sürdürme			
Uygulama sırasında hastanın vücut mekaniğine dikkat			

etme			
Uygulama sırasında kendi vücut mekaniğine dikkat etme			
Ellerini yıkama			
Yapılan işlemi ve gözlemlerini kaydetme			

2.13. Hastayı Yataktan Sedyeye Alma

Malzemeler:	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hastaya kendini tanıtmak			
Hastanın kimliğini kontrol etme			
Hastaya yapılacak işlemi anlatma			
Ellerini yıkama			
Hastanın mahremiyetini sağlama			
Malzemeler: sedye, 2 adet örtü			
Sedyeyi yatağın kenarına yerleştirme			
Sedyenin üzerine temiz bir örtü yerleştirme			
Sedyenin ayaklarını kilitleme			
Hasta yatağının ayaklarını kilitleme			
Hastaya supine pozisyonu verme			
Hastanın kollarını hastanın göğsü üzerine çapraz bir şekilde yerleştirme			
Hastayı taşıyacak kişilerin pozisyonunu belirleme			
Hastanın baş tarafında duran kişinin bir kolunu hastanın boynunun altından geçirerek hastanın uzak tarafındaki omuz başını kavraması diğer kolunu hastanın belinin hemen üzerindeki bölgeye yerleştirme			
Ortadaki kişinin, bir kolunu hastanın belinin altına, diğer kolunu hastanın kalça bölgesinin altına yerleştirme			
Hastayı taşıyacak kişilerin uygun pozisyon alması: Ayak tabanlarını yere tam temas ettirme Yataktan uzak taraftaki ayağı yatağa doğru bir adım			

öne alma			
Dizleri ve kalçayı bükerken sırt düz olacak şekilde durma			
Komutla birlikte aynı anda hastayı yukarı kaldırma			
Hastayı sedyeye taşıma			
Komutla birlikte hastayı sedyeye aynı anda ve yavaş bir şekilde bırakma			
Hastaya rahat bir pozisyon verme			
Hastanın üzerini örtme			
Sedyenin kenarlıklarını kaldırma			
Hastanın uygulamaya katılımını sağlama			
Uygulama sırasında hasta ile iletişimi sürdürme			
Uygulama sırasında hastanın vücut mekaniğine dikkat etme			
Uygulama sırasında kendi vücut mekaniğine dikkat etme			
Ellerini yıkama			
Yapılan işlemi ve gözlemlerini kaydetme			

2.14. İçinde Hasta Bulunan Yatak Yapımı

Malzemeler:	UYGULADI		UYG ULA MAD I
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hastaya kendini tanıtmak			
İşlemi, hastaya açıklama ve izin isteme Eğer uygunsa hastanın da işleme katılımını sağla			
Odanın penceresini aç, kapısını kapat.			
Temiz yatak takımları kullanım sırasıyla yatağın yanında hazır bulundur. (en üstten alta doğru: yatak koruyucu, yatak çarşafı, ara muşambası, ara çarşafı, battaniye, nevresim, yastık kılıfı ve pike)			
Etajer, sandalye mobil ise yataktan uzaklaştır.			

Çok yataklı odalarda hasta yatağının etrafını varsa paravanla kapat. Hasta mahremiyetine dikkat et.			
Hastanın boşaltım ihtiyacı olup olmadığını sor, varsa öncelikle boşaltım ihtiyacını karşıla, eldivenleri değiştir.			
Pike ile hastanın üzerini ört.			
Pikenin altından nevresimli battaniyeyi hastanın ayakucu tarafına çekip al. Nevresimden battaniyeyi çıkar, kirli nevresimi katlayıp kirli torbasına at. Battaniyeyi temiz sandalye veya masa üzerine bırak.			
Hasta yastığından kirli kılıfı çıkarıp kirli torbasına at.			
Alt yatak takımlarını uzak taraftan başlayarak gevşet.			
Uzak taraftaki yatak kenarlığını kaldır. Hastanın sırtı hemşireye dönük olacak şekilde lateral pozisyonuna getir.			
Kirli yatak çarşaflarını rulo yapılarak ya da kıvrılarak hastanın altına doğru hastayı rahatsız etmeden sıkıştır.			
Temiz yatak çarşafının yarısı rulo yapılarak ya da kıvrılarak hastanın altına doğru sıkıştır. Ara muşambası ve ara çarşafı da aynı şekilde yerleştir.			
Çalışılan taraftaki yatak kenarlığını kaldır ve uzak olan tarafa geçip, diğer taraftaki yatak kenarlığını indir.			
Hastayı, temiz takımlarının yerleştirildiği tarafa doğru lateral çevir.			
Hastanın altından rulo yaptığımız kirli yatak takımlarını çekip kirli torbasına at ve temiz yatak çarşaflarını hastanın altından yatak kenarına doğru çek.			
Hastaya sırt üstü yatış pozisyonu ver.			
Temiz yatak takımlarının tüm kenarlarını gerdire ve köşeleri üçgen yaparak şiltenin altına sıkıştır. Düzeltilemeyen alt takımlar, gergin ve kırışksız olmalıdır.			
Battaniyeyi, hastanın başı açık kalacak şekilde üzerine ser. Nevresimin köşelerine battaniyenin köşeleri gelecek şekilde, battaniyeyi nevresimin içine yerleştir.			
Pikeyi hastanın başı açık kalacak şekilde nevresimin üzerine ört ve pikenin ayakucu tarafını yatağın altına yerleştir.			
Yastığa temiz kılıf geçir ve hastanın başının altına koy.			
Sandalye, etajer ve çağırma zili hastanın ulaşabileceği yerlerine koy. Paravan kaldır. Hasta ünitesini, uygulamadan önceki hâline getir.			

Kirli yatak takımlarını çamaşırhaneye gönder.			
Eldivenini çıkar, ellerini yıka.			
Yapılan işlemi ve gözlemlerini kaydetme			

<https://www.youtube.com/watch?v=KBDLtoPR140>

2.15. Eklem Hareket Açıklığı (Rom) Egzersizleri Uygulama

Malzemeler:	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hastaya yapılacak uygulama için hekim istemi ve hemşire bakım planını kontrol edin. Hastanın hareketini etkileyebilecek faktörleri değerlendirin. (Hareket kısıtlılığı, ağrı, bilinç durumu, ameliyat, tıbbi araç varlığı vb)			
Ellerinizi yıkayınız.			
Hastaya işlemi ve amacını açıklayınız, hastanın onayını alınız.			
Kapıyı kapatıp, perdeyi çekin. Birey mahremiyetine özen gösterin.			
Hasta yatağını çalşılabilecek, rahat, uygun pozisyona getiriniz.			
Hareketi yaptıracak kişi tarafındaki yatak kenarlığını indiriniz. Yatak frenlerini kontrol edin.			
Hastaya supine pozisyonu verin ve başını tolere edebileceği kadar düz bir pozisyona getirin.			
Eklemlerin distal ve proksimal bölümlerini tutarak ve gerekli desteği sağlayarak egzersizi yavaş ve sakin bir şekilde uygulayınız.			
Her eklemi düzgün ve ritmik bir şekilde hareket ettiriniz. Eğer eklemi hareket ettirirken dirençle karşılaşırsanız veya hasta ağrıdan yakınıyorsa, o hareketi sonlandırınız.			
Her eklem için hareketler baştan ayağa doğru, önce bir tarafa sonra diğer tarafa sırasıyla uygulanmalıdır.			
Buyun egzersizlerini uygulamak için sırasıyla; <ul style="list-style-type: none"> • Çeneyi 45° açıyla göğüse doğru yaklaştır yani fleksiyona getirin. • Başı doğrult, ekstansiyona getirin. • Başı 45° açıyla geriye doğru hiperekstansiyona getirin. • Başı sırasıyla sağ ve sol omuza doğru lateral fleksiyona getirin. 			

<ul style="list-style-type: none">• Başı dairesel bir hareketle döndürün, rotasyon yaptırın.• Başı tekrar düz, dik pozisyona getirin.			
Omuz egzersizlerini uygulamak için sırasıyla; <ul style="list-style-type: none">• Kolu yan 180° açıyla başın üzerine doğru kaldır, fleksiyona getir.• Kolu geri vücudun yanına ekstansiyona getirin.• Dirseği bükmeden kolu bedenin gerisine doğru hareket ettir, hiperekstansiyona getir.• Kolu, avuç içi baştan uzakta olarak başın yukarısına uzatın (Abdüksiyon).• Kolu yana getirin ve olabildiğince vücudun diğer tarafına doğru çaprazlayın (Addüksiyon).• Dirseği bükerek kolu, başparmak yukarı ve baş hizasına kadar hareket ettirin (Eksternal rotasyon).• Dirseği bükerek omuzu kol, başparmak aşağı ve geriye dönünceye kadar hareket ettirerek döndürün (İnternal rotasyon).• Kolu çember çizer gibi dairesel hareket ettirin (Rotasyon).			
Dirsek egzersizlerini uygulamak için sırasıyla; <ul style="list-style-type: none">• Dirseği fleksiyon ile bükün.• Dirseği ekstansiyon ile açın ve kolu düzleştirin.			
Ön kol egzersizlerini uygulamak için sırasıyla; <ul style="list-style-type: none">• Ön kolu ve eli avuç içi yukarı bakacak şekilde çevir(Supinasyon).• Ön kolu ve eli avuç içi aşağı bakacak şekilde çevir (Pronasyon).			
El bileği egzersizlerini uygulamak için sırasıyla; <ul style="list-style-type: none">• Avuç içini ön kolun iç yönüne doğru fleksiyon ile hareket ettirin.• Avuç içini, parmaklar, eller ve ön kol aynı hizada olacak şekilde ekstansiyona getirin.• El sırtını nazikçe geriye doğru büküp hiperekstansiyona getirin.• El bileğini medyal olarak başparmağa doğru bükün(Abdüksiyon)• El bileğini lateral olarak, beşinci parmak yönünde bükün (Addüksiyon).			
Parmak egzersizlerini uygulamak için sırasıyla; <ul style="list-style-type: none">• Eli yumruk yapın (Fleksiyon).• Parmakları düzleştirin (Ekstansiyon).• Parmakları nazikçe geriye doğru bükün (Hiperekstansiyon).• Parmakları birbirinden ayırın (Abdüksiyon).• Parmakları birbirine birleştirin (Addüksiyon).• Başparmağı avuç içine fleksiyona getirin.• Başparmağı ekstansiyona getirerek düzleştirin.• Başparmakla aynı elin her bir parmağına dokunun.			
Kalça egzersizlerini uygulamak için sırasıyla; <ul style="list-style-type: none">• Bacağı ileri ve yukarı doğru hareket ettirin (Fleksiyon).• Bacağı tekrar diğer bacağın yanına getirin (Ekstansiyon).			

<ul style="list-style-type: none"> • Ayakta veya yüzüstü pozisyonda bacağı arkaya doğru hiperekstansiyona getirin. • Bacağı yana doğru açın (Abdüksiyon). • Bacağı ortaya düz pozisyona ve olabildiğince daha ilerisine geri getirin (Addüksiyon). • Ayağı ve bacağı, diğer bacağa doğru çevirin (İnternal Rotasyon). • Ayağı ve bacağı, diğer bacağın aksi yönüne çevirin (Eksternal Rotasyon). • Bacağı çember çizer gibi hareket ettirin. 			
<p>Diz egzersizlerini uygulamak için sırasıyla;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Topuğu uylukları arkasına değdirerek bacağı fleksiyona getirin. • Bacağı yatakta ekstansiyon ile düz pozisyona getirin. 			
<p>Ayak bileği egzersizlerini uygulamak için sırasıyla;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayak bileğini parmaklar aşağıya gelecek şekilde bükün (Plantar Fleksiyon). • Ayak bileğini normal pozisyona getirin (Ekstansiyon). • Ayak bileğini parmaklar yukarı gelecek şekilde bükün (Dorsal Fleksiyon). 			
<p>Ayak egzersizlerini uygulamak için sırasıyla;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayak tabanını orta hatta doğru çevirin (İnversiyon). • Ayak tabanını yana doğru çevirin (Eversiyon). • Ayak parmaklarını aşağıya doğru bükün (Fleksiyon). • Ayak parmaklarını düzleştirin (Ekstensiyon). • Ayak parmaklarını abdüksiyon ile birbirinden ayırın. • Ayak parmaklarını addüksiyon ile biraraya getirin. 			
Hastaya yastıklarla destekleyerek rahat bir pozisyon verin.			
Hastaya ağrı gibi şikayetleri olup olmadığını sorun.			
Yatak kenarlıklarını kaldırın. Hasta güvenliğini sağlayın.			
Ellerinizi yıkayın.			
Yaptığımız uygulamanızı, gözlemleri, anormal bulguları kayıt edin.			

3. KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME AKTİVİTESİ

3.1.Diş Fırçası ve Diş İpi İle Ağız Bakımı İşlem Basamakları

Malzemeler: diş fırçası, diş macunu, diş ipi, içi su dolu bardak, disposable temiz eldiven, dudak nemlendiricisi/ sıvı vazelin, havlu, böbrek küvet, atık torbası.	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Bilgi verilir,			
Hastanın gizliliği açısından perde/paravana kapatılır.			
Hastaya semifawler veya fawler pozisyon verilir.			

Havlulu hastanın göğsüne konur ve hastanın rahat bir pozisyonda olduğundan emin olunur.			
Küçük parça diş macunu diş fırçasına konularak ıslatılır.			
45 derecelik açılarla diş etleri de dahil olmak üzere önce yukarıdan aşağıya doğru süpürme hareketi ile (diş etinden diş tacına doğru), ardından yuvarlak hareketlerle diş yüzeyleri fırçalanır.			
Yumuşak hareketlerle dil fırçalanır.			
Bir parça su ile ağız çalkalanır ve böbrek küvete su çıkarılır.			
Diş ipi kullanımı: Orta parmaklar etrafında döndürülerek gergin bir şekilde tutulur. -İşaret parmağının da yardımıyla önce maxilladaki diş araları; daha sonra mandibuladaki diş araları temizlenir. -Tekrar ağız çalkalanır. -İşlem esnasında ya da sonrasında ağız içi gözlenir.			
Hastanın ağız kurulanır ve rahat bir pozisyon verilir.			
Eldivenler çıkarılır,			
İşlemden sonra hastaya rahat edebileceği pozisyon verilir.			
Kayıt edilir.			

3.2. Özel Ağız Bakımı İşlem Basamakları

Malzemeler: ilaç/ kullanılacak solüsyon, ilaç kartı, disposable temiz eldiven, disposable ağız bakım kiti/ abeslang, kapaklı kutu içinde gaz bezi, dudak nemlendiricisi/ sıvı vazelin, flaster, havlu, böbrek küvet, atık torbası.	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Bilgi verilir,			
Yatak yükseltilir,			
Bireye rahat ulaşabilmek için yatak kenarı indirilir,			
Aspirasyonu önlemek için bireyin başının altındaki yastık alınır ve başı yan pozisyonda tutulur,			
Aspirasyon sistemi hazır hale getirilir,			
Bireyin çenesinin altına havlu ve üzerine böbrek küvet yerleştirilir,			
Eldivenler giyilir,			
Abeslang yardımı ile dile bastırılarak hastanın ağız açılarak, ağız içi mukozası incelenir,			
Önerilen bakım solüsyonu ile ağız bakım çubukları ıslatılır ve dişlerin önce dış, iç ve birbirine bakan			

yüzleri, sonra dil, yanak içi ve diğer yumuşak doku kısımları silinerek ağız içi temizlenir.			
Ağız içinde biriken sekresyon ve kabuklanmalar temizlenir.			
Hastanın dudakları kurulanır ve nemlendirici sürülür,			
Eldivenler çıkarılır,			
İşlemden sonra hastaya rahat edebileceği pozisyon verilir.			
Kayıt edilir.			

3.3. Baş Banyosu ve Saç Bakımı İşlem Basamakları

Malzemeler: Portatif baş yıkama küveti/ büyük bir muşamba, su geçirmez koruyucu örtü, gaz bezi (gözleri korumak için), 2 adet pamuk tampon, tek kullanımlık temiz eldiven (gerekli ise), 3 2 adet havlu(1 adet boyun bağı/küçük havlu), şampuan, saç kurutma makinesi, saç fırçası/tarak, bir kova su (biri 40 °C, diğeri daha sıcak, kirli su için kova, atık torbası.	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
• Bilgi verilir,			
• Perde/ paravan çekilir.			
• Yatak kenarlığı indirilir,			
• Yatak yüksekliği ayarlanır,			
• Hastanın başının altındaki yastık alınır,			
• Hasta yatağın kenarına çekilir,			
• Su geçirmez örtü ve havlu yastığın üzerine serilir,			
• Yuvarlanmış havlu boynun altına yerleştirilir,			
• Kulaklara pamuk tampon yerleştirilir,			
• Başın altına baş yıkama küveti ve onun ucunda kirli suyun akabileceği kova olacak şekilde yerleştirilir,			
• Şampuanlanmadan önce bireyin saçını fırçalanır/ taranır,			
• Bireyin bilinci açık ise suyun sıcaklığını kontrol etmesi istenir,			
• Bireyin gözlerine gaz bezi yerleştirilir,			
• Saçlar tamamen ıslatılır,			
• Şampuan ile saç tamamen köpürtülür, saçlı deriye parmak uçları ile masaj yapılır,			
• Saç iyice durulanır,			
• Yıkama küveti hastanın başının altından alınır,			

• Pamuk tamponlar, gözlerine yerleştirilen gazlı bez alınır ve atık kutusuna atılır,			
• Bireyin saçları, yüzü ve boynu havlu ile kurulanır,			
• Bireyin saçları taranır,			
• Bireye rahat edebileceği pozisyon verilir			
• Kayıt edilir.			

3.4. Yatak İçinde Tam Vücut Banyosu İşlem Basamakları (Yüz, Göz, Kulak, Burun, El, Ayak, Tırnak, Perine Bakımı)

Malzemeler: Disposable eldiven, su geçirmez koruyucu örtü, banyo havlusu (2 adet), sabunlama bezi, (2 adet), vücut şampuanı, sabun vb., nemlendirici losyon, küvet, tarak, sıcak su (43°C) ve yedek sıcak su, tırnak makası, törpü, sürgü/ ördek, temiz yatak takımı, pijama takımı, kirli torbası, atık kabı.	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
• Bilgi verilir,			
• Perde/ paravan çekilir.			
• Yatak rahat çalışılabilecek yüksekliğe getirilir,			
• Çalışılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir,			
• Hastanın üzerinde nevvresim bırakılarak üst yatak takımları kaldırılır,			
• Giysisi çıkarılır,			
• Başının altındaki yastık kaldırılır,			
• Göğsünün üzerine havlu yerleştirilir,			
• Silme bezi ıslatılır ve kese şekline getirilir,			
• Uzak taraftan başlayarak gözleri iç kantüsten dış kantüseye doğru silinir ve kurulanır,			
• Alın, yanaklar, burun, çene, boyun ve kulaklar silinir,			
• Uzak taraftaki kolunun altına havlu yerleştirilir,			
• Uzak kol ve koltuk altı silinir, durulanır, kurulanır.			

<ul style="list-style-type: none"> • Uzak taraftaki eli sabunlanır, durulanır ve kurulanır, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Gereksinim doğrultusunda tırnaklar kesilir, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Yakın taraftaki kolunun altına havlu yerleştirilir, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Yakın kol ve koltuk altı silinir, durulanır, kurulanır. 			
<ul style="list-style-type: none"> • Yakın taraftaki eli sabunlanır, durulanır ve kurulanır, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Havlu hastanın karın bölgesinin üzerine serilir, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Göğüs silinir. 			
<ul style="list-style-type: none"> • Göğüs silinir, durulanır ve kurulanır, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Karın bölgesini silmek için banyo havlusu göğüs bölgesine yerleştirilir, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Karın bölgesi silinir, durulanır ve kurulanır, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Uzak taraftaki bacağına altına banyo havlusu uzunlamasına yerleştirilir, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Ayak bileğinden dize, dizden uyluğa kadar bacak silinir, durulanır ve kurulanır, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Yakın taraftaki bacağına altına banyo havlusu uzunlamasına yerleştirilir, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Ayak bileğinden dize, dizden uyluğa kadar bacak silinir, durulanır ve kurulanır, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Ayakların altına muşamba ve havlu serilir ve üzerine küvet yerleştirilir, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Dizlerin altı ve topuklardan tutularak ayaklar küvete yerleştirilir, ıslanması sağlanır, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Parmak aralarına dikkat ederek yıkanır, kurulanır, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Diğer ayağa da aynı bakım işlemi uygulanır, 			
<ul style="list-style-type: none"> • Gereksinim doğrultusunda tırnaklar kesilir, 			

<ul style="list-style-type: none">• Sırt ve ilyelerin temizliği için lateral/ prone pozisyonu verilir,			
<ul style="list-style-type: none">• Banyo havlusu yerleştirilir,			
<ul style="list-style-type: none">• Eldiven giyilir,			
<ul style="list-style-type: none">• Sırt boyundan kalçalara kadar silinir, durulanır ve kurulanır,			
<ul style="list-style-type: none">• Sırt masajı uygulanır (derste anlatılacak)			
<ul style="list-style-type: none">• Genital bölgeyi silmek için supine pozisyonu verilir.			
<ul style="list-style-type: none">• Perine bölgesi silinir, durulanır ve kurulanır, <p><u>Kadınlarda:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Hastaya dorsal rekümbent pozisyonu verilir,• Symphysis pubis zigzag çizerek silinir,• Uzak taraftaki kasık bölgesi ve bacağın iç bölgesi temizden kirliye doğru silinir, aynı işlem yakın tarafa uygulanır,• Önce uzak taraftaki sonra yakın taraftaki labium majörü yukarıdan aşağıya silme ve aynı işlemi• labium minörler için uygulama (labium minörleri üretradan anüse doğru silme) <p><u>Erkeklerde:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Symphysis pubis zigzag çizerek silinir,• Uzak taraftaki kasık bölgesi ve bacağın iç bölgesi temizden kirliye doğru silinir, aynı işlem yakın tarafa uygulanır,• Penis sünnetsiz ise deri kıvrımı geriye doğru çekilir, önce üretral meatusu dairesel hareketlerle tekrar geri dönmeden silinir,• Penis gövdesi yukarıdan aşağıya doğru silinir,• Bacaklar birbirinden uzaklaştırılır ve testisler silinir.			
<ul style="list-style-type: none">• Eldivenler çıkarılır,			
<ul style="list-style-type: none">• Giysilerini giymesine yardımcı olunur,			
<ul style="list-style-type: none">• Saçları taranır,			
<ul style="list-style-type: none">• Pozisyonu verilir,			

• Yatak kenarlıkları kaldırılır,			
• Yatak yüksekliği ayarlanır.			
• Kayıt edilir.			

Dis ipi kullanımı:



3.5. Masaj Uygulaması

Efloraj(Sıvazlama): Vücudun geniş alanlarına avuç içi ile, venöz dolaşımın kalbe dönüş yönüne doğru yapılan yumuşak, sıvazlama şeklindeki hareketlerdir. Masaja efloraj ile başlanır ve her hareket arasında efloraj yapılarak masaj eflorajla bitirilir.



Sırt Masajı Genel Öfloraj, Başlama

Petrisaj(Yoğurma): Kaslara yapılan yoğurma hareketidir . Genellikle sırt yan kaslarına , omuz kaslarına ,kol ve bacak kaslarına uygulanır . İki el yan yana konur bir el kası sıkıştırarak yukarı ve kendine doğru çekerken , diğer el kası sıkıştırarak yukarıya ve kendinden uzak tarafa doğru çeker.



Uyluk masajında petrisaj (Wringing)



Friksiyon (Kavdırma ve bastırma): Parmak uçlarıyla ya da baş parmakla yapılan manevradır. Çoklukla kemik çıkıntısının etrafına uygulanır. Friksiyonda çok şiddetli basınç uygulama, doku içi kanamalara ve morarmalara neden olabilir.



Tapotman: Avuç içini kubbeleştirip hafifçe vurma ile uygulanan bir harekettir. Titreşim yolu ile derin dokulara etki eder. Özellikle akciğerlerde birikmiş sekresyonların atılmasını kolaylaştırmak için kullanılır.

Haşur: El ve parmakların ulnar kenarlarıyla kas liflerine transvers bir yönde yapılan vurma manevrasıdır .

Perküsyon(Vurma): Haşur ve tapotmandan oluşur. Kalp hastaları, tromboembolisi, zayıf, kosta kırığı olan ve ciddi osteoporozlu hastalarda uygulanmaz.

*Her masajın uygulama süresi 3-5 dk'yi geçmemelidir.
En fazla 20 dakika uygulanır.*



4. Vücut Sıcaklığı Aktivitesi Uygulamaları

4.1. Vücut Sıcaklığının Temporal Bölgeden Ölçülmesi

Malzemeler: Temporal arter termometresi, El antiseptiği, Hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAM ADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hemşire kendini tanıtır ve hastanın kimliği kontrol edilir.			
Hastaya yapılacak işlem anlatılır.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Sıcaklık ölçülecek bölge ter, nem, sıcak/soğukla temas durumu değerlendirilir.			
Hastanın alını açıkta olacak şekilde başı rahat bir pozisyona getirilir.			
Termometre bireyin cildine uygun uzaklıkta tutulur.			
Termometrenin başlat düğmesine basılır.			
Termometrenin ucu, "bip" sinyal sesi gelinceye kadar hastanın			

alında tutulur.			
Termometre alından uzaklaştırılır ve üzerindeki sıcaklık değeri okunur.			
El hijyeni sağlanır.			
Yapılan işlemi ve sonucu hemşire gözlemine kaydedilir.			

<https://www.youtube.com/watch?v=2da8kPYEg8w>

4.2. Radial Arterden Nabzın Değerlendirilmesi

Malzemeler: Saniyeli saat, El antiseptiği, Hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAM ADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hemşire kendini tanıtır ve hastanın kimliği kontrol edilir.			
Hastaya yapılacak işlem anlatılır.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Nabız ölçümünü etkileyen faktörler (yaş, fiziksel aktivite, anksiyete, ilaç ve tedavi durumları) değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastaya supine veya fowler pozisyonu verilir.			
Nabız ölçülecek kol uygun pozisyona getirilir. (Hastanın kolu dirsekten 90 derece fleksiyona getirilerek göğüs üzerine yerleştirilir.)			
Hastanın el bileğini bükmeden avuç içi aşağı bakacak şekilde yerleştirilir.			
Hemşire işaret, orta, yüzük parmak uçlarını radial arter üzerine yerleştirir ve başparmağı ile el bileğinin üzerinden tutulur.			
Radial arter üzerine hafif basınç uygulayarak nabız hız, ritim, dolgunluğu değerlendirilir.			
Nabız 1 dakika boyunca sayılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Yapılan işlemi ve sonucu hemşire gözlemine kaydedilir.			

4.3. Apikal Nabzın Değerlendirilmesi

Malzemeler: Steteskop, Saniyeli saat, El antiseptiği, Hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAM ADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hemşire kendini tanıtır ve hastanın kimliği kontrol edilir.			

Hastaya yapılacak işlem anlatılır.			
Nabız ölçümünü etkileyen faktörler (yaş, fiziksel aktivite, anksiyete, ilaç ve tedavi durumları) değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastaya fowler veya semifowler pozisyonu verilir.			
Hastanın mahremiyetine dikkat ederek göğüs bölgesi açılır.			
Kalbin apeksi belirlenir. (Midklavikular 5. İnterkostal aralık veya sol memenin altında sternumdan 8 cm uzaklıktaki nokta)			
Steteskop kafı kalbin apeksine yerleştirilir.			
Nabız 1 dakika boyunca sayılır.			
Hastanın göğüs bölgesi kapatılır ve rahat pozisyon verilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Yapılan işlemi ve sonucu hemşire gözlemine kaydedilir.			



4.4. Brakial Arterden Kan Basıncı Ölçümü

Malzemeler: Steteskop, Tansiyon aleti, El antiseptiği, Hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAM ADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hemşire kendini tanıtır ve hastanın kimliği kontrol edilir.			
Hastaya yapılacak işlem anlatılır.			
Brakial arterden kan basıncı ölçümünü etkileyen faktörler (yaş, fiziksel aktivite, anksiyete, ilaç ve tedavi durumları, IV sıvı tedavisi, Fistül, mastektomi) değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastaya supine, fowler veya semifowler pozisyonu verilir.			

