KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

TIBBİ BECERİ UYGULAMALARI EĞİTİMİ ÖĞRENİM ve DEĞERLENDİRME REHBERLERİ

2026 – 2027

TIBBİ BECERİ UYGULAMALARI KOMİSYONU

Prof. Dr. Gözen ÖKSÜZ
Doç. Dr. Muhammed Semih GEDİK
Doç. Dr. Hatice ŞAHİN
Dr. Öğr. Üyesi Sezgin TOPUZ
Dr. Öğr. Üyesi Emrullah Cem KESİLMEZ
Dr. Öğr. Üyesi Demet ARI
Dr. Öğr. Üyesi Nur PAKSOY
Şermin İNAL

İÇİNDEKİLER

BECERİNİN ADI	BÖLÜM	SAYFA
Boyunluk (Servikal Collar) Uygulama Becerisi Öğrenim Kılavuzu	Acil	1
Elastik Bandaj Uygulama Becerisi Öğrenim Kılavuzu	Acil	3
Erişkin Temel Yaşam Desteği (Tyd) ve Otomatik Eksternal Defibrilatör (Oed) Uygulaması	Acil	6
İlk Yardım Basamakları Beceri Föyü	Acil	8
Olay Yeri Güvenliği Sağlama Beceri Föyü	Acil	10
Sırt Tahtası ile Hasta Taşıma Uygulama Becerisi Öğrenim Kılavuzu	Acil	12
Yabancı Cisim Aspirasyonuna Maruz Kalan Erişkinde İlk Yardım Beceri Uygulaması	Acil	14
Yabancı Cisim Aspirasyonuna Maruz Kalan Pediatrik Kazazedeye İlk Yardım Beceri Uygulaması	Acil	16
Yaşamsal Bulguların Değerlendirilmesi Beceri Föyü	Acil	18
Bağışıklama Danışmanlığı Yapma Becerisi	Aile Hekimliği	20
Erişkinde Kan Basıncı Ölçme	Aile Hekimliği	23
İntramüsküler Enjeksiyon Uygulama Becerisi	Aile Hekimliği	27
İntravenöz Serum Seti Hazırlama ve Takma Becerisi	Aile Hekimliği	43
Koldan Venöz Kan Alma Becerisi	Aile Hekimliği	45
Radyal Arterden Nabız Ölçme Becerisi	Aile Hekimliği	47
Vücut Sıcaklığı Ölçme Becerisi	Aile Hekimliği	50
Endotrakeal Entübasyon Uygulama Becerisi	Anestezi	53
Kötü Haber Verme ve Zor Hasta ile İletişim Becerisi	Anestezi	56
Bilinç Durumu Değerlendirme ve Glasgow Koma Skoru Hesaplama Becerisi	Beyin Cerrahisi	61
Tiroid Bezi Muayene Becerisi	Dahiliye	63
Fizik Muayene Yapma ve Tıbbi Veri Kayıt Becerisi	Dahiliye	65
Mikrobiyoloji Lab Gaitada Gizli Kan Değerlendirme Becerisi	Dahiliye	69
Nazogastrik Sonda Takma Becerisi	Dahiliye	73
Rektal Tuşe Muayene Becerisi	Dahiliye	75
Sistemik Öykü Alma	Dahiliye	78
Bone Giyme – Maske Takma Becerisi	Enfeksiyon	80
Hijyenik El Yıkama Becerisi	Enfeksiyon	82
Temiz Cerrahi Gömlek Giyme ve Çıkarma Becerisi	Enfeksiyon	85
Periferik Yayma Uygulaması	Fizyoloji - Histoloji	87
Batın Muayenesi Becerisi	Genel Cerrahi	90
Meme Muayenesi Becerisi	Genel Cerrahi	93
Akciğer Grafisi Değerlendirme Becerisi	Göğüs Hastalıkları	95
Solunum Sistemi Muayene Becerisi	Göğüs Hastalıkları	97
Oftalmoskop ile Göz Dibi Muayenesi Uygulama Becerisi	Göz Hastalıkarı	101
Emzirmenin Öğretilmesi Becerisi	Kadın Doğum	103

Ekg Çekme Becerisi	Kardiyoloji	106
Erişkinde Kalp Seslerini Dinleme Becerisi	Kardiyoloji	111
Otoskop Muayenesi Becerisi	KBB	114
Kişisel Korunma ve Bulaş Kontrolü	Mikrobiyoloji	120
Kraniyal Sinir Muayene Becerisi	Nöroloji	127
Nörolojik Muayene Yapabilme Becerisi	Nöroloji	133
Pediatrik Fizik Muayene Becerisi	Pediatri	136
Pediatrik Hasta Öykü Alma Becerisi	Pediatri	140
Cerrahi El Yıkama Becerisi	Plastik Cerrahi	145
Sütür Atma ve Alma Uygulama Becerisi	Plastik Cerrahi	147
Pa-Ac Grafisi Okuma Becerisi Öğrenim Rehberi	Radyoloji	153
Glukometre ile Kan Şekeri Ölçme Becerisi	Tıbbi Biyokimya	155
Poliklinik Gözlemi	Tıp Eğitimi	157
Erkek Hastaya Üriner Kateter Takma-Çıkarma Becerisi	Üroloji	160
Kadın Hastaya Üriner Kateter Takma ve Çıkarma Becerisi	Üroloji	163

BOYUNLUK (SERVİKAL COLLAR) UYGULAMA BECERİSİ
ÖĞRENİM KILAVUZU

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Öğrenci Numara:

Amaç:

Bu uygulama sonunda öğrencinin; beceri basamaklarını doğru ve sırasında uygulayarak basamaktan basamağa rahatça geçebilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri:

1. Hastaya uygun boyutta boyunluk hazırlığını yapar.
2. Baş boyun ekseninin sabit tutulmasını sağlar.
3. Baş boyuna tam destek sağlayacak ve dolaşımı engelmeyecek şekilde boyunluğu takar.

Uygulama Basamakları		PUAN
1.	Çevre ve kendi güvenliğini kontrol eder.	
2.	Mümkünse eldivenleri giyer.	
3.	Hastaya uygun boyuttaki boyunluğu hazırlar.	
4.	Hastayı hareket ettirmez.	
5.	Bir kurtarıcı yaralının başını iki yandan sağ ve sol elleriyle tutar, parmakları açık halde, avuç içleri yaralının yüzüne doğru olacak şekilde, başparmaklar yanaklarda, 2. parmaklar çene altında ve diğer parmaklar boynu arkadan destekleyecek şekilde hastanın başını ve boynunu sabitler.	
6.	Diğer kurtarıcı boyunluğu açarak çeneye dayanan bölümü önde olacak şekilde yaralıyı hareket ettirmeden ve baş boyun desteğini sürdürerek, boyun altından geçirilen boyunluğu boyuna tam destek sağlayacak şekilde yerleştirir.	
7.	Yerleştirilen boyunluğun sıkılığını kontrol ederek sabitler.	
8.	Boyunluk altında kalan kulak meme ve kepçesini çıkarır.	
9.	Hasta travma tahtasına alınıp baş ve boyun tam korumaya alınıncaya kadar, diğer kurtarıcı yaralının başını ve boynunu aynı şekilde desteklemeye devam eder (in-line stabilizasyon).	
10.	Hastayı kontrol eder ve işlemi sonlandırır.	
Toplam Puan		

Öğretim Üyesi Adı-Soyadı:

İmza:

Değerlendirme Kriterleri

Her bir beceri basamağı aşağıdaki ölçütlere göre 10 puan üzerinden değerlendirilir:

- **10 puan (Tam ve bağımsız uygulama):** Basamak doğru sırada, doğru teknikle, eksiksiz ve eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmadan gerçekleştirilmiştir.
- **8-9 puan (Küçük eksiklik):** Basamak bağımsız ve genel olarak doğru gerçekleştirilmiş; uygulamanın sonucunu veya güvenliğini etkilemeyen küçük bir eksiklik ya da duraksama olmuştur.
- **6-7 puan (Yönlendirme ile yeterli uygulama):** Basamak temel olarak doğru gerçekleştirilmiş ancak eksikliğin giderilmesi veya uygulamanın tamamlanması için ***eğiticinin sözlü yönlendirmesine gereksinim*** duyulmuştur.
- **4-5 puan (Belirgin eksik/hatalı uygulama):** Basamak önemli ölçüde eksik veya hatalı gerçekleştirilmiş ya da tamamlanabilmesi için ***birden fazla sözlü yönlendirme*** veya ***yoğun eğitici desteğine gereksinim**** duyulmuştur.
- **1-3 puan (Yetersiz uygulama):** Basamak denenmiş ancak büyük ölçüde yanlış veya eksik gerçekleştirilmiş; ***yoğun eğitici desteğine* rağmen*** yeterli düzeyde ***tamamlanamamıştır.***
- **0 puan (Gerçekleştirilmedi):**Basamak atlanmış veya hiç gerçekleştirilmemiştir.

**Sözlü yönlendirmenin yeterli olmadığı durumlarda, ilgili beceri basamağının eğitici tarafından yeniden gösterilmesine (demonstrasyonuna) gereksinim duyulması yoğun eğitici desteği olarak değerlendirilir.*

Puanlama:

Form 10 beceri basamağından oluşur ve toplam puan 100 üzerinden hesaplanır.

80–100 Puan – Ustalaşmış / Başarılı: Uygulama doğru sıra ve teknikle, büyük ölçüde bağımsız ve eksiksiz olarak gerçekleştirilmiştir.

60–79 Puan – Yeterli / Başarılı: Uygulamanın temel basamakları doğru gerçekleştirilmiş olmakla birlikte bazı basamaklarda eksiklik veya eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmuştur.

0–59 Puan – Geliştirilmesi Gerekir: Uygulama basamaklarında belirgin eksiklik veya hata bulunmuş ya da uygulamanın tamamlanabilmesi için önemli ölçüde eğitici desteğine gereksinim duyulmuştur.

Değerlendirme sonucunda 0–59 puan alan öğrencinin uygulaması, "Yeterli" veya "Ustalaşmış" düzeye ulaşıncaya kadar tekrarlanır.

ELASTİK BANDAJ UYGULAMA BECERİSİ ÖĞRENİM KILAVUZU

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Öğrenci Numara:

Amaç:

Bu uygulama sonunda öğrencinin; beceri basamaklarını doğru ve sırasında uygulayarak basamaktan basamağa rahatça geçebilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri:

1. Bandaj uygulanacak bölgeye göre uygun malzeme hazırlığını yapar.
2. Alt ve üst ekstremitelerde parmaklar dışarıda kalacak ve sıkı olmayacak şekilde distalden proksimale doğru bandajı sarar.
3. Aralıklı olarak kan dolaşımını kontrol eder.

Uygulama Basamakları		Puan
1	Hastaya yapılacak işlem ile ilgili bilgi verir.	
2	Alt ekstremite için 15-20 cm, üst ekstremite için 5 veya 8-10 cm'lik elastik bandaj hazırlar.	
3	Bandajı aktif elle üstte tutarken, serbest ucunu diğer eliyle tutar.	
4	Hastanın bandaj yapılan ekstremitesindeki parmaklar açıkta kalacak şekilde, bandajın açılma yönünde, sıkı olmadan, bir önceki bandajın yarısını örtecek biçimde, distalden proksimale doğru elastik bandajın sarar.	
5	Eklem kıvrımında çaprazlayan ve "8" şekli oluşturacak biçimde bandaj uygulamasını yapar.	
6	Sarma işlemi sırasında bandajın uygun sıkılıkta olduğunu kontrol eder.	
7	Bandajlama işleminden sonra bandajın serbest ucunu sabitleştirir.	
8	Kan dolaşımını kontrol eder.	
9	Bandajı kontrol eder.	
10	Hastaya dolaşım ve duyu ile ilgili acil durumlar için önerilerde bulunur.	
Toplam Puan		

Öğretim Üyesi:

İmza:

ATEL UYGULAMA BECERİSİ ÖĞRENİM KILAVUZU

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Öğrenci Numara:

Amaç:

Bu uygulama sonunda öğrencinin; beceri basamaklarını doğru ve sırasında uygulayarak basamaktan basamağa rahatça geçebilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri:

1. Atel uygulanacak bölgeye göre uygun malzeme hazırlığını yapar.
2. Olası alçı yanığı ve tahriş olma riskine karşın alçının cilde temas ettiği noktaları alçı pamuğu ile sarar.
3. Atel kuruduktan sonra alt\üst ekstremitelerde parmaklar dışarıda kalacak ve sıkı olmayacak şekilde distalden proksimale doğru atelin üzerini sarar.
4. Ateli yumuşak taraftan cilde zarar vermeden keser ve çıkarır.

	Uygulama Basamakları	Puan
1.	Hastanın uygulama odasına alınması ve travmalı el bileğinin ortaya çıkarılması	
2.	İki adet 10 cm.'lik alçı sargının ambalajından çıkarılması	
3.	Ön kol uzunluğunun el bileği 20 derece dorsifleksiyondayken ve elin palmar yüzü yukarı bakarken metakarpofalangeal eklemden dirsek eklemine kadar alçı sargı açılıp bu mesafe üzerine konularak ölçülmesi	
4.	Alçı sargının, ölçülen mesafe dikkate alınarak masa üzerinde,10 kat olacak şekilde katlanması	
5.	Ön kola, cilt hiçbir yerde açık kalmayacak şekilde distalden proksimale doğru, rulo pamuk sarılması	
6.	Hazırlanmış olan alçı atelinin her iki ucundan tutularak su dolu kovaya konularak hava kabarcıklarının çıkması tamamlanıncaya kadar su içinde tutulması	
7.	Atel sudan çıkarılarak sadece bir ucundan tutulup diğer elin baş ve işaret parmaklarıyla suyunun kova içine sıvazlanması	
8.	Atelin ön kol üzerine, ön kol nötralde ve el bileği 20 derece dorsifleksiyondayken volar bölgeye yerleştirilmesi	
9.	10 cm.'lik bir sargı bezi alınarak distalden proksimale doğru atel üzerine sarılması	
10.	Ön kol ve el bileği bu pozisyonda tutularak atelin donmasının sağlanması, atelin makasla kesilerek çıkartılması	
Toplam Puan		

Öğretim Üyesi:

İmza:

Değerlendirme Kriterleri

Her bir beceri basamağı aşağıdaki ölçütlere göre 10 puan üzerinden değerlendirilir:

- **10 puan (Tam ve bağımsız uygulama):** Basamak doğru sırada, doğru teknikle, eksiksiz ve eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmadan gerçekleştirilmiştir.
- **8-9 puan (Küçük eksiklik):** Basamak bağımsız ve genel olarak doğru gerçekleştirilmiş; uygulamanın sonucunu veya güvenliğini etkilemeyen küçük bir eksiklik ya da duraksama olmuştur.
- **6-7 puan (Yönlendirme ile yeterli uygulama):** Basamak temel olarak doğru gerçekleştirilmiş ancak eksikliğin giderilmesi veya uygulamanın tamamlanması için ***eğiticinin sözlü yönlendirmesine gereksinim*** duyulmuştur.
- **4-5 puan (Belirgin eksik/hatalı uygulama):** Basamak önemli ölçüde eksik veya hatalı gerçekleştirilmiş ya da tamamlanabilmesi için ***birden fazla sözlü yönlendirme*** veya ***yoğun eğitici desteğine gereksinim**** duyulmuştur.
- **1-3 puan (Yetersiz uygulama):** Basamak denenmiş ancak büyük ölçüde yanlış veya eksik gerçekleştirilmiş; ***yoğun eğitici desteğine* rağmen*** yeterli düzeyde ***tamamlanamamıştır.***
- **0 puan (Gerçekleştirilmedi):** Basamak atlanmış veya hiç gerçekleştirilmemiştir.