Hastanın mahremiyetine dikkat ederek uygun kol seçilir ve koldaki giysileri yukarı kıvrılır/ sıkıyorsa çıkartarak üst kolu tamamen açıkta bırakılır.			
Hastanın ön kolu kalp hizasında olacak şekilde desteklenir ve avuç içi yukarı bakacak şekilde tutulur.			
Brakial arter palpe edilir.			
Manşet brakial arterin 2.5-5 cm yukarisından, bir parmak boşluk kalacak sıklıkta kolun etrafına sarılır.			
Manometre ibresinin "0" olup olmadığı kontrol edilir.			
Puvarın hava ayar düğmesi kapatılır.			
Palpasyon yöntemiyle sistolik kan basıncı belirlenir.			
- Aktif el ile manşon şişirirken pasif el ile radial nabız hissedilir.			
- Radial nabız atımının hissedilemediği değer manometre üzerinde belirlenir.			
- Puvarın ayar düğmesini döndürerek manşonun havası tamamen boşaltılır.			
- Ölçüm için 1 dakika beklenir.			
Oskültasyon yöntemiyle kan basıncı ölçülmesi			
- Stetoskop kulaklıkları kulağa yerleştirilir.			
- Puvar avuç içine yerleştirilir, ayar düğmesini döndürerek sıkıca kapatılır.			
- Manometre göstergesinin sıfırda olduğu kontrol edilir.			
- Brakiyal arterin yeri tekrar belirlenir ve stetoskopun alıcısı bu bölgeye kıyafetler veya manşet ile temas etmeyecek şekilde düzgünce yerleştirilir.			
- Manşon, hastanın daha önce belirlenen değerinden 30mmHg daha yüksek değere şişirilir.			
- Hava ayar düğmesini yavaşça ve düzenli bir biçimde açarak manometre ibresinin saniyede 2-3 mmHg arasında bir hızda inmesi sağlanır.			
- Manşonun havasını boşaltırken sesin ilk duyulduğu andaki manometre değeri sistolik kan basıncı olarak belirlenir.			
- Manşonu boşaltmaya devam edilir ve seslerin kaybolduğu andaki manometre değeri diyastolik kan basıncı olarak belirlenir.			
Son sesin duyulmasından sonra manşet hızla tamamen boşaltılır.			
Manşet hastanın kolundan çıkarılır.			
Hastanın kol bölgesi kapatılarak ve rahat pozisyon verilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Yapılan işlemi ve sonucu hemşire gözlemine kaydedilir.			

4.5. Sıcak/ Soğuk Jel Paket Uygulaması

Malzemeler: Sıcak/soğuk paket, kılıf/ havlu, El antiseptiği, Hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAM ADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hemşire kendini tanıtır ve hastanın kimliği kontrol edilir.			
Hekim istemi kontrol edilir.			
Hastaya yapılacak işlemi anlatılır.			
Sıcak/soğuk paket uygulamasını etkileyen faktörler (yaş, hastalık, vücut sıcaklığı, cilt durumu, bilinç düzeyi) değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Üretici firmanın önerisine göre Sıcak/soğuk paket hazırlanır. (sıcak paket mikrodalga fırında ya da sıcak suda ısıtılır, soğuk paket buzlukta en az 1-1.5 saat bekletilir)			
Sıcak/soğuk pakette sızıntı olup olmadığı kontrol edilir.			
Sıcak/soğuk paket kılıfa yerleştirilir veya havlu ile sarılır.			
Sıcak/soğuk paketin uygulanacağı bölge kontrol edilir ve paket nazikçe yerleştirilir.			
Her 5 dk da bir uygulama bölgesi kontrol edilir. (Kızarıklık, doku hasarı, yanma, uyuşma vb)			
Uygulama max 20-30 dk sürdürülür.			
Hastaya rahat pozisyon verilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Yapılan işlemi ve sonucu hemşire gözlemine kaydedilir.			

4.6. Sıcak/ Soğuk Yaş Kompres Uygulaması

Malzemeler: Su geçirmez örtü, Gazlı bez/ kompres, uygun sıcaklıkta sıcak/ soğuk su, su termometresi, El antiseptiği, nonsteril eldiven, Hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAM ADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hemşire kendini tanıtır ve hastanın kimliği kontrol edilir.			
Hekim istemi kontrol edilir.			
Hastaya yapılacak işlemi anlatılır.			
Sıcak/soğuk kompres uygulamasını etkileyen faktörler (yaş, hastalık, vücut sıcaklığı, cilt durumu, bilinç düzeyi) değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır ve gerekli ise eldiven giyilir.			
Uygulama bölgesinin altına su geçirmez örtü serilir.			

Kabın içerisindeki suyun sıcaklığı su termometresi ile kontrol edilir. (Sıcak uygulama: 40.5-46 derece; Soğuk uygulama: 15 derece)			
Kompresler kaptaki sıcak/soğuk su ile ıslatılır ve kompreslerin fazla suyu sıkılır.			
Uygulama bölgesi kontrol edilir ve yaş kompresler uygulama bölgesine düzgün şekilde yerleştirilir.			
Eğer açık yara varsa cerrahi asepsi ilkelerine uyulur.			
Kompresler ıstıdıkça yenisi ile değiştirilir.			
Her 5 dk da bir uygulama bölgesi kontrol edilir. (Kızarıklık, doku hasarı, yanma, uyuşma vb)			
Uygulama max 20-30 dk sürdürülür.			
Hastaya rahat pozisyon verilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Yapılan işlemi ve sonucu hemşire gözlemine kaydedilir.			

4.7. Termofor Uygulaması

Malzemeler: Termofor, kılıf/ havlu, sıcak su, su termometresi, El antiseptiği, Hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAM ADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hemşire kendini tanıtır ve hastanın kimliği kontrol edilir.			
Hekim istemi kontrol edilir.			
Hastaya yapılacak işlemi anlatılır.			
Termofor uygulamasını etkileyen faktörler (yaş, hastalık, vücut sıcaklığı, cilt durumu, bilinç düzeyi) değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Su termometresi ile suyun sıcaklığı kontrol edilir. (Yetişkin ve 2 yaş üstü için 46-52 derece)			
Termoforun yarısı veya 2/3'ünü su ile doldurulur.			
Termoforun ağzı yukarı bakacak şekilde yatay konuma getirip havası çıkarılır.			
Termoforun kapağı sıkıca kapatılır ve ters çevrilerek su sızdırıp sızdırmadığı kontrol edilir.			
Termofor kılıfa yerleştirilir veya havlu ile sarılır.			
Termoforun uygulanacağı bölge kontrol edilir ve nazikçe			

yerleştirilir.			
Her 5 dk da bir uygulama bölgesi kontrol edilir. (Kızarıklık, doku hasarı, yanma, uyuşma vb)			
Uygulama max 20-30 dk sürdürülür.			
Hastaya rahat pozisyon verilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Yapılan işlemi ve sonucu hemşire gözlemine kaydedilir.			

4.8. Buz Kesesi Uygulaması

Malzemeler: Buz kesesi, kılıf/ havlu, buz parçaları, El antiseptiği, Hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAM ADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hemşire kendini tanıtır ve hastanın kimliği kontrol edilir.			
Hekim istemi kontrol edilir.			
Hastaya yapılacak işlemi anlatılır.			
Buz kesesi uygulamasını etkileyen faktörler (yaş, hastalık, vücut sıcaklığı, cilt durumu, bilinç düzeyi) değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Buz kesesinin 3/4'ünü buz parçaları ile doldurulur.			
Buz kesesini düzgün bir zemin üzerinde kenarlarından bastırarak havası çıkarılır.			
Buz kesesinin kapağı sıkıca kapatılır ve ters çevrilerek su sızdırıp sızdırmadığı kontrol edilir.			
Buz kesesi kılıfa yerleştirilir veya havlu ile sarılır.			
Buz kesesinin uygulanacağı bölge kontrol edilir ve buz kesesi nazikçe yerleştirilir.			
Her 5 dk da bir uygulama bölgesi kontrol edilir. (Kızarıklık, doku hasarı, yanma, uyuşma vb)			
Uygulama max 20-30 dk sürdürülür.			
Hastaya rahat pozisyon verilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Yapılan işlemi ve sonucu hemşire gözlemine kaydedilir.			

5. SOLUNUM AKTİVİTESİ

5.1.Solunumu Sayma

Malzemeler: Saniyeli saat	UYGULADI		UYGULA MADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
El hijyeni sağlanır			
Hasta kimliği doğrulanır.			
Hastayı bilgilendirilir ve izin alınır			
Hastanın kolu göğüs üzerine kıvrılarak radial arter parmak uçlarıyla bulunur. Nabız sayıldıktan hemen sonra el kaldırılmadan hastanın göğüs hareketleri takip edilir.			
Bir inspirasyon ve ekspirasyon bir solunum olarak sayılır. Solunum düzenli ise 30 sn sayıp 2 ile çarpılır. Düzenli değilse 1 dak sayılır.			
Solunum hız, ritm, ses ve derinlik olarak değerlendirilir.			
Hemşire gözlem kaydına yazılır.			

5.2. Kandaki Arteriyal Oksihemoglobin Saturasyonunun Ölçülmesi

Malzemeler: Pulse oksimetre	UYGULADI		UYGULA MADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
El hijyeni sağlanır.			
Hasta kimliği doğrulanır.			
Hastayı bilgilendirilir ve izin alınır.			
Kapiller dolun değerlendirilir.			
Probun çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.			
Probun takılacağı tırnak üzerinde cila olup olmadığını kontrol edilir.			
Prob hastanın işaret parmağına, ışık kaynağı tırnak üzerine gelecek şekilde takılır.			
Cihaz ölçüm yaptığında değer gözlem formuna kaydedilir			
Prob düzenli olarak her 2 saatte bir çıkarılır ve tırnak oluşabilecek irritasyona yönelik izlenir.			

5.3. Derin Solunum ve Öksürük Egzersizleri Yapma

Malzemeler: Tek kullanımlık böbrek küvet, kağıt havlu, yastık, ağız bakımı malzemeleri ve balgam örneği kabı	UYGULADI		UYGULAMA MADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
El hijyeni sağlanır.			
Hasta kimliği doğrulanır.			
Hasta bilgilendirilir ve izin alınır.			
Hasta mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
Çalışılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.			
Hastaya semi-fowler pozisyon verilir.			
Hastayla yüz yüze bakacak şekilde durulur.			
Hastaya her iki elinin avuç içlerini göğüs kafesinin altına yerleştirmesi söylenir.			
Hastadan nefes alıp akciğerlerini tamamen boşaltacak şekilde nefes vermesi istenir.			
Hastadan burnundan derin nefes alırken diyafragmasını aşağı doğru itip abdomenini şişirmesi istenir.			
Hastadan nefesini 3 saniye tutması istenir.			
Hastadan dudaklarını ıslık çalar gibi büzerek 3 sn yeden daha uzun sürede ağızdan nefes vermesi istenir.			
Solunum egzersizi 3-5 kez tekrarlanır.			
Öksürük egzersizine geçilir.			
Hastadan burnundan derin nefes alırken diyafragmasını aşağı doğru itip nefesini 3 saniye tutması istenir.			
Hastadan akciğerlerindeki havayı arka arkaya 3 kısa öksürük halinde dışarı atması istenir.			
Hastadan ağızdan derin bir nefes alması ve 2 defa kuvvetli bir şekilde öksürmesi istenir.			
Hastanın sekresyonu varsa kağıt havlu ve tek kullanımlık böbrek küvet verilir.			
Balgam örneği alınacaksa hastanın eline örnek kabı verilir.			
Gerekli ise hastaya ağız bakımı verilir.			
Hastaya rahat bir pozisyon verilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

5.4. Balgam Örneği Alma

Malzemeler: Steril kültür kabı, disposable eldiven, havlu, böbrek küvet	UYGULADI		UYGULAMA MADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
El hijyeni sağlanır.			

Hasta kimliği doğrulanır.			
Hasta bilgilendirilir ve izin alınır.			
Hasta mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
Hastaya oturur (fawler) pozisyon verilir.			
Göğüs üstüne havlu koyulur.			
Eldivenler giyilir.			
Böbrek küvet hastanın rahat ulaşabileceği biçimde yerleştirilir.			
Hastanın eline havlu verilir.			
Balgam örneği almadan ağız çalkatılır.			
Hastanın diğer eline kültür kabının kapağı açılarak verilir.			
Hastaya derin nefes alması ve öksürmesi söylenir.			
Öksürme sırasında hastanın sırtına taputman yapılır.			
Ağızına gelen balgamı steril kap içine tükürmesini söylenir.			
Hastaya ağız bakımı verilir.			
Hastaya rahat bir pozisyon verilir			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

5.5. Boğaz Kültürü Alma

Malzemeler: Steril eküvyon çubuğu, abeslang, disposable eldiven, havlu, böbrek küvet	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
El hijyeni sağlanır.			
Hasta kimliği doğrulanır.			
Hasta bilgilendirilir ve izin alınır.			
Hasta mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
Hastaya oturur (fawler) pozisyon verilir.			
Göğüs üstüne havlu koyulur.			
Eldiven giyilir.			
Abeslang ile ovula ve orofarenks kontrol edilir.			
Ağız altına böbrek küvet koyulur ve hastanın tutması söylenir.			
Eküvyon çubuk çıkarılır ve steril alana dokunulmaz.			
Hastanın başı hiperekstansiyona getirilir.			
Hastanın ağızını açması istenir.			
Aktif olmayan el ile dil köküne bastırılır.			
Çubuk dile değmeyecek şekilde ilerletilir.			
Çubuk tonsillere ya da orofarenkse dokundurulur.			
Çubuk steril tüp içine hiçbir yere değmeden yerleştirilir.			
Tüp üzerine barkod yapıştırılarak laboratuvara gönderilir.			

Hastaya ağız bakımı verilir.			
------------------------------	--	--	--

5.6. Nazal Kanül İle Oksijen Uygulaması

Malzemeler: Nazal kanül, humidifer, oksijen kaynağı, flowmetre, distile su, gazlı bez, pulse oksimetre, tek kullanımlık eldiven	UYGULADI		UYGULAMA MADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hekim istemi kontrol edilir.			
Hasta kimliği doğrulanır.			
Hasta bilgilendirilir ve izin alınır.			
Hasta mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Eller yıkanır.			
Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
Çalışılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.			
Hastaya pulse oksimetre takılır.			
Humidiferin 2/3 ü distile su ile doldurulur.			
Hastaya hekim istemine göre oksijen verilir.			
Flowmetrenin kanül ile bağlantısı sağlanır.			
İsteme göre flowmetre ayarlanır.			
Kanül uçları hastanın burun deliklerine yerleştirilir.			
Kanül her bir kulağın üzerinden ve arkasından geçirilerek çene altında sabitlenir.			
Kanülün cilt ile temas eden basınç noktalarına gazlı bez yerleştirilir.			
Hastanın burnundan nefes alması istenir.			
Hastaya rahat bir pozisyon verilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

5.7. Maske İle Oksijen Uygulaması

Malzemeler: Oksijen maskesi, humidifer, oksijen kaynağı, flowmetre, distile su, gazlı bez, pulse oksimetre, tek kullanımlık eldiven	UYGULADI		UYGULAMA MADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hekim istemi kontrol edilir.			
Hasta kimliği doğrulanır.			
Hasta bilgilendirilir ve izin alınır.			
Hasta mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Eller yıkanır.			
Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
Çalışılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.			
Hastaya pulse oksimetre takılır.			
Humidiferin 2/3 ü distile su ile doldurulur.			
Hastaya hekim istemine göre oksijen verilir.			
Flowmetrenin maske ile bağlantısı sağlanır.			
İsteme göre flowmetre ayarlanır.			

Maske hastanın burun ve ağzını kapatacak şekilde yerleştirilir.			
Maske bağlarının cilt ile temas eden basınç noktalarına gazlı bez yerleştirilir.			
Hastanın burnundan nefes alması istenir.			
Hastaya rahat bir pozisyon verilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

5.8. Nebulizatör Maske İle İlaç Uygulaması

Malzemeler: Nebulizatör cihazı yada oksijen kaynağı, nebulizatör maskesi, ilaç	UYGULADI		UYGULAMA MADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hekim istemi kontrol edilir.			
El hijyeni sağlanır.			
İlaç, formu, şekli, verili yolları, üretim dozu, son kullanma tarihi açısından kontrol edilir.			
Malzemeler tepsiye yerleştirilir.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya ilacın verilmiş nedeni, etkisi ve yan etkisi açıklanır.			
Hasta mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Çalışılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.			
Hastaya fawler pozisyon verilir.			
Maskenin haznesi çıkartılır.			
İstem edilen ilaç maskenin haznesine dökülür.			
Maskenin haznesi yerine takılır.			
Bağlantı hortumunun bir ucu maskeye diğeri makineye bağlanır.			
Nebulizatör cihazın elektrik bağlantısı sağlanır.			
Cihaz çalıştırılır.			
Maske hastanın ağız ve burnunu içine alacak şekilde yerleştirilir.			
Hastaya derin nefes alması gerektiği söylenir.			
İlaç bittiğinde cihaz kapatılır.			
Hastaya rahat bir pozisyon verilir			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak seviyesi en düşük seviyeye getirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

5.9. Airway Uygulaması

Malzemeler: Uygun büyüklükte airway, tek kullanımlık eldiven, kağıt havlu	UYGULADI	UYGULAMA MADI
---	----------	---------------

	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hekim istemi kontrol edilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hasta bilgilendirilir ve izin alınır.			
Hasta mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Eller yıkanır.			
Hasta yatağı bel seviyesine getirilir			
Çalışılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.			
Hastaya supine pozisyon verilir ve baş hiperekstansiyona getirilir			
Hastanın takma dişi varsa çıkarılır.			
Eldiven giyilir.			
Airway kılıfından çıkarılır.			
Hastanın ağzını açılır.			
Hastanın dili farenksi tıkıyorsa dili dışarı çıkarılır.			
Airway'in eğimli kısmı altına doğru olacak biçimde ağız içine yerleştirilir.			
Farenks duvarına gelir gelmez, airway'ı ağız içinde ters döndürülür ve airway kenarlarının hastanın dudakları dışına tam yerleşmesini sağlanır			
Hastaya rahat bir pozisyon verilir			
Yatak kenarlıkları kaldırılır			
Yatak seviyesi en düşük seviyeye getirilir			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir			

5.10. Orofarengeal Aspirasyon Yapma

Malzemeler: Aspiratör, yankuer aspirasyon kateteri, tek kullanımlık eldiven, steril eldiven, tek kullanımlık böbrek küvet, serum fizyolojik, su geçirmez örtü, oksijen maskesi, kateter bağlantı aparatı, pulse oksimetre, gerekli ise tek kullanımlık önlük ve maske	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hekim istemi kontrol edilir.			
Hasta kimliği doğrulanır.			
Hasta bilgilendirilir ve izin alınır.			
Hasta mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Eller yıkanır.			
Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
Çalışılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.			
Hastaya bilinci açık ise semifowler, bilinci kapalı ise yüzü hemşireye dönük şekilde lateral pozisyon verilir.			
Hastaya pulse oksimetre takılır.			
Göğüs üstüne havlu yerleştirilir.			
Hastaya hekim istemine göre oksijen verilir.			

Böbrek küvete 100 ml sf dökülür.			
Aspiratör basıncı ayarlanır (Yetişkin = 100-120, çocuklar = 95-110, yenidoğan = 50-95 mmHg)			
Oksijen maskesi çıkarılır.			
Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Aspirasyon kateteri ile aspiratör hortumu bağlantısı sağlanır.			
Aspiratör çalıştırılır ve steril su solüsyonu çekilir.			
Parmak ile klemp yapılır.			
Ağzın yan tarafından farenkse doğru kateter ilerletilir. Farenksten başlanarak ağız içi ve dış etleri kateter ağız içinde döndürülerek aspire edilir.			
Böbrek küvetteki sf çekilir ve kateter yıkanır.			
Kateter aspiratör hortumundan ayrılır.			
Eldiven ve kateter kirli kabına atılır.			
Aspiratör kapatılır.			
Su geçirmez örtü alınır.			
Pulse oksimetre çıkarılır.			
Hastaya rahat bir pozisyon verilir.			
Ağız bakımı verilir.			
Oksijen tedavisi alıyorsa isteme göre verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak seviyesi en düşük seviyeye getirilir.			
El hijeni sağlanır.			
Uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

5.11. Nazofarengeal Aspirasyon Yapma

Malzemeler: Aspiratör, aspirasyon kateteri (çocuklarda 6-8-10, yetişkinde 12-14-16 numaralı nelaton sonda), Tek kullanımlık eldiven, steril eldiven, serum fizyolojik, su geçirmez örtü, oksijen maskesi, steril bohça içinde böbrek küvet, pulse oksimetre	UYGULADI		UYGULAMA
	DOĞRU	HATALI	MADI
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hekim istemi kontrol edilir.			
Hasta kimliği doğrulanır.			
Hasta bilgilendirilir ve izin alınır.			
Hasta mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Eller yıkanır.			
Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
Çalışılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.			
Hastaya bilinci açık ise semi-fowler, bilinci kapalı ise yüzü hemşireye dönük şekilde lateral pozisyon verilir.			
Hastaya pulse oksimetre takılır.			
Göğüs üstüne havlu yerleştirilir.			
Hastaya hekim istemine göre oksijen verilir.			

Steril bohça açılır.			
Aspirasyon kateteri açılır ve steril alana bırakılır.			
Böbrek küvete 100 ml sf dökülür.			
Aspiratör basıncı ayarlanır (Yetişkin = 100-120, çocuklar = 95-110, yenidoğan = 50-95 mmHg)			
Oksijen maskesi alınır.			
Steril eldiven giyilir.			
Aktif ele sondanın kalın ucu, pasif ele aspiratör aletinin ucu alınarak sterilliği bozulmadan aspirasyon aletine bağlanır (Portsuz katetere portlu bağlantı aparatı takılır).			
Aspiratör çalıştırılır ve az steril su ile sondanın 6-8 cm lik uç kısmı ıslatılır ve alet kapatılır.			
Kateter klemp yapılırsa veya port açılır.			
Hastaya derin nefes almasını söylenir.			
Kateter önce burun tabanına paralel sonra aşağı doğru farenksin arkasından ilerletilir. (Burun ucu-kulak memesi arası mesafe yetişkinlerde yaklaşık 16 cm, çocuklarda 8-12 cm)			
Klemp açılır ya da port kapatılır.			
Kateter parmaklar arasında dairesel hareketlerle yavaşça dışarıya çıkartılır. (Her bir aspirasyon 10-15 sn sürer, 30 sn-1dk ara ile en fazla 3 defa tekrar edilir)			
Böbrek küvetteki sf çekilir ve kateter yıkanır.			
Kateter aspiratör hortumundan ayrılır.			
Kateter avuç içinde kalacak şekilde eldiven çıkarılır.			
Steril eldiven ve kateter kirli kabına atılır.			
Aspiratör kapatılır.			
Su geçirmez örtü alınır.			
Hastaya gerekli ise ağız bakımı verilir.			
Pulse oksimetre çıkarılır.			
Hastaya rahat bir pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak seviyesi en düşük seviyeye getirilir.			
El hijeni sağlanır.			
Uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

6. BESLENME AKTİVİTESİ UYGULAMALARI

6.1.Glukometre İle Kan Şekeri Ölçümü

Malzemeler: Tedavi tepsi, eldiven, antiseptik solüsyon, pamuk, steril lanset, glukometre, test stripi, iğne atık kutusu, tıbbi atık kutusu.	UYGULADI		UYGULADI
İŞLEM BASAMAKLARI	DOĞRU	HATALI	
Hekim istemi ve hemşire gözlem formu kontrol edilir.			

Stribin son kullanma tarihi, stripin ve aletin kod numarasının (lot no) uyumluluğu kontrol edilir.			
Hemşire kendini tanıtır ve hastanın kimliği kontrol edilir.			
Hastaya yapılacak işlem anlatılır.			
El hijyeni sağlanır ve eldiven giyilir.			
Hastaya yarı oturur ya da supine pozisyonu verilir.			
Uygulama için şişlik, morluk, kızarıklık olmayan parmak belirlenir (Tekrarlayan uygulamalarda rotasyon yapılmalıdır).			
Delinecek bölgeye doğru parmağın kenarına masaj yapılır.			
Belirlenen alan antiseptikli pamuk ile silinerek kuruması için beklenir.			
Strip aletin içine yerleştirilir ve ekranda kan damlatma uyarısının çıkmasını beklenir.			
Aktif olmayan el ile belirlenen parmak sabitlenerek diğer el ile lanset dik olarak tutularak tek hareketle cilde batırılır ve parmak delinir.			
Lanset kalemi kullanılmadıysa lanset iğne atık kutusuna atılır.			
Delinmiş bölge sıkılmaz, kana dokunmadan ilk kan damlası kuru pamukla silinir.			
Kan gelmemesi halinde delinen bölgenin üzerinden hafifçe yukarıdan aşağıya doğru masaj yapılır ya da parmak hafifçe aşağı doğru indirilir.			
İkinci kan damlası stribin ucuna damlatılarak, stribin emmesi sağlanır.			
Kanayan parmak ucuna kuru pamuk yerleştirilir.			
Glukometre cihazının ekranındaki değer okunur.			
Glukometre kapatılır, strip çıkartılır, lanset kalemi kullanıldıysa lanset çıkarılarak iğne atık kutusuna atılır.			
Strip atık kutusuna atılarak diğer malzemelerle beraber uygun biçimde atılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Yapılan işlemi ve sonucu hastanın açlık ve tokluk durumuna göre hemşire gözlemine kaydedilir.			

6.2. Nazogastrik Sonda Takma

Malzemeler: tedavi tepsi, eldiven, antiseptik solüsyon, hemşire gözlem formu, NG levin sonda (8-18 numara), 50 ml'lik çam uçlu enjektör, stetoskop, abeslang, kayganlaştırıcı jel, bir bardak su, pipet, klemp, yatak koruyucu örtü, böbrek küvet, flaster, ph kartı, mezüra,	UYGULADI	UYGULAMADI
--	-----------------	-------------------

kayganlaştırıcı jel, tıbbi atık kutusu.			
İŞLEM BASAMAKLARI	DOĞRU	HATALI	
Hekim istemi ve hemşire gözlem formu kontrol edilir.			
Hemşire kendini tanıtır ve hastanın kimliği kontrol edilir.			
Hastaya yapılacak işlem anlatılır ve izni alınır. Daha önce nazal operasyon, travma geçirip geçirmediği sorulur.			
Malzeme tepsisi uygun alana koyulur ve hasta mahremiyeti sağlanır.			
El hijyeni sağlanır ve eldiven giyilir.			
Hastaya semifawler pozisyonu verilir. (yatak başı 45°)			
Eğer sağ el kullanılıyorsa bireyin sağında, sol el aktif ise bireyin solunda durulur.			
Hastanın göğüs üzerine koruyucu örtü yerleştirilir. Böbrek küvet, koruyucu örtünün üzerine yerleştirilir veya hastanın eline verilir.			
Hastanın bilinci açıksa, eline bir bardak su ve pipet verilir.			
Hastanın burun delikleri varsa bir ışık kaynağı ile kontrol edilir veya hastanın önce bir burun deliği sonra diğeri kapalı iken derin soluk alıp vermesini isteyerek en fazla hava üflenene burun deliği uygulama için seçilir.			
Sondayı ne kadar iteceğini belirlemek için ölçüm yapılır. <u>Yetişkin için NG sonda ölçümü</u> <ul style="list-style-type: none"> Sondanın midede kalacak ucunu sondanın takılacağı burun deliği önüne yerleştirilir. Sondayı aynı taraftaki kulak memesine ve oradan sternum ksifoid çıkıntısına kadar uzatılır. Bu noktayı sonda üzerinde kalem veya flaster ile işaretlenir. Yetişkin için bu uzunluk 55-65 cm'dir.			
Sondanın midede kalacak kısmından başlayarak 10-15 cm'lik bölümü kayganlaştırıcı ile yağlanır.			
Sonda, aktif elde halka şeklinde sarılarak rahatça tutabilecek biçimde kavranır.			
Hastanın başı geriye doğru iterek hiperextansiyona getirilir.			
Sonda, belirlenen burun deliğinden önce burun tabanına paralel, daha sonra aşağıya ve ileriye doğru başparmak ve işaret parmağı arasında yuvarlanarak ilerletilir.			
Hastadan ağzını açarak, el feneri ve abeslang yardımı ile sonda ucunun uvula arkasında görünüp görünmediği kontrol edilir.			
Hastadan başını hafifçe öne eğmesi istenir. (trakea kapalı, özefagus açıktır)			
Hastanın yutma refleksi varsa pipetle su içmesi istenir veya sıvı alamıyorsa yutkunması söylenir. Her yutkunma esnasında sonda 4-5cm ilerletilir. (yutkunma epiglotun kapanmasını ve yemek borusu girişinin açık olmasını sağlar) Yutkundüğünde sonda aşağıya ve ileriye doğru ilerletilir.			
Hastada öğürme öksürük varsa sondayı ilerletme durdurulur ve sondanın yerleşimi ışık ve abeslang ile kontrol edilir. Eğer hastada nefes darlığı, öksürük, siyanoz gibi solunum sıkıntıları			

varsa sonda hemen geri çekilerek işlem sonlandırılır.			
Önceden belirlenen işaretli noktaya kadar sonda döndürülerek ilerletilir. Dirençle karşılaşırsa sonda zorlanmadan döndürülür.			
Sonda flaster ile geçici olarak buruna tespit edilir.			
Sonda ucunun mide içinde olup olmadığı kontrol edilir. <u>Kontrol yöntemleri</u> 1. <u>Yöntem:</u> Mide içeriğinin enjektöre çekilmesi ve pH ölçümü. 2. <u>Yöntem:</u> Enjektör ile sondadan hava verilerek, stetoskopla epigastrik bölgenin dinlenmesi. 3. <u>Yöntem:</u> Batın röntgeni çekilmesi.			
Sonda ucunun mide içinde olduğundan emin olduktan sonra sonda klemplenir ve kapağı kapatılır.			
Sonda buruna tespit edilir.			
Sondanın dışta kalan kısmı mezüra ile ölçülür ve kaydedilir.			
Sondanın dışta kalan ucu, hastanın omzuna tespit edilir.			
Hastaya ihtiyaca göre ağız bakımı verilir. Hastaya rahat pozisyon verilir.			
Malzemeler kaldırılır, atıklar atılır ve kirli eldivenler çıkartılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Yapılan işlemi ve sonucu hemşire gözlemine kaydedilir.			

6.3. Nazogastrik Sonda İle Besleme

Malzemeler: tedavi tepsisi, eldiven, antiseptik solüsyon, su geçirmez örtü, böbrek küvet, hemşire gözlem formu, oda sıcaklığında enteral besin solüsyonu, 50 ml'lik çam uçlu enjektör, stetoskop, bir bardak su, klemp, ph kartı, tıbbi atık kutusu.	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hekim istemi ve hemşire gözlem formu kontrol edilir.			
Hastanın enteral beslenmesini etkileyen faktörler değerlendirilir. (Besin alerjisi, kusma, abdominal distansiyon, artmış rezidüel volüm, anormal barsak sesleri vb.)			
Hemşire kendini tanıtır ve hastanın kimliği kontrol edilir.			
Hastaya yapılacak işlem anlatılır ve izni alınır.			
Malzeme tepsisi uygun alana koyulur ve hasta mahremiyeti sağlanır.			
Hastaya fowler, semifowler veya 30° lateral pozisyon verilir. (yatak başı 45°)			
El hijyeni sağlanır ve eldiven giyilir.			
Hastanın göğüs üzerine koruyucu örtü yerleştirilir. Böbrek küvet, koruyucu örtünün üzerine yerleştirilir veya hastanın eline verilir.			

Sondanın ucuna çam uçlu enjektör takılır ve sonda klempini açılır.			
Çam uçlu enjektör ile mide içeriği aspire edilir ve çekilen içeriğin Ph'ı ölçülür.			
Gastrik rezidüel volüm ölçülür. (Enjektöre çekilen 30ml hava, NG sonda ile yavaşça mideye verilir ve enjektörle yavaşça mide içeriği aspire edilir. Aspire edilen miktar 200ml'yi geçerse, gecikmiş gastrik boşalma sorunu vardır.)			
Aspire edilen içerik mideye geri verilir ve sonda klempenir.			
Pistonu çıkarılan çam uçlu enjektör, NG sondanın distal ucuna yerleştirilir.			
Enjektör, hastanın mide seviyesinden 30-45cm yüksekte tutulur.			
Enjektörün içine 30ml içme suyu konulur ve NG sondanın klempini açılır. Enjektördeki suyun yavaş yavaş yer çekimi ile boşalması sağlanır ve sonda klempenir. (piston ile basınç uygulanmaz.)			
Hastaya verilecek miktarda enteral beslenme solüsyonu enjektöre boşaltılır ve sondanın klempini açılır.			
Enjektördeki besinin yaklaşık 30dk'da yavaş yavaş boşalması sağlanır.			
Beslenme solüsyonu bitince, enjektöre 30ml içme suyu eklenerek yavaş yavaş boşalması sağlanır.			
Sonda klempenir, enjektör çıkarılır ve sondanın distal ucu kapatılır.			
Sondanın dışta kalan ucu, hastanın omzuna tespit edilir.			
Beslenmeden sonra hastanın 30 dk fowler/ semifowler pozisyonda kalması sağlanır.			
Malzemeler kaldırılır, atıklar atılır ve kirli eldivenler çıkartılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Yapılan işlemi ve sonucu hemşire gözlemine kaydedilir.			

Not: Beslenme torbası ile aralıklı beslenme yapılacaksa;

- en fazla 4-6 saatte verilmesi gereken besin beslenme torbasına konulmalı,
- beslenme torbasının üzerine besin türü, miktarı, başlangıç ve bitiş zamanı bilgilerini içeren etiket yapıştırılmalı,
- beslenme torbasına bağlanan setin havası mutlaka çıkarılmalı,
- beslenme torbası 30-45cm yükseklikte serum askısına asılmalı,
- beslenme torba seti ile NG sonda ucu bağlantısı sağlanmalı.

6.4. Nazogastrik Sonda İle İlaç Verme

Malzemeler: tedavi tepsi, eldiven, antiseptik solüsyon, su geçirmez örtü, böbrek küvet, hemşire gözlem formu, 50 ml'lik çam uçlu enjektör, ph kartı, bir bardak su, ilaç, ilaç kartı, tıbbi atık kutusu.	UYGULADI		UYGULAMADI
İŞLEM BASAMAKLARI	DOĞRU	HATALI	
Hekim istemi ve hemşire gözlem formu kontrol edilir.			

Hastaya NG sondadan ilaç vermeyi etkileyen faktörler değerlendirilir. (yaşamsal bulguları, alerjisi, kusma, beslenme durumu, hastalıkları vb.)			
Hemşire kendini tanıtır ve hastanın kimliği kontrol edilir.			
İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgiler karşılaştırılır.			
Hastaya yapılacak işlem anlatılır ve izni alınır.			
Malzeme tepsiyi uygun alana koyulur ve hasta mahremiyeti sağlanır.			
Hastaya fowler, semifowler veya 30° lateral pozisyon verilir. (yatak başı 45°)			
El hijyeni sağlanır ve eldiven giyilir.			
Hastanın göğüs üzerine koruyucu örtü yerleştirilir.			
Sondanın ucuna çam uçlu enjektör takılır ve sonda klempini açılır.			
Çam uçlu enjektör ile mide içeriği aspire edilir ve çekilen içeriğin Ph'ı ölçülür.			
Aspire edilen içerik mideye geri verilir ve sonda klempenir.			
Hastanın hazırlanmış olan oral ilacı, bir bardakta 10-15 ml su ile sulandırılır. (Toz haline getirilmiş tabletler, kapsüllerin iç granülleri, sıvı ilaçların her biri ayrı ayrı ilaç kabına veya bardağa konularak 10-15 ml su ile sulandırılır.)			
Pistonu çıkarılan çam uçlu enjektör, NG sondanın distal ucuna yerleştirilir ve mide seviyesinden 30-45cm yüksekte tutulur.			
Enjektörün içine 30ml içme suyu konulur ve NG sondanın klempini açılır. Enjektördeki suyun yavaş yavaş yer çekimi ile boşalması sağlanır ve sonda klempenir.			
Hastaya verilecek olan hazırlanmış ilaç solüsyonu enjektöre boşaltılır, sondanın klempini açılır ve enjektördeki ilacın yavaşça boşalması sağlanır.			
İki ilaç arasında 10-15ml içme suyu verilir.			
İlaçlar bitince, enjektöre 30ml içme suyu eklenerek yavaş yavaş boşalması sağlanır.			
Sonda klempenir, enjektör çıkarılır ve sondanın distal ucu kapatılır.			
Sondanın dışta kalan ucu, hastanın omzuna tespit edilir.			
Malzemeler kaldırılır, atıklar atılır ve kirli eldivenler çıkartılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Yapılan işlemi ve sonucu hemşire gözlemine kaydedilir.			

6.5. Nazogastrik Sonda Çıkarma

Malzemeler: Tedavi tepsi, eldiven, antiseptik solüsyon, su geçirmez örtü, kağıt havlu, hemşire gözlem formu, 50 ml'lik çam uçlu enjektör,	UYGULADI	UYGULAMADI
--	-----------------	-------------------

serum fizyolojikle ıslatılmış gazlı bez, böbrek küvet, tıbbi atık kutusu.			
İŞLEM BASAMAKLARI	DOĞRU	HATALI	
Hekim istemi ve hemşire gözlem formu kontrol edilir.			
Hemşire kendini tanıtır ve hastanın kimliği kontrol edilir.			
Hastaya yapılacak işlem anlatılır ve izni alınır.			
Malzeme tepsiyi uygun alana koyulur ve hasta mahremiyeti sağlanır.			
El hijyeni sağlanır ve eldiven giyilir.			
Hastaya semifowler pozisyonu verilir. (yatak başı 45°)			
Hastanın göğüs üzerine su geçirmez örtü yerleştirilir. Böbrek küvet, koruyucu örtünün üzerine yerleştirilir veya hastanın eline verilir, hastanın diğer eline kağıt havlu verilir.			
NG sonda ucunda bağlantı varsa bağlantı çıkartılır ve sonda 30 ml içme suyu ile yıkanır.			
Sondanın ucu klempelenir.			
Burun üzerindeki flasterler ıslatılır ve flaster burundan nazikçe kaldırılır.			
Sonda, buruna en yakın yerden tutulur.			
Hastaya derin bir nefes alması ve tutması söylenir. (trakea kapalı, özafagus açıktır)			
Sonda, seri bir biçimde sabit hızla, burun tabanına paralel olarak geri çekilir ve avuç içerisinde toplanır.			
Sonda, eldivenin içinde kalacak şekilde eldiven çıkarılır ve atık kutusuna atılır.			
Hastaya ihtiyaca göre ağız bakımı verilir. Hastaya rahat pozisyon verilir.			
Malzemeler kaldırılır, atıklar atılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Yapılan işlemi ve sonucu hemşire gözlemine kaydedilir.			

7. BOSALTIM AKTİVİTESİ

7.1. Lavman Uygulaması

Malzemeler: Bebekler için 50-150ml Çocuklar için 200-300ml (37.5°C) Adölesan için 500-750ml Yetişkinler için 750-1000ml (38-41°C) lavman solüsyonu Suda eriyen kayganlaştırıcı, eldiven, kağıt havlu,	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	

hasta altı bezi, sürgü)			
Fleet enema, lavman seti, lavman solüsyonu			
İŞLEM BASAMAKLARI			
El hijyeni sağlanır			
Hasta kimliği doğrulanır.			
Hastayı bilgilendirilir ve izin alınır			
Mahremiyet sağlanır.			
<u>Lavman seti kullanılacak ise</u>			
Setin klempı kapatılır.			
Torba içine (belirtilmemiş ise) 1 lt uygun ısıda su doldurulur.			
Su içine paket içinde hazır olan sıvı sabunu ilave edilir ve su ile karışması sağlanır.			
Torba serum askısına asılır. Not: Lavman torbasının anüs seviyesinden yüksekliği yetişkinlerde 45-60 cm, çocuklarda 20-40 cm, bebeklerde 10-15 cm olacak şekilde ayarlanır			
Klemp açılır ve setin havası çıkarılır.			
Yatak etrafına paravan çekilir.			
Eldiven giyilir.			
Hastaya sol lateral ya da Sim's pozisyon (sağ bacak olabildiğince fleksiyona getirilir) verilir (sigmoid kolon rektumun altında olduğu için sıvı akışını kolaylaştırır)			
Yalnızca anal bölge dışarıda kalacak şekilde hastanın giysileri açılır.			
Hastanın kalçaları altına hasta altı bezi yerleştirilir.			
Setin 5-7 cm lik kısmına ucuna suda eriyen bir kayganlaştırıcı sürülür.			
<u>Hazır fleet enema kullanılıyor ise:</u>			
Fleet enema kılıfı çıkarılır (Genellikle kılıf içinde kayganlaştırıcı vardır. Yok ise tüpün ucunu suda eriyen bir kayganlaştırıcı ile yağlanır)			
Aktif olmayan el ile kalçayı yukarı kaldırılır, anüs bölgesi gözlenir (hemoroid işlemi zorlaştırabilir)			
Hastaya gevşemesi için burundan nefes alıp ağızdan vermesi söylenir.			
Önce tüp ucunu anal sfinktere dokundurulur ve çekilir. Tekrar gevşemesi için beklenir			
Aktif olan elle tüpün ucu umblikusa doğru yönlendirilerek anüsten içeri itilir (Tüp yetişkinde 7.5-10 cm, çocuklarda 5-7.5 cm, bebeklerde 2.5-4 cm itilmelidir)			
Fleet enemanın gövdesi sıkılır ve havası boşaltılır. İçindeki sıvı bitene kadar uca doğru katlanarak lavmanın tamamının boşalması sağlanır.			
Lavman Solüsyonu için;			
Lavman setinin ucu rektuma yerleştirilir, lavman			

setinin klempini açılır (Akış hızı dakikada 75-100 ml / 10 dakikada 750 ml şeklinde ayarlanmalıdır). Not: İşlem sırasında lavman setini anüse girdiği noktadan bir elle tutmak gerekir. Yoksa sıvının basıncı ve barsak hareketleri tüpü dışarı doğru iter.			
Anüs tuvalet kağıdı ile desteklenerek lavman tüpünün ucu çıkarılır.			
Hastadan ani defekasyon, ağrı ya da acı, kramp hissi olduğunda haber vermesi istenir. Not: Ağrı ve kramp şikayetinde bu his geçene kadar torba seviyesi alçaltılır ve hastadan derin nefes alması istenir.			
Set ya da tüp içindeki sıvı bitince kısa bir süre beklenir Hastanın anüsüne kağıt havlu yerleştirilerek, set ucunu yavaşça geri çekilir. Bireyden birkaç dakika kalçalarını sıkması ve solüsyonu mümkün olduğunca tutması istenir. Hastanın pozisyonunu değiştirmeden 10 dk sıvıyı içinde tutması söylenir.			
Lavman setini ya da fleet enemanın ucu eldivenin içinde kalacak ve eldivenlerin içi dışa gelecek şekilde çıkarılır ve kirli torbasına atılır.			
Yeniden eldiven giyilir.			
Hastaya sürgü verilir ya da tuvalete götürülür. Bireye tuvalet ya da sürgü kullanımı ve anal bölge temizliği için destek olunur.			
Eldivenler çıkarılır.			
Bireyin kıyafetleri düzeltilir.			
Bireyin ellerini yıkaması için malzeme sağlanır.			
Anal bölgeyi temizlenir.			
Lavman setini ya da fleet enemayı kirli torbasına atılır.			
Eldivenleri içi dışa gelecek şekilde çıkarılır.			
Hastanın pozisyonunu değiştirmeden 10 dk sıvıyı içinde tutması söylenir.			
Hastaya sürgü verilir ya da tuvalete götürülür.			
Malzemeler ortamdan kaldırılır.			
Eller yıkanır.			
Hastaya uygun pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
İşlem kaydedilir (defekasyona çıkıp çıkmadığı, miktarı, rengi, hastanın rahatlayıp rahatlamadığı).			

7.2. Sürgü Verme Uygulaması

Malzemeler: Eldiven, su geçirmez örtü, sürgü, havlu, tuvalet kağıdı, hasta altı bezi, böbrek küvet, kirli torbası	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			

El hijyeni sağlanır			
Hasta kimliği doğrulanır.			
Hastayı bilgilendirilir ve izin alınır			
Mahremiyet sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Yatak bel seviyesine getirilir.			
Çalışılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.			
Eldiven giyilir.			
Hastaya supine pozisyonu verilir.			
Çarşafın altından alt giysiler çıkarılır.			
Hastanın altına su geçirmez örtü yerleştirilir.			
Yatak başı 30-60° yükseltilir.			
Hastadan dizlerini bükmesi istenir.			
Hastanın beli desteklenir ve kalçasını yukarı kaldırması istenir. Not: Hasta hareket edemiyorsa hemşireye sırtı dönük olacak şekilde lateral pozisyon verilir			
Diğer el ile sürgü hastanın bacakları arasından kalçasının altına yerleştirilir.			
Sürgünün perianal bölgenin altında olup olmadığı kontrol edilir.			
Hastanın üzeri çarşaf ile örtülür.			
Yatak başı fowler pozisyonuna getirilir ve çağrı zili eline verilir.			
Hastanın bel boşluğuna havlu koyulur.			
Eldivenler çıkarılır.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Hasta çağırana kadar yalnız bırakılır.			
Çalışılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Eldiven giyilir.			
Yatak başucu indirilir.			
Hastanın bel boşluğuna havlu alınır.			
Hastadan dizleri bükmesi istenir.			
Kalçasını kaldırması istenir.			
Sürgü alınır.			
Gaita özellikleri değerlendirilir.			
Sürgü kapağı kapatılır ve uygun bir yere bırakılır.			
Perine temizliği yapılır.			
Su geçirmez örtü kaldırılır.			
Eldivenler çıkarılır.			
Eller yıkanır.			
Kıyafetleri giydirilir.			
Hastaya uygun pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
İşlem kaydedilir.			

7.3. Rektal Tüp Uygulaması

Malzemeler:	UYGULADI	UYGULA
--------------------	-----------------	---------------

Rektal tüp yetişkinler için 22-32, çocuklar için 12-18 Fr numaralı, suda eriyen kayganlaştırıcı, eldiven, kağıt havlu, hasta altı bezi, böbrek küvet, kirli torbası			MADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
El hijyeni sağlanır			
Hasta kimliği doğrulanır.			
Hastayı bilgilendirilir ve izin alınır			
Mahremiyet sağlanır.			
Eldiven giyilir.			
Hastaya sol lateral pozisyon ya da Sim's pozisyonu verilir.			
Yalnızca anal bölge açıkta kalacak şekilde hastanın giysilerini açılır.			
Hastanın kalçaları altına hasta altı bezi yerleştirilir.			
Rektal tüp kılıfından çıkarılır, tüpün 5-10 cm'lik bölümünü suda eriyen bir kayganlaştırıcı ile yağlanır. Not: Kayganlaştırıcı yağ tüp içindeki delikleri kapatmamalıdır. Çünkü gaz bu delikler aracılığı ile çıkar.			
Aktif olmayan el ile kalça kaldırılır, hemoroid varlığını gözlenir.			
Hastaya gevşemesi için burundan nefes alıp ağızdan vermesini söylenir.			
Sim's pozisyonunda aktif olmayan el ile üstte kalan kalça bölümü yukarı doğru kaldırılır.			
Aktif olan el ile tüpü rektum içine yerleştirilir (Tüp yetişkinde 7.5-10 cm, çocuklarda 5-7.5 cm, bebeklerde 2.5-4 cm itilmelidir).			
Böbrek küveti rektal tüpün açık ucu altına yerleştirilir. Tüpün ucu tamamen gömülecek biçimde küvet su ile doldurulur.			
Gaz çıkışı gözlenmedi ise tüpü en fazla 20 dk rektum içinde bırakılır. Hasta üzeri nevresim ile örtülür.			
Rektal tüp yavaşça geri çekilir. Hastanın anüsüne gaz bezi yerleştirilir.			
Anal bölge temizlenir.			
Rektal tüpü kirli torbasına atılır.			
Eldivenler içi dışına gelecek şekilde çıkarılır.			
Hastaya pozisyon verilir.			
Malzemeler kaldırılır.			
Elleri yıkanır.			
Hastaya uygun pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
İşlem kaydedilir.			

7.4. Orta İdrar Örneği Alma İşlem Basamakları

Malzemeler: steril örnek kabı, tek kullanımlık temiz eldiven, antiseptik solüsyon, steril gazlı gaz, su geçirmez koruyucu örtü, sürgü/ördek (yatağa bağımlı)	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	

hastalar için), tuvalet kağıdı ve atık kabı, gerekli ise perine bakım malzemeleri eklenir.			
İŞLEM BASAMAKLARI			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Bilgi verilir.			
Hastanın gizliliği açısından kapı, perde/paravan kapatılır.			
*Hasta kendisi yapabilecekse, antiseptik solüsyon ile perine bakımı ve işlem hakkında eğitimi verildikten sonra, örnek kabı hastaya verilir.			
Yatağa bağımlı hastaya sürgü verilir.			
Antiseptik solüsyon ile labia major, labia minör, üretral meatus silinir.			
Hastadan idrarını yapması istenir, ilk idrarını tuvalete/sürgüye yaptıktan sonra, idrar akımı yavaşlamadan gelen idrar örnek kabına alınır (örnek kabının perineal bölgeye değdirilmemesine dikkat edilerek, 30-60 ml).			
Kalan idrarını tuvalete/sürgüye yapması söylenir.			
Örnek kabının kapağı sıkıca kapatılır.			
Örnek kabının dış yüzeyinde idrar varsa temizlenir.			
Eldivenler çıkarılır, atıklar atılır, el hijyeni sağlanır.			
İşlemden sonra hastaya rahat edebileceği pozisyon verilir.			
İdrar kabının üzerine etiket yapıştırılarak laboratuvara gönderilir./ buzdolabına konulur.			
Kayıt edilir.			

7.5.Kalıcı/ Geçici Mesane Kateter Uygulaması İşlem Basamakları

Malzemeler: Foley/nelaton kateter, steril eldiven,, tek kullanımlık temiz eldiven, steril gaz bez, steril delikli örtü, antiseptik solüsyon, steril böbrek küvet, idrar torbası/ ürofix ve askısı, kayganlaştırıcı jel, forseps, koruyucu örtü, tespit için flaster, atık kabı enjektör, serum fizyolojik (kalıcı kateterizasyon için)	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Bilgi verilir.			
Hastanın gizliliği açısından kapı, perde/paravan kapatılır.			
Hastanın alt kıyafetleri, varsa alt bezi çıkarılır.			
Hastanın altına koruyucu örtü serilir.			
Kadında dorsal rekümbent, erkekte supine pozisyonu			

verilir.			
İdrar torbası/ürofix yatak kenarındaki askıya asılarak yerleştirilir.			
İdrar torbasının foley kateter ile birleşecek uç kısmı flaster ile yatak kenarına sabitlenir.			
Kare örtü/ çarşaf çapraz serilir ve perine bölgesini örten ucu abdomene doğru geri katlanır.			
Gerekli ise perine bakımı verilir.			
Serum fizyolojik içeren ampüller kırılarak hazırlanır (kalıcı kateterizasyonda).			
Steril örtü açılarak, steril çalışma alanı oluşturulur (steril alan oluşturma ilkeleri doğrultusunda).			
Steril örtü üzerine kayganlaştırıcı jel, böbrek küvet, gazlı bez (böbrek küvetin içine), delikli örtü, foley/nelaton kateter, enjektör, forseps steril teknikle bırakılır.			
Steril böbrek küvet içindeki gazlı bezler antiseptik solüsyon ile steril tekniğe uygun şekilde ıslatılır.			
10 ml serum fizyolojik ampül kırılıp steril alan dışında bekletilir.			
Steril eldiven giyilir (işlem sırasında aktif el steril, pasif el nonsteril olacaktır).			
10 ml' lik enjektöre aseptik teknik ile 10 ml serum fizyolojik çekilerek enjektör steril alana bırakılır (kalıcı ise).			
Kalıcı kateter ise balonu kontrol edilir.			
Steril delikli örtü perine bölgesine, üretral meatusu/penisi açıkta bırakacak şekilde yerleştirilir.			
Üretral meatus antiseptik solüsyon ile forseps kullanılarak silinir (kadın ve erkekte perine bakımı ilkelerine göre).			
İdrar çıkışı olduğunda akması için böbrek küvet meatusun altına yerleştirilir.			
Kateterin ucuna kayganlaştırıcı jel sürülür (kadında; 2.5-5 cm, erkekte; 15-17,5 cm)			
Yapabiliyorsa, hastadan derin nefes alması ya da idrarını yapıyormuş gibi davranması istenir.			
Kadın hastalarda; üretral meatusu ortaya çıkarmak için pasif el labia minörler üzerine yerleştirilir ve labialar ayrılır. Erkek hastalarda; penis yukarı doğru ve dik olarak tutulur.			
Hasta nefesini verirken kateter ilerletilir (kadında; 5-7.5 cm, erkekte; 17-22.5 cm)			
Katater, idrar geldikten sonra 2.5 cm daha ilerletilir.			

Kateterin üretral meatus dışında kalan 2-3 cm' lik kısmı pasif el ile, klemlenerek tutulur,			
Aktif el ile enjektör alınarak, serum fizyolojik ile kateterin balonu şişirilir. (kalıcı kateterizasyonda)			
*Hastada ani bir ağrı gelişirse, verilen sıvı geri çekilerek, kateter 1-2 cm daha ilerletilir.			
İdrar sondası hafifçe geri çekilerek kontrol edilir.			
Kateter ucunun idrar torbası/ürofix bağlantısı sağlanır.			
Kateter flaster ile hastanın bacağına iç yüzeyine sabitlenir.			
Eldivenler çıkarılır, el hijyeni sağlanır ve malzemeler kaldırılır.			
Hastaya rahat bir pozisyon verilir.			
Kayıt edilir.			

7.6. Kateterden Steril İdrar Örneği Alma İşlem Basamakları

Malzemeler: antiseptik solüsyon/antiseptik temizleme mendili, steril gaz bez, steril örnek kabı, steril enjektör, tek kullanımlık temiz eldiven, atık kabı.	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Bilgi verilir.			
İşlemden önce kateter 30 dk. klemlenir(idrar akışı durdurulur).			
Hastanın gizliliği açısından kapı, perde/paravan kapatılır.			
Bireye rahat ulaşabilecek şekilde supine/ semifowler pozisyonu verilir.			
Eldiven giyilir.			
Steril örnek kabının kapağı açılarak hazırlanır.			
İdrar torbasının foley ile birleştiği noktanın altından klemlenir. (idrar torbasındaki idrarı almamak, mesaneden gelen idrarı almak için)			
Kateter/ drenaj sisteminin örnekleme portu antiseptik solüsyonla silinir ve kuruması beklenir.			
Örnek kabı paketinden çıkarılır, steril olan iç yüzeyleri yukarı bakacak şekilde uygun alana yerleştirilir.			
30-45 derecelik açıyla kateter//drenaj sisteminin örnekleme portuna enjektörle girilerek yavaş bir şekilde idrar örneği alınır.			

Enjektör giriş açısı ile aynı olacak şekilde geri çıkarılır.			
Enjektördeki idrar steril örnek kabına boşaltılır ve kapağı sıkıca kapatılır.			
Üriner kateterin klembi açılarak idrar akışı başlatılır.			
Eldivenler çıkarılır, atıklar atılır, el hijyeni sağlanır.			
Hastaya rahat bir pozisyon verilir.			
Örnek kabının üzerine etiket yapıştırılarak laboratuvara gönderilir.			
Kayıt edilir.			

7.7.Mesane Kateterizasyonu Olan Bireyin Perine Ve Kateter Bakımı İşlem Basamakları

Malzemeler: tek kullanımlık temiz eldiven, su, sabun, silme bezi/ gazlı bez, koruyucu örtü, havlu, atık kabı	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Bilgi verilir,			
Hastanın gizliliği açısından kapı, perde/paravan kapatılır.			
Kadın hastaya dorsal rekümbent, erkek hastaya supine pozisyon verilir.			
Hastanın altına koruyucu örtü serilir.			
Perine bakımı uygulanır, üretral meatüs ve etrafı silinir, durulanır, kurulanır.			
Kateter girişinden 10 cm uzağına kadar silinir, durulanır, kurulanır (tek seferde).			
Atıklar atılır, eldivenler çıkarılır,			
Hastaya rahat bir pozisyon verilir.			
Kayıt edilir.			

*Kateter ve idrar torbasının rutin değişimi önerilmez, üriner enfeksiyon, tıkanıklık ve sorun olduğu durumlarda mutlaka değiştirilir. Kateter ve drenaj bağlantısı ayrılmamalı, ayrılması halinde kateter ve drenaj sistemi değiştirilmelidir.