**Sözlü yönlendirmenin yeterli olmadığı durumlarda, ilgili beceri basamağının eğitici tarafından yeniden gösterilmesine (demonstrasyonuna) gereksinim duyulması yoğun eğitici desteği olarak değerlendirilir.*

Puanlama:

Form 10 beceri basamağından oluşur ve toplam puan 100 üzerinden hesaplanır.

80–100 Puan – Ustalaşmış / Başarılı: Uygulama doğru sıra ve teknikle, büyük ölçüde bağımsız ve eksiksiz olarak gerçekleştirilmiştir.

60–79 Puan – Yeterli / Başarılı: Uygulamanın temel basamakları doğru gerçekleştirilmiş olmakla birlikte bazı basamaklarda eksiklik veya eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmuştur.

0–59 Puan – Geliştirilmesi Gerekir: Uygulama basamaklarında belirgin eksiklik veya hata bulunmuş ya da uygulamanın tamamlanabilmesi için önemli ölçüde eğitici desteğine gereksinim duyulmuştur.

Değerlendirme sonucunda 0–59 puan alan öğrencinin uygulaması, "Yeterli" veya "Ustalaşmış" düzeye ulaşıncaya kadar tekrarlanır.

ERİŞKİN TEMEL YAŞAM DESTEĞİ (TYD) ve OTOMATİK EKSTERNAL DEFİBRİLATÖR (OED) UYGULAMASI BECERİ FÖYÜ

Amaç

Kardiyak arrestte kaliteli göğüs kompresyonu yapmak, solunum ve dolaşım desteği sağlamak, ve Otomatik Eksternal Defibrilatörü (OED) uygun şekilde kullanmak.

Öğrenim Hedefleri

- Arresti tanıma ve acil çağrı birimini harekete geçirme.
- Etkin ve kaliteli göğüs kompresyonu yapma (100-120/dk, 5-6 cm derinlik, tam geri açılma).
- 30:2 oranı (eğitimli sağlayıcıda); bariyerle ventilasyon sağlama.
- OED ped yerleşimi ve analiz/şok güvenliği sağlama.
- Kompresyon kesintisini en aza indirme.

Kullanılacak Araç-Gereçler

- OED cihazı ve pedleri, bariyer, maske/balon maske, eldiven, kayıt formu

Uygulama Basamakları		Puan
1.	Yanıt ve solunum yoksa arrest olarak kabul eder	
2.	112'yi arar, yardım çağırır ve varsa OED ister.	
3.	Hastanın göğsünü açar, bası noktasını belirler,	
4.	Göğüs kompresyonlarına hemen başlar (100–120/dk, 5–6 cm derinlikte, kompresyon sonrası tam olarak göğsün yükselmesine izin verir şekilde)	
5.	30 bası sonrası hava yolu açıklığını kontrol ederek, başa pozisyon verip iki soluk verir her soluk 1sn'de olacak şekilde*	
6.	Soluk verme işlemi bitince tekrar otuz göğüs basısı yapar (30 bası:2 soluk olacak şekilde 2 dakikalık döngü)*	
7.	OED varsa pedleri doğru şekilde yerleştirir ve açar	
8.	İki dakikalık bası/solunum döngüsü bitince en fazla 10 sn içinde; ● OED varsa ritim analizi yapar ve şok verilecekse hasta ile temas etmeyecek şekilde geri çekilir, hastaya şok uygular ve şok verildikten sonra beklemeksizin göğüs basısı solunum döngüsünü başlatır. ● OED yoksa; nabız ve canlanma kontrolü (solunumun/tepkinin varlığı) yapar. Nabız yoksa bası ve solunum döngüsüne devam eder.	
9.	İki dakikalık döngü yönetimini sürdürür ve iki dakikada bir en fazla 10 sn döngüyü duraklatarak nabız ve canlanma kontrolü yapar.	
10.	İki kurtarıcı varlığında rol paylaşımı ve görev takibi yapar. Kesintileri en aza indirir.	
Toplam Puan		

Öğretim Üyesi Adı-Soyadı:

İmza:

Değerlendirme Kriterleri

Her bir beceri basamağı aşağıdaki ölçütlere göre 10 puan üzerinden değerlendirilir:

- **10 puan (Tam ve bağımsız uygulama):** Basamak doğru sırada, doğru teknikle, eksiksiz ve eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmadan gerçekleştirilmiştir.
- **8-9 puan (Küçük eksiklik):** Basamak bağımsız ve genel olarak doğru gerçekleştirilmiş; uygulamanın sonucunu veya güvenliğini etkilemeyen küçük bir eksiklik ya da duraksama olmuştur.
- **6-7 puan (Yönlendirme ile yeterli uygulama):** Basamak temel olarak doğru gerçekleştirilmiş ancak eksikliğin giderilmesi veya uygulamanın tamamlanması için ***eğiticinin sözlü yönlendirmesine gereksinim*** duyulmuştur.
- **4-5 puan (Belirgin eksik/hatalı uygulama):** Basamak önemli ölçüde eksik veya hatalı gerçekleştirilmiş ya da tamamlanabilmesi için ***birden fazla sözlü yönlendirme*** veya ***yoğun eğitici desteğine gereksinim**** duyulmuştur.
- **1-3 puan (Yetersiz uygulama):** Basamak denenmiş ancak büyük ölçüde yanlış veya eksik gerçekleştirilmiş; ***yoğun eğitici desteğine* rağmen*** yeterli düzeyde ***tamamlanamamıştır.***
- **0 puan (Gerçekleştirilmedi):**Basamak atlanmış veya hiç gerçekleştirilmemiştir.

**Sözlü yönlendirmenin yeterli olmadığı durumlarda, ilgili beceri basamağının eğitici tarafından yeniden gösterilmesine (demonstrasyonuna) gereksinim duyulması yoğun eğitici desteği olarak değerlendirilir.*

Puanlama:

Form 10 beceri basamağından oluşur ve toplam puan 100 üzerinden hesaplanır.

80–100 Puan – Ustalaşmış / Başarılı: Uygulama doğru sıra ve teknikle, büyük ölçüde bağımsız ve eksiksiz olarak gerçekleştirilmiştir.

60–79 Puan – Yeterli / Başarılı: Uygulamanın temel basamakları doğru gerçekleştirilmiş olmakla birlikte bazı basamaklarda eksiklik veya eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmuştur.

0–59 Puan – Geliştirilmesi Gerekir: Uygulama basamaklarında belirgin eksiklik veya hata bulunmuş ya da uygulamanın tamamlanabilmesi için önemli ölçüde eğitici desteğine gereksinim duyulmuştur.

Değerlendirme sonucunda 0–59 puan alan öğrencinin uygulaması, "Yeterli" veya "Ustalaşmış" düzeye ulaşıncaya kadar tekrarlanır.

İLK YARDIM BASAMAKLARI BECERİ FÖYÜ

Amaç
Sağlık ekibine devir yapılıncaya kadar olay yerinde hasta/yaralıya yaklaşımda standart, güvenli ve etkili bir ilk yardım uygulamak, hayatı tehdit eden durumları hızla tanıyıp müdahale etmek.

Öğrenim Hedefleri

1. Olay yerini güvenli hale getirip birincil değerlendirmeyi (yanıt-solunum) yapar.
2. Yaşamı tehdit eden kanamayı doğrudan bası/turnike/hemostatik ile kontrol eder (duruma özgü).
3. Bilinç kapalı ve normal nefes alıyorsa iyileşme pozisyonuna alır; ağızdan bir şey vermez.
4. Normal solunumu yoksa Temel Yaşam Desteği (TYD) algoritmasına göre yardım çağrısı ve Otomatik Eksternal Defibrilatör (OED) bulma organizasyonunu yapar.
5. Hipotermiyi önleme, sakin ve kararlı iletişim, meraklı kalabalığı uzak tutma, bilgi kaydı ve devri uygular.

Kullanılacak Araç-Gereçler
Eldiven, maske, gazlı bez/kompres/havlu, elastik bandaj, turnike için enli kumaş bez, OED (varsa), örtü, kayıt formu.

Uygulama Basamakları		Puan
1.	Olay yerini güvenliğini sağlar, kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanır.	
2.	Hızlı değerlendirme yapar (bilinç/tepki, solunum normal/agonal, agonal ise kardiyak arrest belirtisi olarak kabul eder)	
3.	112'yi arar/yardım çağırır ve mümkünse OED ister (ekip gelene kadar hastanın yanında kalır).	
4.	Masif dış kanama varlığını kontrol eder (doğrudan bası, bası yetersizse turnike)	
5.	Bilinç kapalı, normal soluyan hastada havayolunu açık tutar, iyileşme pozisyonu verir (travma dışı nedenli bilinç değişikliğinde önerilir).	
6.	Normal solunumu yok/agonal solunumda TYD'ni başlatır (göğüs kompresyonlarını geciktirmeden başlatır, uygun ise OED talimatlarını uygular, bakınız TYD föyü)	
7.	Hipotermiyi önlemek için ısı kaybını azaltır, hastayı sıcak tutar.	
8.	Sık aralıklarla hastayı tekrar kontrol eder.	
9.	Sakin, kararlı iletişim kurar; meraklı kalabalığı uzaklaştırır; sigarayı/alev kaynaklarını önler.	
10.	Kayıt tutar ve devir yapar (olayın saati, bulgular, yapılan işlemler, turnike saati, yanıt/solunum durumu vb.)	
Toplam Puan		

Öğretim Üyesi Adı-Soyadı:

İmza:

Değerlendirme Kriterleri

Her bir beceri basamağı aşağıdaki ölçütlere göre 10 puan üzerinden değerlendirilir:

- **10 puan (Tam ve bağımsız uygulama):** Basamak doğru sırada, doğru teknikle, eksiksiz ve eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmadan gerçekleştirilmiştir.
- **8-9 puan (Küçük eksiklik):** Basamak bağımsız ve genel olarak doğru gerçekleştirilmiş; uygulamanın sonucunu veya güvenliğini etkilemeyen küçük bir eksiklik ya da duraksama olmuştur.
- **6-7 puan (Yönlendirme ile yeterli uygulama):** Basamak temel olarak doğru gerçekleştirilmiş ancak eksikliğin giderilmesi veya uygulamanın tamamlanması için ***eğiticinin sözlü yönlendirmesine gereksinim*** duyulmuştur.
- **4-5 puan (Belirgin eksik/hatalı uygulama):** Basamak önemli ölçüde eksik veya hatalı gerçekleştirilmiş ya da tamamlanabilmesi için ***birden fazla sözlü yönlendirme*** veya ***yoğun eğitici desteğine gereksinim**** duyulmuştur.
- **1-3 puan (Yetersiz uygulama):** Basamak denenmiş ancak büyük ölçüde yanlış veya eksik gerçekleştirilmiş; ***yoğun eğitici desteğine* rağmen*** yeterli düzeyde ***tamamlanamamıştır.***
- **0 puan (Gerçekleştirilmedi):**Basamak atlanmış veya hiç gerçekleştirilmemiştir.

**Sözlü yönlendirmenin yeterli olmadığı durumlarda, ilgili beceri basamağının eğitici tarafından yeniden gösterilmesine (demonstrasyonuna) gereksinim duyulması yoğun eğitici desteği olarak değerlendirilir.*

Puanlama:

Form 10 beceri basamağından oluşur ve toplam puan 100 üzerinden hesaplanır.

80–100 Puan – Ustalaşmış / Başarılı: Uygulama doğru sıra ve teknikle, büyük ölçüde bağımsız ve eksiksiz olarak gerçekleştirilmiştir.

60–79 Puan – Yeterli / Başarılı: Uygulamanın temel basamakları doğru gerçekleştirilmiş olmakla birlikte bazı basamaklarda eksiklik veya eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmuştur.

0–59 Puan – Geliştirilmesi Gerekir: Uygulama basamaklarında belirgin eksiklik veya hata bulunmuş ya da uygulamanın tamamlanabilmesi için önemli ölçüde eğitici desteğine gereksinim duyulmuştur.

Değerlendirme sonucunda 0–59 puan alan öğrencinin uygulaması, "Yeterli" veya "Ustalaşmış" düzeye ulaşıncaya kadar tekrarlanır.

OLAY YERİ GÜVENLİĞİ SAĞLAMA BECERİ FÖYÜ

Amaç

Olay yerinde kendisinin ve hasta/yaralının güvenliğini sağlamak; tehlikeleri tanımlayıp ortadan kaldırmak veya azaltmak, uygun yardım çağrısı ve kaynak organizasyonunu yapmak.

Öğrenim Hedefleri:

1. Tehlike/toksik/yangın/elektrik/trafik vb. riskleri hızlı tarar, "önce kendi güvenliği" ilkesini uygular.
2. Güvenlik önlemleri: kontağı kapatma, üçgen reflektör/uyarı işareti yerleştirme, yakıt kaçağı kontrolü gibi sahaya uygun aksiyonları alır.
3. Çevredeki kişileri organize eder, meraklı kalabalığı uzaklaştırır; sigara ve ateş kaynaklarını önler.
4. 112/itfaiye/polis çağrı akışını yönetir; olay ve hastaya ait temel bilgileri sistematik kaydeder.
5. Patlama/zehirlenme riski yoksa gereksiz hareket ettirmemeyi; varsa hızlı ve güvenli tahliyeyi uygular.

Kullanılacak Araç-Gereçler

Reflektör/uyarı üçgeni, eldiven, maske, gözlük (KKE), el feneri, yangın söndürücü (varsa), emniyet şeridi, tutanak/kayıt formu.

Uygulama Basamakları		Puan
1	Kendinin ve olay yerinin güvenliğini değerlendir (trafik, ateş, elektrik, gaz, kimyasal, yapı yıkımı vb).	
2	Kişisel koruyucu ekipman (KKE) varsa kullanır (eldiven, maske, gözlük – sahaya uygun).	
3	Tehlikeleri azaltır/izole eder (kontağı kapatır, reflektör/uyarı işaretlerini mesafeli yerleştirir, olası yakıt kaçağını ve ateş kaynağını kontrol eder).	
4	Çevreyi organize eder (sağlıklı kişileri görevlendirir, kalabalığı uzaklaştırır, gerekiyorsa ateş ve sigara kullanımını yasaklar).	
5	Hızlı genel tarama yapar (birden fazla hasta/yaralı, patlama/zehirlenme/çökme riski)	
6	Haber verir (112, gerekiyorsa itfaiye, polis; yeri, olay tipini, yaralı sayısını, özel riskleri bildir.	
7	Olay yerinde tehlike varsa hasta/yaralıyı güvenli alana taşır (olay yeri güvenli ise taşımaz)	
8	Hastaya yaklaşır (sakinleştir, kimlik/şikâyet bilgisi al; hareket ettirmeden güvenliği sürdürür).	
9	Tehlike varsa kontrollü uzaklaştırır (drage/çekme vb. güvenli teknikler yalnızca zorunlu ise).	
10	Kayıt tutar ve devreder (olay saati, mekân, riskler, ilk gözlemler, çağrı zamanı, ilk işlemler; ekip gelince teslim eder).	
Toplam Puan		

Öğretim Üyesi Adı-Soyadı:
İmza:

Değerlendirme Kriterleri

Her bir beceri basamağı aşağıdaki ölçütlere göre 10 puan üzerinden değerlendirilir:

- **10 puan (Tam ve bağımsız uygulama):** Basamak doğru sırada, doğru teknikle, eksiksiz ve eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmadan gerçekleştirilmiştir.
- **8-9 puan (Küçük eksiklik):** Basamak bağımsız ve genel olarak doğru gerçekleştirilmiş; uygulamanın sonucunu veya güvenliğini etkilemeyen küçük bir eksiklik ya da duraksama olmuştur.
- **6-7 puan (Yönlendirme ile yeterli uygulama):** Basamak temel olarak doğru gerçekleştirilmiş ancak eksikliğin giderilmesi veya uygulamanın tamamlanması için ***eğiticinin sözlü yönlendirmesine gereksinim*** duyulmuştur.
- **4-5 puan (Belirgin eksik/hatalı uygulama):** Basamak önemli ölçüde eksik veya hatalı gerçekleştirilmiş ya da tamamlanabilmesi için ***birden fazla sözlü yönlendirme*** veya ***yoğun eğitici desteğine gereksinim**** duyulmuştur.
- **1-3 puan (Yetersiz uygulama):** Basamak denenmiş ancak büyük ölçüde yanlış veya eksik gerçekleştirilmiş; ***yoğun eğitici desteğine* rağmen*** yeterli düzeyde ***tamamlanamamıştır.***
- **0 puan (Gerçekleştirilmedi):**Basamak atlanmış veya hiç gerçekleştirilmemiştir.

**Sözlü yönlendirmenin yeterli olmadığı durumlarda, ilgili beceri basamağının eğitici tarafından yeniden gösterilmesine (demonstrasyonuna) gereksinim duyulması yoğun eğitici desteği olarak değerlendirilir.*

Puanlama:

Form 10 beceri basamağından oluşur ve toplam puan 100 üzerinden hesaplanır.

80–100 Puan – Ustalaşmış / Başarılı: Uygulama doğru sıra ve teknikle, büyük ölçüde bağımsız ve eksiksiz olarak gerçekleştirilmiştir.

60–79 Puan – Yeterli / Başarılı: Uygulamanın temel basamakları doğru gerçekleştirilmiş olmakla birlikte bazı basamaklarda eksiklik veya eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmuştur.

0–59 Puan – Geliştirilmesi Gerekir: Uygulama basamaklarında belirgin eksiklik veya hata bulunmuş ya da uygulamanın tamamlanabilmesi için önemli ölçüde eğitici desteğine gereksinim duyulmuştur.

Değerlendirme sonucunda 0–59 puan alan öğrencinin uygulaması, "Yeterli" veya "Ustalaşmış" düzeye ulaşıncaya kadar tekrarlanır.

SIRT TAHTASI İLE HASTA TAŞIMA UYGULAMA BECERİSİ ÖĞRENİM KILAVUZU

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Öğrenci Numara:

Amaç:

Bu uygulama sonunda öğrencinin; beceri basamaklarını doğru ve sırasında uygulayarak basamaktan basamağa rahatça geçebilmesi amaçlanmaktadır.

Beceri:

Öğrenim Hedefleri:

1. Hastanın baş boyun ekseninin sabit tutulmasını sağlar.
2. Boyun- omurilik ekseninin korunmasına dikkat ederek sırt tahtasını hastanın sırtına yerleştirir ve hastayı konumlandırır.
3. Düşme riskine karşı travma tahtasının başlıklarını ve kemerlerini bağlar.

Uygulama Basamakları		Puan
1.	Mümkünse eldivenleri giyer.	
2.	Boyunluk takılmış hastada bir kişi modelin başına geçerek baş ve boynu aynı düzlemde tutacak pozisyonu alır.	
3.	Diğer iki kişi modelin sağ veya sol yanına geçer.	
4.	Bir kişi modelin omzundan ve kalçasından tutar, diğer kişi de modelin kalçasından ve baldırından tutar.	
5.	Baş ve boyunu sabitleyen kişinin komutu ile model 90 derece yan döndürülür.	
6.	Dördüncü kişinin sırt tahtasını modelin altına yerleştirir.	
7.	Baştaki kişinin komutu ile model 90 derece döndürülerek tahtanın üstüne yerleştirilir.	
8.	Dört kişi aynı anda modeli tahta üstünde tam ortaya getirir.	
9.	Travma tahtasının başlıklarını takar ve kemerleri bağlar.	
10	Dört kişi tahtanın iki yanına geçerek, komut ile aynı anda tahtayı kaldırır ve modelin taşır.	
Toplam Puan		

Öğretim Üyesi Adı-Soyadı:

İmza:

Değerlendirme Kriterleri

Her bir beceri basamağı aşağıdaki ölçütlere göre 10 puan üzerinden değerlendirilir:

- **10 puan (Tam ve bağımsız uygulama):** Basamak doğru sırada, doğru teknikle, eksiksiz ve eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmadan gerçekleştirilmiştir.
- **8-9 puan (Küçük eksiklik):** Basamak bağımsız ve genel olarak doğru gerçekleştirilmiş; uygulamanın sonucunu veya güvenliğini etkilemeyen küçük bir eksiklik ya da duraksama olmuştur.
- **6-7 puan (Yönlendirme ile yeterli uygulama):** Basamak temel olarak doğru gerçekleştirilmiş ancak eksikliğin giderilmesi veya uygulamanın tamamlanması için ***eğiticinin sözlü yönlendirmesine gereksinim*** duyulmuştur.
- **4-5 puan (Belirgin eksik/hatalı uygulama):** Basamak önemli ölçüde eksik veya hatalı gerçekleştirilmiş ya da tamamlanabilmesi için ***birden fazla sözlü yönlendirme*** veya ***yoğun eğitici desteğine gereksinim**** duyulmuştur.
- **1-3 puan (Yetersiz uygulama):** Basamak denenmiş ancak büyük ölçüde yanlış veya eksik gerçekleştirilmiş; ***yoğun eğitici desteğine* rağmen*** yeterli düzeyde ***tamamlanamamıştır.***
- **0 puan (Gerçekleştirilmedi):** Basamak atlanmış veya hiç gerçekleştirilmemiştir.

**Sözlü yönlendirmenin yeterli olmadığı durumlarda, ilgili beceri basamağının eğitici tarafından yeniden gösterilmesine (demonstrasyonuna) gereksinim duyulması yoğun eğitici desteği olarak değerlendirilir.*

Puanlama:

Form 10 beceri basamağından oluşur ve toplam puan 100 üzerinden hesaplanır.

80–100 Puan – Ustalaşmış / Başarılı: Uygulama doğru sıra ve teknikle, büyük ölçüde bağımsız ve eksiksiz olarak gerçekleştirilmiştir.

60–79 Puan – Yeterli / Başarılı: Uygulamanın temel basamakları doğru gerçekleştirilmiş olmakla birlikte bazı basamaklarda eksiklik veya eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmuştur.

0–59 Puan – Geliştirilmesi Gerekir: Uygulama basamaklarında belirgin eksiklik veya hata bulunmuş ya da uygulamanın tamamlanabilmesi için önemli ölçüde eğitici desteğine gereksinim duyulmuştur.

Değerlendirme sonucunda 0–59 puan alan öğrencinin uygulaması, “Yeterli” veya “Ustalaşmış” düzeye ulaşıncaya kadar tekrarlanır.

YABANCI CİSİM ASPİRASYONUNA MARUZ KALAN ERİŞKİNDE İLK YARDIM BECERİ UYGULAMASI

Amaç: Yabancı cisim aspirasyonuna maruz kalan erişkin hastaya ilk yardım beceri basamaklarını doğru ve sırasında uygulayabilmek.

Araç: Manken

Öğrencinin Adı Soyadı: **Tarih:**

Uygulama Basamakları		Puan
1	Hastanın hava yolu tıkanması olup olmadığının anlaşılması için nefes borusuna bir şey kaçırıp kaçırmadığını sorar/ hastanın öksürük veya konuşmasını izleyerek karar verir ve yardım çağırır (kazazede ellerini boğazına götürerek tutar bu işlem boğazına bir şeyin kaçtığının göstergesidir).	
2	Hastanın arkasına geçerek bir eli ile hastanın alın bölgesinden tutar ve diğer eli ile hastanın sırtına 5 kez kızak şeklinde vurur.	
3	Hastanın arkasına geçerek kendi kollarını hastanın bel kısmına yerleştirir.	
4	Bir elini yumruk yaparak başparmak tarafını, hastanın orta hatta göbeği ile ksifoidi arası mesafenin ortasına yerleştirir.	
5	Yumruk yapılmış elini diğer elle kavrar.	
6	Hastanın karnına seri şekilde, içe ve yukarı doğru 5 kez baskı uygular (Heimlich manevrası).	
7	Karına uygulanan baskıların birbirinden ayrı ve etkili olmasının sağlar.	
8	İşlemleri ardışık olarak 5 kez sırta vurma, 5 kez de Heimlich manevrası olacak şekilde uygular	
9	Hasta yabancı cismi çıkarıncaya kadar veya hastanın bilinci kapanıncaya kadar işlemi uygular.	
10	Bilinci kapanırsa hastayı sırtüstü yere yatırarak Temel Yaşam Desteği algoritmasını başlatır.	
Toplam Puan		

Öğretim Üyesinin Adı-Soyadı:

İmza:

Değerlendirme Kriterleri

Her bir beceri basamağı aşağıdaki ölçütlere göre 10 puan üzerinden değerlendirilir:

- **10 puan (Tam ve bağımsız uygulama):** Basamak doğru sırada, doğru teknikle, eksiksiz ve eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmadan gerçekleştirilmiştir.
- **8-9 puan (Küçük eksiklik):** Basamak bağımsız ve genel olarak doğru gerçekleştirilmiş; uygulamanın sonucunu veya güvenliğini etkilemeyen küçük bir eksiklik ya da duraksama olmuştur.
- **6-7 puan (Yönlendirme ile yeterli uygulama):** Basamak temel olarak doğru gerçekleştirilmiş ancak eksikliğin giderilmesi veya uygulamanın tamamlanması için ***eğiticinin sözlü yönlendirmesine gereksinim*** duyulmuştur.
- **4-5 puan (Belirgin eksik/hatalı uygulama):** Basamak önemli ölçüde eksik veya hatalı gerçekleştirilmiş ya da tamamlanabilmesi için ***birden fazla sözlü yönlendirme*** veya ***yoğun eğitici desteğine gereksinim**** duyulmuştur.
- **1-3 puan (Yetersiz uygulama):** Basamak denenmiş ancak büyük ölçüde yanlış veya eksik gerçekleştirilmiş; ***yoğun eğitici desteğine* rağmen*** yeterli düzeyde ***tamamlanamamıştır.***
- **0 puan (Gerçekleştirilmedi):**Basamak atlanmış veya hiç gerçekleştirilmemiştir.

**Sözlü yönlendirmenin yeterli olmadığı durumlarda, ilgili beceri basamağının eğitici tarafından yeniden gösterilmesine (demonstrasyonuna) gereksinim duyulması yoğun eğitici desteği olarak değerlendirilir.*

Puanlama:

Form 10 beceri basamağından oluşur ve toplam puan 100 üzerinden hesaplanır.

80–100 Puan – Ustalaşmış / Başarılı: Uygulama doğru sıra ve teknikle, büyük ölçüde bağımsız ve eksiksiz olarak gerçekleştirilmiştir.

60–79 Puan – Yeterli / Başarılı: Uygulamanın temel basamakları doğru gerçekleştirilmiş olmakla birlikte bazı basamaklarda eksiklik veya eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmuştur.

0–59 Puan – Geliştirilmesi Gerekir: Uygulama basamaklarında belirgin eksiklik veya hata bulunmuş ya da uygulamanın tamamlanabilmesi için önemli ölçüde eğitici desteğine gereksinim duyulmuştur.

Değerlendirme sonucunda 0–59 puan alan öğrencinin uygulaması, "Yeterli" veya "Ustalaşmış" düzeye ulaşıncaya kadar tekrarlanır.

YABANCI CİSİM ASPİRASYONUNA MARUZ KALAN PEDİATRİK KAZAZEDEYE İLK YARDIM BECERİ UYGULAMASI

Amaç: Yabancı cisim aspirasyonuna maruz kalan bebek kazazedeye ilk yardım beceri basamaklarını doğru ve sırasında uygulayabilmek.