7.8.Mesane Kateterizasyonu Çıkarma İşlem Basamakları

Malzemeler: tek kullanımlık temiz eldiven, enjektör, koruyucu örtü, atık kabı	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Bilgi verilir,			
Hastanın gizliliği açısından kapı, perde/paravan kapatılır.			
Eldiven giyilir.			
Kateteri çıkarmadan yaklaşık 10 saat önce mesane eğitimine başlanır. Klemp 3-4 saat kapalı tutulur ve sonrasında 15 dk açılır. Bu işlem 2-3 kez tekrarlanır.			

Kadın hastaya dorsal rekümbent, erkek hastaya supine pozisyonu verilir.			
Kare örtü/ çarşaf yalnızca perine bölgesi açıkta kalacak şekilde örtülür.			
Koruyucu örtü yerleştirilir.			
Foley kateteri sabitleyen flaster/ tespit edici çıkarılır.			
Foley kateterin balonunu şişirmek için verilen sıvının tamamı enjektöre geri çekilir.			
Hastadan yavaş ve derin nefes alması istenir.			
Kateter yavaşça geri çekilir.			
Kateter ve idrar torbası/ürofix atık kabına atılır.			
Gereksinim doğrultusunda perine bakımı verilir.			
Hastaya rahat bir pozisyon verilir.			
Eldivenler çıkarılır,			
Kayıt edilir.			

7.9.Kondom Kateter Uygulaması İşlem Basamakları

Malzemeler: tek kullanımlık temiz eldiven, delikli örtü, kondom kateter, yapıştırıcı bant, idrar torbası/ürofix,	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Bilgi verilir,			
Hastanın gizliliği açısından kapı, perde/paravan kapatılır.			
Hastaya supine pozisyonu verilir.			
Eldiven giyilir.			
İdrar torbası/ürofix yatak kenarına asılır.			
Perine bakımı verilir.			
Penise her iki tarafı yapışkan olan elastik bant yerleştirilir (kullanılan ürünün özelliğine göre).			
Prezervatif sonda penise yerleştirilir.			
Prezervatif sondanın ucu ile idrar torbası/ürofix bağlantısı sağlanır.			
Eldivenler çıkarılır.			
Hastaya rahat bir pozisyon verilir.			
Kayıt edilir.			

8. İLAÇ YÖNETİMİ UYGULAMALARI

8.1.Oral İlaç Uygulaması İşlem Basamakları

Malzemeler: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık ilaç kadehi / oral enjektör, ölçü kaşığı/mezür, 1 bardak su/meyve suyu ve pipet, kağıt havlu, tablet ezici/kesici, tek kullanımlık eldiven, el antiseptiği, atık kutusu ve hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM ÖNCESİ HAZIRLIK			

Hekim istemi kontrol edilir.			
Hastanın oral ilaç uygulamaya uygunluğu değerlendirilir (bilinç ve işbirliği düzeyi, aktif yutma refleksi, bulantı ve kusma durumu v.s.).			
Hastanın ilaç alerjisi durumu kontrol edilir.			
El hijyeni sağlanır.			
İlaç, ilaç dolabından alınır. İlaç kutusu üzerindeki bilgiler ve hekim istemi/ilâç kartı ile karşılaştırılır (ilaç adı, dozu, uygulama yolu ve zamanı, ilacın formu, son kullanma tarihi, hastanın adı-soyadı) (1. KONTROL).			
Hastaya verilecek ilaç dozu hesaplanır (gerekli ise iki hemşire ile).			
İstenilen dozdaki ilaç hazırlanırken tekrar kontrol edilir (2. kontrol). Uygulanacak ilaç; Katı formdaki ilaçlar; İlaç şişesinden alınıyorsa; önce şişenin kapağına, sonra ilaç kadehine (ilaç ele temas etmemeli) , Ambalajlı ise; direk ilaç kadehine bırakılır. Aynı saatte verilecek tablet ve kapsüller jelatin paket içerisinde ve ilaç bilgilerini içerecek şekilde ilaç kadehlerine yerleştirilmelidir. Tablet formundaki ilaçlar; Bölünecekse; Üzerinde çizgi olanlar tablet kesici ile, yoksa işaretli yerinden eldiven giyilerek kırılır ve ilaç kadehine bırakılır. Geriye kalan parça ilaç jelatin paket içerisine yerleştirilir ve üzerine ilaç bilgileri yazılarak uygun şekilde muhafaza edilir. Bireyde tablet yutma güçlüğü varsa ve ilaç ezilecekse; Tablet ezici ile ilaç ezilir ve ilaç tozu bir miktar püre kıvamında gıda ile karıştırılır/ uygun bir sıvı ile karıştırılır. *Enterik kaplı ya da uzun salınımlı tabletler kırılmaz ve ezilmez. Sıvı Formdaki ilaçlar; <ul style="list-style-type: none"> • İlaç şişesi çalkalanır. • Şişenin kapağı açılarak kapağın iç kısmı yukarı bakacak, şekilde temiz bir alana yerleştirilir. • İlaç şişesinin etiketsiz kısmı avuç içinde kalacak şekilde tutulur. • Sıvı ilaç ölçü araçları (ilaç kabı/mezür/ölçü kaşığı) göz seviyesinde tutulur / düz bir 			

<p>zemine yerleştirilir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • İstem edilen miktarda ilaç ölçüğe dökülür. • 10 ml den az olan sıvı ilaçlar için oral ilaç enjektörü kullanılır. • İlaç şişesinin kapağı kağıt havluyla silinerek kapatılır. • Hazırlanan ilaç şişesi/ kutusu ilaç dolabına kaldırılır ve ilaç bilgileri tekrar kontrol edilir (3. kontrol). 			
Hazırlanan ilaçlar, diğer malzemelerle beraber tedavi tepsisine yerleştirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya ilaç uygulamasına ilişkin bilgi verilir.			
Hastanın oral ilaç uygulamaya uygunluğu değerlendirilir.			
Verilecek özel bir ilaç için uygulama öncesi yaşam bulguları kontrol edilir.			
İlaç kartı ile hemşire gözlem formu karşılaştırılır (6 doğru ilkesi).			
Bireye semi fowler ya da fowler pozisyonu verilir.			
<p>İlaç ağızdan yutulurak uygulanacaksa; İlaç kadehi hastaya verilerek;</p> <ul style="list-style-type: none"> • İlacın uygunluğuna göre, bir miktar su (gerekirse pipetle) ile ilacın yutulması sağlanır. • Ezilmiş ve sulandırılmış tabletler mezür ya da hasta yutmakta zorlanıyorsa oral ilaç enjektörüyle içirilir. • İlaçların yutulmasının ardından sakıncası yoksa hastanın yaklaşık 100 ml sıvı alması istenir.** • Hasta ilacı yutana kadar yanında kalınır. <p>Sublingual uygulama için; Hastanın ağız içi kuruysa 1ml su ile ıslatılır. İlaç dil altına yerleştirilir.</p> <p>Bukkal uygulama için; İlaç hastanın yanak mukozası ile alt molar diş arasına yerleştirilir.</p> <p>Sublingual ve bukkal uygulamalar için; hastaya ilacı yutmaması ve çiğnememesi hakkında bilgi verilir.</p>			
Hastaya uygun pozisyon verilir.			
Malzemeler tedavi tepsisine yerleştirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Gerçekleştirilen ilaç uygulamasına ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna uygun formatta (tarih-saat-			

paraf) kaydedilir.			
Hastanın ilaca olan yanıtı takip edilir ve değerlendirilir.			

* Enterik kaplı tabletleri kırmak gastrik (mide) mukozasını irrite edebilir. Uzun salınımlı tabletleri kırmak ilaçların emilimini ve etki süresini etkileyebilir.

**Bazı sıvı formdaki ilaçlar farenks ve larenks çevresinde bekleyerek etki gösterir.Bu nedenle sıvı alımı önerilmez.

-Hasta kapsülü yutamıyorsa kapsülün içeriği püre haline getirilmiş bir gıdanın içerisinde hastaya verilebilir.

-Narkotik ilaç uygulamaları için ilaçlar sayılarak hazırlanır, kaydedilir ve ilaç dolabı kilitlenir.

8.2. Göze İlaç Uygulaması İşlem Basamakları

Malzemeler: Tedavi tepsisi içinde; istem yapılan steril göz damlası/ pomadı, ilaç kartı, serum fizyolojik, 10 cc'lik enjektör, steril gaz bezi (en az 2 adet), kağıt mendil, koruyucu örtü, temiz eldiven(en az 2 adet), atık malzemeler için atık kutusu/böbrek küvet	UYGULADI		UYGULAM ADI
	DOĞRU	HATAL I	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hekim istemi kontrol edilir.			
Göze ilaç uygulamayı etkileyecek faktörler değerlendirilir (yaş, bilinç durumu, göz ameliyatı durumu v.s.).			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulanacak ilaca ilişkin doğru ilkeler, ilacın sıcaklığı, son kullanma tarihi v.s. kontrol edilir.			
3 kontrol ilkesine göre istem edilen ilaç ve tedavi tepsisi hazırlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastanın alerji durumu sorgulanır.			
Hastaya ilaç uygulamasına ilişkin bilgi verilir.			
Hastanın gizliliği açısından kapı, perde/paravan kapatılır.			
İlaç uygulaması öncesi hemşire gözlem formu ile ilaç kartı karşılaştırılır (6 doğru ilkesi).			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın üzerine koruyucu örtü örtülür.			
Hastaya supine ya da fowler pozisyonunda iken başı ekstansiyona getirilir.			
Eldiven giyilir.			
Gözde çapaklanma, akıntı varsa; Steril spançlar 10cc'lik enjektöre serum fizyolojik			

çekilerek ıslatılır. Serum fizyolojik ile ıslatılmış steril spançlarla gözler iç kantüsten dış kantüse olacak şekilde temizlenir.			
İlacın kapağı açılır ve ilaç şişesi aktif ele alınır.			
Göz damlası uygulanacak ise; İlacın damlalık kısmına gerekli miktarda ilacın gelmesi sağlanır. Damlalık kullanılacak ise damlalığa gerekli miktarda ilaç çekilir.			
<i>Konjektivayı ortaya çıkarmak için;</i> Pasif el ile alt göz kapağının altına spanç yerleştirilir, elmacık kemiği üzerine konur ve aşağıya doğru çekilir.			
Bireyin gözünü açık tutması, yukarıya ve geriye doğru bakması istenir.			
Aktif elin ulnar kısmı hastanın alnına yerleştirilir. İlaç şişesinin damlalık ucu hastanın alt konjuktiva kesesinden 1-2 cm yukarıda tutulur.			
İstem edilen miktarda ilaç alt konjuktiva kesesi içerisine uygulanır.			
Hastanın alt göz kapağı serbest bırakılır.			
Hastadan gözünü kapatması istenir.			
Göz kapağının dışına çıkan ilaç varsa kağıt havlu ile temizlenir.			
İlacın özelliğine göre; nazolakrimal kanal üzerine gazlı bez yerleştirilerek en az 30 sn. hafifçe basınç uygulanır.			
Göz pomadı uygulanacak ise; Konjektivayı ortaya çıkarmak için; Pasif el ile alt göz kapağının altına spanç yerleştirilir, elmacık kemiği üzerine konur ve aşağıya doğru çekilir			
Bireyin gözünü açık tutması, yukarıya ve geriye doğru bakması istenir.			
Tüpün ucu alt göz kapağına ve kirpiklere değdirilmeden konjuktiva kesesinin iç tarafına, iç kantüsten dış kantüse doğru pomad sürülür.			
Hastanın alt göz kapağı serbest bırakılır.			
Hastadan gözünü kapatması ve gözünü hareket ettirmesi istenir.			
Eldivenler çıkarılır.			
Atıklar atık kutusuna alınır.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastaya uygun pozisyon verilir.			

Gerçekleştirilen ilaç uygulamasına ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna uygun formatta (tarih-saat-paraf) kaydedilir.			
Hastanın ilaca olan yanıtı takip edilir ve değerlendirilir.			

8.3. Kulağa İlaç Uygulaması İşlem Basamakları

Malzemeler: Tedavi tepsi içinde; İstem yapılan kulak damlası (vücut sıcaklığında), ilaç kartı, gerekli ise serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bez (en az 2 adet), kağıt mendil, koruyucu örtü, temiz eldiven (en az 2 adet), atık malzemeler için atık kutusu/böbrek küvet	UYGULADI		UYGULAM ADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hekim istemi kontrol edilir.			
Kulağa ilaç uygulamayı etkileyecek faktörler değerlendirilir (yaş, bilinç durumu, kulak rahatsızlığı, duyma sorunu v.s.).			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulanacak ilaca ilişkin doğru ilkeler, ilacın sıcaklığı, son kullanma tarihi v.s. kontrol edilir.			
3 kontrol ilkesine göre istem edilen ilaç ve tedavi tepsi hazırlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastanın alerji durumu sorgulanır.			
Hastaya ilaç uygulamasına ilişkin bilgi verilir.			
Hastanın gizliliği açısından kapı, perde/paravan kapatılır.			
İlaç uygulaması öncesi hemşire gözlem formu ile ilaç kartı karşılaştırılır (6 doğru ilkesi).			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın üzerine koruyucu örtü örtülür.			
Hasta oturur ya da lateral pozisyonda iken ilaç uygulanacak kulak yukarıda kalacak şekilde kafası yan yatırılır.			
Eldiven giyilir.			
Dış kulak yolu kirli ya da akıntı(drenaj) var ise pamuk aplikatör ya da serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bezle temizlenir.			
Eldivenler değiştirilir.			
İlacın kapağı açılır ve ilaç şişesi aktif ele alınır.			
<ul style="list-style-type: none"> Özel ölçülü damlalık kullanılacak ise damlalığa yeteri kadar ilaç çekilir. Eğer adaptörlü damla kullanılacak ise ilacın 			

adaptör kısmı aşağıya gelecek şekilde tutulur ve böylelikle ilacın adaptör kısmına gelmesi sağlanır.			
<ul style="list-style-type: none"> Kulak kanalını düzleştirmek için; Pasif el ile, <i>Yetişkin ve üç yaş üzeri çocuklarda</i> kulak kepçesi yukarıya ve geriye, <i>Yenidoğan ve 3 yaş altı çocuklarda</i> aşağıya ve geriye doğru çekilir. 			
Damlalık dış kulak kanalından 1cm yukarıda tutularak, istem edilen miktarda ilaç dış kulak yoluna damlatılır.			
Damlayı damlatırken damlalığın ucunun etrafa değmemesine dikkat edilir.			
Damlayı damlattıktan sonra kulak kepçesi bırakılır.			
Kontraendike değilse, dış kulak yolu ağızdaki kıkırdaksı çıkıntı (tragus) üzerine hafif basınç uygulanır.			
2-5 dakika hastanın bu pozisyonda kalması sağlanır.			
Diğer kulağa ilaç uygulanacaksa ilacın dışarıya akmasını engellemek için pamuk tampon yerleştirilir.			
Aynı işlemler diğer kulak için de tekrarlanır.			
Eldivenler çıkarılır.			
Pamuk tamponlar 15 dk sonra çıkarılır ve atık kutusuna atılır.			
Atıklar atık kutusuna alınır.			
El hijyeni sağlanır.			
Gerçekleştirilen ilaç uygulamasına ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna uygun formatta (tarih-saat-paraf) kaydedilir.			
Hastanın ilaca olan yanıtı takip edilir ve değerlendirilir.			

8.4. Buruna İlaç Uygulaması İşlem Basamakları

Malzemeler: Tedavi tepsi içinde; İstem yapılan nazal sprey /damla, ilaç kartı, kağıt mendil, koruyucu örtü, temiz eldiven (en az 2 adet), atık malzemeler için atık kutusu/böbrek küvet	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hekim istemi kontrol edilir.			
Buruna ilaç uygulamayı etkileyecek faktörler değerlendirilir (yaş, bilinç durumu, burun ameliyatı v.s.).			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulanacak ilaca ilişkin doğru ilkeler, ilacın sıcaklığı,			

son kullanma tarihi v.s. kontrol edilir.			
3 kontrol ilkesine göre istem edilen ilaç ve tedavi tepsi hazırlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastanın alerji durumu sorgulanır.			
Hastaya ilaç uygulamasına ilişkin bilgi verilir.			
Hastanın gizliliği açısından kapı, perde/paravan kapatılır.			
İlaç uygulaması öncesi hemşire gözlem formu ile ilaç kartı karşılaştırılır (6 doğru ilkesi).			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın üzerine koruyucu örtü örtülür.			
Eldivenler giyilir.			
Burun delikleri kontrol edilir.			
Herhangi bir kontrendikasyon yoksa hastadan burnunu sümkürerek temizlemesi istenir.			
Hasta oturur pozisyonda iken omuzlarının üstüne ya da supine pozisyonunda iken başın altına yastık konularak baş hiperekstansiyona getirilir.			
Hastanın başı uygulanacak tarafın tersine doğru çevrilir.			
Hastadan ağızdan nefes alması istenir.			
Pasif el ile başın pozisyonu korunurken aktif el ile damlalık burun deliğinin 1 cm üzerinde tutulur.			
İstem edilen damla sayısı kadar ilaç, etmoid kemiğin orta hattına damlayacak şekilde doğru burun deliğine damlatılır.			
Hastanın 5 dakika kadar başı hiperekstansiyonda olacak şekilde kalması istenir.			
Eldivenler çıkarılır.			
Atıklar atık kutusuna alınır.			
El hijyeni sağlanır.			
Gerçekleştirilen ilaç uygulamasına ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna uygun formatta (tarih-saat-paraf) kaydedilir.			
Hastanın ilaca olan yanıtı takip edilir ve değerlendirilir.			

8.5. Vajinaya İlaç Uygulaması İşlem Basamakları

Malzemeler: Tedavi tepsi içinde; İstem yapılan vajinal ilaç, supizotuvur/köpük/jel/ gerekli ise ilaç aplikatörü, ilaç kartı,suda eriyen kayganlaştırıcı jel, kağıt mendil, suya dayanıklı koruyucu örtü, temiz eldiven(en az 2 adet),perianal ped atık malzemeler için atık kutusu/böbrek küvet	UYGULADI		UYGULA MADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hekim istemi kontrol edilir.			

Dış genital organlar ve vajinal kanama durumu kontrol edilir			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulanacak ilaca ilişkin doğru ilkeler, ilacın sıcaklığı, son kullanma tarihi v.s. kontrol edilir.			
3 kontrol ilkesine göre istem edilen ilaç ve tedavi tepsi hazırlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastanın alerji durumu sorgulanır.			
Hastaya ilaç uygulamasına ilişkin bilgi verilir.			
Hastanın gizliliği açısından kapı, perde/paravan kapatılır.			
Hastanın tuvalet ihtiyacını gidermesi istenir.			
İlaç uygulaması öncesi hemşire gözlem formu ile ilaç kartı karşılaştırılır (6 doğru ilkesi).			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın abdominal bölgesi ve alt ekstermites örtülür.			
Hastanın alt kıyafetleri çıkartılır.			
Hastaya altına yatak koruyucu örtü serilir.			
Hastaya dorsal rekümbent pozisyonu verilir. Dizlerinde ya da kalçalarında fiziksel engeli olan hastalara supine pozisyonu verilir.			
Eldivenler giyilir.			
Gerekli ise perine temizliği sağlanır ve eldivenler değiştirilir.			
Eldiven giyilir.			
Vajinal supizotuvar uygulanacak ise;			
<ul style="list-style-type: none"> • Supizotuvar paketinden çıkartılır ve aktif elin işaret parmağı ve supizotuvarın yuvarlak kısmına kayganlaştırıcı jel sürülür. • Pasif el ile labia majörler yukarıya doğru ve geriye doğru açılır. • Aktif el ile supizotuvarın yuvarlak ucu önde olacak şekilde vajinal açıklıktan işaret parmağı yardımıyla yaklaşık 7.5-10 cm kadar itilir. 			
Vajinal aplikatör ile ilaç uygulanacaksa;			
<ul style="list-style-type: none"> • Vajinal aplikatör istem edilen miktarda krem/topik ile doldurulur • Aplikatörün ucuna suda eriyen kayganlaştırıcı sürülür. • Pasif el ile labialar ayrılır. • Aktif el ile aplikatörün ucu yavaşca ve hafifçe döndürülerek vajinal açıklıktan 7,5-10 cm ilerletilir. • Pasif el ile ilaç bitene kadar aplikatörün pistonu itilir. 			

• Aplikatör yavaşça vajinal açıklıktan geriye doğru çekilerek çıkarılır.			
Kağıt havlu/ ped ile perine bölgesindeki kayganlaştırıcı artıkları temizlenir.			
Hastaya sonrasında perine bölgesini temizlemesi için ped/kağıt havlu verilir.			
Hastanın 10 dakika supine pozisyonunda kalması sağlanır.			
Eldivenler çıkarılır.			
Atıklar atık kutusuna alınır.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın alt kıyafetlerini giymesi sağlanır.			
Gerçekleştirilen ilaç uygulamasına ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna uygun formatta (tarih-saat-paraf) kaydedilir.			
Hastanın ilaca olan yanıtı takip edilir ve değerlendirilir.			

8.6. Rektuma İlaç Uygulaması İşlem Basamakları

Malzemeler: Tedavi tepsisi içinde; İstem yapılan rektal supizotivar, ilaç kartı, suda eriyen kayganlaştırıcı jel, kağıt mendil, suya dayanıklı koruyucu örtü, temiz eldiven(en az 2 adet), ped atık malzemeler için atık kutusu/böbrek küvet	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hekim istemi kontrol edilir.			
Rektuma ilaç uygulamasını etkileyen faktörler belirlenir(alerji, yaş, bilinç durumu, rektal kanama, cerrahi operasyon, hemoroid v.s.)			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulanacak ilaca ilişkin doğru ilkeler, ilacın sıcaklığı, son kullanma tarihi v.s. kontrol edilir.			
3 kontrol ilkesine göre istem edilen ilaç ve tedavi tepsisi hazırlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastanın alerji durumu sorgulanır.			
Hastaya ilaç uygulamasına ilişkin bilgi verilir.			
Hastanın gizliliği açısından kapı, perde/paravan kapatılır.			
Hastanın tuvalet ihtiyacını gidermesi istenir.			
İlaç uygulaması öncesi hemşire gözlem formu ile ilaç kartı karşılaştırılır (6 doğru ilkesi).			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın abdominal bölgesi ve alt ekstermites anal bölgesi, açıkta kalacak şekilde örtülür.			
Hastanın alt kıyafetleri çıkartılır.			

Hastaya altına yatak koruyucu örtü serilir.			
Hastaya sol lateral ya da sims pozisyonu verilir.			
Eldivenler giyilir.			
Supizotubar paketinden çıkartılır ve aktif elin işaret parmağı ve supizotubarın yuvarlak kısmına kayganlaştırıcı jel sürülür.			
Pasif el ile anal sfinkter görülecek şekilde hastanın kalçaları ayrılır.			
Hastadan ağızdan yavaşça ve derin nefes alması istenir.			
Aktif el ile supizotubarın yuvarlak ucu önde olacak şekilde anüsten rektal duvar boyunca işaret parmağı yardımıyla yaklaşık 7.5-10 cm kadar itilir.			
Supozitubar anal sfinkterden içeri girerken hastaya nefes vermesi söylenir			
Kağıt havlu/ ped ile anüs etrafı temizlenir.			
Hastaya kalçalarını sıkması söylenir, yapamıyorsa yardımcı olunur.			
Hastanın 10 dakika supine/ lateral pozisyonunda kalması sağlanır.			
Su geçirmez örtü kaldırılır.			
Eldivenler çıkarılır.			
Atıklar atık kutusuna alınır.			
Hastanın alt kıyafetleri giydirilir/ yardımcı olunur.			
El hijyeni sağlanır.			
Gerçekleştirilen ilaç uygulamasına ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna uygun formatta (tarih-saat-paraf) kaydedilir.			
Hastanın ilaca olan yanıtı takip edilir ve değerlendirilir.			

8.7. Ölçülü Doz İnhaler İlaç Uygulaması İşlem Basamakları

Malzemeler: Tedavi tepsi içinde; İstem yapılan ilaç (ölçülü doz inhaleler), ilaç kartı, bir bardak su, böbrek küvet, el antiseptiği,	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hekim istemi kontrol edilir.			
İnhaleler ilaç uygulamasını etkileyen faktörler belirlenir (alerji, yaş, bilinç durumu, dispne v.s.)			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulanacak ilaca ilişkin doğru ilkeler, ilacın sıcaklığı, son kullanma tarihi v.s. kontrol edilir.			
3 kontrol ilkesine göre istem edilen ilaç ve tedavi tepsi hazırlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastanın alerji durumu sorgulanır.			
Hastaya ilaç uygulamasına ilişkin bilgi verilir.			

Hastanın gizliliği açısından kapı, perde/paravan kapatılır.			
İlaç uygulaması öncesi hemşire gözlem formu ile ilaç kartı karşılaştırılır (6 doğru ilkesi).			
El hijyeni sağlanır.			
Hastaya fowler pozisyonu verilir			
İnhalerin kapağı çıkartılır.			
İnhaler 2-5 sn (5-6 kez) çalkalanır.			
Hastadan derin bir nefes alıp nefesini tamamen vermesi istenir.			
Hastadan inhaleleri ağızına yerleştirip, dudaklarını sıkıca kapatması istenir.			
Hastadan ağızından yavaş ve derin bir şekilde nefes alırken (3-5 sn)aynı anda ilacı püskürtmesi istenir(baş parmağı inhalerin ağız hizasındaki kısmını, işaret parmağı ile de üst kısmını tutması sağlanır).			
İnhaler ağızdan çıkarılır.			
Hastadan nefesini yaklaşık 10 sn tutması istenir.			
Hastanın nefesini dudaklarının arasından ya da burun yoluyla yavaşça nefes vermesi istenir.			
Hastadan inhaleler kullanımının ardından su ile gargara yapması istenir			
Bir sonraki ilaç dozunu püskürtmeden önce 20-30 sn, başka bir ilaç uygulanacak ise 2-5 dk beklemesi sağlanır/istenir.			
İnhalerin kapağı kapatılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Gerçekleştirilen ilaç uygulamasına ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna uygun formatta (tarih-saat-paraf) kaydedilir.			
Hastanın ilaca olan yanıtı takip edilir ve değerlendirilir.			

8.8. Deriye İlaç Uygulaması İşlem Basamakları

Malzemeler: Tedavi tepsi içinde; İstem yapılan krem/merhem/losyon, ilaç kartı, istemi yapılan transdermal flaster, temiz eldiven, böbrek küvet.örtü-havlu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI	
İŞLEM BASAMAKLARI			
Hekim istemi kontrol edilir.			
Deriye ilaç uygulamayı etkileyecek faktörler değerlendirilir (yaş, bilinç durumu, insizyon bölgesi, v.s.).			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulanacak ilaca ilişkin doğru ilkeler, ilacın sıcaklığı,			

son kullanma tarihi v.s. kontrol edilir.			
3 kontrol ilkesine göre istem edilen ilaç ve tedavi tepsi hazırlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastanın alerji durumu sorgulanır.			
Hastaya ilaç uygulamasına ilişkin bilgi verilir. (İlacın verilmiş nedeni, etkisi ve yan etkisi)			
Hastanın gizliliği açısından kapı, perde/paravan kapatılır.			
İlaç uygulaması öncesi hemşire gözlem formu ile ilaç kartı karşılaştırılır (6 doğru ilkesi).			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın yatağı bel seviyesine getirilerek, yatak frenleri kapatılır ve çalışılacak taraf da bulunan yatak kenarlıkları indirilir.			
El hijyeni sağlanarak tek kullanımlık eldivenler giyilir.			
Hastanın sadece uygulama yapılacak bölgesi açık kalacak şekilde kıyafetleri çıkarılır.			
Uygulama yapılacak bölge gerekli ise temizlenir ve kurulanır.			
Transdermal flaster (TTS) kullanılacak ise; Temiz, kuru ve tüysüz bölge olmasına dikkat edilir. Önceden uygulanmış TTS var ise; Eski TTS çıkarılarak yapışkan kısımlar birbirine gelecek şekilde kapatılır, katlanarak tıbbi atık kutusuna atılır.			
Uygulanacak TTS'nin üzerine ilacın verilmiş tarihi, saati ve uygulayan hemşirenin parafı yazılır.			
Uygulanacak TTS'nin yapışkanlı-ilaçlı tarafına dokunulmadan, hasta üzerinde belirlenen bölgeye yapıştırılır.			
TTS'nin bölgeye yapıştırılırken avuç içi kullanılarak hafif bir basınçla 10 saniye bastırılır.			
Krem/merhem/losyon uygulanacak ise;			
<ul style="list-style-type: none"> • Eldiven giyilir. • Gereken miktarda ilaç avuç içine alınarak iki el birbirine sürtülerek ısıtılır. • Isıtılan ilaç kıl büyüme yönüne doğru eşit bir şekilde yayılır. 			
Eldivenler yenisi ile değiştirilerek,			
Aerosol sprey uygulanacaksa;			
<ul style="list-style-type: none"> • Sprey kutusu çalkalanır. • Sprey uygulama yapılan bölgenin 15-30 cm uzağında tutulur. • Sprey hastanın göğüs ya da boyun bölgesine uygulanacak ise; • Hastanın yüzünü diğer tarafa çevirmesi istenir 			

ya da hastanın yüzü bir örtü/havlu ile kapatılır. • Sprey orantılı olarak sıkılır.			
Eldivenler çıkarılır.			
Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.			
Atıklar atık kutusuna alınır.			
El hijyeni sağlanır.			
Gerçekleştirilen ilaç uygulamasına ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna uygun formatta (tarih-saat-paraf) kaydedilir.			
Hastanın ilaca olan yanıtı takip edilir ve değerlendirilir.			