Araç: Manken

Öğrencinin Adı Soyadı: **Tarih:**

Uygulama Basamakları		Puan
1	Bebekte hava yolu tıkanması varlığını anlamak için öksürük, bebeğin yüzünde kızarma/dudaklarınada morarma olup olmadığını izler.	
2	Yardım çağırır (112).	
3	Bebek küçük ise kurtarıcı bebeği bir eli üzerine ata biner gibi yüzükoyun yatırır.	
4	Üzerine yatırılan elinin işaret parmağı ile bebeğin çenesini aşağıya doğru çekerek açar.	
5	Bebeğin ağzında görünür yabancı cisim varsa çıkarır (işaret parmağı orak şeklinde tutularak süpürme)	
6	Bebeğin sırtına 5 kez kızak şeklinde elin ayasıyla hafif vuruş yapar.	
7	Bebeklere Heimlich manevrası uygulanmaz. Onun yerine 5 kez göğüs basısı (hafif bası) yapar.	
8	Beş kez sırta kızak şeklinde elin ayasıyla hafif vuruş, 5 kez de bası olacak şekilde döngü uygular.	
9	Bebek yabancı cismi çıkarıncaya kadar veya bilinci kapanıncaya kadar işlem uygulanır.	
10	Bilinci kapanırsa temel yaşam desteği algoritmasını başlatır.	
Toplam Puan		

Öğretim Üyesinin Adı-Soyadı:

İmza:

Değerlendirme Kriterleri

Her bir beceri basamağı aşağıdaki ölçütlere göre 10 puan üzerinden değerlendirilir:

- **10 puan (Tam ve bağımsız uygulama):** Basamak doğru sırada, doğru teknikle, eksiksiz ve eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmadan gerçekleştirilmiştir.
- **8-9 puan (Küçük eksiklik):** Basamak bağımsız ve genel olarak doğru gerçekleştirilmiş; uygulamanın sonucunu veya güvenliğini etkilemeyen küçük bir eksiklik ya da duraksama olmuştur.
- **6-7 puan (Yönlendirme ile yeterli uygulama):** Basamak temel olarak doğru gerçekleştirilmiş ancak eksikliğin giderilmesi veya uygulamanın tamamlanması için ***eğiticinin sözlü yönlendirmesine gereksinim*** duyulmuştur.
- **4-5 puan (Belirgin eksik/hatalı uygulama):** Basamak önemli ölçüde eksik veya hatalı gerçekleştirilmiş ya da tamamlanabilmesi için ***birden fazla sözlü yönlendirme*** veya ***yoğun eğitici desteğine gereksinim**** duyulmuştur.
- **1-3 puan (Yetersiz uygulama):** Basamak denenmiş ancak büyük ölçüde yanlış veya eksik gerçekleştirilmiş; ***yoğun eğitici desteğine* rağmen*** yeterli düzeyde ***tamamlanamamıştır.***
- **0 puan (Gerçekleştirilmedi):**Basamak atlanmış veya hiç gerçekleştirilmemiştir.

**Sözlü yönlendirmenin yeterli olmadığı durumlarda, ilgili beceri basamağının eğitici tarafından yeniden gösterilmesine (demonstrasyonuna) gereksinim duyulması yoğun eğitici desteği olarak değerlendirilir.*

Puanlama:

Form 10 beceri basamağından oluşur ve toplam puan 100 üzerinden hesaplanır.

80–100 Puan – Ustalaşmış / Başarılı: Uygulama doğru sıra ve teknikle, büyük ölçüde bağımsız ve eksiksiz olarak gerçekleştirilmiştir.

60–79 Puan – Yeterli / Başarılı: Uygulamanın temel basamakları doğru gerçekleştirilmiş olmakla birlikte bazı basamaklarda eksiklik veya eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmuştur.

0–59 Puan – Geliştirilmesi Gerekir: Uygulama basamaklarında belirgin eksiklik veya hata bulunmuş ya da uygulamanın tamamlanabilmesi için önemli ölçüde eğitici desteğine gereksinim duyulmuştur.

Değerlendirme sonucunda 0–59 puan alan öğrencinin uygulaması, "Yeterli" veya "Ustalaşmış" düzeye ulaşıncaya kadar tekrarlanır.

YAŞAMSAL BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ BECRİ FÖYÜ

Amaç

Nabız, solunum sayısı, kan basıncı, vücut ısısı, SpO_2 ve bilinç durumunu doğru ölçmek ve yorumlamak.

Öğrenim Hedefleri

1. Uygun manşet ve ekipman seçimi yapar.
2. Nabız ve solunumu doğru sayar.
3. Kan basıncını doğru teknik ile ölçer.
4. Vücut ısısı ölçümü
5. Oksijen satürasyonu ölçümü
6. AVPU ile bilinç değerlendirmesi

Kullanılacak Araç-Gereçler

Stetoskop, sfingomanometre (çeşitli manşet), termometre, pulse oksimetre, saat

	Uygulama Basamakları	**Puan**
1	Hastayı karşılar, bilgilendirme yapar	
2	Ekipman ve manşet uygunluğunu kontrol eder ve seçer	
3	Bilinç değerlendirmesi yapar	
4	Nabız sayımı yapar (60 sn; ritim/dolgunluk)	
5	Solunum sayısını tespit eder ve tipine bakar (60 sn, sayı/tipi)	
6	Kan basıncını doğru teknikle ölçer	
7	Termometre ile vücut ısısı ölçümü yapar	
8	Pulse oksimetre ile oksijen satürasyonu ölçümü yapar	
9	Ölçümleri kaydeder ve yorumunu yapar	
10	Aralıklı olarak tekrar değerlendirme yapar	
Toplam Puan		

Öğretim Üyesinin Adı-Soyadı:

İmza:

Değerlendirme Kriterleri

Her bir beceri basamağı aşağıdaki ölçütlere göre 10 puan üzerinden değerlendirilir:

- **10 puan (Tam ve bağımsız uygulama):** Basamak doğru sırada, doğru teknikle, eksiksiz ve eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmadan gerçekleştirilmiştir.
- **8-9 puan (Küçük eksiklik):** Basamak bağımsız ve genel olarak doğru gerçekleştirilmiş; uygulamanın sonucunu veya güvenliğini etkilemeyen küçük bir eksiklik ya da duraksama olmuştur.
- **6-7 puan (Yönlendirme ile yeterli uygulama):** Basamak temel olarak doğru gerçekleştirilmiş ancak eksikliğin giderilmesi veya uygulamanın tamamlanması için ***eğiticinin sözlü yönlendirmesine gereksinim*** duyulmuştur.
- **4-5 puan (Belirgin eksik/hatalı uygulama):** Basamak önemli ölçüde eksik veya hatalı gerçekleştirilmiş ya da tamamlanabilmesi için ***birden fazla sözlü yönlendirme*** veya ***yoğun eğitici desteğine gereksinim**** duyulmuştur.
- **1-3 puan (Yetersiz uygulama):** Basamak denenmiş ancak büyük ölçüde yanlış veya eksik gerçekleştirilmiş; ***yoğun eğitici desteğine* rağmen*** yeterli düzeyde ***tamamlanamamıştır.***
- **0 puan (Gerçekleştirilmedi):**Basamak atlanmış veya hiç gerçekleştirilmemiştir.

**Sözlü yönlendirmenin yeterli olmadığı durumlarda, ilgili beceri basamağının eğitici tarafından yeniden gösterilmesine (demonstrasyonuna) gereksinim duyulması yoğun eğitici desteği olarak değerlendirilir.*

Puanlama:

Form 10 beceri basamağından oluşur ve toplam puan 100 üzerinden hesaplanır.

80–100 Puan – Ustalaşmış / Başarılı: Uygulama doğru sıra ve teknikle, büyük ölçüde bağımsız ve eksiksiz olarak gerçekleştirilmiştir.

60–79 Puan – Yeterli / Başarılı: Uygulamanın temel basamakları doğru gerçekleştirilmiş olmakla birlikte bazı basamaklarda eksiklik veya eğitici yönlendirmesine gereksinim duyulmuştur.

0–59 Puan – Geliştirilmesi Gerekir: Uygulama basamaklarında belirgin eksiklik veya hata bulunmuş ya da uygulamanın tamamlanabilmesi için önemli ölçüde eğitici desteğine gereksinim duyulmuştur.

Değerlendirme sonucunda 0–59 puan alan öğrencinin uygulaması, "Yeterli" veya "Ustalaşmış" düzeye ulaşıncaya kadar tekrarlanır.

BAĞIŞIKLAMA DANIŞMANLIĞI YAPMA BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU
ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; bireyin yaşına, klinik durumuna ve risk profiline uygun aşı gereksinimini belirleyebilmesi, kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda etkili iletişim kurarak bilgilendirme yapabilmesi, aşı tereddüdü olan bireylerde kabulü artırıcı yaklaşımlar uygulayabilmesi, onam alarak uygun aşı planlamasını yapabilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Bu beceriyi tamamlayan öğrenci;

- Ulusal Aşı Takvimi'ne göre eksik veya ertelenmiş aşı dozlarını saptar.
- Yaş, gebelik, kronik hastalık ve mesleksel risklere göre ek aşı gereksinimini belirler.
- Gerçek kontrendikasyonlar ile geçici erteleme nedenlerini ayırt eder.
- Aşı tereddüdü olan bireylerde kabulü artırmaya yönelik iletişim tekniklerini uygular.
- Aşıların yararları ve olası yan etkileri hakkında doğru ve anlaşılır bilgilendirme yapar.

Bilgilendirilmiş onam alarak uygun aşı planlamasını yapar ve kayıt altına alır.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

- Güncel Ulusal Aşı Takvimi (afiş/PDF)
- Erişkin ve özel risk grupları için kısa aşı rehberi
- Kontrendikasyon ve önlem listesi (güncel)
- Bilgilendirme ve onam formu
- Randevu / hatırlatma sistemi (MHRS, ASM sistemi vb.)
- AEFI (aşı sonrası istenmeyen etki) bilgilendirme notu

BAĞIŞIKLAMA DANIŞMANLIĞI YAPMA BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	**Danışanı karşılama ve ön değerlendirme** ● Bireyi uygun şekilde karşılar, gizlilik ve empatiyi sağlar. ● Yaş, gebelik durumu, kronik hastalık, immünsüpresyon, meslek ve seyahat öyküsüne yönelik kısa risk taraması yapar.
2.	**Aşı geçmişinin değerlendirilmesi** ● Aşı kartı, e-Devlet veya sağlık kayıtlarını inceler. ● Eksik, gecikmiş veya hiç yapılmamış dozları saptar. ● Ulusal Aşı Takvimi ile karşılaştırır.
3.	**Risk gruplarının belirlenmesi** ● 65 yaş ve üzeri bireyler ● Gebeler ● Kronik hastalığı veya bağışıklık yetmezliği olanlar ● Sağlık çalışanları ve mesleksel risk grupları ● Seyahat riski olan bireyler için ek aşı gereksinimini rehbere göre değerlendirir.
4.	**Kontrendikasyon ve önlem taraması** ● Önceki aşıya bağlı anafilaksi öyküsünü sorgular. ● Canlı aşılar için gebelik ve ağır immünsüpresyonu değerlendirir. ● Ateşli veya ağır akut hastalık varlığında erteleme gerekip gerekmediğine karar verir.
5.	**Aşı önerisinin sunulması** ● Kısa, net ve güven verici bir dil kullanır. ● "Bugün şu aşıları yapıyoruz, şu tarihlerde rapelleri planlıyoruz" şeklinde yapılandırılmış öneri sunar.
6.	**Aşı tereddüdü ile baş etme** ● Açık uçlu sorular sorar, danışanı aktif dinler. ● Endişeleri yansıtır ve özetler. ● Yanlış inanışları yargılamadan, kişiye özel ve kanıta dayalı bilgilerle düzeltir.
7.	**Fayda–risk bilgilendirmesi** ● Aşıların bireysel ve toplumsal yararlarını açıklar. ● Aşı yapılmaması durumunda ortaya çıkabilecek riskleri belirtir.
8.	**Yan etkiler hakkında bilgilendirme** ● Sık görülen yan etkiler (enjeksiyon yerinde ağrı, kızarıklık, hafif ateş) hakkında bilgi verir. ● Nadir fakat önemli yan etkiler ve başvuru gerektiren durumları açıklar.
9.	**Onam ve planlama** ● Bilgilendirilmiş sözlü ve/veya yazılı onam alır. ● Rapel dozlar için randevu ve hatırlatma planlaması yapar.
10.	**Kayıt ve güven telkini** ● Yapılan değerlendirme ve planlamayı kayıt altına alır. ● Bireye sürecin izleneceğini ve destek alabileceğini vurgular.
Kritik Eğitim Noktaları • Aşı danışmanlığı **ikna değil güven oluşturma sürecidir**. • Gerçek kontrendikasyonlar nadirdir; çoğu durum **geçici erteleme** gerektirir. • Net ve güçlü öneri, aşı kabulünü artırır. • Kayıt ve izlem, aşılama kadar önemlidir.	

BAĞIŞIKLAMA DANIŞMANLIĞI YAPMA BECERİSİ
DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Uygulama Basamakları	Puan
1	Hastayı uygun şekilde karşılar, gizlilik/empati; danışanın yaşı, gebelik/komorbidite, meslek/seyahat riskleri için kısa tarama yapar.	
2	Kayıt geçmişini inceler (aşı kartı/e-devlet kayıtları; eksik/ertelenmiş doz var mı?), ulusal aşı takvimi ile karşılaştırır.	
3	Risk gruplarını belirler, 65 yaş ve üzeri olma, gebelik, kronik hastalık/immünsüpresyon, mesleksel-temas riski için ek aşı gereksinimini rehbere göre kontrol eder.	
4	Kontrendikasyon/önlem taraması yapar (önceki aşıya anafilaksi, canlı aşı için gebelik/immünsüpresyon, ateşli ağır hastalık) gerekirse erteleme kararı alır.	
5	Kısa, net, olumlu ve güçlü öneriler sunar (bugün şu aşıları yapıyoruz; ardından … tarihlerinde şu rapeller gelecek).	
6	Endişe varsa açık uçlu soru-yansıtma-özetleme uygular, kişiye özel bilgilendirme, yanlış inancı yargılamadan düzeltme tekniklerini uygular.	
7	Fayda ve riskler konusunda bilgilendirme yapar.	
8	Sık karşılaşılan (lokal ağrı/ateş) ve diğer yan etkilere yönelik bilgilendirme yapar.	
9	Onam alır ve planlama yapar (yazılı/sözlü bilgilendirme-onam; rapel/hatırlatma randevusu)	
10	Kayıt tutar ve güven telkini yapar	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

ERİŞKİNDE KAN BASINCI ÖLÇME

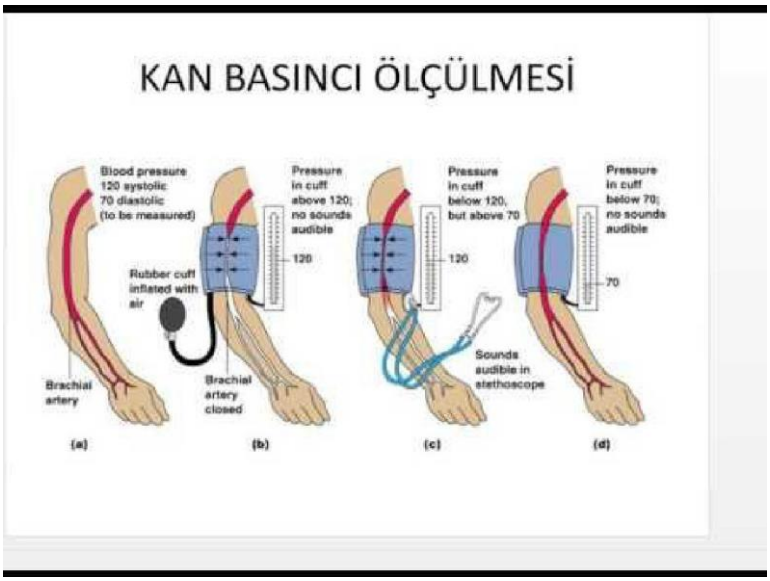
Amaç:
Erişkinde üst ekstremiteden doğru, güvenilir ve standart yönteme uygun olarak kan basıncı ölçme becerisini kazandırmak.

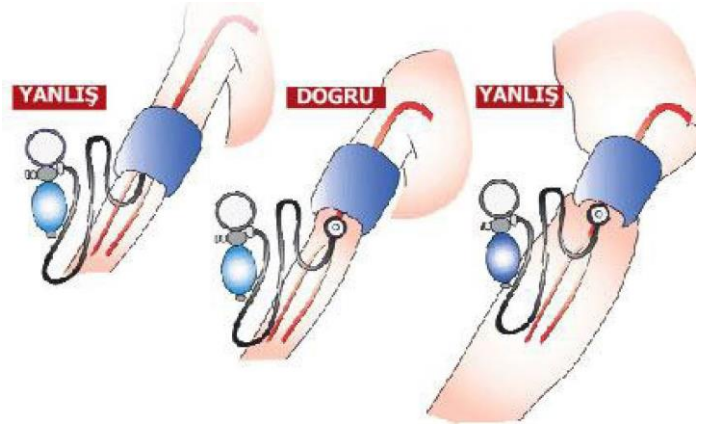
Öğrenim Hedefi:

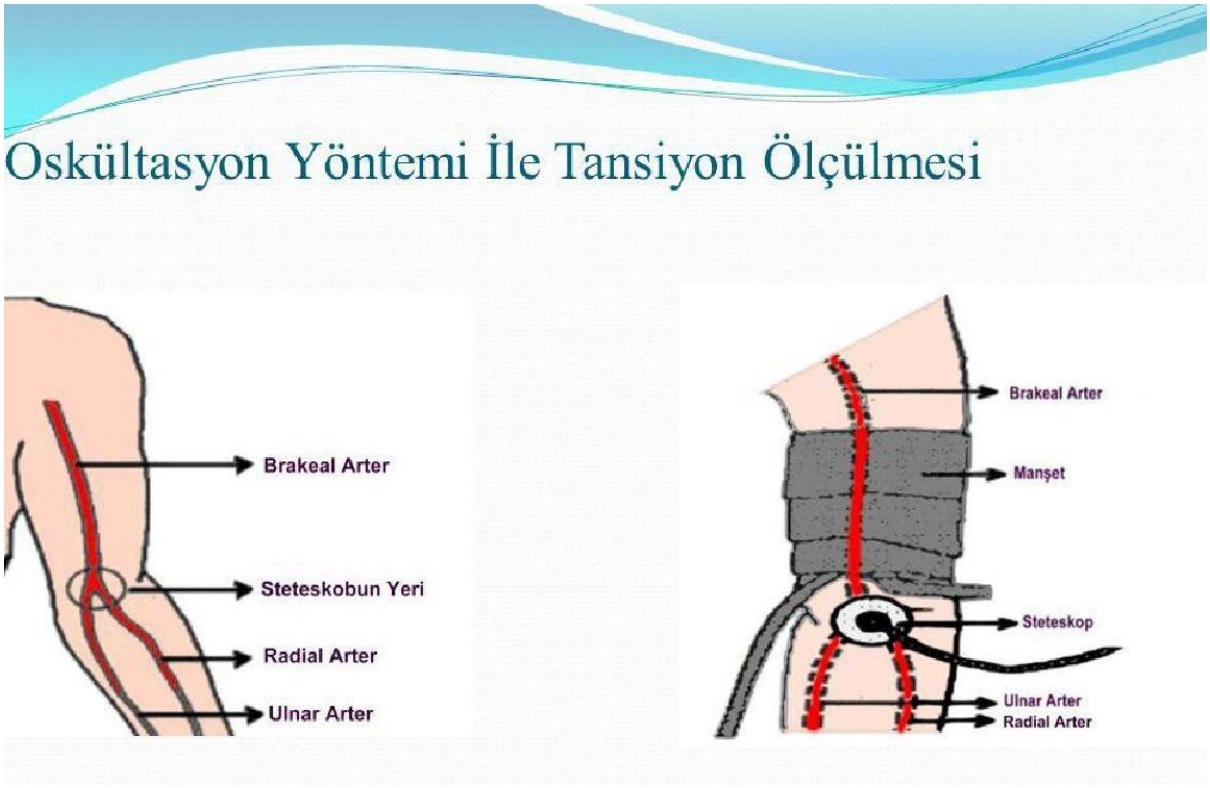
- Arteryel kan basıncı ölçümünün fizyolojik temellerini ve klinik önemini açıklar.
- Ölçümde kullanılan cihaz türlerini sayar.
- Uygun manşon seçiminin ve hasta pozisyonunun ölçüm doğruluğuna etkisini açıklar.
- Korotkoff seslerinin oluşum mekanizmasını ve hangi seslerin sistolik/diyastolik değeri temsil ettiğini açıklar.
- Tekrarlayan ölçümlerde dikkat edilmesi gereken kuralları (kollar arası fark, pozisyon etkisi) sayar.
- Ölçüm öncesi uygun ortam ve pozisyonu hazırlar.
- Uygun manşonu seçip doğru anatomik bölgeye yerleştirir.
- Brakiyal arter üzerinden stetoskopu doğru biçimde kullanarak sistolik ve diyastolik basıncı belirler.
- Ölçüm hızını, şişirme ve indirme tekniklerini doğru uygular.
- Sonuçları uygun şekilde (ör. sağ kol, oturur, manuel) kaydeder.
- Hastaya saygılı, açıklayıcı ve güven verici biçimde yaklaşır.
- Mahremiyet, hijyen ve etik ilkelerine dikkat eder.
- Ölçüm sonuçlarını paylaşırken empatik, sakin ve profesyonel davranır.
- Hata veya tutarsızlık durumunda ölçümü tekrarlamakta istekli ve dikkatli olur.

Gereçler:

- Aneroid, cıvalı veya otomatik tansiyon aleti
- Uygun boyutta manşon (erişkin için 12–14 cm genişlik, 23–30 cm uzunluk)
- Stetoskop
- Antiseptik solüsyon veya mendil
- Kayıt formu ve kalem


KAN BASINCI ÖLÇÜLMESİ
Blood pressure 120 systolic 70 diastolic (to be measured)
Rubber cuff inflated with air
Brachial artery
Brachial artery closed
Pressure in cuff above 120; no sounds audible
120
Pressure in cuff below 120, but above 70
Sounds audible in stethoscope
Pressure in cuff below 70; no sounds audible
70
(a)
(b)
(c)
(d)


YANLIŞ
DOGRU
YANLIŞ


Oskültasyon Yöntemi İle Tansiyon Ölçülmesi
Brakeal Arter
Steteskobun Yeri
Radial Arter
Ulnar Arter
Brakeal Arter
Manşet
Steteskop
Ulnar Arter
Radial Arter

ERİŞKİNDE KAN BASINCI ÖLÇME BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	Hastaya kendinizi tanıtıp yapılacak işlem hakkında bilgi veriniz.
2.	Hastadan işlem için onay alınız ve uygun pozisyonu sağlayınız.
3.	Hastanın ölçümden önce en az beş dakika dinlenmesini sağlayınız.
4.	Hastaya son yarım saatte sigara, kafein kullanımı ve egzersiz öyküsünü sorunuz.
5.	Kullanılacak tansiyon aletinin ve stetoskopun çalışır durumda olduğunu kontrol ediniz.
6.	Kol çevresine uygun büyüklükte manşon seçiniz.
7.	Manşonu antekübital fossadan 2–3 cm yukarıya sarınız.
8.	Brakiyal arterin yerini palpe ederek belirleyiniz.
9.	Stetoskopu kulaklık kısmının sivri tarafı karşıya bakacak şekilde kulağınıza yerleştiriniz.
10.	Stetoskopun diyafram kısmını brakiyal arter üzerine yerleştiriniz.
11.	Manşonun havasını nabız kaybolana dek şişiriniz ve 30 mmHg daha ekleyiniz.
12.	Hava musluğunu yavaşça gevşeterek basıncın saniyede 2–3 mmHg düşmesini sağlayınız.
13.	Korotkoff seslerinin ilk duyulduğu değeri sistolik olarak belirleyiniz.
14.	Korotkoff seslerinin tamamen kaybolduğu değeri diyastolik olarak belirleyiniz.
15.	Manşon havasını tamamen indiriniz.
16.	Stetoskopu çıkarıp hastaya rahatlaması için izin veriniz.
17.	Kan basıncı değerlerini doğru biçimde kaydediniz.
18.	Hastaya sonucu açık ve nazik bir şekilde bildiriniz.
19.	Kullanılan malzemeleri temizleyip yerine yerleştiriniz.
20.	El hijyeninizi sağlayınız.

***** Aynı koldan üst üste iki ölçüm yapılması gerektiğinde iki ölçüm arasında en az 15 sn zaman olmasını ve bu arada manşonun havasının tamamen alınmasını sağlayınız. Gerekirse karşı koldan ikinci ölçümü yapınız.

ERİŞKİNDE KAN BASINCI ÖLÇME BECERİSİ

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Öğrenci Numara:

	Erişkinde Kan Basıncı Ölçme Uygulama Basamakları	Puan
1	Hastaya kendini tanıtır, işlemin amacını açıklar, sözlü onay alır ve hastanın mahremiyetini sağlar.	
2	Hastanın son 30 dakika içinde sigara, kafein, egzersiz veya stres faktörü olup olmadığını sorgular; en az 5 dakika dinlenmesini sağlar.	
3	Hastayı kolları kalp hizasında olacak şekilde oturur pozisyonda konumlandırır.	
4	Uygun boyutta manşon seçer, alt kenarı antekübital fossadan 2–3 cm yukarıda olacak biçimde yerleştirir.	
5	Brakiyal arteri palpe ederek yerini belirler ve stetoskopun diyaframını bu nokta üzerine yerleştirir.	
6	Nabız kaybolana kadar manşonu şişirir, ardından 30 mmHg daha ekler.	
7	Hava musluğunu yavaşça gevşeterek basıncı saniyede 2–3 mmHg düşürür; ilk duyulan Korotkoff sesi değerini **sistolik**, seslerin kaybolduğu değeri **diyastolik** olarak belirler.	
8	Manşonu tamamen indirir, stetoskopu çıkarır ve hastanın kolunu gevşetir.	
9	Ölçüm sonucunu (ör. 120/80 mmHg, sağ kol, oturur pozisyon) kayıt formuna doğru şekilde yazar; gerekiyorsa karşı koldan ikinci ölçümü yapar.	
10	Ölçüm sonucunu hastaya açık, nazik ve bilgilendirici şekilde iletir; kullanılan ekipmanı temizleyip yerine yerleştirir, el hijyenini sağlar.	

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrencinin Aldığı Not (100 puan üzerinden):

Öğretim Üyesi Adı-Soyadı:

İmza:

İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON UYGULAMA BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU
ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; intramüsküler enjeksiyon uygulama becerisini doğru teknikle, güvenli, aseptik ve sıralı şekilde gerçekleştirebilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- El hijyenini sağlar ve gerekli malzemeleri hazırlar
- İlacı "8 doğru" ilkesine göre kontrol eder*
- Uygun enjeksiyon bölgesini belirler
- Aseptik kurallara uygun enjeksiyon uygular
- İşlem sonrası hasta güvenliğini sağlar ve uygulamayı kayıt altına alır

İntramüsküler enjeksiyonda ilaç derin kas dokusu içine verilir. Kas dokusunda az sayıda sinir ucu bulunduğundan derin kas dokusuna tatbik edilen enjeksiyon genellikle ağrısızdır ve ilacın emilimi hızlıdır. Normal erişkinlerde kas dokusuna en fazla 5 ml ilaç uygulanabilir. Çocuk, yaşlı ve zayıf hastalara verilecek ilaç miktarı en fazla 2 ml olmalıdır. 2 yaşın altındaki çocuklara en fazla 1 ml ilaç uygulanmalıdır. Hastanın yaşı, klinik durumu, uygulanacak ilacın özelliği ve ilaç miktarı dikkate alınarak uygun olan enjeksiyon bölgesi seçilir. Enjeksiyon için sağlam bir doku seçilmelidir.

***Sekiz doğru ilkesi ;** doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru etki, doğru yanıt.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi beceri laboratuvarı, enjektör, intravenöz uygulanacak ilaç, antiseptik solüsyon, pamuk/gazlı bez, koruyucu örtü, tıbbi atık kutuları.

İM enjeksiyon uygulanabilecek bölgeler ve kaslar:

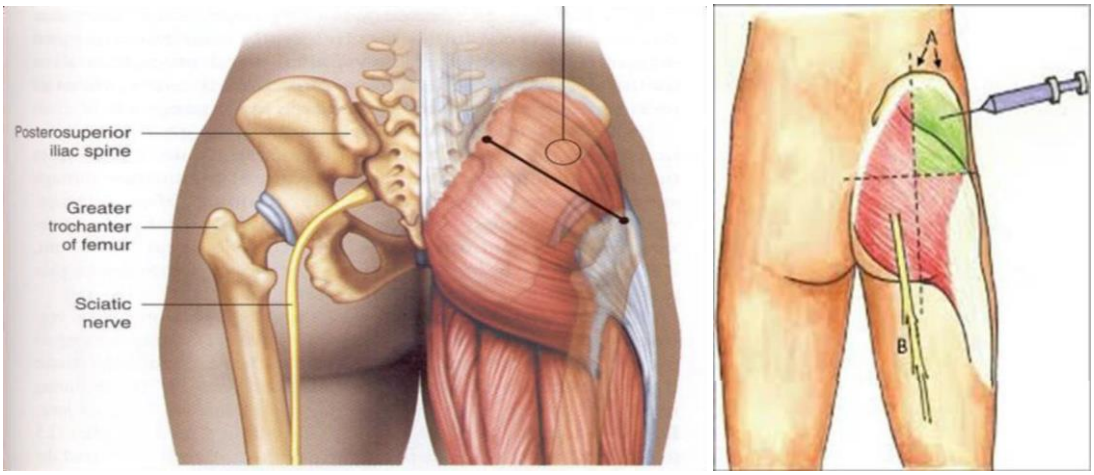
Dorsogluteal Bölge (Arka Kalça Bölgesi):

Yetişkinlerde ve 3 yaş üzeri çocuklarda kullanılır ve daha çok erişkinlerde tercih edilir. Bu bölgede yer alan gluteus maksimus ve gluteus medius kasları enjeksiyon için kullanılır.