8.9. İlaç Hazırlama Uygulaması

İŞLEM ÖNCESİ HAZIRLIK
Malzemeler; Tedavi tepsi içinde; İlaç kartı, ampul, kuru toz içeren ampul ve flakon formunda ilaç, çözücü içeren ampul, enjektör, alkollü pamuk tampon, gazlı bez, ilaç etiketi, yedek iğne ucu, cam atık kutusu, kesici-delici atık kutusu, kirli kabı
Hasta dosyasından hastanın kimlik bilgileri, alerji durumu, hekim istemi ve ilaç bilgileri kontrol edilir.
Bireyin ismi, ilacın ismi, dozu, uygulama yolu ve uygulama zamanını kontrol edilir.
İlacın etkisi, amacı, yan etkileri ilaç prospektüsünden gözden geçirilir.
Uygulanacak ilaç ve uygulama yoluna göre, bireyin vücut yapısı, kas büyüklüğü, kilo ve boyuna göre kullanılacak enjektör, iğne ucu belirlenir.
El hijyeni sağlanır.
Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir.
Gerekli malzemeleri hazırlanır ve son kullanma tarihleri kontrol edilir (Tedavi tepsi, hekim istemindeki ilaç, pamuk, enjektör, iğne atık kutusu, böbrek küvet, uygun enjektör, gerekli ise iğne ucu).
Bireyin doktor istemine göre ilacın dozunu hesaplanır ve iki kez kontrol edilir. Gerekirse başka bir hemşirenin doğrulamasını sağlanır.
Enjektör plastik kılıfından doğru teknikte çıkarılır.
İğne ajutaja yerleştirilir.
İLAC HAZIRLAMA
Sulandırıcı ampul ele alınır.
Ampulün ince kısmında sıvı var ise ampulün baş kısmına bir fiske vurularak sulandırıcı sıvının ampulün gövdesine inmesi sağlanır.
Ampuldeki noktalı kısım ya da yazılı bölüm yüze bakacak şekilde tutulur.
Ampulün boyun çevresi alkollü pamuk tampon ile silinir.
Ampulün boyun kısmının arkasına gazlı bez yerleştirilir.
Aktif olmayan elin parmakları ile ampulün boynu işaretli bölgesi göz hizasında olacak şekilde kavranır.
Aktif elin baş parmağı işaretli bölgeye, işaret parmağı arka tarafa yerleştirilir.
Yüz ve ellerden uzak tarafa doğru olacak şekilde, ampulün boynu arkaya doğru kırılır.
Ampulün kırılan boyun parçaları kesici delici alet kutusuna atılır.
Eğer kırılan cam parçası ampul içine girmişse ampul atılır.
Ampul düz bir zemine yerleştirilir.
İğne ucundaki kılıf çıkarılır ve aktif olan el ile enjektörün gövdesi tutulur.
Pasif elin işaret ve orta parmağıyla sulandırıcı ampül tutulur.

Aktif olan el ile iğne ucu ampülün dış yüzeyine ve kırık kenarlarına dokunmadan sulandırıcı ampülün içine yerleştirilir (iğne ucu sıvının içinde olmalıdır).
Pasif elin baş ve yüzük parmağıyla enjektörün ajutaj kısmı tutulur.
Aktif olan el ile piston geriye doğru çekilerek sulandırıcı sıvının tamamı enjektöre çekilir.
İğne ucu ampülün kenarlarına değdirilmeden ampul içinden çıkarılarak kapağı kapatılır.
İğne kapağı kapatılır.
Enjektör içindeki havayı çıkarmak için, enjektör göz seviyesine getirilerek piston geri çekilir.
Enjektör gövdesine birkaç fiske vurulur.
Pistonu yukarı doğru itilerek fazla hava doz kaybı olmadan dışarı verilir.
Hazırlanan enjektör tedavi tepsisine bırakılır.
Toz İlaç İçeren Ampul Hazırlanacaksa;
Toz ilaç içeren ampul kırılır.
Enjektördeki sulandırıcı sıvının tamamı, ampülün kenarlarına ve toz ilaca temas etmeden yavaşça toz ilaç bulunan ampul içine boşaltılır.
İğne ucu ampülün kenarlarına değdirilmeden ampul içinden çıkarılarak kapağı kapatılır.
Ampul yavaşça kendi etrafında döndürerek ilacın erimesi sağlanır ve sıvı içinde partikül kalıp kalmadığını gözlemlenir.
İğne ucundaki kılıf çıkarılarak, hekim istemindeki istenen miktar kadar ilaç ampulden enjektöre çekilir.
İğne kapağı kapatılır.
Ampul, kesici- delici alet kutusuna atılır.
Enjektör içindeki havayı çıkarmak için, enjektör göz seviyesine getirilerek piston geri çekilir.
Enjektör gövdesine birkaç fiske vurulur.
Pistonu yukarı doğru itilerek fazla hava doz kaybı olmadan dışarı verilir.
İlaç dozu tekrar kontrol edilerek, enjektöre çekilen ilaç miktarı ile istem edilen miktar karşılaştırılır.
Enjektör gövdesine hastanın adı, ilaç adının, dozunun ve tarihinin yazılı olduğu etiketi yapıştırılır.
Tepsi içine ilaç çekilmiş enjektör ve diğer malzemeler yerleştirilir.
Toz ilaç içeren flakondan ilaç hazırlanacaksa;
Flakonun metal/plastik kapağı çıkarılır.
Sulandırıcı sıvı çekilmiş enjektör iğnesinin koruyucu kılıfı çıkarılır ve tedavi tepsisine bırakılır.
Pasif el ile flakon, aktif ele enjektör tutulur.
İğne ucu toz ilaç içeren flakonun kauçuk tıpasının orta noktasına batırılır.
Toz kısma enjektörün ucu dokundurulmadan, iğnenin keskin ucu flakonun cam duvarına dönük olacak şekilde sulandırıcı sıvı flakon içine yavaşça boşaltılır.
Flakonun içinde basınç oluşturan havanın enjektörün içine dolmasına izin verilir.
İğne ucu flakondan çıkarılarak kapağı kapatılır ve enjektör tedavi tepsisine bırakılır.
Flakonun içindeki ilaç çözünene kadar avuç içerisinde yuvarlanır.
İğne ucunun kapağı çıkarılır.
Flakondan çekilecek ilaç miktarı kadar(cc/ml) enjektöre hava çekilir.
Enjektör baş ve işaret parmağı ile kalem tutar şekilde tutularak flakonun orta noktasına batırılır.
Enjektör içindeki hava, iğne ucu flakonun hava içeren bölümündeyken flakonun içine verilir.
Enjektör ve flakon göz hizasında olacak şekilde ters çevrilir.
Flakonun içindeki iğne ucu sıvı içinde olmalıdır.
1.Tutuş Şekli;
Pasif elin işaret ve orta parmağı arasına flakon yerleştirilir. (Aktif el, ilacı enjektöre çeken ve pistonu kullanan eldir. Pasif el flakonu tutan ve sabitleyen eldir.)
Pasif elin yüzük ve baş parmağı ise enjektörün gövdesini tutarken, aktif elin baş ve işaret parmağıyla istenen miktar ilaç, enjektörün pistonu geri çekilerek enjektörün içine çekilir.

2.Tutuş Şekli

Pasif elin baş ve işaret parmağı flakonun baş kısmında olacak şekilde flakon kavranır. Aktif el ile enjektör tutulur ve pistonun sadece son bölümünden tutularak istenilen miktar ilaç enjektöre çekilir.

İğne ucu flakondan çıkarılır ve kapağı kapatılır.

Enjektörün pistonu hafifçe geri çekilir.

Enjektörün içinde hava varsa çıkarılır(IM enjeksiyonlar için 0.2 cc hava çekilir.).

Gerekli ise enjektörün ucu değiştirilir.

İlaç dozu ve ilaç bilgileri tekrar kontrol edilir.

Enjektör gövdesine hastanın adının, ilaç adının, dozunun ve tarihinin yazılı olduğu etiketi yapıştırılır.

Tepsi içine ilaç çekilmiş enjektör ve diğer malzemeler yerleştirilir.

Flakon cam atık kutusuna atılır.

El hijyeni sağlanır.

8.10. İlaç Dozu Hesaplama

Hasta dosyasından kimlik bilgileri, hekim istemi ve ilaç bilgileri tekrar kontrol edilir.

Bireyin ismi, ilacın ismi, dozu, uygulama yolu ve uygulama zamanı kontrol edilir.

Bireyin bu bilgilerini içeren ilaç kartı hazırlanır.

İlacın etkisi, amacı, yan etkileri ve hemşirelik uygulamaları gibi ilaca ilişkin bilgileri, ilaç prospektü gözden geçirilir.

Eldeki ilaç miktarı (ml/cc/dizyem/ kaşık) ve dozuna (mg/gr) göre istenilen ilaç miktarı ve dozunu ilaç doz hesaplama formülü ile doğru orantılı olarak hesaplanır.

İkinci bir hemşirenin hesaplanan dozu kontrol etmesi sağlanır.

İstenen Doz x Eldeki Miktar

İstenen Miktar = _____

Eldeki Doz

9. PARENTERAL İLAÇ UYGULAMALARI

9.1. İntradermal Enjeksiyon Uygulaması

MALZEMELER

- Antiseptik solüsyon (Kurum politikasına uygun, örn:%70 alkol), Pamuk, Enjektör ve iğne (0,5 ya da 1ml'lik enjektör, 25-27 gauge ve 1-1.5cm iğne), İlaç, Nonsteril Eldiven, Deriyi işaretlemek için kalem

ÖN HAZIRLIK

- İlaç istemi kontrol edilir (ilaç adı, dozu, yolu, zamanı), El hijyeni sağlanır ve ilaç hazırlanır

İŞLEM <ul style="list-style-type: none">• Hasta kimliği doğrulanır. Hasta ilaç ve uygulama hakkında bilgilendirilerek işlem için hastadan izin alınır.• Eldiven giyilir• Hastanın mahremiyetine özen gösterilerek uygun enjeksiyon bölgesi açılır (<i>ön kol, sırtın üst bölgesi vb.</i>)• Hassasiyet, şişlik, skar dokusu enflamasyon olmayan bir enjeksiyon bölgesi seçilir• Bölge merkezden dışarıya doğru antiseptikli pamukla dairesel hareketlerle temizlenir. Bölge kurumaya bırakılır (5-10sn)• Enjektörü eline alarak iğne koruyucusundan çıkarılır.• Enjektör iğnenin kesik ucu yukarı bakacak şekilde aktif elin başparmağı ve işaret parmağı arasında tutulur• Pasif elin başparmağı ve işaret parmağıyla enjeksiyon bölgesindeki cilt gerdirilir• İğne hastanın cildiyle 5-15° açı yapacak şekilde tutularak yaklaşık 3 mm (iğnenin kesik ucu tamamen görülmeyecek şekilde) ilerletilir• İğne dokuya yerleştirildikten sonra aktif el ile enjektör sabit tutulur• Pasif el pistonu doğru kaydımlarak deride yaklaşık 6mm çapında küçük bir kabarıklık oluncaya kadar ilaç yavaşça enjekte edilir• İğne batırılan açıyla çıkarılır. Bölgeye masaj yapılmaz. Enjeksiyon bölgesi deri kalemi ile daire içine alınarak işaretlenir.• Kullanılmış iğne ucu ve diğer malzemeler güvenli biçimde uygun atık kutularına atılır.• Hastaya rahat bir pozisyona gelmesi için yardımcı olunur. Eldivenler çıkarılır. Uygulama kayıt edilir• Enjeksiyon bölgesi, uygulanan ilacın ve deri testine göre belirlenen uygun zaman aralığından sonra değerlendirilir
--

9.2. Subkütan Enjeksiyon Uygulaması

MALZEMELER <ul style="list-style-type: none">• Antiseptik solüsyon (Kurum politikasına uygun, örn:%70 alkol), Pamuk (2 adet), Enjektör ve iğne (0,5 ya da 1ml'lik enjektör, 25-30 gauge ve 1-1.5cm iğne), İlaç, Nonsteril Eldiven
ÖN HAZIRLIK <ul style="list-style-type: none">• İlaç istemi kontrol edilir (ilaç adı, dozu, yolu, zamanı). El hijyeni sağlanır ve ilaç hazırlanır
İŞLEM <ul style="list-style-type: none">• Hasta kimliği doğrulanır. Hasta ilaç ve uygulama hakkında bilgilendirilerek işlem için hastadan izin alınır.• Eldiven giyilir. Hastanın mahremiyetine özen gösterilerek enjeksiyon bölgesi açılır• Hassasiyet, şişlik, skar dokusu enflamasyon olmayan bir enjeksiyon bölgesi seçilir• Bölge merkezden dışarıya doğru antiseptikli pamukla dairesel hareketlerle temizlenir. Bölge kurumaya bırakılır (5-10sn)• İşlem sonunda kullanmak üzere yeni hazırlanmış kuru pamuğu pasif elin yüzük parmağı ile küçük parmağı arasına yerleştirilir.• Enjektörü eline alarak iğne koruyucusundan çıkarılır. Enjektör aktif ele alınır, diğer el ile subkütan dokuya, işaret ve orta parmak ile toplanır ya da deri gerilir• Enjektör aktif olan elin baş ve işaret parmakları arasında 90° ise kalem gibi, 45°-60° ise parmakların altına kalacak biçimde tutulur.• Subkütan dokunun miktarına bağlı olarak 45°-90° bir açıyla hızlı bir şekilde iğne dokuya batırılır. Geri çekme işlemi yapılmaz.• Toparlanan subkütan doku serbest bırakılır. İlaç yavaş bir basınçla enjekte edilir.• İğne batırılan açıyla çıkarılır. İğne çekildikten hemen sonra kuru pamuk tamponla hafif basınç uygulanır. Bölgeye masaj yapılmaz.• Kullanılmış iğne ucu ve diğer malzemeler güvenli biçimde uygun atık kutularına atılır.• Hastaya rahat bir pozisyona gelmesi için yardımcı olunur. Eldivenler çıkarılır. Uygulama kayıt edilir

9.3. İntramüsküler Enjeksiyon Uygulaması

MALZEMELER <ul style="list-style-type: none">• Antiseptik solüsyon (Kurum politikasına uygun, örn:%70 alkol)• Pamuk (2 adet)• Enjektör ve 2 iğne (2,5 ya da 5ml'lik enjektör, 21-23 gauge ve 3.2-3.8cm iğne)• İlaç• Nonsteril eldiven
ÖN HAZIRLIK <ul style="list-style-type: none">• İlaç istemi kontrol edilir (ilaç adı, dozu, yolu, zamanı)• El hijyeni sağlanır ve ilaç hazırlanır

<ul style="list-style-type: none">• İlaç çekildikten sonra enjektör iğnesi değiştirilir• Enjektöre 0,2 ml hava çekilerek hava kilidi tekniği uygulanır.•
İŞLEM <ul style="list-style-type: none">• Hasta kimliği doğrulanır• Hasta ilaç ve uygulama hakkında bilgilendirilerek işlem için hastadan izin alınır.• Hastanın mahremiyetine özen gösterilir• Eldiven giyilir• Hastaya uygun pozisyon verilir ve sadece enjeksiyon yapılacak bölge açıkta bırakılır.• Enjeksiyon bölgesini belirlemek için anatomik işaret noktaları kullanılarak enjeksiyon bölgesi seçilir (<i>Ventrogluteal bölge, vastus lateralis kası, rektus femoris, deltoid kası, dorso gluteal bölge</i>). Bakımız VENTROGLUTEAL BÖLGE BELİRLEME• Alanda nodül ya da kitle olup olmadığını palpe edilerek kontrol edilir.• Bölge merkezden dışarıya doğru antiseptikli pamukla dairesel hareketlerle temizlenir. Bölge kurumaya bırakılır(5-10sn)• İşlem sonunda kullanılmak üzere hazırlanmış kuru pamuğu aktif olmayan elin yüzük parmağı ile küçük parmağı arasına yerleştirilir. Enjektörü eline alarak iğne koruyucu kapağından çıkarılır.• Enjektör aktif ele alınır, diğer el enjeksiyon yapılacak bölgeye yerleştirilerek deri gerdirilir. Zayıf hastalarda kas toplanır.• (<i>Z tekniği kullanılacaksa pasif elin ulnar tarafı ile enjeksiyon bölgesindeki cilt 2,5-3,5 cm kadar gerdirilir</i>)• Hastaya derin nefes alıp-vermesini söylenir• Enjektör aktif olan elin baş ve işaret parmakları arasında (kalem gibi) tutulur. İğne 90 derecelik açıyla ve hızla hastanın deri yüzeyine batırılır.• Aktif olmayan eli yavaşça deri üzerinden çekilir ve enjektörün pistonu tutularak hafifçe geri çekilir (en az 5 sn bekle). Enjektörün ajutajı içine kan gelip gelmediğini gözlenir. Eğer kan enjektöre geri gelmişse iğneyi hemen geri çekilerek işlem sonlandırılır.• Eğer kan gelmemiş ise ilaç yavaşça verilir (her 10sn'de 1 ml ilaç).• İlaç verildikten sonra 10sn beklenir.• İğne batırılan açıyla çıkarılır. İğne çekildikten hemen sonra kuru pamuk tamponla hafifbasınç uygulanır. Bölgeye masaj yapılmaz.• Hastaya rahat bir pozisyona gelmesi için yardımcı olunur.• Kullanılmış iğne ucu ve diğer malzemeler güvenli biçimde uygun atık kutularına atılır.• Eldivenler çıkarılır• Uygulama kayıt edilir

9.4. İntravenöz Bolus/Puşe İle Enjeksiyon Uygulaması

MALZEMELER <ul style="list-style-type: none">• Antiseptik Solüsyon (Kurum politikasına uygun Örn: %70 alkol), Pamuk, IV kateter (20-22 gauge), Enjeksiyon portu (kuruma özgü), IV ilaç/serum, Flaster (3 adet), Turnike, Tıbbi atık kutusu, Nonsterildiven
ÖN HAZIRLIK <ul style="list-style-type: none">• İlaç istemi kontrol edilir (ilaç adı, dozu, yolu, zamanı), El hijyeni sağlanır, IV ilaç hazırlanır

İŞLEM

- Hasta kimliği doğrulanır
- Hasta ilaç ve uygulama hakkında bilgilendirilerek işlem için hastadan izin alınır.
- Hasta rahat, uzanmış konumda kolunu sabit tutacak şekilde yerleştirilir.
- Uygun veni belirlemek için kol incelenir ve palpe edilerek giriş yapılacak bölge seçilir.
- Kol altına koruyucu örtü yerleştirilir.
- Eldiven giyilir
- Belirlenen giriş bölgesinin 15-20 cm üzerinden turnike uygulanır. Distal kısımda nabızın varlığı kontrol edilir. Turnike 2 dk'dan daha fazla bağlı bırakılmamalıdır.
- Pasif elin işaret ve orta parmağıyla ven hafifçe palpe edilir.
- Antiseptikli pamukla merkezden dışarı doğru dairesel hareketlerle bölge temizlenir ve kurumaya bırakılır.
- Antiseptiğin kuruması beklenir
- Kateter aktif el ile tutulur,
- Pasif el ile kolu alttan kavrayıp başparmağı ile uygulama bölgesinin 4-5cm altından deri gerilir.
- Kateter venin tahmin edilen derinliğine bağlı olarak 15-30° açıyla tutularak damara paralel olacak şekilde vene girilir.
- Kateterin geri akım haznesine kan gelip gelmediği kontrol edilir.
- Kateterin açısı, vene girdikten hemen sonra 10-15° küçültülür.
- Kateteri ven içinde (0.6cm) ilerletilir.
- Kateter ven içinde ilerletirken içindeki çelik iğne dışarı doğru hareket ettirilir.
- Sonra kateter tamamen damara doğru ilerletilir.
- Turnike aktif el ile açılır.
- Kateter dikdörtgen şeklinde kesilmiş flasterle venin üstünden sabitlenir.
- İğnenin baş kısmındaki kapak kateterin mavi kısmına takılır
- Kateterin hemen üzerinden pasif el ile bası uygulanır
- Aktif el ile kateterin içindeki çelik iğne tamamen çıkartılır
- Enjeksiyon yapılacak IV ilaç/serum seti kateterle birleştirilir
- Pasif el kateter giriş yerindeki ven üzerinden kaldırılır
- IV ilaç/serum yavaşça verilir
- Tekrar pasif el ile kateter üzerine basınç yapılır
- IV ilaç/serum kateterden çıkarılır
- Mavi kısımdaki kapak alınarak kateterin giriş yerine yerleştirilir
- Pasif elin işaret parmağı kateter üzerinden kaldırılır.
- -Kateterin tespiti için önce dikdörtgen şeklindeki flasterin biri üstten ,sonra kesilmiş flasterle (ortadan kesilmiş dikdörtgen şeklindeki) alttan kateter kanatlarını örtecek şekilde sabitlenir. Kurum politikasına göre şeffaf örtü vb. araçlar kullanılabilir. Tekrar IV ilaç bolus şeklinde verilecekse IV ilaç verilmeden önce ve hemen sonra kurum politikasına uygu olarak önerilen solüsyonla kateter yıkama yapılır.
- Flastere uygulama tarih, saati, uygulamayı yapan hemşirenin adı-soyadının baş harfleri yazılır.
- Hastaya rahat ettiği pozisyonu verilir.
- Malzemeler kaldırılır.
- Eldiven çıkarılır
- Uygulama kaydedilir.

9.5. İntravenöz Sıvı Tedavisini Başlatma

MALZEMELER

- Antiseptik Solüsyon (Kurum politikasına uygun Örn: %70 alkol)
- Sıvı seti
- Damla ayalayıcı set (Doseflow)
- Nonsteril ediven
- Mayi askısı
- Hemşire gözlem formu

ÖN HAZIRLIK

- Hekim istemi kontrol edilir (sıvı adı, dozu, zamanı)
- El hijyeni sağlanır
- IV kateter kontrol edilir
- Malzemeler hazırlanır

İŞLEM

- Eler yıkanır
- Serum seti paketinden çıkarılarak klemp kapatılır ve iğnesi kontrol edilir
- Damla ayarlayıcısı paketinden çıkarılarak sıvı seti ile bağlantısı sağlanır
- IV solüsyon torbası paketinden çıkarılır (cam şişede ise askısı takılır)
- IV solüsyon torbasının/şişesinin kapağı açılır
- Sıvı setinin solüsyona giriş ucundaki koruyucu kılıf çıkarılır ve torba/şişe ile bağlantısı sağlanır
- Solüsyonun torbası/şişesi ters çevirilerek mayi askısına asılır
- Sıvı setinin havalandırma kapağı açılır, boş haznesi başparmak ve işaret parmak arasında sıkılıp gevşetilerek yarısına kadar(1/3 ya da 2/3) sıvı ile doldurulur
- Sıvı setinin IV katetere giriş ucu böbrek küvete (atık alanı) doğru tutulur ve sıvı setinin klemp açılır, setin havası çıkarılır, hava ve hava kabarcığı kalmadığından emin olunduktan sonra sıvı setinin klemp kapatılır
- Hekim isteminde varsa ilaç çekilmiş enjektörün iğnesi IV solüsyon torbasının iğne giriş ucuna/şişesinin lastik portuna batırılır, enjektördeki ilaç solüsyon içine enjekte edilir ve enjektör çıkarılır. İlaç etiketi IV solüsyon üzerine yapıştırılır.
- Hazırlanan I solüsyon malzeme tepsisine konur.
- Hasta kimliği doğrulanır, hastaya işlemle ilgili bilgi verilir onayı alınır.
- IV solüsyon mayi askısına asılır
- Eldiven giyilir
- Koruyucu örtü hastanın IV kateterinin altına serilir
- IV kateterin açık olup olmadığı kontrol edilir (yıkama solüsyonu çekilmiş enjektörü kateterin giriş yerine yerleştirilir ve pistonu hafif geri çekilir, kan gelebilir, enjektördeki sıvı enjekte edilir, eğer pıhtı varsa solüsyon değiştirilir, solüsyon kateterden ilerlemiyorsa kateter tıkalıdır ve yeni bir damar yolu açılmalıdır)
- Damla ayarlayıcısının ucundaki kapak açılır
- Bir el ile IV kateterin giriş bölgesindeki venin üzerine hafif basınç uygularken diğer el enjektör çıkarılır ve sıvı set ile kateterin bağlantısı yapılır.
- Damla ayarlayıcı ile sıvı akış hızı ayarlanır
- Sıvı setinin klemp açılır, set flasterle kola tespit edilebilir
- Hastaya rahat ettiği pozisyonu verilir.
- Malzemeler kaldırılır.
- Eldiven çıkarılır
- Uygulama kaydedilir.

9.6. İntravenöz Solüsyon Şişesinin/Torbasının Değiştirilmesi

İŞLEM

- Malzemeleri hazırlama (İntravenöz solüsyon, Tek kullanımlık eldiven)
- IV solüsyon şişesinin ya da torbasının bitmesine yaklaşık bir saat kala vermeniz gereken solüsyonu hastanın yanına getirme
- Solüsyonu hekim isteminden kontrol etme. Deride renk değişikliği ve sızıntı olup olmadığını gözlemlenme
- Kimlik bandını kontrol ederek ve hastanın adını ve soyadını sorarak hastanın kimlik bilgilerini kontrol etme
- Hastaya giden solüsyon, 25-50 ml den daha az kaldığında şişeyi değiştirmek için hazırlık yapma
- İşlemi hastaya açıklama.
- Sıvı setinin damlalığının yarısına kadar solüsyonla dolu olmasına dikkat etme
- Ellerinizi yıkayın ve eldiven giyme
- Solüsyon şişesini IV solüsyon askısına asmak için şişe üzerinden şişe askısını yerleştirme (Solüsyon torbasında ise torba üzerinde kendi askı yeri vardır)
- Eğer cam şişe kullanılacak ise metal başlığı veya metal kauçuk disklerini çıkarma. Şişeyi kolayca ulaşabileceğiniz bir yere bırakma
- Akış ayarlayıcı makarayı kısarak infüzyonu durdurma
- Eski IV solüsyon şişesi ya da torbasını IV sıvı askısından çıkarma. Bir eliniz ile boşalan şişeyi ya da torbayı ters çevirirken, diğer el ile sıvı setinin damlalığından tutarak, damlalığı hızlıca şişeden ya da torbadan çıkarma ve boş şişeyi ya da torbayı bir kenara koyma. Damlalığın solüsyon şişesine ya da torbaya giren ucunu kontamine etmeden elinizde tutma.
- Boş elinizle yeni IV solüsyon şişesini kavrama ve IV solüsyon setini şişenin lastik tıpasının tam ortasındaki büyük delikten itme.
- Eğer plastik solüsyon torbası takılacak ise IV set girişi olan kısımdaki koruyucu kılıfı çevirerek çıkarma ve IV solüsyon setinin sivri ucunu açtığımız yerden kuvvetlice itme.
- Yeni IV solüsyon şişesi ya da torbasını ters çevirerek IV solüsyon askısına asma.