Bu bölgede enjeksiyon bölgesini tespit etmek için 2 farklı yol vardır.

1. Yol:

Enjeksiyon bölgesi; ilyak kristanın altındaki ve posterior superior iliyak spina ile femurun büyük trokanterini birleştiren hayali çapraz çizginin üstünde kalan bölgedir. Enjeksiyon noktası, çapraz çizginin ortasından biraz yukarıda ve dış yandadır.



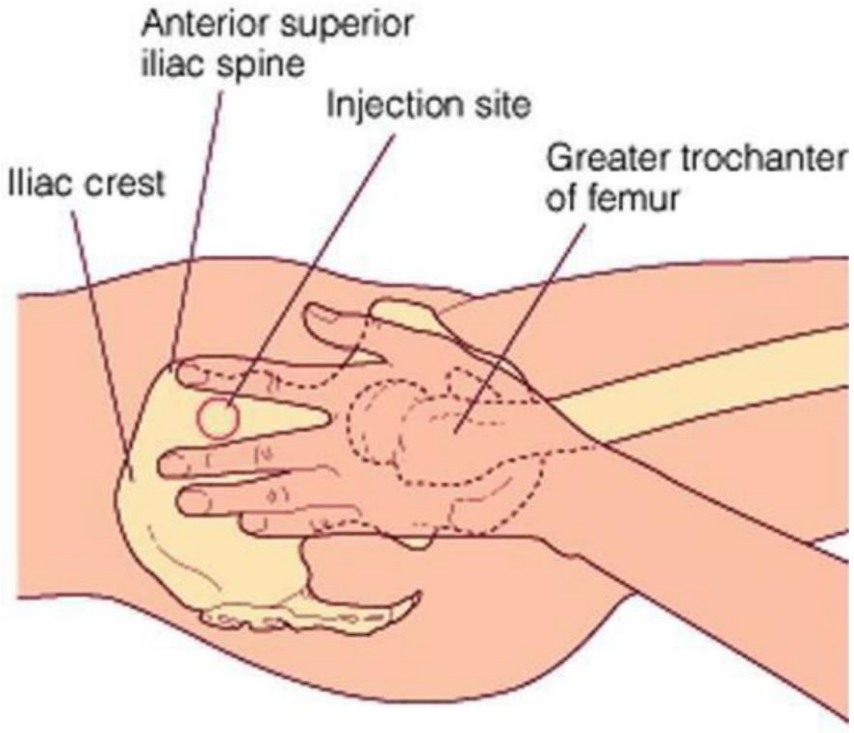
2. Yol:

Gluteal bölge, hayali çizgilerle dört eşit parçaya bölünür. Üstte ve dışta kalan 1/4'lük parçanın üst dış kısmı, enjeksiyon alanıdır.

Ventrogluteal Bölge (Yan Kalça Bölgesi):

Gluteus medius ve gluteus minimus kaslarını içeren bir enjeksiyon bölgesidir. Bu bölgedeki enjeksiyon bölgesini tespit etmek için;

El ayasının alt kısmı femurun büyük trokanterinin üzerine yerleştirilir. Başparmak kasığa doğru hareket ettirilir. İşaret parmağı krista iliyaka anterior superiora konulur, orta parmak ise krista iliyaka posterior superiora doğru açılarak bir "V" bölgesi oluşturulur. Enjeksiyon bölgesi bu "V"nin ortasıdır.



İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Kendinizi tanıtınız, hastaya adıyla hitap ediniz. Yapılacak enjeksiyonun gerekçesini ve işlemin nasıl yapılacağını kısaca açıklayınız, hastanın onayını alınız.
2. Enjeksiyon sırasında mahremiyeti sağlayınız ve ortamı düzenleyiniz.
3. Enjeksiyon için kullanılacak malzemeleri bir tepsi içinde hazırlayınız; uygun enjektör ve iğneyi seçiniz.
4. Kullanılacak ilacı **8 doğru ilkesine** göre kontrol ediniz (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru etki, doğru yanıt).
5. Ellerinizi yıkayıp kurulayınız ve tek kullanımlık steril olmayan muayene eldivenlerinizi giyiniz.
6. İlacı uygun şekilde hazırlayınız; enjektöre çekiniz, gerekirse 0.2–0.3 ml hava çekerek hava kilidi oluşturunuz ve iğne ucunu değiştiriniz.
7. Uygun enjeksiyon bölgesini belirleyiniz (gluteal, vastus lateralis, rektus femoris veya deltoid).
8. Enjeksiyon bölgesine uygun şekilde hastayı pozisyonlandırınız ve sadece uygulama alanını açıkta bırakınız.
9. Enjeksiyon yapılacak bölgeyi antiseptik solüsyonla içten dışa doğru dairesel hareketlerle yaklaşık 5 cm çapında siliniz ve kuruması için bekleyiniz.
10. Hastaya enjeksiyon sırasında kasını gevşetmesi gerektiğini söyleyiniz.
11. Kuru pamuk tamponu pasif elinizin 4. ve 5. parmakları arasına alınız.
12. İğnenin kılıfını kontaminasyona yol açmadan çıkarınız ve enjektörü aktif elinizle kalem tutar gibi tutunuz.
13. Pasif elinizle enjeksiyon bölgesindeki deriyi gergin hale getiriniz.
14. İğneyi 90° açıyla, tek ve kararlı bir hareketle iğne boyunun yaklaşık ¾'ü kadar kas içine batırınız.
15. Pistonu hafifçe geri çekerek aspirasyon yapınız; kan gelirse iğneyi çıkarınız ve işlemi başka bir bölgeden tekrarlayınız.
16. Kan gelmezse ilacı yavaş ve kontrollü şekilde uygulayınız.
17. Enjeksiyon tamamlandıktan sonra iğneyi giriş açısını bozmadan tek hareketle geri çekiniz ve kuru pamukla enjeksiyon bölgesine hafif basınç uygulayınız.
18. Kullanılmış iğneyi **koruyucu kapağını kapatmadan** delici–kesici atık kutusuna atınız; diğer atıkları uygun şekilde uzaklaştırınız.
19. Hastaya işlemin bittiğini bildiriniz, kısa süre gözlemleyiniz ve gerekirse dinlenmesini öneriniz.
20. Eldivenleri çıkarınız, ellerinizi yıkayınız ve yapılan işlemi kayıt altına alınız.

İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON UYGULAMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Uygulama Basamakları	**Puan**
1	Eller yıkanır. Gerekli malzemeler hazırlanır (enjektör, uygulanacak ilaç, antiseptik solüsyon, pamuk). İşlem hastaya açıklanır.	
2	İlaç kontrol edilir (8 doğru ilkesi)(doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru etki, doğru yanıt). İlaç uygun şekilde hazırlanır(*bknz ilaç hazırlama uygulaması)	
3	Uygun şekilde hazırlanmış ilaç enjektöre çekilir, 0.2- 0.3 ml hava çekilerek hava kilidi oluşturulur ve enjektör ucu değiştirilir. Enjektör malzeme tepsisine konur.	
4	Hastaya rahatça yatacağı uygun pozisyon verilir. Uygun ve doğru enjeksiyon bölgesi seçilir	
5	Hastaya seçilen enjeksiyon bölgesine uygun pozisyon verilir. Hastanın mahremiyetinin korunmasına özen gösterilir, sadece enjeksiyon uygulama alanı açıkta bırakılır	
6	Bölgedeki anatomik altyapılar değerlendirilerek iğnenin doğru giriş yeri saptanır	
7	Enjeksiyon alanı antiseptik solüsyonla ıslatılmış pamuk tampon ile merkezden dışa doğru yaklaşık 5 cm yarıçaplı alan dairesel hareketlerle silinir. Antiseptik solüsyonun kuruması için 10 sn beklenir	
8	Kuru pamuk yardımcı elin 4 ve 5. parmakları arasına sıkıştırılır	
9	İğnenin kılıfı iğneyi kontamine etmeden dikkatlice çıkarılır	
10	Enjektör aktif elin başparmağı ile işaret parmağı arasında kalem tutar gibi tutulur	
11	Girişim bölgesindeki deri, aktif olmayan elin baş ve işaret parmakları ile yana doğru gerdirilir ve bastırılır	
12	Hastaya derin nefes alması söylenerek dikkati başka yöne çekilir ve kaslarının gevşemesi sağlanır	

Uygulama Basamakları		Puan
13	İğne 90° lik açı ile hızla ve düzgün bir şekilde çabuk ve kuvvetlice iğne boyunun ¾'ü kadar doku içine batırılır	
14	Aktif el ile enjektör sabit bir şekilde hareket ettirilmeden tutulur	
15	Aktif olmayan el ile enjektörün pistonu geri çekilerek aspirasyon işlemi yapılır. Enjektörden kan gelirse iğne dokudan çıkarılır, iğne ucu değiştirilir ve işlem başka bir bölgede 1cm uzaktaki bir noktadan tekrarlanır	
16	Hava gelirse önce ilaç, ardından enjektördeki hava doku içine, basınç oluşturmayacak hızda yavaşça verilir	
17	Kuru pamuk tampon iğnenin giriş bölgesi üzerine bastırılır ve iğne giriş açısı bozulmadan tek bir hareketle geri çekilir	
18	Enjeksiyon bölgesine kanama durana kadar hafifçe basınç uygulanır	
19	Hastaya işlemin bittiği açıklanır ve 'geçmiş olsun' denir	
20	Atılabilir araç gereç uygun şekilde imha edilir, diğer araç gereçler kaldırılır Eller tekrar yıkanır. Uygulama kaydedilir.	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

İNTRAVENÖZ ENJEKSİYON UYGULAMA BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; intravenöz enjeksiyon uygulamasını doğru teknikle, güvenli, aseptik koşullarda ve uygun hasta iletişimi ile gerçekleştirebilmesi amaçlanmaktadır.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Enjektör, intravenöz uygulanacak ilaç, antiseptik solüsyon, pamuk/gazlı bez, turnike, eldiven, koruyucu örtü, tıbbi atık kutuları, Tıbbi beceri laboratuvarı.

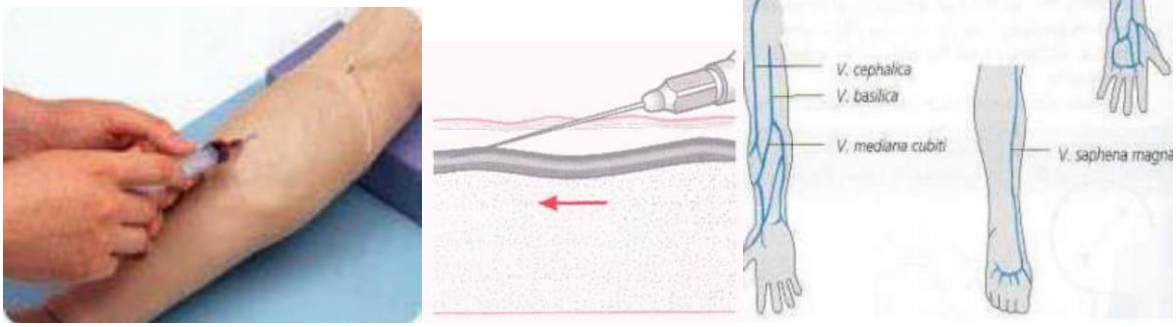
Genel Bilgiler

İntravenöz enjeksiyon; ven içine ilaç verilme yöntemidir. Emilim ve etki hızlı olduğundan, ilaç uygulama yolları arasında en riskli uygulama olarak kabul edilir.

İntravenöz yolla ilaç uygulaması iki şekilde yapılır:

İntravenöz bolus enjeksiyon:

Küçük hacimdeki (genellikle 10 ml'ye kadar) ilacın, kısa zamanda (1–5 dakika) ven içine verilmesidir.



İntravenöz sıvı uygulaması;

Büyük hacimdeki sıvıların ya da sıvılara eklenmiş ilacın yavaşça (dakikada bir veya birkaç ml) ve uzun sürede, genellikle sabit hızda verilmesidir.

Koldaki antekubital bölge, intravenöz enjeksiyon için en sık kullanılan bölgedir. Sıklıkla Bazilik ven, Sefalik ven ve Mediyan Kübital venler kullanılır. Bu damarların yüzeyel ve büyük olmaları ve bölgedeki derinin ince ve şeffaf olması, damara girmeyi kolaylaştırır.

İV enjeksiyon uygulamaları;

- Büyük hacimdeki solüsyonların verilmesinde,
- Hayati tehdit eden acil durumlarda (kardiyak arrest, şok, sepsis vb.) ilaçların hemen etkisini göstermesi istendiğinde,
- Cilt ve cilt altı dokuları tahriş eden ilaçların kullanılmasında tercih edilir.

İNTRAVENÖZ ENJEKSİYON BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Ellerinizi yıkayınız ve gerekli malzemeleri hazırlayınız. İşlemi hastaya açıklayınız.
2. İlacı 8 doğru ilkesine göre kontrol ediniz (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru etki, doğru yanıt). İlacı uygun şekilde hazırlayınız.
3. Uygun şekilde hazırlanmış ilacı enjektöre çekiniz, 0,2–0,3 ml hava çekerek hava kilidi oluşturunuz, enjektör ucunu değiştiriniz ve tepsiye yerleştiriniz.
4. Uygun ve doğru enjeksiyon bölgesini belirleyiniz. Her iki antekubital bölgeyi inceleyerek geniş, yüzeye yakın ve belirgin ven seçiniz.
5. Hastaya seçilen enjeksiyon bölgesine uygun pozisyon veriniz. Mahremiyeti sağlayınız ve sadece girişim alanını açıkta bırakınız. Bölgenin altına koruyucu örtü yerleştiriniz.
6. Turnikeyi, seçilen venin 10–15 cm üzerinden, venöz dönüşü engelleyecek fakat arteriyel akımı bozmayacak şekilde bağlayınız. Turnikeyi 1 dakikadan uzun süre bağlı bırakmayınız.
7. Ven dolgun değilse; ● Parmak uçlarıyla vene hafif darbeler uygulayınız, ● Hastadan elini açıp kapatmasını isteyiniz, ● Kolu kalbe doğru sıvazlayınız.
8. Enjeksiyon alanını antiseptik solüsyonla ıslatılmış pamukla yukarıdan aşağıya doğru tek hareketle siliniz. Antiseptiğin kuruması için 10 saniye bekleyiniz.
9. İğnenin kılıfını kontaminasyon oluşturmayacak şekilde çıkarınız. Enjektörü, iğnenin keskin yüzü yukarı bakacak biçimde tutunuz.
10. Damar giriş noktasının altından pasif el baş parmağı ile deriyi aşağı doğru çekerek veni sabitleyiniz.
11. İğneyi 30–45° açıyla deriden geçiriniz, ardından açıyı yaklaşık 15°'ye düşürerek vene giriniz ve iğnenin üçte birini damar içine ilerletiniz.
12. Baş parmağınızı ven üzerinden kaldırınız ve hafif aspirasyon yaparak damara girildiğini kontrol ediniz.
13. Kan geldiğinde turnikeyi çözünüz ve ilacı yavaşça vene veriniz.
14. Uygulama sırasında şişlik, kızarıklık veya ağrı olup olmadığını gözlemleyiniz.
15. İlacın tamamı verildikten sonra, giriş yerine kuru pamuk yerleştirerek iğneyi aynı açıyla geri çekiniz.
16. Enjeksiyon sonrası bölgeye 2–3 dakika, kanama eğilimi varsa 3–5 dakika hafif basınç uygulayınız veya hastaya uygulatınız.
17. Giriş yerini hematom ve kanama açısından gözlemleyiniz.
18. Kullanılan delici–kesici ve diğer tıbbi atıkları uygun atık kutularına atınız, malzemeleri toplayınız.
19. Ellerinizi tekrar yıkayınız.
20. Yapılan işlemi kayıt altına alınız.
Kritik Eğitim Notları
● İlacın yavaş verilmesi, damar dışına kaçışı önler.
● Şişlik ve ağrı varlığında işlem derhal sonlandırılmalıdır.
● Turnikenin uzun süre bağlı kalması doku hasarına yol açabilir.

İNTRAVENÖZ ENJEKSİYON UYGULAMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış – Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli – Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Uygulama Basamakları	Puan
1	Eller yıkanır, Gerekli malzemeler hazırlanır (enjektör, uygulanacak ilaç, antiseptik solüsyon, pamuk). İşlem hastaya açıklanır.	
2	İlaç kontrol edilir (8 doğru ilkesi doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru etki, doğru yanıt). İlaç enjektöre çekilir, içindeki hava çıkarılır ve enjektör ucu değiştirilir	
3	Uygun ve doğru enjeksiyon bölgesi seçilir. Her iki antekubital bölge incelenerek venlerin en belirgin olduğu kol seçilir. Hem geniş hem de yüzeye yakın ven seçilmelidir. Elle yoklama ven seçimini kolaylaştırır.	
4	Seçilen kol kalp hizasından aşağıya indirilir. Böylece venöz dolaşım yavaşlar ve venler genişler.	
5	Hastaya seçilen enjeksiyon bölgesine uygun pozisyon verilir. Hastanın mahremiyetinin korunmasına özen gösterilir, sadece enjeksiyon uygulama alanı açıkta bırakılır. Girişim bölgesinin altına koruyucu örtü yerleştirilir.	
6	Turnike seçilen venin 10-15 cm üzerinden venöz dönüşü engelleyecek fakat arteriyel kan akımını engellemeyecek sıkılıkta ve kolayca açılabilecek şekilde bağlanır.Turnike 1 dk 'dan uzun süre bağlı bırakılmamalıdır. Daha uzun süren uygulamalarda gevşetilerek ekstremitenin kanlanması sağlanmalıdır .	
7	Eğer ven dolgun değil ise venlerin daha çok belirginleşmesi için; ven üzerine parmak uçları hafif darbelerle vurulur, hastanın elini açıp kapatması ve yumruk yapması istenir ve kol kalbe doğru sıvazlanır.	
8	Enjeksiyon alanı antiseptik solüsyonla ıslatılmış pamuk tampon ile yukarıdan aşağıya doğru tek bir hareketle silinir. Antiseptik solüsyonun kuruması için 10 sn beklenir.	
9	İğnenin kılıfı iğneyi kontamine etmeden dikkatlice çıkarılır. Enjektör, iğnenin keskin yüzü yukarıya bakacak ve aktif el enjektörün üstünde kalacak biçimde baş ve diğer parmaklar ile tutulur.	
10	Damara girilecek noktanın altında pasif elin baş parmağı bastırılarak deri aşağı doğru çekilir ve böylece ven sabitlenir.	

Uygulama Basamakları		Puan
11	Enjektör, iğnenin kesik ucu yukarı bakacak şekilde tutulur. Deri tabakasına 30-45 derecelik açıyla girildikten hemen sonra iğnenin giriş açısı 15 dereceye küçültülerek vene girilir ve iğnenin üçte biri ven içinde ilerletilir.	
12	Baş parmak ven üzerinden kaldırılır ve enjektör pistonu hafifçe geri çekilerek aspirasyon işlemi yapılarak kan gelip gelmediği kontrol edilir.	
13	Kan geldiğinde turnike çözülür. İlaç yavaş bir şekilde vene verilir.	
14	İlacı uygularken bölgede şişlik, kızarıklık, acı hissi olup olmadığı kontrol edilir.	
15	İlacın tamamı verildikten sonra, kuru pamuk iğnenin giriş yerinin üzerine yerleştirilerek, enjektör aynı açı ile geri çekilir.	
16	İğne çıkarıldıktan sonra 2- 3 dk (kanama problemi varsa 3- 5 dk) enjeksiyon bölgesine hafif basınç uygulanır ya da hastanın uygulaması istenir.	
17	Hematom ve kanama yönünden iğne giriş yeri gözlemlenir.	
18	Atılabilir araç gereç uygun şekilde imha edilir, diğer araç gereçler kaldırılır.	
19	Eldiven çıkarılır ve eller yıkanır.	
20	Uygulama kaydedilir.	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

SUBKUTAN ENJEKSİYON UYGULAMA BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; subkutan enjeksiyonu aseptik teknikle, güvenli, doğru açı ve sırayla uygulayabilmesi ve tıbbi atıkları uygun şekilde yönetebilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- Hastaya kendini tanıtarak işlem hakkında bilgi verir ve onam alır
- El hijyenini sağlar ve gerekli malzemeleri hazırlar
- Uygun subkutan enjeksiyon bölgesini seçer
- Antisepsi kurallarına uygun çalışır
- İlacı doğru açıyla ve uygun hızda subkutan dokuya uygular
- Enjeksiyon sonrası bölgeyi değerlendirir
- Kesici–delici atıkları güvenle uzaklaştırır
- İşlem sonrası bakım ve kayıt işlemini yapar

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Enjektör, subkutan uygulanacak ilaç, antiseptik solüsyon, pamuk/gazlı bez, tıbbi atık kutuları, Tıbbi beceri laboratuvarı.

Genel Bilgiler

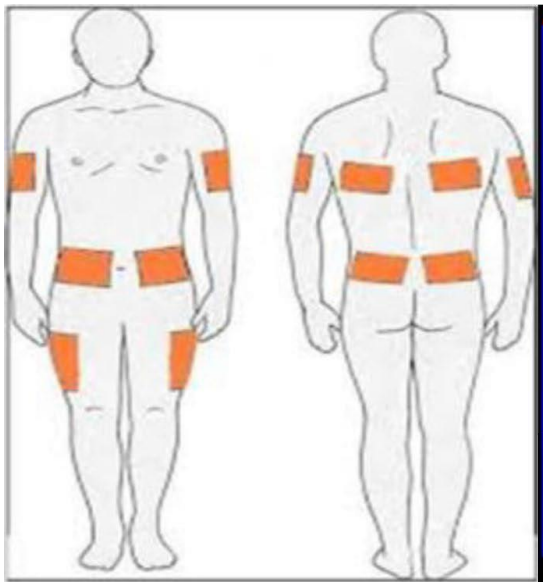
Subkutan enjeksiyon (SC); dermis tabakası altındaki gevşek bağ dokusu içine ilaç verme yöntemidir. Deri altı dokusu kan damarlarından zengin değildir. Bu alanda ilacın emilimi kapiller yol ile olmaktadır. Bu nedenle bu bölgeye uygulanan ilacın emilimi, intramüsküler enjeksiyona göre daha yavaş; intradermal ve oral yola göre ise daha hızlıdır.

Bununla birlikte, doku dolaşımı ile ilgili bir problem yoksa ilacın emilimi doz kaybı olmadan tamdır. Subkutan enjeksiyon; yavaş ve düzenli emilimi istenen**,** küçük hacimde (0,5–1 mL)**,** irrite olmayan ve suda çözünen ilaçlar için uygundur.

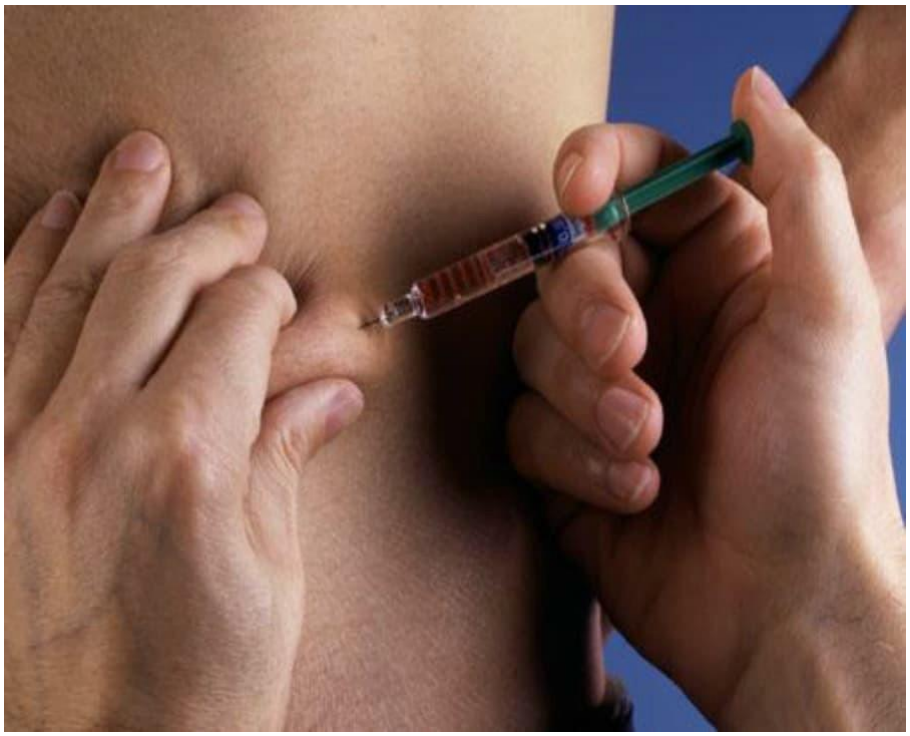
Bazı aşılar, narkotikler, insülin**,** heparin**,** epinefrin **ve** büyüme hormonu gibi ilaçların bu yolla vücuda verilmesi önerilir.

En sık uygulanan bölgeler şunlardır:

- Üst kolun lateral yüzü
- Uyluğun ön-yan kısmı (laterofemoral bölge)
- Sırtta skapula altı bölge
- Dorsogluteal bölgenin üst kısmı
- Abdominal bölge (göbek çevresi hariç)







SUBKUTAN ENJEKSİYON BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Hastaya kendinizi tanıtınız, adıyla hitap ediniz. Yapılacak enjeksiyonun gerekçesini ve işlemi kısaca açıklayınız, hastanın onamını alınız.
2. Enjeksiyon sırasında mahremiyeti sağlayınız ve hastayı uygun pozisyona alınız.
3. Enjeksiyon için gerekli malzemeleri bir tepsi içinde hazırlayınız (uygun enjektör, ilaç, antiseptik solüsyon, pamuk).
4. İlacın **8 doğru ilkesine (**doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru etki, doğru yanıt) uygunluğunu, son kullanma tarihini, rengini ve uygunluğunu kontrol ediniz.
5. Ellerinizi yıkayınız, kurulayınız ve eldivenlerinizi giyiniz.
6. İlacı aseptik kurallara uygun şekilde enjektöre çekiniz, varsa hava kabarcıklarını gideriniz.
7. Uygun subkutan enjeksiyon bölgesini belirleyiniz (üst kol dış yüzü, uyluk ön-yan yüzü, karın bölgesi – göbek çevresi hariç).
8. Enjeksiyon alanını antiseptik solüsyonla **merkezden dışa doğru dairesel hareketlerle** siliniz ve kurumasını bekleyiniz.
9. Enjektör iğnesinin kapağını sterilitesini bozmadan çıkarınız.
10. Enjeksiyon yapılacak deri ve deri altı dokusunu ● yağ dokusu az ise sıkıştırarak, ● yağ dokusu fazla ise gererek tutunuz.
11. Enjektörü kalem tutar gibi kavrayınız ve iğneyi ● 45° (deri sıkıştırıldıysa) ● 90° (deri gerildiyse) açıyla subkutan dokuya batırınız.
12. İlacı **yavaş ve kontrollü** şekilde subkutan dokuya veriniz. (Kan gelirse uygulamayı farklı bir noktadan tekrarlayınız.)
13. İğneyi giriş açısını bozmadan tek hareketle geri çekiniz. Enjeksiyon bölgesine masaj yapmayınız.
14. Kullanılmış iğneyi kapağını kapatmadan delici–kesici atık kutusuna atınız.
15. Eldivenlerinizi çıkarınız, hastaya işlemin bittiğini bildiriniz.
16. Yapılan işlemi kayıt altına alınız ve ellerinizi tekrar yıkayınız.