- IV sıvı setinde hava kabarcığı olup olmadığını kontrol etme.
- Eğer kabarcık varsa akış ayarlayıcı makarayı kapatma, IV sıvı setini aşağı doğru gererek ve parmakla vurarak hava kabarcıkları çıkarma (sıvıdaki kabarcıklar hazneye doğru yükselir).
- IV sıvı setinin damlalık haznesini iki parmağınız arasında sıkıp gevşeterek 1/3-1/2 oranında solüsyonla doldurma
- Eğer damla haznesi çok dolu ise, IV seti damla haznesinin altından kıvrılarak, solüsyon şişesini/torbasını ters çevirme, hazneyi sıkıştırma, IV seti serbest bırakma ve IV solüsyon şişesini solüsyon askısına takma.
- Sıvı akışını isteme göre ayarlama.
- Eski solüsyon şişesini uygun yere atma.
- Eldivenleri çıkarma ve ellerinizi yıkama.
- IV sıvı tedavisine yanıtı değerlendirmek için, hastayı aşırı hidrasyon (sıvı alımı) ve dehidratasyon (sıvı kaybı) yönünden gözleme.
- İnfüzyon hızını belli aralıklarla kontrol etme.
- Verilen sıvının miktarı ve tipini, yeni sıvının miktarını, tipini ve hastanın işleme tepkisini sıvı izlem kâğıdına kaydetme.
- Hastayı, yeni solüsyon, ilave edilen ilaçlar, akım hızı ve yan etkiler açısından bilgilendirme.

İNTRAVENÖZ KATATERİN ÇIKARILMASI

MALZEMELER

- Pamuk, Distile su (antiseptikli solüsyon), Flaster, Tıbbi atık kutusu, Nonsteril ediven

ÖN HAZIRLIK

- Kateterin takılma tarihi kontrol edilir, El hijyeni sağlanır

İŞLEM

- Hasta kimliği doğrulanır. Hasta uygulama hakkında bilgilendirilerek işlem için hastadan izin alınır
- Hasta rahat, uzanmış konumda kolunu sabit tutacak şekilde yerleştirilir. Kol altına koruyucu örtü yerleştirilir
- Eldiven giyilir. Flaster/tespit materyalinin kenarları ıslatılır
- Pasif el ile kateter sabitlenirken aktif el ile flaster köşelerden başlayarak yukarıdan aşağı doğru nazikçe çıkarılır
- IV kateter cilde paralel olacak şekilde düz bir hat boyunca yavaşça çıkarılır ve hemen pamuk yerleştirilir
- Kanama durana kadar pamukla bölgeye basınç uygulanır (2-3dk)
- Hastaya rahat ettiği pozisyonu verilir.
- Malzemeler kaldırılır. Eldiven çıkarılır. Uygulama kaydedilir

9.7. Vacutainer İle Kan Alma Uygulaması

MALZEMELER

- Antiseptik solüsyon (Kurum politikasına uygun, örn:%70 alkol), Pamuk (2 adet), Vacutainer adaptörü ve vacutainer iğnesi, Turnike, Kan tüpü, Nonsteril Eldiven, Kesici delici atık kutusu, Enjeksiyon bandı

ÖN HAZIRLIK

- Hekim istemi kontrol edilir (tüpler belirlenir), El hijyeni sağlanır ve malzemeler hazırlanır, Laboratuvar istek formunu kontrol edilir ve tüplerin uygunluğunu tekrar kontrol edilir. Tüpler üzerine hastaya ait barkodu yapıştırılır.

İŞLEM

- Hasta kimliği doğrulanır. Hastaya işlemle ilgili bilgi verilir, izni alınır.
- Malzemeler için uygun yer seçilir. Kan istemine göre hastanın kahvaltı yapıp yapmadığı ya da sonuçları etkileyecek ilaç alıp almadığı sorgulanır. Antibakteriyel solüsyonla eller temizlenir
- Vacutainer iğnesinin adaptör ile bağlantı yapacak ucunun kapağı çıkarılır, vacutainer adaptörü ile iğnesinin bağlantısı sağlanır ve malzemeler tepsiye bırakılır
- Hastaya oturur ya da supine pozisyon verilir
- Hassasiyet, şişlik, skar dokusu enflamasyon olmayan uygun ven bölgesi seçilir
- Her iki koldaki venler gözlenir ve palpe edilir, görerek ve dokunarak bir ven seçilir
- Kol altına tedavi bezi ve muşambası yerleştirilir
- Turnikeyi seçilen damarın 10-15cm üzerinden bağlanır. Çok sıkı ya da gevşek bağlanmamalıdır. Uygulama koldan yapılacak ise seçilen kol kalp seviyesinden aşağıda olmalıdır. Turnike 1 dk'dan daha fazla bağlı bırakılmamalıdır.
- Venin dolgunluğunu arttıran uygulamalar yapılır
- Eldiven giyilir
- Belirlenen ven palpe edilir
- Bölge merkezden dışarıya doğru antiseptikli pamukla dairesel hareketlerle temizlenir. Bölge kurumaya bırakılır (5-10sn)
- Damara gireceğiniz noktanın 2,5 cm- 5cm altından pasif el ile aşağı doğru bastırın ve kolu alttan kavrayarak deriyi gerdirilir
- Vacutainer iğnesinin eğimli kısmı yukarı bakacak şekilde tutulur
- Vacutainer iğnesi ile deri 10-30° açı yapacak şekilde tutularak vene girilir.
- Aktif el ile vacutainer adaptörü sabit tutulurken pasif el ile kan tüpü iğneye doğru itilir
- Kan tüpüne yeterli miktarda kanın dolması beklenir ve kan dolduktan sonra kan tüpü çıkarılır. Varsa diğer kan tüpleri doldurulmaya devam edilir. Son tüp vacutainer adaptöründen ayrılır. Tüpleri yavaşça birkaç kez çevrilir
- Turnike çıkarılır
- Vacutainer iğnesi cilde paralel olacak şekilde düz bir hat boyunca kuru pamukla desteklenerek yavaşça çıkarılır
- Kanama durana kadar (2-3dk) pamukla basınç uygulanır. (Kanama durduktan sonra bölgeye enjeksiyon bandı yapıştırılır)
- Vacutainer iğnesi, vacutainer adaptöründen çıkarılır ve kesici delici atık kutusuna atılır.
- Kan tüpleri etiketleri kontrol edilir
- Hastaya rahat ettiği pozisyonu verilir. Malzemeleri kaldırılır. Eldivenleri çıkartılır, eller antibakteriyel solüsyonla yıkanır
- Kan tüplerini ilgili laboratuvara gönder.



EK 2. LABORATUVAR ÇALIŞMALARI

Kan Örneği Alırken Dikkat Edilecek Hususlar

Kan, potansiyel bir enfeksiyon kaynağı olduğu için kan alırken evrensel korunma önlemlerine dikkat edilir.

Hastanın elini yumruk yapması, kasların metabolik aktivitesini arttırdığı için sonuçların yanlış çıkmasına sebep olabilir.

Kan alımı esnasında hasta yatar veya oturur pozisyonda olmalıdır.

Üç dakika ve üzerinde turnike uygulanması hemolizlere neden olabileceği için turnike uygulaması en fazla bir-iki dakika olmalıdır.

IV İnfüzyon yapılan koldan kan örneği alınmaz. Damar yolu açık hastalarda kan alma için hastanın diğer kolu kullanılır.

İçinde ilave madde olan tüpler yavaşça döndürülerek karıştırılır, çalkalanmaz.

Kan örneği alınacak iğnenin çapı önemlidir. Çapı küçük olan kateterlerden kanı zorlayarak çekmek hemolizlere neden olabilir. Bu nedenle en uygun kan örneği alma yöntemi, vacutainer sistemidir.

Enjektör ile kan alınıyorsa kanın tüpe basınçla boşaltılmasından kaçınılmalıdır. Vakumlu tüp hacmi kadar kanı kendisi vakumlayacaktır.

Antikoagülan içeren vakumlu tüplere kan alımı sırasında kanın işaretli çizgiye kadar dolmasına özellikle dikkat edilmelidir. Yani kan akışı durana kadar tüp çekilmemelidir.

İşlem öncesi kullanılan antiseptik maddenin tamamen kuruması beklenir.

Alınan kan örneği tüpünün üzerine, hastanın kimlik bilgilerini içeren etiket uygun şekilde yapıştırılır.

Alınan kan örneği bekletilmeden laboratuvara ulaştırılır.

Kan örneği alındığı anda pıhtılaşan bölüm serum, pıhtılaşmadan kalan ve fibrinojen içeren bölüm ise plazmadır. Bazı kan testleri için serum, bazıları içinse plazma kullanılır. Bu nedenle, hangi kan örneğinin hangi tüp içerisine alınacağını bilmek önemlidir.

Kan alımı şu sıra ile yapılmalıdır.

- Kan kültür şişeleri
- Koagülayon testleri için sitratlı tam kan tüpleri
- İlave madde içermeyen düz kan tüpleri
- Hematoloji testleri için EDTA'lı tam kan tüpleri

Diğer bir deyişle; bir çok test için kan örneği alınacak ise öncelikle kırmızı, sonra yeşil, gri, mavi, siyah ve en son mor tüp içerisine kan alınır. En son mor tüp içine kan alınma nedeni, damara girildiği anda pıhtılaşma sürecinin başlaması nedeni ile pıhtılaşma faktörlerinin düzeyinin düşük çıkabilme olasılığının olmasıdır.

KAN TÜPLERİ



Kırmızı : İçinde herhangi ilave bir madde yoktur ve kuru kan tüpü olarak adlandırılır. Genelde, ilaç düzeyleri, bazı biyokimya, seroloji testleri ve kan grubu analizi için kan örneği bu tüplere alınır.



Mor: EDTA içerir. Hematolojik testler için kullanılır.



Yeşil: Heparin içerir. Biyokimya, arter kan gazları, hormon düzeyleri ve bazı immünolojik çalışmalar için kan örneği bu tüplere alınır.



Mavi: Sodyum sitrat içerir. Pıhtılaşma testleri için kullanılır.

Gri: Glikolizi önleyen sodyum florid içerir.

EK 3. TAM KAN SAYIMI

Eritrosit (RBC)	Kadın 4.2-5.4x10 ⁶ Erkek 4.7-6.1x10 ⁶
Hemoglobin (Hgb)	Kadın 12.0-16.0 g/dl Erkek 14.0-18.0 g/dl
Hematokrit (HTC)	Kadın % 37-47 Erkek %42-52
Lökosit (WBC)	5.000-10.000/mm ³
Nötrofil	1,8-7.7 bin/ul
Lenfosit	1,0-7.0 bin/ul
Monosit	0.0-0.7 bin/ul
Eozinofil	0.0-0.4 bin/ul
Bazofil	0.0-0.1 bin/ul
Trombosit (PLT)	150-450 K/ul
Demir	Kadın 50-170 ug/dl Erkek 60-175 ug/dl

Tam kan sayımı anemi, enfeksiyon ve birçok başka hastalığın olup olmadığını kontrol için yaygın bir tarama testi olarak kullanılmaktadır. Gerçekte kanın değişik bileşenlerini inceleyen bir test olup aşağıdakileri içermektedir:

- ✚ Lökosit (WBC) sayımı birim kan hacminde mevcut o anki lökosit sayımını gösterir. Lökositlerdeki artışlar ve azalmalar önemli olabilir
- ✚ Formül lökosit mevcut lökositlerin tiplerini inceler. Her biri bizi enfeksiyondan korumada kendi işlevini yerine getiren, beş farklı tipte lökosit bulunmaktadır. Formül lökosit kişinin lökositlerini tiplerine göre sınıflandırmaktadır: nötrofiller, lenfositler, monositler, eozinofiller ve bazofiller.
- ✚ Eritrosit sayımı (RBC) birim kan hacminde mevcut o anki eritrosit sayımını gösterir. Eritrositlerdeki artışlar ve azalmalar anormal durumlara işaret edebilmektedir.
- ✚ Hemoglobin kandaki oksijen taşıyan protein miktarını ölçer.
- ✚ Hematokrit belli bir tam kan hacmindeki eritrositlerin yüzdesini ölçer.
- ✚ Trombosit sayımı belli bir kan hacmindeki trombositlerin sayısıdır. Hem artışlar hem de azalmalar aşırı kanama veya pıhtılaşma gibi anormal rahatsızlıklara işaret edebilir.

Kardiyak Göstergeler

Kreatinin Kinaz (CK)	Kadın <170 U/L Erkek <190 U/L
Troponin T (TNT)	Negatif < 0.05 ng/ml

- ✚ Kas veya kalp hücreleri hasarlandığında kan CK düzeyleri yükselmektedir.
- ✚ Troponinler kalp krizinin neden olabileceği göğüs ağrısı olduğunda ölçülür. Kalp krizinin olup olmadığını gösterir. Hemen ve sonrasında 4-6 saat aralıklarla tekrar bakılır. Kalp krizi geçiren bir hastada troponin düzeyleri hasardan sonraki 3 veya 4 saat içinde yükselir ve 10-14 gün süre ile yüksek kalabilir.

Koagülasyon Testleri

Kanama Zamanı (Ivy)	4-8 dk
Protrombin Zamanı (PZ)	18-24 sn
International Normalized Ratio (INR)	<3

- ✚ Protrombin zamanı (PT) testi bir kan örneğinde bir pıhtının ne kadar sürede oluştuğunu ölçer.
- ✚ Uluslararası Düzeltme Oranı (INR), warfarin (kumadin) gibi kan sulandırıcı ilaçların etkinliğini izlemek amacıyla kullanılır. Bu anti-koagülan ilaçlar, kan pıhtısı oluşmasını önlemeye yararlar. İnatçı uygun olmayan kan pıhtılaşması görülen hastalarda uzun süreli tedavi amacıyla reçete edilirler.

Lipidler

Kolesterol	Normal < 200 mg/ml
HDL (High-Density Lipoprotein) Kolesterol	Kadın >45 mg/dl Erkek>40 mg/dl
LDL (Low-Density Lipoprotein) Kolesterol	Normal < 130 mg/ml
Trigliserid;	< 150 mg/dl

- ✚ Sağlıksız lipid düzeylerini taramak ve kalp hastalığı geliştirme riskini belirlemek için lipid testleri kullanılır.
- ✚ Kan yağları denince “iyi” (HDL) ve “kötü” (LDL) kolesterol ile “trigliserid”i hatırlamalıyız. Bu maddelerin kan seviyesinde belirli sınırlar içinde kalması gerekir.

Tiroid Testleri

Tiroksin (T4)	4.6-11.0 ug/dl
Triyotdotironin (T3)	80-200 ng/dl
Troid Stimulan Hormon (TSH)	0.27-4.20 uU/ml

- ✚ TSH– hipotiroidi, hipertiroidi, hipotiroidi için yenidoğanların taranması ve tiroid replasman (yerine koyma) tedavisini izlemek için bu test uygulanır
- ✚ T4 veya serbest T4 – hipotiroidi, hipertiroidi ve yenidoğanları hipotiroidi açısından taramak için kullanılır.
- ✚ T3 veya serbest T3 – hipertiroidi testi

EK 4. RUTIN BIYOKİMYA TESTLERİ

Globulin	2.3-3.4 g/dl
Albumin	3.5-5.0 g/dl
Üre	10-50 mg/dl
Ürik asit	Kadın 2.4-5.7 mg/dl Erkek 3.4-7.0 mg/dl
Kreatinin	Kadın 0.6-1.2 mg/dl Erkek 0.7-1.3 mg/dl
Kalsiyum	8.5-10.5 mg/dl
Glukoz	70-110 mg/dl
Aspartat Amino Transferaz (AST)	Kadın <31 U/L Erkek <37 U/L
Alanin Amino Transferaz (ALT)	Kadın <31 U/L Erkek <41 U/L
Sodyum	135-148 mmol/L
Potasyum	3.5-5.5 mmol/L
Klor	98-100 mmol/L
Magnezyum	1.70-2.55 mg/dl

EK 5. TAM İDRAR ANALİZİ

Görünüm	Berrak
Renk	Açık sarı
PH	4.6-8
Protein	Negatif
Yoğunluk	1.005-1.030
Glukoz	Negatif
Lökosit	0-4
Eritrosit	< 2

- ✚ Böbrek hastalıklarını, idrar yolu enfeksiyonlarını ve metabolik hastalıkları tarama amacı ile kullanılır.
- ✚ Normal rutin muayenede, veya karın ağrısı, yan ağrısı, sık idrara çıkma, ağrılı idrar yapma, idrardan kan gelmesi gibi idrar yolu enfeksiyonlarını düşündüren durumlarda, gebelik kontrollerinde, hastaneye kabulde veya cerrahi işlemlerden önce yapılır.
- ✚ 50-100 ml idrar; sabah ilk idrar en değerlisidir.
- ✚ Bir idrar analizinin birçok yorumu olabilir. Bunlar bazı şeylerin kötüye gittiğinin bir uyarıcısı olarak birer kırmızı alarıdır. Genellikle miktarı anormal olarak artan madde(glukoz, protein veya kırmızı kan hücreleri gibi) sorunun ne olduğuna işaret eder. Fakat sonuçlar tam olarak doktora bulguların sebebinin söylemez veya geçici veya kronik bir olay olup olmadığını göstermez.
- ✚ Normal bir idrar tahlili de hiçbir hastalık olmadığını garanti etmez. Bazı insanlarda hastalığın erken dönemlerinde bir madde artışı olmazken, bazılarında hemen o gün artış olur (yani tek bir testte kaçırma olabilir). Çok seyreklik bir idrarda kimyasalların küçük artışı saptanamaz.

Ek 6. GÖRÜNTÜLEME TESTLERİ

Bilgisayarlı Tomografi (BT)



Bilgisayarlı tomografi; x-ışını kullanılarak vücudun incelenen bölgesinin kesitsel görüntüsünü oluşturmaya yönelik radyolojik teşhis yöntemidir. Görüntüleri röntgenden çok daha ayrıntılıdır. abdominal BT", göğüs kafesi incelenecek ise "toraks BT" denir. Bilgisayarlı tomografi işlemi incelenecek organa göre isimlendirilir. Örneğin karın bölgesi incelenecek ise "

İnceleme sırasında hastanın bilgisayarlı tomografi masasında hareketsiz olarak yatması gerekir. Masa, cihazın orta kesimine doğru hareket ederken ilgili vücut kesimini görüntülemek için çok sayıda kesitsel görüntü cihaz tarafından alınır. İnceleme sırasında acı ya da ağrı hissi oluşturacak bir uygulama bulunmamaktadır.

BT; göğüs ve karın organları tetkikinde en iyi yöntemlerden biridir. Akciğer, paranazal sinüsler, karaciğer ve pankreas hastalıklarının da aralarında bulunduğu pek çok

hastalığın tanısında tercih edilen yöntemdir. BT görüntüleme ile biyopsi gibi tanı veya tedavi amaçlı minimal invazif işlemlerin rehberliği sağlanabilmektedir. BT, kemik görüntüleme de sıklıkla kullanılan bir tanı yöntemidir. El, ayak, omuz ve diğer iskelet sistemi yapıları ile omurga kemik patolojileri tanısında da kullanılmaktadır.

Travma geçiren olgularda hızlı tarama yapabilmesi ve detaylı görüntüler sağlanabilmesi özelliklerinden yararlanarak in, bey karaciğer, dalak, böbrekler ile diğer iç organ yaralanmaları teşhisinde BT kullanılmaktadır. Ayrıca inme, gangren ya da öbrek b yetmezliği sonuçlarına yol açabilecek damar patolojileri tanısında da kullanılan yöntemlerdendir.



Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR)

Manyetik Rezonans Görüntüleme büyük mıknatıslarla oluşturulan güçlü manyetik alan içinde radyo dalgaları kullanılarak belirli anatomik yapıları, diğer yapılardan net olarak ayırt etmek, sağlıklı ve hastalıklı dokular arasındaki farklılıkları saptamak ve tanımlamak için kullanılan bir tıbbi tekniktir. Bu özelliğiyle de çok küçük bebeklerde ve hamilelerde bile (hamileliğin ilk üç ayında mutlak bir gereklilik olmadıkça tercih edilmez) tanısal amaçla güvenle kullanılabilen bir yöntemdir.

Ayrıca MR uyumlu anestezi cihazları yardımıyla kapalı yerde bulunma korkusu olan hastalarda, yaş olarak çok küçük çocuk ve bebeklerde, içeride hareketsiz kalamayacak hastalarda güvenli bir şekilde çekim yapılabilmektedir.

Özellikle yumuşak dokuları görüntülemeye kullanılır. **Merkezi sinir sistemi** (beyin ve omurilik) hastalıklarının teşhisinde, sporcu yaralanmalarında, kas iskelet sistemi, özellikle **menisküs, bel fıtığı** gibi rahatsızlıkların tespitinin yanı sıra her türlü **nörolojik** hastalıkların değerlendirilmesinde sıkça kullanılmaktadır.

Manyetik rezonans görüntüleme süresi, inceleme yapılan bölgeye, bölge sayısına, konulan ön tanıya göre değişiklik gösterip 15 dk. ile 75 dk. arasında sürebilir. Ayrıca gerek görülürse inceleme esnasında IV (damar içi) yoluyla **kontrast madde** kullanılarak kontrastlı çekim yapılır.

MR görüntülemenin, canlı organizma üzerinde şu ana kadar kanıtlanmış herhangi bir zararı yoktur. Buna gebeler de dahildir; ama yine de organ gelişiminin gerçekleştiği ilk üç ayda MR çekimi önerilmez. Metal etkileşimi olan, vücudunda mıknatıs ya da metal protez taşıyan, kalp pili kullanan, göz içinde yabancı cisim bulunan, ateşli silah yaralanması geçirmiş olan (çoğu uyumsuz metaldir) ya da kalıcı dövme sahibi kişilerin MR cihazına girmeleri sakıncalı kabul edilir (hayati tehlike doğurabilir).



Röntgen

Röntgen, vücudunuzdaki yapıların, özellikle de kemiklerin görüntülenmesini sağlayan hızlı, acısız bir testtir. Röntgen ışınları aynı zamanda düşük dozda radyasyona maruz kalmanızı sağlayabilir.

Röntgen teknolojisi vücudun birçok bölümünü incelemede kullanılır.

Kemikler ve dişler

- **Kırıklar ve enfeksiyonlar:** Kemiklerdeki ve dişlerdeki kırıklar ve enfeksiyonlar, birçok durumda röntgen filmlerinde açıkça görünür.
- **Artrit:** Eklemlerinizin röntgen filmleri, artrit belirtilerini ortaya koyabilir. Yıllar boyunca çekilen röntgen filmleri, doktorunuzun, artritinin kötüleşip kötüleşmediğini belirlemesine yardımcı olabilir.
- **Diş çürümesi:** Diş hekimleri, dişlerdeki çürükleri kontrol etmek üzere röntgen kullanır.
- **Osteoporoz:** Özel röntgen testi türleri kemiklerinizin yoğunluğunu ölçebilir.
- **Kemik kanseri:** Röntgen aynı zamanda kemiklerinizdeki tümörleri gösterebilir.

Göğüs

- **Akciğer enfeksiyonları veya sorunları:** Zatürre, tüberküloz veya akciğer kanseri gibi sorunların belirtileri göğüs röntgenlerinde görülebilir.
- **Meme kanseri:** Mamografi, meme dokusunu incelemek üzere kullanılan özel bir röntgen testi tipidir.
- **Kalp büyümesi:** Konjestif kalp yetmezliğinin belirtilerinden biri, röntgen filmlerinde açıkça görülen kalp büyümesidir.
- **Damar tıkanması:** İyot içeren bir kontrast madde verilmesi, dolaşım sisteminin kesitlerini röntgen filminde görülebilecek şekilde aydınlatmaya yardımcı olabilir.

Karın

- **Sindirim sistemi problemleri:** Bir içecek veya lavman ile verilen kontrast madde olan baryum, sindirim sisteminin herhangi bir yerindeki problemleri görüntülemeye yardımcı olabilir.

- **Yutulan nesnelere:** Çocuğunuz bir anahtar veya bozuk para gibi bir şey yuttuğunda, röntgen filmi; söz konusu nesnenin yerini gösterebilir.

Ultrasonografi (USG)



Ultrasonografi yüksek frekanslı ses dalgaları kullanılarak vücut içindeki organların ve diğer yapıların görüntülenmesidir. Tetkikin vücuda herhangi bir zararı yoktur. X-ışınları vb zararlı radyasyonlar kullanılmaz. **Ultrasonografi en çok, sıvı içeren organların ve yapıların incelenmesinde yararlıdır. Kemik gibi katı yapılar ve akciğer gibi hava dolu organlar (çok fazla sıvı içermediklerinden) ultrasonda iyi görünmezler. Fakat sıvı içeren organlardaki kitle ve katı oluşumlar izlenebilir. Ultrasonografi çeşitli alanlarda kullanılır: Batın (karın) içi organları incelemeye (abdominal USG),kadın hastalıklarında (jinekolojik USG),gebelik ve doğum takibinde (obstetrik USG), kalp işlevlerinin ve yapısının incelenmesinde (ekokardiografi),meme dokusunu incelemeye (mamografi), damarların-tiroid-testis-göz vb organ ve yapıların incelenmesinde. İncelenen organın yerine ve özelliğine göre, değişik ultrason cihazları ve problar kullanılır. Ultrasonografide prob, genelde (abdominal USG'de olduğu gibi) vücut üzerinde gezdirilir. Probu vücut içine sokulması yoluyla yapılan USG çeşitleri de vardır: Transvaginal, transrektal gibi.**

Ek 7. KÜLTÜR TESTLERİ



Kültür, sıklıkla enfeksiyonları tespit için kullanılan bir testtir. Enfeksiyondan enfeksiyondan kuşkulanan bir vücut bölgesinden numune alıp ortamda var olabilen bakteriler veya mantarlar gibi canlı hastalık etkenlerinin mikroorganizmaların çoğalmas amacıyla katı veya sıvı besiyerine (örn: agar) ekilmesi işlemidir. Kan, idrar, gaita, balgam, yaradan gelen irin gibi çeşitli vücut sıvısı numunelerinde kültürler yapılabilir.

O halde numune toplama yöntemleri kuşkulanan enfeksiyonun yerleşimine ve alınan numuneye bağlıdır.

Buradaki resimde bir ucu pamuklu çubuğun boğaz arka yüzeyine sürülerek kültür için için numune alma yöntemi gösterilmektedir.

Kan Kültürü

Kanda bakteriler veya maya mantarlarının varlığını saptamak, mevcut mikroorganizmayı(ları) tanımlamak ve tedaviyi yönlendirmek için kan kültürlerinden yararlanılmaktadır. Tipik olarak iki veya daha fazla sayıda kan kültürü istenmekte ve ardışık kan örnekleri alınmaktadır. Hastada potansiyel bir enfeksiyonu gösteren lökositlerin sayısında artış olup olmadığını belirlemek için sıklıkla kan kültürüyle birlikte veya öncesinde tam kan sayımı (TKS) istenmektedir.

İdrar Kültürü

İdrar yolu enfeksiyonu tanısı koyabilmek için yapılır. Eğer yan ağrısı, ağrılı ve sık idrara çıkma gibi idrar yolu enfeksiyonu semptomlarına rastlanılırsa bu test yapılır.

İdrar kültürü almadan önce, idrarı etrafındaki deriden bakterilerle kontamine etme riskinden dolayı, idrar toplamadan önce genital bölgenin temizlenmesi önemlidir (özellikle kadınlarda). Kadınlarda labialar açılıp önden arkaya doğru temizlenmelidir; erkeklerde penisin ucu temizlenmelidir.

İdrar çıkarmaya başlayınca bir miktar idrar tuvalete yapılır, sonra 9 veya 10 cc idrar steril idrar kabına yapıldıktan sonra geri kalan kısım da tuvalete yapılır. Buna orta akım temiz idrar denir.



Gaita Kültürü



İshallerin sebebinin araştırılması sırasında, klinik tablonun patojen bir bakteri tarafından meydana getirilip getirilmediğinin belirlenmesi amacıyla kullanılır.

Ayrıca başta gıda sektörü olmak üzere insan sağlığı ile ilişkili olabilecek iş kollarında çalışanlar için yapılan portör araştırmaları sırasında da gaita kültürüne ihtiyaç duyulur.

Gaita kültürü, klinik tablodan patojen bir bakterinin sorumlu olup olmadığının araştırılması ve mevcutsa bu etkenin izolasyonu amacıyla uygulanır. Birkaç gün içinde iyileşmeyen, kanlı, müküslü, dışkılama ile birlikte karın ağrısı, kusma ve ateş gibi şikâyetlerin bulunması, bakteriyel bir enfeksiyon olasılığını akla getirir.

Gaita örneği, laboratuvara temiz ağız kapaklı bir kap içinde veya transport besiyeri (Carry Blair) içinde ulaştırılmalıdır. Carry-Blair transport besiyeri numunenin 24 saate kadar muhafazasına olanak olarak verdiği halde, doğrudan transport edilen numunelerin 1-2 saat içinde ekim işlemine tabi tutulması

gerekir.

Balgam Kültürü



Balgam kültürü akciğerlerde (zatürre) veya solunum yollarında (bronşit) enfeksiyona neden olabilen mikropları saptamak ve tanımlamak için uygulanmaktadır. Balgam normalde ağız boşluğunda bulunan tükürükten farklıdır. Balgam, hastanın akciğerlerinde, bronşlarında veya alt solunum yollarında enfeksiyon olduğu zaman bulunan kıvamlı bir sıvıdır.

Balgam enfeksiyona neden olan hastalık etkenleriyle (bakteriler, virüsler veya mantarlar) birlikte konakçının enfeksiyona verdiği hücrel reaksiyon bileşenlerini de (müküs, lökosit (WBC), eritrosit (RBC), solunum yolunun iç yüzeyini döşeyen hücreler) içerebilir. Hasta genellikle derinden gelen bir öksürükle balgam numunesi verebilir.

Kültür için bir balgam numunesi, enfeksiyona neden olabilen mikroorganizmaların çoğalması için üreme besiyeri üstüne konur. Enfeksiyona neden olan mikroorganizmalar solunum sisteminin normal mikroorganizmalarından ayırt edilip tanımlanır. Hastalığa neden olan mikroorganizmalar saptandığında hangi antibiyotiklerin mikroorganizmaların çoğalmasını engellediği ve enfeksiyon için

hangi tedavinin uygun olacağını belirlemek için ileri testler de yapılabilir.

Bakteriyel Yara Kültürü



Bakteriyel yara enfeksiyonunu belirlemek, spesifik bir bakterinin varlığını saptamak, ayrıca antibiyotik duyarlılık testleri için bakterilerin çoğaltılması ve izolasyonu için bu test yapılır.

Yaranın bir patojenik mikroorganizma tarafından enfekte olduğundan şüphelenirse ve bazen de bir enfeksiyon tedavisinden sonra tedavinin başarısını ölçmek için yapılır.

Ucunda pamuk bulunan steril bir çubuk ile hücreler veya enfeksiyon olduğundan şüphelenilen yüzeysel bölgedeki [iltihaplı alandan](#) toplanır. Bir enjektör ile ve /veya doku [biyopsisi](#) ile derin yaralardaki sıvı aspire edilir.

Ek 8. Hasta tanılama ve bakım planı formu

KTÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİHEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI DERSİ

HASTA TANILAMA VE BAKIM PLANI FORMU

Hastanın Tanıtıcı Özellikleri:

Adı Soyadı:
Protokol numarası:
Uyruğu: TC () Diğer ().....
Doğum Tarihi/Yaşı:
Cinsiyet:
Dini İnanıcı:
Sosyal Güvencesi: ()Yok ()Var:
Eğitim Durumu:
Mesleği:
Medeni Durumu: Bekar () Evli ()
Çocuk Sayısı:
Birlikte yaşadığı kişiler:
Eşinin Mesleği (Evliliğe):

Öğrenci Hemşire:
Görüşme Tarihi/ Saati:
Bilgi Kaynağı: Kendisi () Yakını () Sağlık Elemanı () Dosyası () Diğer ()
Acil durumda ulaşılabilecek bireyin adı soyadı:
Adres/Tel:
Hastaneye Yatış Tarihi:
Yattığı Servis:
Oda Numarası:
Tıbbi Tanısı:

Hastanın Sağlık/ Hastalığa İlişkin Bilgileri:

Nereden Geldi?: Ev () Acil () Yoğun Bakım ()
Diğer ().....

Servise Geliş Şekli: Yürüyerek () Tekerlekli Sandalye ()
Sedyeye ()

Bulaşıcı hastalık: Yok () Var () :.....

Alerjiler: Yok () Var () İlaç () :.....

Yiyecek:..... () Kimyasal:.....

Kan Grubu:.....

Daha önceden kan transfüzyonu oldu mu?
Evet () Hayır ()

Kan transfüzyonu oldu ise reaksiyon gelişti mi? Evet ()
Hayır ()

Şimdi Hastaneye Yatış Nedeni / Şikayetleri:
Daha önce hastaneye yattı mı? Hayır () Evet ()
Nedeni:.....

Geçmiş Hastalık/Ameliyat/ Kaza Öyküsü:
Türü:..... Zamani:.....
Sonucu:

Alışkanlıkları:
Sigara... ..paket/gün
Alkol... ..miktar/gün/hafta
Diğer.....

**Aile Sağlık/ Hastalık Öyküsü (aile üyelerinin sağlık/
hastalık durumlarına ilişkin detaylı bilgi)**
Anne:
Baba:
Kardeş:
Yakın akraba:

Sürekli Kullandığı İlaçlar:

Adı Dozu Kullanım nedeni Kullanım süresi

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Aile ile Görüşme (Hasta Yanında Görüşülmeyecek):

-Hastalık Hakkında Bilgileri:

-Hastanın Önemli Sorunları- Gereksinimleri:

-Evdeki Bakım Olanakları:

Hemşirelik Öyküsü:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TIBBİ TANI FORMU

Hastanın Tıbbi Tanısı:.....

Hastalığın Risk Faktörleri:

.....
.....
.....
.....

Hastalığın Belirti-Bulguları:

.....
.....
.....
.....

Hastalığın Tedavisi, Prognozu ve Hemşirelik Bakımı:

Tedavisi ve Prognozu:

.....
.....
.....
.....
.....

Hemşirelik Bakımı:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bireye Özgü Diğer Veriler:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Yararlanılan Kaynaklar:

.....
.....

YAŞAM SÜRESİ

(Konsepsiyon ile başlayan ve ölüme kadar süren, kişinin yaşam bütünlüğünü oluşturan Yaşam Modelinin temel ögesidir.)

Bireyin içerisinde bulunduğu yaşam evresinin özelliklerini bireye özgü değerlendiriniz.

.....
.....
.....
.....
.....

Hasta birey yaşam süresi içerisinde hangi evrede/dönemde yer almaktadır, işaretleyiniz.

- Doğum Öncesi (Anne karnındaki 9 aylık evre)
 Bebeklik Dönemi (0-2 yaş)
 Oyun Çocuğu Dönemi (3-6 yaş)
 Çocukluk Dönemi (6-10 yaş)
 Ergenlik Dönemi (11-17 yaş)
 Gençlik Dönemi (18- 24 yaş)
 Erişkinlik Dönemi (25-65 yaş)
 Orta Yaş Dönemi(66-79 yaş)
 Yaşlılık Dönemi (80 yaş ve üzeri)
 Ölüm Evresi

YAŞAM AKTİVİTELERİ

1. GÜVENLİ ÇEVRENİN SAĞLANMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ AKTİVİTESİ

Bilişsel algılama

Bilinç: Uyanık() Konfüzyon() Laterjik() Stupor() Koma()

Oryantasyon: Yer() Kişi() Zaman()

Bellekte bozulma: Var() Yok()

Glaskow Koma Skalası

GÖZ AÇIMI	VERBAL (SÖZEL)	MOTOR
1. Göz açımı yok	1. Yanıt yok	1. Yanıt yok
2. Ağrılı uyarı açar	2. Anlaşılmaz sesler	2. Ağrıya ekstansör cevap
3. Sözel uyarı ile açar	3. Anlamsız kelime	3. Anormal fleksör cevap
4. Spontan açık	4. Dezoryante	4. Ağrıya fleksör cevap
	5. Oryante	5. Ağrıya lokalize eder
		6. Emirlere uyuyor
Total skor		
15: oryante, 13-14: konfüze, 8-13:stupor, 3-8:perikoma, 3:koma		

Duyuşsal Algılama

Görme: Normal() hipermetrop() miyop() astigmat() çift görme() bulanık görme() katarakt()

glakom(): Hangi gözde:.....

Gözlük/lens: kullanmıyor() kullanıyor(), özellikleri: süresi:

Göz enfeksiyonu bulguları:.....

Göz için kullanılan ilaçlar;.....

Tanımlayınız:

Işık Refleksi: pozitif() negatif() Kornea refleksi: pozitif() negatif()

İşitme:

İşitme: normal () az () işitme kaybı () Hangi taraf:.....

İşitme cihazı: kullanmıyor() kullanıyor(), sağ/sol, süresi, tipi, şikayetleri:.....

Kulak enfeksiyonu belirtileri:.....

Tat alma:.....

Koku alma:.....

Dokunma/hissetme: normal () az () aşırı () açıklayınız:

Ağrı:

Hastanın ağrı ifadesi: “ ”

Ağrı: Yok () Var () Akut () Kronik () Çok az () Biraz () Ağrıyor () Çok ağrıyor () Dayanılmaz ()

Ani / şiddetli () Yakıcı () Belli / belirsiz () Zonklayıcı () Sancı () Bıçak saplanıyor () Rahatsız edici ()

Sıklığı:.....Süresi:

Yeri :Yayılışı:.....







Ağrı ile eşlik eden şikayetler/ yakınmalar:

Ağrıyı azaltan faktörler:

Ağrıyı arttıran faktörler:

Genel olarak sağlığınız nasıldır?

() çok iyi () iyi () biraz kötü () çok kötü

					
Yok(0)	Çok Az (2)	Biraz (4)	Ağrıyor (6)	Çok (8)	Dayanılmaz (10)

Görsel ağrı skalası puanı:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VAS Ağrı skalası puanı:

Değerlendirme: Hastalar için elde edilen değerlerin ortalaması alınır. 1-4 puan, hafif ağrı, 4 saatte bir değerlendirilir. 5-6 puan orta şiddette ağrı, 2 saatte bir değerlendirilir. 7 ve üzeri puan şiddetli ağrı, saatte bir değerlendirilir.

Ağrının hastada yarattığı diğer durumlar:

Çene-yumruk sıkma () Ajitasyon () Ağrılı bölgeyi tutma-ovma () Postür değişikliği ()

Gözlerinin sıkıca kapalı/açık olması () Bulantı/kusma () Uykusuzluk ()

Hastanın daha önce ağrısını gidermek için kullandığı yöntemler:.....

İlaç Tedavileri

Uygulanan ilaç tedavisi:

Önerilen tedavilere uyumu:

Travma Risk Faktörleri

Yaralanmaya neden olacak risk faktörlerini tanımlayınız:

Koruyucu uygulamaları tanımlayınız(yatak kenarlığı, hareket kısıtlaması, izolasyon, refakat..vb) :

Çevredeki Tehlikelerden ve Kazalardan Korunma durumunu tanımlayınız:

Risk faktörleri:

Enfeksiyon riski ().....

Yaralanma riski () Basınç yarası riski ()

Nöbet geçirme() Düşme riski ()

İtahi düşme riski ölçeği puanı:.....

Kanama riski () Antikoagülan kullanımı()

Hastaneden kaçma riski ()

Çevresine zarar verme riski ()

Kendine zarar verme riski ()

Kendine zarar verme öyküsü()

Yetişkin Hastalar İçin İtahi Düşme Riski Ölçeği

RISK FAKTÖRLERİ		PUAN
Minör Risk faktörleri	65 yaş ve üzeri	1
	Bilinç kapalı	1
	Son 1 ay içinde düşme öyküsü var	1
	Kronik hastalık öyküsü var.*	1
	Ayakta veya yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği) gereksinimi var.	1
	Üriner-fekal inkontinasi var.	1
	Görme durumu zayıf	1
	Günlük 4'ten fazla ilaç kullanımı var.	1
	Hastaya bağlı 1 veya 2 adet bakım ekipmanı var.**	1
	Yatak korkulukları bulunmuyor veya çalışmıyor.	1
	Yürüme alanında fiziksel engel(ler) var.	1
Majör Risk Faktörleri	Bilinç açık koopere değil	5
	Ayakta veya yürürken denge problemi var.	5
	Baş dönmesi var.	5
	Ortostatik hipotansiyonu var.	5
	Görme engeli var.	5
	Bedensel engeli var	5
	Hastaya bağlı 3 ve üzerinde bakım ekipmanı var.**	5
Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var. ***	5	
<input type="checkbox"/> Düşük Risk	Toplam Puanı 5 'in altında	Toplam
<input type="checkbox"/> Yüksek Risk	Toplam Puanı 5 ve 5 'in üstünde (Dört yapraklı yonca figürü kullanılır.)	
<p>*Kronik hastalıklar: Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hastalıkları, Sindirim Sistemi Hastalıkları, Artrit, Paralizi, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar **Hasta Bakım Ekipmanları: IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren, Perfüzyatör, Pacemaker vb. ***Riskli İlaçlar:Psikotropolar, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiyabetikler, Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.), Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar</p>		

BİREYE ÖZGÜ EKLEMELERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILARI

2. İLETİŞİM AKTİVİTESİ

Şu anki sağlığını değerlendirmesi:

Hastalığa yaklaşımı/ hastalığı kabul etme durumu:

Tedavi/ bakıma yaklaşımı (reddetme/öfke/inanma...):

Sağlık ekibi üyeleri ile iletişim kurmada sorun yaşama: Hayır () *Evet ()

*Tanımlayınız:“.....”

Diğer hastalar ile iletişim kurmada sorun yaşama:

Hayır () *Evet ()

*Tanımlayınız:“.....”

Hastalık ve hastanede yatma durumunun, hasta yakını/ ailenin yaşamını etkilemesi:

Hayır () *Evet ()

*Tanımlayınız:“.....”

İletişim kurabilmek için yardıma gereksinim:

Hayır () *Evet ()

*Tanımlayınız:“.....”

İletişim Güçlüğü:

Konuşmada () İşitmede () Anlamada () Görmede ()

Varsa tanımlayınız:“.....”

Konuşamamayasebep olan engellerin olması (endotrakeal entübasyon/ trakeostomi/ baş, yüz cerrahisi/ solunum yetmezliği/ beyin hasarı vb. nedenleriyle yazınız):

Öğrenme Engelleri:()Yok ()Dil farklılığı ()Motivasyon eksikliği ()Anksiyete ()Depresyon ()Zihinsel yetersizlik

Uyumsuz/anlamsız konuşma/Kekeleme/Telaffuz problemi: Hayır () *Evet ()

*Tanımlayınız:.....

Çevresel uyaranlar (Gürültü, tedavi saatleri, hastane ortamı, vb): Hayır () *Evet ()

*Tanımlayınız:“.....”

Uyaranların azalması (izolasyon, vb):

Yalnızlık duygusunun ifade edilmesi:

Kullanılan alternatif iletişim özelliği/ Sözel olmayan iletişim teknikleri:

- Genel Görünümü/Beden Duruşu:.....
- Göz iletişimi: Var () Yok ()
- Duruma uygun yüz ifadesi ve mimikler: Var () Yok ()
- Aktif Dinleme: Var () Yok ()
- Ses tonu, vurgu ve duraklaması:

- Dokunma/sarıma/elini tutma gibi durumları kabul etme durumu: Hayır () Evet ()

Tanımlayınız:

Bireyin algıladığı herhangi bir gerginlik durumu: Korku () Anksiyete() Huzursuzluk ()
Ruhsal durumunda değişiklik-depresif, meraklı:

.....

Enerjisini kendine yöneltme yeteneği-hareketsizlik:

.....

Bireyin kendine ait farkındalığı, düşünceleri (Beden bilinci, bireysel kimliği):

.....

Hastalık sonrası bedeninde değişimlerin olduğunu düşünüyor mu? Hayır() *Evet ()

*Bedeninde görünür bir değişim varsa (amputasyon, kolostomi,ameliyat izi, alçı vb) bu değişimleri nasıl değerlendiriyor?(Olumlu-olumsuz duygularını irdelleyiniz)

- Bölgeye bakmama () - Bölgeden utanma() - Bölgeyi saklama davranışı()

-Kendine güvensizlik (ben yapamam, başaramam vb) () -Göz temasından kaçınma() -İçe kapanıklık-ağlama()

Tanımlayınız:.....

Stres ve problemi ile baş etmek için kullandığı yöntemler:

() Ağlama () Dua etme () Duyguları paylaşma () Bilgi edinme () Alkol/sigara içme () Bir şeyler yeme

() Dikkati başka alanlara yöneltme () Yürüyüş/egzersiz yapma () Solunum egzersizi yapma () Banyo yapma

() Soruna yönelik kitap okuma () İlaç kullanma- ilacın adı:

() Diğer.....

Birey kendini nasıl değerlendiriyor? (kendinizi nasıl tanımlarsınız?, kendi özelliklerinizi beğeniyor musunuz?, başkaları sizi nasıl tanımlar?, hastalık sonrası değiştiğinizi düşünüyor musunuz? vb sorularla değerlendirilebilir)

:".....

.....

.....

.....

....."

Sizce hastalanmanıza ya da şu anda hastanede yatmanıza ne sebep oldu? (Bu soruda hastanın şu anki durumuna gelmesinde kendisini suçlama eğilimini değerlendirmeye çalışınız)

:".....

.....

....."

Geleceğe ilişkin plan yapma durumunu değerlendiriniz(hastaneden çıkınca ne yapmayı planlıyorsunuz? Gelecekte beklersiniz?):

:".....

.....

....."

İyileşmeye yönelik istekliliğin olmaması:

Duygulanımda azalma (sevinme, üzülme vb tepkilerinde azalma):

BİREYE ÖZGÜ EKLEMELERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILARI

3. SOLUNUM AKTİVİTESİ

Solunum sıkıntısı: Yok () Var () Tanımlayınız:.....

Ne zaman:

Rahatlama Durumu (Nasıl rahatlıyor?): Tanımlayınız:

Öksürük: Yok (), var () Tanımlayınız:.....

Balgam: Yok (), var () Tanımlayınız:.....

Sekresyon () (çıkaramama durumu, miktar, çıkarma sıklığı, renk, koku vb)

Açıklayınız:.....

Sayısı: /dk. Oksijen saturasyonu:.....

Ritmi: düzenli () düzensiz () çabalı ()

Derinliği: normal () yüzeysel () derin ()

Şekli: Hiperventilasyon () Hipoventilasyon () Takipne () Bradipne () Wheezing () Apne () Dispne ()

Ortopne () Biot solunum ()

Yardımcı solunum kaslarının kullanımı ():Süresi/kullanım sıklığı vb:

Yardımcı solunum cihazlarının kullanımı ()

Burun akıntısı () Burun Tıkanıklığı () Pnömotoraks / Hemotoraks() Siyanoz ()

Hemoptizi ()

Trakeostomi () Trakeotomi ()

Oksijen kullanımı: yok () var () açıklayınız:

Maske/nazal, miktarılt/dk

Mekanik ventilatör () Nebulizatör () BBAP () CBAP()

Göğüs tüpü () sağ / sol

Aspirasyon (solunum yollarına bir cisim/sekresyon kaçma) riski: yok (), var ()

açıklayınız:

Kardiyovasküler sistem:

Nabız:Nabız hızı:/dk. Taşikardi () Bradikardi ()

Nabız alınan yer:

Radial arter sağ ():...../dk Radial arter sol ()..... /dk

Apikal nabız ():/dk Diğer:Yeri:/dk

Ritmi düzenli (), düzensiz (), aritmik ()

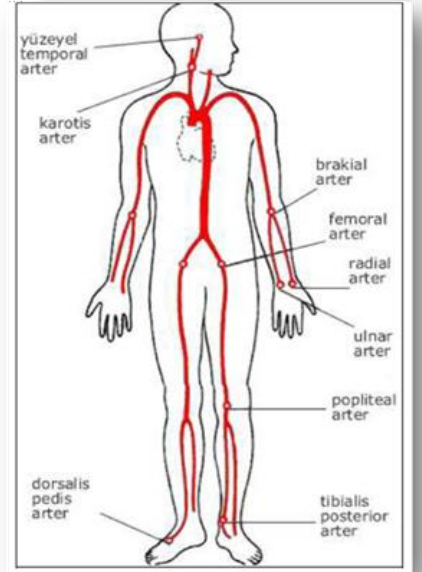
Nabız dolgunluğu: Simetrisi:

Kapiller dolum: normal-zamanında() gecikmiş kapiller dolum()

Kan basıncı:.....sağ kol () /sol kol () **Nabız basıncı:**.....

Hipotansiyon () Hipertansiyon () Ortostatik Hipotansiyon ()

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ



AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILARI

4. BESLENME AKTİVİTESİ

Yiyecek Alım Yolu: Hiç almıyor() Oral() Enteral() Parenteral () Diğer ():.....
 Oral almıyorsa sebebi:.....
 Parenteral ise yeri: () IV yol () santral kateter () port kateter
 Parenteral besin adı-içeriği (TPN):.....
 Beslenme durumu: Kendisi besleniyor () Yardıma gereksinimi var ()
 Diyeti :..... Diyete uyma durumu:
 Günlük öğün sayısı (Günlük 5 besin grubunu alım durumu ve bu konudaki bilgi düzeyini de değerlendiriniz):

Normal beslenme alışkanlığı:

Hoşlandığı yiyecekler:.....
 Hoşlanmadığı yiyecekler:.....
 Sık ve çok tüketilen yiyecekler:.....
 İştah durumu: değişiklik yok () iştahta artma (), azalma (), Hazımsızlık () sebebi:.....
 Günlük tuz tüketimi:.....
 Hastalık ya da hastanede yatma beslenme düzenini etkiledi mi?.....

() Gastrostomi () N/G Enteral beslenme planı:.....

Kilo:Boy:..... BKi:..... Kaşeksi () Obezite ()
 Kilo değişikliği var mı?..... Kaç aydır var?..... Neden?.....
 Beslenmeyi Engellleyen Faktörler: Oral Lezyonlar() Ağız kokusu() Diş çürüğü() Ameliyat() Yutma Güçlüğü ()
 Bilinç Durumu () Fiziksel Güçsüzlük() Protez diş() İlaç ve alkol tüketimi() Emzirme()

Ağız Boşluğu Dahil, Doku ve Mukoz Membran Bütünlüğü

<u>Ruhsal Durum</u> Dikkatli..... 0 Apatik..... 1 Sakin..... 2 Koopere değil..... 3	<u>Sıvı Yiyecek Alımı</u> İyi..... 0 Yetersiz diyet..... 1 Yalnızca sıvı..... 2 Sıvı alımı yok..... 3	<u>Disler/Dışteli/Protez diş</u> Temiz ve travma yok..... 0 Travma var..... 1 Protez diş var..... 2 Sınırlı diş teli hareketi..... 3
<u>Dudaklar</u> Düzgün ve nemli..... 0 Kuru ve çatlak..... 1 Kamıyor..... 2 Yaralanmış..... 3	<u>Dil</u> Pembe ve nemli..... 0 Paslı..... 1 Parlak/kırmızı..... 2 Çatlamış/kabarıklık var..... 3	<u>Tükürük</u> Var ve sululu..... 0 Koyu..... 1 Yetersiz..... 2 Yok..... 3
<u>Mukoz Membran</u> Pembe ve nemli..... 0 Kırmızı ve paslı..... 1 Beyaz bölgeler var..... 2 Yaralanmış..... 3	<u>Hastanın Yaşı</u> 16-29..... 0 30-49..... 1 50-69..... 2 70 ve üstü..... 3	<u>Havayolu</u> Normal..... 0 Oksijen tedavisi..... 1 Nebulizasyon tedavisi..... 2 Ağızdan solunum yapma..... 3 Oral entübasyon..... 4
<u>Ek Göstergeler</u> Yüksek doz antibiyotik..... 4 Steroidler..... 4 Radyoterapi..... 4 Diyabet..... 4 Anemi/sitotoksik ilaçlar..... 4 Baskılanmış ümmin sistem..... 4	<u>Risk Puanı Değerlendirme</u> 30 ve üstü .....Yüksek Risk 24-29 .....Orta Risk 23 ve altı.....Düşük Risk	

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMSİRELİK TANILARI

5. BOŞALTIM AKTİVİTESİ

Üriner Boşaltım

İdrara çıkma şekli, kontrolde güçlük var mı?

İdrar Rengi : Kokusu :
Miktarı : Dansitesi : Ph:
İdrar yolu enfeksiyonu, böbrek sorunu öyküsü: Yok () Var () açıklayınız:.....

İdrar yaparken ağrı() Zorlanma() Damla damla idrar() İnkontinans () İdrar kateteri ()
Hematüri() Dizüri() Poliüri() Oligüri() Pollaküri() Retansiyon () Anüri () Noktüri () Glob ()
Boşaltım şekli: Foley kateter (), Suprapubik kateter (), Prezervatif sonda (), Hemodiyaliz (), Periton diyaliz ()
İdrarda renk değişikliği:..... İdrarda olağan dışı koku:.....
Diüretik kullanımı:.....
Sıvı kısıtlaması ya da sıvı yüklemesi var mı?.....neden?.....
Günlük sıvı alımı:.....

Bağırsak boşaltımı

Barsak boşaltım şekli-sıklığı, özelliği:
Dışkı özelliği: Normal() Melena() Fekal inkontinans() Kötü kokulu dışkı () Diyare () Konstipasyon () :kaç gündür?:.....
Antidiyaretik kullanma durumu() Lavman / laksatif kullanma()
Dışkılama alışkanlığı (günlük gaita sıklığı):.....
Boşaltım yapılan yer: Yatakta () Tuvalette () Güç, ağrılı defekasyon ()
Boşaltım yolu: Anal () Kolostomi () İleostomi ()
Ne kadar süredir stoması var:.....
Stoma bölgesi enfeksiyon varlığı () Stoma bakımını kim yapıyor:.....
Stoma bakım bilgisi var mı?:....., kimden aldı:.....
Tuvalette: Kendisi gidiyor () Birey yardımı gerekiyor ()
Boşaltım için özel bir diyet uyguluyor mu?
Rektal ağrı / dolgunluk () Karın ağrısı () Hemoroid () Kramp () Gaz / gerginlik Hissi ()
Rektal Kanama() Tanımlayınız.....

Abdomen fiziksel değerlendirilmesi:

Bağırsak sesleri:/dk
Karında asit varlığı() Karında ağrı ile beraber kas spazmı() Öksürük ile karında ağrı ()

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILARI

6. KİŞİSEL TEMİZLİK VE GİYİNME AKTİVİTESİ

	Yeterli düzeyde	Yetersiz düzeyde	Bağımsız	Bağımlı	Bilgi gereksinimi
Ağız hijyeni					
Saç hijyeni					
Banyo yapma					
Ayak temizliği					
Tırnak temizliği					
Tuvalet hijyeni					
Menstruasyon Hijyeni					

()Mevsimine uygun giyinme

Giyinmede zorluk yaşıyor mu?.....

Deri

Turgor: ()Normal ()Dehidrate

Deride renk değişikliği: Soluk () Siyanotik() Sarı()

() Ödem Ödem derecesi:.....

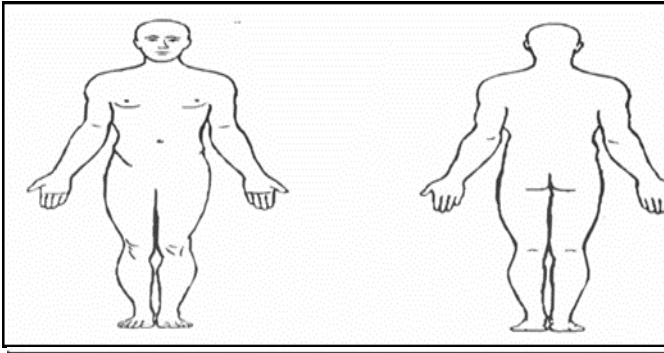


Basınç Yarası Risk Faktörleri

Obezite() Zayıflık () Beslenme bozukluğu() Anoreksiya() Diyabet() Anemi () Hipotansiyon ()

Serebrovasküler olay() Ödem() Travma() Periferik vasküler hastalık() Yaşlılık() Hareket kısıtlılığı()

Yatağa bağımlılık () Büyük ameliyat () Stereroid kullanımı () Hipertermi () Hipotermi() Tüp ile beslenme ()



Basınç Yarası: Yer (yandaki resimde işaretleyiniz):

Büyüklik: Derecesi:

() Kuruluk () Kaşıntı () Tırnak değişikliği

Tanımlayınız:.....

BRADEN SKALASI (Toplam skorun 16' da

Duyu / algı	Nem	Aktivite	Hareketlilik	Beslenme	Sürtünme	Toplam
Tamamen sınırlı 1	Sürekli nemli 1	Yatağa Bağımlı 1	İmmobil 1	Çok kötü 1	Problem 1	
Çok sınırlı 2	Çok nemli 2	Sandalye 2	Çok Sınırlı 2	Yetersiz 2	Olası problem 2	
Hafif Sınırlı 3	Arasıra nemli 3	Ara sıra yürüyor 3	Hafif Sınırlı 3	Yeterli 3	Problem yok 3	
Bozulma yok 4	Nadiren nemli 4	Sık sık yürüyor 4	Sınırlama yok 4	Çok iyi 4	Bozulma yok 4	

BİREYE ÖZGÜ EKLEMELERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENENHEMŞİRELİK TANILARI

7. VÜCUT SICAKLIĞININ KONTROLÜ AKTİVİTESİ

Vücut Sıcaklığı:.....

Ölçüm yeri

() Aksiller () Frontal () Timpanik () Rektal () Temporal () Oral () Diğer.....

() Terleme durumu () Üşüme durumu

() Sıcak/ soğuk uygulama, Tanımlayınız:.....

BİREYE ÖZGÜ EKLEMELERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILARI

8.HAREKET AKTİVİTESİ

Genel yaşam tarzı: Aktif () Sedanter ()

Egzersiz/sporyapmadurumu: Hayır () Evet () Egzersiz (tipi, sıklığı, süresi):.....

Üst ekstremiteler: sorun yok () var () Tanımlayınız:

Alt ekstremiteler: sorun yok () var () Tanımlayınız:

Harekette zorlanma: Hayır () Evet () Tanımlayınız:

Yorgunluk () Güçsüzlük () Enerji kaybı () Tanımlayınız:.....

Postür: Kifoz () Skolyoz () Kifoskolyoz () Huni göğüs () Fıçı göğüs ()

Hareket sınırlılığına neden olan faktörler: Mutlak yatak istirahati () Kramp () Tremor () Kırık () Ekstremiteler kaybı ()

Tanımlayınız:.....

() Hareketi/ aktiviteyi tolere edememe durumu (Bireyi aktivite sırasında ve aktiviteden en az 3 dk sonra güçsüzlük, ağrı, çabuk yorulma, dengesiz yürüme, baş dönmesi, dispne, solunum ve nabız hızı yönünden gözleyiniz, kaydediniz):.....

Mobil destekleyici araç: yürüteç () baston () tekerlekli sandalye () korse () koltuk değneği ()

Eklemlerin durumu: kızarıklık () hassasiyet () şişlik () hareket kısıtlılığı () krepitus () deformite () kontraktür () ağrı () eklemlerde şişlik- hassasiyet () ısı artışı ()

Günlük yaşam aktivitelerine yanıtı: yorgunluk (), efor dispnesi (), diğer ():

Renk: soluk (), siyanoze (), kızarıklık ()

Kas gücü değerlendirilmesi

Kas gücü derecesi:

KAS GÜCÜ DEĞERLENDİRME SKALASI

Derece	Normal Gücün Yüzdesi	ÖZELLİĞİ
0	0	Kasta hiç kontraksiyon olmaması, paralizisi
1	10	Hareket yoktur
2	20	Hareket edebilir, fakat yerçekimini yenemez.
3	50	Ancak yerçekimini yenecek kadar hareket eder.
4	75	Hafif kuvvet azlığı vardır. Yerçekimini ve minimal düzeydeki direnci yener.
5	100	Normal kuvvet

Kuvvet:

Üst ekstremité: Eşit () Eşit Değil () Kuvvetli () Orta () Zayıf ()

ROM: Tam () Sınırlı ()

Alt ekstremité: Eşit () Eşit Değil () Kuvvetli () Orta () Zayıf ()

ROM: Tam () Sınırlı ()

Pleji / paralizi () hemipleji () parapleji () Tanımlayınız:.....

Aşağıda verilen faaliyetleri yapabilme yeteneğini algılama:

	0	1	2	3	4	
Yeme-içme						Düzeý 0: Bağımsız Düzeý 1: yardımcı araçlarla Düzeý 2: Başkalarının yardımı ile Düzeý 3: Başka kişinin ve araçların yardımı ile Düzeý 4: Tamamen bağımlı
Banyo- yıkanma						
Giyinme- çeki düzen						
Tuvalete gitme						
Yatak içi mobilite						
Ulaşım						
Yürüme –gezinme						
Merdiven çıkma						
Alışveriş yapma						
Yemek pişirme						
Evin bakımı						

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILARI

9. ÇALIŞMA VE EĞLENME AKTİVİTESİ

Çalışma durumu: Hayır() Evet(), Mesleği:.....

Çalışma süresi; haftada gün ve günde... .. saat

()Geliri giderini karşılıyor ()Geliri giderine eşittir ()Geliri giderini karşılamıyor

Sosyal güvencesi (SGK, Bağkur, Yeşilkart, Özel Sigorta):.....

Hastaneye yatış çalışma hayatını nasıl etkiledi(Tanımlayınız):.....

Hastaneye yatmadan önce boş zamanlarında yaptığı aktiviteler (Tanımlayınız):.....

Hastaneye yatışı bu aktiviteleri yapmasını engelliyor mu (Tanımlayınız):.....

Hastaneye yatışı süresince yapmaktan hoşlandığı aktiviteler (Tanımlayınız):.....

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILARI

10. CİNSELLİĞİ İFADE ETME AKTİVİTESİ

Hastalığınız ve tedavi durumunuz cinsel yaşamınızı etkiledi mi? () Evet () Hayır Cinsel sağlığınıza ilişkin herhangi bir sorun yaşıyor musunuz? () Evet () Hayır Cinsel istismara maruz kalma durumu: () Evet () Hayır

KADIN	ERKEK
Menstrüasyonsiklüsü: ()Düzenli..... ()Düzensiz.... Kontraseptif Kullanma durumu: Hayır() Evet* () Kontraseptif Yöntemi: Gebelik Durumu: Yok () Var () Hafta Hamile kalma sayısı: Düşük sayısı: Menapoza girme durumu: Evet() Hayır () Herhangi bir sorun (ağrı/akıntı/kaşıntı/vajinal kanama, vb) yaşama durumu: Kendi kendine meme muayenesi: ()Bilmiyor () Biliyor* () Biliyor ve.....sıklıkla gerçekleştiriyor.	Ürolojiye hiç gittiniz mi? () Evet () Hayır Üreme organı ile ilgili herhangi bir sorun yaşama durumu (kızarıklık, kanama, akıntı, prostat, vb): Kendi Kendine Testis Muayenesi: () Bilmiyor () Biliyor () Biliyor ve .....sıklıkla gerçekleştiriyor.

Konu ile ilgili açıklamak istediğiniz bir şey var mı?

Hastanın görüşmede soruları cevaplama durumu: ()Girişken ()Çekingen ()Utangaç ()Saldırgan

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILAR

11. UYKU VE DİNLENME AKTİVİTESİ

Genel uyku alışkanlığı:

Gece:St/Gün, Gündüz:St/Gün

Uyurken kullandığı yastık sayısı:.....

Gün boyunca uyku hali() Uykuya dalmada güçlük() Gece uyanma()

Erken uyanma () Uykusuzluk() Tanımlayınız:.....

Uyumak/dinlenmek için kullandığı yöntemler (süt içme, müzik dinleme, kitap okuma, sessiz ortam, tv seyretme, yataktan Kalkma vb.):.....

Ne kadar sürede uykuya dalarsınız?

Uykuya başlama problemi? Rüya? Erken uyanma?.....

Hastalık/ hastanede yatış uyku alışkanlığını etkisi (etkileme sebeplerini yazınız):.....

Uykusuzluk yaşıyorsa nedenleri:

Uyandığında dinlenmiş hissetme/yorgunluk hissetme:

Hastane ya da hastalık durumu bu aktiviteleri ne kadar engelledi:.....

Uyku apnesi() Tanımlayınız:

Dinlenmiş Bir Görünüm () İritabilite () Ajitasyon () Laterji () Gün boyu rahat edememe()

Yürürken yorgunluk () Yürürken Esneme () Göz Çevresinde Morluk () Dikkat Süresinde Azalma ()

BİREYE ÖZGÜ EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ

AKTİVİTEYE ÖZGÜ BELİRLENEN HEMŞİRELİK TANILARI

BAĞIMLI BAĞIMSIZLIK DİZGESİ

Bireyin zaman içerisindeki sağlık/ hastalık durumundaki değişimini/ gelişimini bağımlılık, yarı bağımlılık ve bağımsızlık dizgesinde işaretleyerek, kendi cümlelerinizle kısaca özetleyiniz.

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ	BAĞIMLI					YARI BAĞIMLI					BAĞIMSIZ				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1.Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi															
2.İletişim															
3.Solunum															
4.Beslenme															
5.Boşaltım															
6.Kişisel temizlik ve giyinme															
7.Vücut sıcaklığının kontrolü															
8.Hareket															

9.Çalışma ve eğlenme														
10.Cinselliği ifade etme														
11.Uyku ve dinlenme														

ÖNCELİK SIRASINA GÖRE HEMŞİRELİK TANILARI LİSTESİ

ÖNCELİK SIRASI	HEMŞİRELİK TANISI	AKTİVİTE ADI
<u>1</u>		
<u>2</u>		
<u>3</u>		
<u>4</u>		
<u>5</u>		
<u>6</u>		
<u>7</u>		
<u>8</u>		
<u>9</u>		
<u>10</u>		
<u>11</u>		
<u>12</u>		
<u>13</u>		
<u>14</u>		

Tarih	YA/Öncelik Sırası	TANILAMA		PLANLAMA			UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
		SEMPATOM (Tanımlayıcı kriterler)	ETYOLOJİ (İlişkili Faktörler)	Amaç	Beklenen Hasta Sonuçları(NOC) /Hedefler	Planlanan Hemşirelik Girişimleri (NIC) (Numaralandırılacak)	**Uygulanan Hemşirelik Girişimleri	Subjektif ve Objektif Değerlendirme Sonuçları
		HEMŞİRELİK TANISI*						

*Hemşirelik Tanısını yazılırken; “ETİYOLOJİK FAKTÖR .bağlı/ilişkin/ilişkili HEMŞİRELİK TANISI” şeklinde ifade edilmelidir.

**UYGULAMA bölümünde uygulanan hemşirelik girişimlerinin numaraları yazılmalı, hemşirelik girişimleri sayfanın arkasında yer alan “UYGULAMA” bölümüne detaylı olarak yazılmalıdır.

UYGULAMA (Uygulanan Hemşirelik Girişimleri)

*Her bir hemşirelik girişiminin sonuna tarih, saat ve parafınızı atınız.

Tarih	YA/Öncelik Sırası	TANILAMA		PLANLAMA			UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
		SEMPATOM (Tanımlayıcı kriterler)	ETYOLOJİ (İlişkili Faktörler)	Amaç	Beklenen Hasta Sonuçları(NOC) /Hedefler	Planlanan Hemşirelik Girişimleri (NIC) (Numaralandırılacak)	**Uygulanan Hemşirelik Girişimleri	Subjektif ve Objektif Değerlendirme Sonuçları
		HEMŞİRELİK TANISI*						

*Hemşirelik Tanısını yazılırken; “ETİYOLOJİK FAKTÖR .bağlı/ilişkin/ilişkili HEMŞİRELİK TANISI” şeklinde ifade edilmelidir.

**UYGULAMA bölümünde uygulanan hemşirelik girişimlerinin numaraları yazılmalı, hemşirelik girişimleri sayfanın arkasında yer alan “UYGULAMA” bölümüne detaylı olarak yazılmalıdır.

UYGULAMA (Uygulanan Hemşirelik Girişimleri)

***Her bir hemşirelik girişiminin sonuna tarih, saat ve parafınızı atınız.**

Tarih	YA/Öncelik Sırası	TANILAMA		PLANLAMA			UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
		SEMPTOM (Tanımlayıcı kriterler)	ETYOLOJİ (İlişkili Faktörler)	Amaç	Beklenen Hasta Sonuçları(NOC) /Hedefler	Planlanan Hemşirelik Girişimleri (NIC) (Numaralandırılacak)	**Uygulanan Hemşirelik Girişimleri	Subjektif ve Objektif Değerlendirme Sonuçları
		HEMŞİRELİK TANISI*						

*Hemşirelik Tanısını yazılırken; “ETİYOLOJİK FAKTÖR .bağlı/ilişkin/ilişkili HEMŞİRELİK TANISI” şeklinde ifade edilmelidir.

**UYGULAMA bölümünde uygulanan hemşirelik girişimlerinin numaraları yazılmalı, hemşirelik girişimleri sayfanın arkasında yer alan “UYGULAMA” bölümüne detaylı olarak yazılmalıdır.

UYGULAMA (Uygulanan Hemşirelik Girişimleri)

***Her bir hemşirelik girişiminin sonuna tarih, saat ve parafınızı atınız.**

Tarih	YA/Öncelik Sırası	TANILAMA		PLANLAMA			UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
		SEMPTOM (Tanımlayıcı kriterler)	ETYOLOJİ (İlişkili Faktörler)	Amaç	Beklenen Hasta Sonuçları(NOC) /Hedefler	Planlanan Hemşirelik Girişimleri (NIC) (Numaralandırılacak)	**Uygulanan Hemşirelik Girişimleri	Subjektif ve Objektif Değerlendirme Sonuçları
		HEMŞİRELİK TANISI*						

*Hemşirelik Tanısını yazılırken; “ETİYOLOJİK FAKTÖR .bağlı/ilişkin/ilişkili HEMŞİRELİK TANISI” şeklinde ifade edilmelidir.

**UYGULAMA bölümünde uygulanan hemşirelik girişimlerinin numaraları yazılmalı, hemşirelik girişimleri sayfanın arkasında yer alan “UYGULAMA” bölümüne detaylı olarak yazılmalıdır.

UYGULAMA (Uygulanan Hemşirelik Girişimleri)

***Her bir hemşirelik girişiminin sonuna tarih, saat ve parafınızı atınız.**

Tarih	YA/Öncelik Sırası	TANILAMA		PLANLAMA			UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
		SEMPATOM (Tanımlayıcı kriterler)	ETYOLOJİ (İlişkili Faktörler)	Amaç	Beklenen Hasta Sonuçları(NOC) /Hedefler	Planlanan Hemşirelik Girişimleri (NIC) (Numaralandırılacak)	**Uygulanan Hemşirelik Girişimleri	Subjektif ve Objektif Değerlendirme Sonuçları
		HEMŞİRELİK TANISI*						

*Hemşirelik Tanısını yazılırken; “ETİYOLOJİK FAKTÖR .bağlı/ilişkin/ilişkili HEMŞİRELİK TANISI” şeklinde ifade edilmelidir.

**UYGULAMA bölümünde uygulanan hemşirelik girişimlerinin numaraları yazılmalı, hemşirelik girişimleri sayfanın arkasında yer alan “UYGULAMA” bölümüne detaylı olarak yazılmalıdır.

UYGULAMA (Uygulanan Hemşirelik Girişimleri)

***Her bir hemşirelik girişiminin sonuna tarih, saat ve parafınızı atınız.**

Tarih	YA/Öncelik Sırası	TANILAMA		PLANLAMA			UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
		SEMPATOM (Tanımlayıcı kriterler)	ETYOLOJİ (İlişkili Faktörler)	Amaç	Beklenen Hasta Sonuçları(NOC) /Hedefler	Planlanan Hemşirelik Girişimleri (NIC) (Numaralandırılacak)	**Uygulanan Hemşirelik Girişimleri	Subjektif ve Objektif Değerlendirme Sonuçları
		HEMŞİRELİK TANISI*						

*Hemşirelik Tanısını yazılırken; “ETİYOLOJİK FAKTÖR .bağlı/ilişkin/ilişkili HEMŞİRELİK TANISI” şeklinde ifade edilmelidir.

**UYGULAMA bölümünde uygulanan hemşirelik girişimlerinin numaraları yazılmalı, hemşirelik girişimleri sayfanın arkasında yer alan “UYGULAMA” bölümüne detaylı olarak yazılmalıdır.

UYGULAMA (Uygulanan Hemşirelik Girişimleri)

***Her bir hemşirelik girişiminin sonuna tarih, saat ve parafınızı atınız.**

Tarih	YA/Öncelik Sırası	TANILAMA		PLANLAMA			UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
		SEMPTOM (Tanımlayıcı kriterler)	ETYOLOJİ (İlişkili Faktörler)	Amaç	Beklenen Hasta Sonuçları(NOC) /Hedefler	Planlanan Hemşirelik Girişimleri (NIC) (Numaralandırılacak)	**Uygulanan Hemşirelik Girişimleri	Subjektif ve Objektif Değerlendirme Sonuçları
		HEMŞİRELİK TANISI*						

*Hemşirelik Tanısını yazılırken; “ETİYOLOJİK FAKTÖR .bağlı/ilişkin/ilişkili HEMŞİRELİK TANISI” şeklinde ifade edilmelidir.

**UYGULAMA bölümünde uygulanan hemşirelik girişimlerinin numaraları yazılmalı, hemşirelik girişimleri sayfanın arkasında yer alan “UYGULAMA” bölümüne detaylı olarak yazılmalıdır.

UYGULAMA (Uygulanan Hemşirelik Girişimleri)

***Her bir hemşirelik girişiminin sonuna tarih, saat ve parafınızı atınız.**

Tarih	YA/Öncelik Sırası	TANILAMA		PLANLAMA			UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
		SEMPATOM (Tanımlayıcı kriterler)	ETYOLOJİ (İlişkili Faktörler)	Amaç	Beklenen Hasta Sonuçları(NOC) /Hedefler	Planlanan Hemşirelik Girişimleri (NIC) (Numaralandırılacak)	**Uygulanan Hemşirelik Girişimleri	Subjektif ve Objektif Değerlendirme Sonuçları
		HEMŞİRELİK TANISI*						

*Hemşirelik Tanısını yazılırken; “ETİYOLOJİK FAKTÖR .bağlı/ilişkin/ilişkili HEMŞİRELİK TANISI” şeklinde ifade edilmelidir.

**UYGULAMA bölümünde uygulanan hemşirelik girişimlerinin numaraları yazılmalı, hemşirelik girişimleri sayfanın arkasında yer alan “UYGULAMA” bölümüne detaylı olarak yazılmalıdır.

UYGULAMA (Uygulanan Hemşirelik Girişimleri)

***Her bir hemşirelik girişiminin sonuna tarih, saat ve parafınızı atınız.**

GÜNLÜK VERİ TOPLAMA FORMU

Hasta bireye özgü yaşam aktivitelerindeki günlük değişimi belirtiniz.

YAŞAM AKTİVİTESİ	.../.../..... 1. Gün	.../.../..... 2. Gün	.../.../..... 3. Gün	.../.../..... 4. Gün
1.Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi				
2.İletişim				
3.Solunum				
4.Beslenme				
5.Boşaltım				
6.Kişisel Temizlik ve Giyinme				
7.Vücut Sıcaklığının Kontrolü				
8.Hareket				
9.Çalışma ve Eğlenme				
10.Cinselliği İfade Etme				
11.Uyku ve Dinlenme				

GÜNLÜK VERİ TOPLAMA FORMU

Hasta bireye özgü yaşam aktivitelerindeki günlük değişimi belirtiniz.

YAŞAM AKTİVİTESİ	.../.../.....	.../.../.....	.../.../.....	.../.../.....
1.Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi				
2.İletişim				
3.Solunum				
4.Beslenme				
5.Boşaltım				
6.Kişisel Temizlik ve Giyinme				
7.Vücut Sıcaklığının Kontrolü				
8.Hareket				
9.Çalışma ve Eğlenme				
10.Cinselliği İfade Etme				
11.Uyku ve Dinlenme				

İLAC FORMU

İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			
İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			
İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			
İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			

İLAÇ FORMU

İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			
İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			
İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			
İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			
İlacın Jenerik Adı:		İlacın Etken Maddesi:	
Uygulama Dozu / Sıklığı /Yolu			
Hastanın İlacı Kullanma Nedeni			
Uygulanan İlacın Endikasyonları			
Uygulanan İlacın Kontraendikasyonları			
Uygulanan İlacın Komplikasyonları			
Hemşirenin İlacı Uygulama Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Dikkat Etmesi Gereken Adımlar			

LABORATUAR BULGULARI

*Hastanızda var olan önemli laboratuvar bulgularını ekleyiniz.

TESTİN ADI	NORMAL DEĞERLER	1.TARİH	2.TARİH	Testin Amacı	Anormal Değerlerde Hastada Gözlemlenmesi Gereken Durumlar
Eritrosit (RBC)					
Hemoglobin(HGB)					
Hemotokrit(HTC)					
Trombosit(PLT)					
Lökosit(WBC)					
Nötrofil					
Lenfosit					
Na+					
K+					
Cl					
HCO3					
Ca					
Glikoz					
BUN					
Üre					
Kreatin					
Total Kolesterol					
HDL					
LDL					
Trigliserid					
LDH					
SGOT/AST					
SGPT/ALT					
Total protein					
Albumin					
CRP					
PT					
APTT					
INR					
İDRAR Dansite 1.001-1.035 pH4.5-7.5 Lökosit 1-2 Eritrosit 0-1 Kültür/Antibiyogram					
DİĞER*					

SIVI İZLEM FORMU

Tarih:

1. SIVI			2. SIVI		
Sıvının Cinsi:..... İçindeki İlaç:..... DDS:.....saatlik ml:..... Tarih:..... Sıvı Tedavisinde İzlenmesi Gereken Durumlar:			Sıvının Cinsi:..... İçindeki İlaç:..... DDS:.....saatlik ml:..... Tarih:..... Sıvı Tedavisinde İzlenmesi Gereken Durumlar:		
Saat	Sıvı Seviyesi	Hastaya Giden Miktar	Saat	Sıvı Seviyesi	Hastaya Giden Miktar

Tarih:

1. SIVI			2. SIVI		
Sıvının Cinsi:..... İçindeki İlaç:..... DDS:.....saatlik ml:..... Tarih:..... Sıvı Tedavisinde İzlenmesi Gereken Durumlar:			Sıvının Cinsi:..... İçindeki İlaç:..... DDS:.....saatlik ml:..... Tarih:..... Sıvı Tedavisinde İzlenmesi Gereken Durumlar:		
Saat	Sıvı Seviyesi	Hastaya Giden Miktar	Saat	Sıvı Seviyesi	Hastaya Giden Miktar

ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİP FORMU

Adı Soyadı:								Bölümü:					
8-16	AÇIT	Tarih	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	Aldığı	IV Verilen sıvı											
		Oral verilen sıvı											
		Toplam											
	Çıkardığı	İdrar											
		Kusma/diğer											
		Toplam											
Denge (Aldığı Toplam-Çıktığı Toplam)													
16-24	AÇIT	Tarih	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	Aldığı	IV Verilen sıvı											
		Oral verilen sıvı											
		Toplam											
	Çıkardığı	İdrar											
		Kusma/diğer											
		Toplam											
Denge (Aldığı Toplam-Çıktığı Toplam)													
24-08	AÇIT	Tarih	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	Aldığı	IV Verilen sıvı											
		Oral verilen sıvı											
		Toplam											
	Çıkardığı	İdrar											
		Kusma/diğer											
		Toplam											
Denge (Aldığı Toplam-Çıktığı Toplam)													

Doğum Tarihi:		Oda No:	
Dosya No:		Tanı/Teşhis:	
Hastanın Mevcut Yaşam Koşulları	<input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor <input type="checkbox"/> Eşi ile yaşıyor <input type="checkbox"/> Diğer		
Evde bakımına yardımcı kimse var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet, evetse kim:	
Hastanın taburculuktan sonra gideceği yer neresidir?			
Hasta/yakınına taburcu olacağını bildirilmesi	Tarih/saat:	Hemşire imza	
Hasta hastalığı ile ilgili bilgilendirme formu verildi	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Hasta Taburculuğu Sırasında Yapılması Gerekenler <ul style="list-style-type: none">• Hastanın hazırlanmasına yardım edilmesi,• Varsa eşyalarının teslimi,• Gerekirse dolaşım bozukluğu belirtilerinin öğretilmesi, bu belirtiler görülürse hekimi ile iletişim kurmasının söylenmesi,• Gerekli ise hastanede yaptırılan egzersizlere evde de devam etmesinin söylenmesi,• Enfeksiyon belirtilerinin öğretilmesi, bu belirtilerin görülmesi halinde hekimi ile iletişim kurmasının söylenmesi.			
Çıkış Durumu (sevk, şifa,...)			
Taburculuk Sonrası İlaç Tedavisi İlaçlar, kullanım zamanı ve miktarı 1. 2. 3.			
Diyet Tedavisi:			
Egzersiz Tedavisi:			
Dikkat Etmesi Gereken Noktalar:			
Özel Uyarılar:			
Kontrole Geleceği Tarih:			
Gerektiğinde İrtibat Kurabileceğiniz Telefon Numaraları		Hemşire adı/soyadı İmza	

HASTA TABURCU VE EĞİTİM FORMU

GÜNLÜK KLİNİK ÇALIŞMA FORMU

TARİH:

KLİNİK ADI:

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI	HASTANIN ADI SOYADI	ODA NO	HASTANIN TANISI

201...-201.... Eğitim Öğretim Yılı Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Klinik Stajı Uygulaması
Öğrenci Beceri Değerlendirme Formu

Beklenen Girişim Sayısı	Öğrencinin Adı Soyadı: Öğrencinin Uygulaması Gereken Girişimler(U.G.) Gözlemlenmesi Gereken Girişimler(G.G.)	.....		.....		.....		.....		.....		.....
		U.G.	G.G	U.G.	G.G	U.G.	G.G	U.G.	G.G	U.G.	G.G	U.G.	G.G
		8	Hastadan anamnez alınması ve ilgili hemşirelik tanısının belirlenmesi										
20	Kan basıncı ölçülmesi ve değerlendirilmesi												
20	Vücut sıcaklığı, solunum sayısı ve nabız ölçülmesi												
5	Oksijen saturasyon ölçümü												
25	İlaç Hazırlama												
10	Oral ilaç verme- göze/kulağa/buruna ilaç uygulama												
5	İntramüsküler enjeksiyon												
5	Subkutan enjeksiyon												
2	Üriner katater uygulama												
1	İdrar örneği alma												
5	IV kanül takma												
5	IV sıvı infüzyonu uygulama ve takibi												
3	IV kanülden puşe yolu ile ilaç uygulama												
5	Kan alma												
1	Kan transfüzyonu												
3	Oksijen tedavisi uygulama (Maske- nasal kanül)												
2	İnhalasyon Yolu ile ilaç uygulama(nebulizatör- Oksijen sistemi v.s.)												
1	Göğüs tüpü uygulanan hastada hemşirelik girişimleri												
1	Hastanın ambu ile solutulması -Oral airway uygulaması												
1	Mekanik ventilasyona gereksinimi olan hastaya hemşirelik uygulaması												
1	Aspirasyon uygulaması (orofarenjial, nazofarenjial, trakeal)												
3	Solunum/öksürme egzersizleri uygulaması												
1	Trakeostomi bakımı												
1	Nazogastrik tüp yerleştirme/çıkarılması												
1	Lavman uygulaması												
2	Glukometre ile kan şekeri ölçümü												
1	Mide gavajı-Lavajı												
5	Ağız bakımı ve değerlendirmesi												
1	Yatak-saç banyosu/göz-kulak, burun /perine bakımı												
2	AÇİT yapılması												
2	Hastanın yatak içinde hareket ettirilmesi/içinde hasta olan yatak yapımı												
5	Hastanın teslim alınması ve teslim edilmesi												

*Kliniklerde uygulanan ancak öğrenci tarafından yapılamayan ve gözlemlenen farklı uygulamalar/girişimler öğrenci tarafından arka sayfaya yazılacaktır.

KLİNİK RAPOR

Öğrencinin Adı, Soyadı:	
Birimin Adı:	
Sorumlu Hemşire:	
Tarih:	
Ortamın Özellikleri	
Serviste çalışan hemşire sayısı:	
Serviste kaç oda var:	
Odalarda bulunan en az ve en çok yatak sayısı	
Odalarda banyo ve tuvalet mevcut mu?	
Servisin tedavi saatleri	
Servisin bakım saatleri	
Serviste hangi hastalar yatıyor?	
Serviste genellikle uygulanan girişimler nedir?	
Serviste dikkat edilmesi gereken özel durumlar var mı? (İzolasyon...)	
Servisin hemşire ve hekim vizit saatleri	
Serviste riskli ilaç kullanımı var mı?	

Diğer	
--------------	--