SUBKUTAN ENJEKSİYON UYGULAMA BECERİSİ
DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Uygulama Basamakları	Puan
1	Enjektör sterilitesine dikkat edilerek açılır, uygun miktarda ilaç enjektöre çekilir, 0.2- 0.3 ml hava çekilerek hava kilidi oluşturulur, enjektörün iğnesi değiştirilir ve ilaç tepsisine konur.	
2	Uygun ve doğru enjeksiyon bölgesi seçilir (kolların üst ve yan bölgesi, uylukların ön ve yan bölgesi, göbek civarı hariç karın bölgesi) ve uygun pozisyon verilir (mahremiyetinin korunmasına özen gösterilir, sadece enjeksiyon uygulama alanı açıkta bırakılır)	
3	Bölgedeki anatomik altyapılar değerlendirilerek iğnenin doğru giriş yeri saptanır ve enjeksiyon alanı antiseptik solüsyonla ıslatılmış pamuk tampon ile merkezden dışa doğru dairesel hareketlerle silinir. Antiseptik solüsyonun kuruması için 10 sn beklenir.	
4	İğnenin kılıfı iğneyi kontamine etmeden dikkatlice çıkarılır	
5	Enjektör, aktif elin başparmağı ile işaret parmağı arasında kalem tutar gibi tutulur ve enjeksiyon yapılacak bölge, aktif olmayan elin baş ve diğer parmakları ile çevresinden tutularak kaldırılır	
6	İğne dokunun durumuna göre 45- 90^{o} açıyla batırılır	
7	İğne girince doku serbest bırakılır ve aktif el ile enjektör sabit bir şekilde hareket ettirilmeden tutulur	
8	Aktif olmayan el ile enjektörün pistonu geri çekilerek aspirasyon işlemi yapılır hava gelirse önce ilaç, ardından enjektördeki hava doku içine, basınç oluşturmayacak hızda verilir (enjektörden kan gelirse iğne dokudan çıkarılır, iğne ucu değiştirilir ve işlem başka bir bölgede tekrarlanır. İnsülin ve heparin uygulamalarında aspirasyon / kan kontrolü doku hasarına neden olacağından yapılmamalıdır).	
9	Kuru pamuk tampon iğnenin giriş bölgesi üzerine bastırılır, iğne giriş açısı bozulmadan dik bir şekilde tek bir hareketle geri çekilir ve enjeksiyon bölgesine kanama durana kadar hafifçe basınç uygulanır.	
10	Atılabilir araç gereç uygun şekilde imha edilir, diğer araç gereçler kaldırılır, eller tekrar yıkanır ve uygulama kaydedilir.	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

İNTRADERMAL ENJEKSİYON UYGULAMA BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE UYGULAMA FORMU
ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; intradermal enjeksiyonu aseptik kurallara uygun olarak, doğru açı ve teknikle, güvenli biçimde uygulayabilmesi ve işlemi kayıt altına alabilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- El hijyenini sağlar ve gerekli malzemeleri hazırlar
- İlacı 8 doğru ilkesine göre (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru etki, doğru yanıt) kontrol eder
- Uygun enjeksiyon bölgesini belirler
- Aseptik teknikle intradermal enjeksiyon uygular
- Enjeksiyon sonrası bakım ve kayıt işlemlerini gerçekleştirir

Uygulama Ortamı ve Gereçler

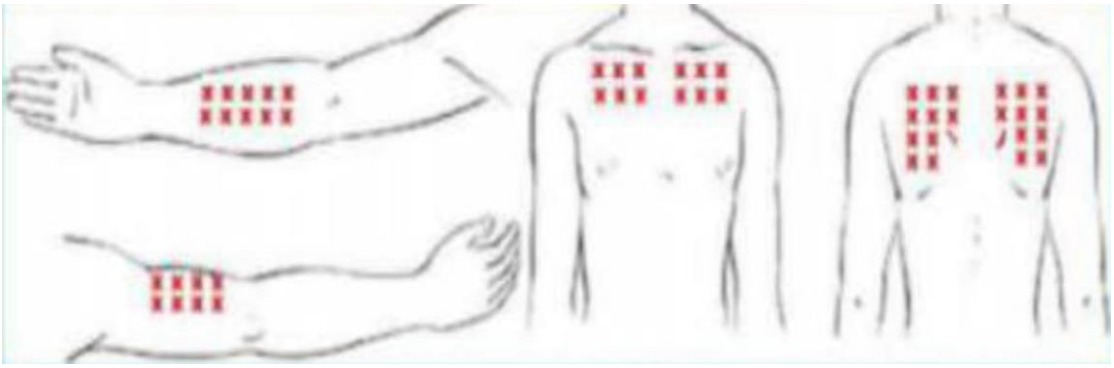
Eldiven, insülin/Tüberkülin enjektörü, tepsi, %70 lik alkol, pamuk, atık kabı, Tıbbi beceri laboratuvarı.

Genel Bilgiler

İntradermal enjeksiyon; epidermis tabakasının hemen altına, dermis tabakasının içine ilaç verme yöntemidir. Parenteral yollar içinde emilimin en yavaş olduğu yoldur. Bu nedenle tanı amacıyla ve ilaçların lokal etkilerinin değerlendirilmesinde kullanılır. Genellikle tüberkülin testi, çeşitli alerjenler ve bazı ilaçlara karşı dokunun lokal reaksiyonunun belirlenmesi amacıyla uygulanır.

İntradermal enjeksiyonda 0,1–0,5 ml ilaç uygulanır. Kullanılan iğnenin numarası 26–27, iğne boyu 0,6–1 cm olup, iğnenin giriş açısı 5–15 derecedir.

Sıklıkla kullanılan bölgeler; ön kolun iç yüzü, üst kolun arka yüzü, sırtın üst yüzü ve üst göğüs bölgesidir.





İNTRADERMAL ENJEKSİYON BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Eller yıkanır.
2. Gerekli malzemeler hazırlanır (enjektör, uygulanacak ilaç, antiseptik solüsyon, pamuk).
3. İşlem hastaya açıklanır.
4. İlaç, 8 doğru (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru etki, doğru yanıt) ilkesine göre kontrol edilir.
5. İlaç enjektöre çekilir ve enjektör ucu değiştirilir.
6. Uygun ve doğru enjeksiyon bölgesi seçilir.
7. Hastaya seçilen enjeksiyon bölgesine uygun pozisyon verilir; mahremiyet korunur ve yalnızca uygulama alanı açıkta bırakılır.
8. Bölgedeki anatomik yapılar değerlendirilerek iğnenin doğru giriş yeri belirlenir (bölge az tüylü veya tüysüz olmalıdır).
9. Enjeksiyon alanı, antiseptik solüsyonla ıslatılmış pamuk tampon ile merkezden dışa doğru dairesel hareketlerle silinir.
10. Antiseptik solüsyonun kuruması için yaklaşık 10 saniye beklenir.
11. İğnenin kılıfı, iğne kontamine edilmeden dikkatlice çıkarılır.
12. Enjektör, avuç içi ve parmaklar altında desteklenecek şekilde kavranır.
13. Pasif el ile hastanın ön kolu altından tutulur; deri baş ve diğer parmaklar ile gerilir.
14. Enjektör, iğnenin kesik ucu yukarı bakacak şekilde tutulur ve deri içine 5–15° açıyla, yaklaşık 2 mm girilir.
15. İlaç, deride birkaç mm'lik (mercimek büyüklüğünde) kabartı oluşana kadar yavaşça verilir ve iğne giriş açısı bozulmadan geri çekilir. Kabartı oluşmazsa uygulama, ilk alandan en az 5 cm uzağa tekrar edilir.
16. İğnenin çıkarılması sırasında ve sonrasında enjeksiyon bölgesine tampon uygulanmaz ve bölge ovulmaz; tek hareketle kuru pamukla silinir.
17. Enjeksiyon bölgesi, daha sonra kontrol edilmek üzere kalem ile daire içine alınarak işaretlenir.
18. Eller tekrar yıkanır.
19. Yapılan işlem kayıt altına alınır.

İNTRADERMAL ENJEKSİYON UYGULAMA BECERİSİ

DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Uygulama Basamakları	Puan
1	İlaç enjektöre çekilir ve enjektör ucu değiştirilir.	
2	Uygun ve doğru enjeksiyon bölgesi seçilir, seçilen enjeksiyon bölgesine uygun pozisyon verilir, sadece enjeksiyon uygulama alanı açıkta bırakılır.	
3	Bölgedeki anatomik altyapılar değerlendirilerek iğnenin doğru giriş yeri saptanır (Bölge az tüylü/tüysüz olmalıdır).	
4	Enjeksiyon alanı antiseptik solüsyonla ıslatılmış pamuk tampon ile merkezden dışa doğru dairesel hareketlerle silinir, kuruması için 10 sn beklenir	
5	İğnenin kılıfı iğneyi kontamine etmeden dikkatlice çıkarılır, enjektör avucun ve parmakların altında kalacak şekilde kavranır.	
6	Pasif el ile hastanın ön kolu altından tutulup, deri baş ve diğer parmaklar ile gerilir.	
7	Enjektör, iğnenin kesik ucu yukarı bakacak şekilde tutulur. Deriye 5-15 derecelik açıyla yaklaşık 2 mm kadar girilir.	
8	İlaç deride birkaç mm'lik (mercimek büyüklüğü kadar) kabartı oluşturana kadar yavaşça verilir ve iğnenin giriş açısı bozulmadan geri çekilir (ilaç verildiğinde deride kabarcık oluşmuyorsa, iğne aynı açı ile geri çekilerek, uygulama yapılan alanın en az 5 cm uzağına tekrar uygulanır, kabarcığın oluşmaması ilacın subkutan dokuya gittiğini gösterir).	
9	Enjeksiyon bölgesine iğnenin çıkarılması sırasında ve sonrasında tampon uygulanmaz ve ovulmaz, bölge tek bir hareketle kuru pamukla silinir, çevresi kalem ile daire içine alınır (daha sonra kontrol edilmek üzere işaretlenir).	
10	Eller tekrar yıkanır ve uygulama kaydedilir.	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

İNTRAVENÖZ SERUM SETİ HAZIRLAMA VE TAKMA BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; intravenöz serum setini aseptik kurallara uygun, güvenli ve sıralı biçimde hazırlayıp hastaya bağlayabilmesi ve tıbbi atıkları doğru şekilde yönetebilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- Hastaya kendini tanıtarak işlem hakkında bilgi verebilir
- El hijyenini sağlar ve gerekli malzemeleri hazırlar
- Sıvı setini aseptik teknikle solüsyona bağlayabilir
- Setin havasını güvenli şekilde alır
- Katetere doğru şekilde bağlar ve akışı başlatır
- Komplikasyonları izler
- Tıbbi atıkları doğru şekilde uzaklaştırır
- İşlemi kayıt altına alır

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi Beceri Laboratuvarı / Klinik Uygulama Alanı, intravenöz sıvı (serum), serum seti (infüzyon seti), intravenöz kanül (branül), turnike, antiseptik solüsyon, pamuk/gazlı bez, flaster veya sabitleyici, eldiven, askı aparatı (serum askısı), tıbbi atık kutuları (delici–kesici ve tıbbi atık), el hijyeni için sıvı sabun.

İNTRAVENÖZ SERUM SETİ HAZIRLAMA VE TAKMA BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Malzemeleri kontrol ediniz (serum, set, eldiven, askı, flaster vb.).
2. Tedavi tepsisini hazırlayınız.
3. Ellerinizi yıkayıp kurulayınız, eldiven giyiniz.
4. Sıvı setinin paketini açınız.
5. Solüsyon şişesinin plastik kapağını çıkarınız; lastik tıpayı kontamine etmeyiniz.
6. Setin solüsyona girecek ucunun kapağını çıkarınız.
7. Ucu kontamine etmeden lastik tıpadan solüsyon şişesine ya da torbaya yerleştiriniz.
8. Torba ise set giriş yerini kıvırarak açınız.
9. Akış ayarlayıcıyı (makara/klemp) kapalı tutunuz.
10. Solüsyon şişesini askıya asınız.
11. Setin havalandırma kapağını açınız.
12. Damlalığı yarısına kadar solüsyonla doldurunuz.
13. Setin hasta ucundaki koruyucuyu çıkarınız.
14. Ucu böbrek küvet üzerine tutunuz.
15. Akış ayarlayıcıyı açarak sıvıyı setten geçiriniz.
16. Set içindeki tüm havayı çıkarınız.
17. Hava kalmadığında akışı kapatınız.
18. Set ucunun koruyucusunu tekrar takınız.
19. Set ucunu askıya asarak kontaminasyondan koruyunuz.
20. Kateter bağlantı ucuna seti bağlayınız.
21. Akışı açarak birkaç dakika hızlı akış sağlayınız.
22. Komplikasyon yoksa (şişme, infiltrasyon, ağrı) akış hızını ayarlayınız.
23. Eldivenleri çıkarınız, uygun atık kutusuna atınız, ellerinizi yıkayınız.
24. Kullanılmış set ambalajları, eldiven ve kontamine materyalleri tıbbi atık kutusuna atınız.
25. İşlemi hasta dosyasına kaydediniz.

İNTRAVENÖZ SIVI SETİ HAZIRLAMA VE TAKMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Uygulama Basamakları	**Puan**
1	Hastaya kendini tanıtır ve işlemi açıklar	
2	El hijyenini sağlar ve eldiven giyer	
3	Gerekli malzemeleri eksiksiz hazırlar	
4	Solüsyon şişesini aseptik şekilde açar	
5	Set ucunu kontamine etmeden solüsyona bağlar	
6	Akış ayarlayıcıyı kapalı tutarak seti hazırlar	
7	Damlalığı uygun şekilde doldurur	
8	Setin içindeki havayı tamamen çıkarır	
9	Set ucunu kontaminasyondan korur	
10	Seti katetere doğru şekilde bağlar	
11	Akışı başlatır	
12	Hızlı akış ile setin çalıştığını kontrol eder	
13	Komplikasyonları gözler	
14	Uygun akış hızını ayarlar	
15	Setin stabilitesini sağlar	
16	Hastanın konforunu ve güvenliğini gözetir	
17	Eldivenleri uygun şekilde çıkarır	
18	El hijyenini tekrar sağlar	
19	Tıbbi atıkları uygun kutulara atar	
20	İşlemi kayıt altına alır	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

KOLDAN VENÖZ KAN ALMA BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; koldan venöz kan alma işlemini aseptik teknikle, güvenli, doğru açı ve sırayla uygulayabilmesi ve tıbbi atıkları uygun şekilde yönetebilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- Hastaya kendini tanıtarak işlem hakkında bilgi verebilir ve onam alır
- El hijyenini sağlar ve gerekli malzemeleri hazırlar
- Uygun veni seçer ve turnike uygular
- Antisepsi kurallarına uygun çalışır
- Vene doğru açıyla girerek kanı güvenli şekilde alır
- Turnikeyi zamanında çözer
- Kanı uygun tüpe aktarır
- Kesici–delici atıkları güvenle uzaklaştırır
- İşlem sonrası bakım ve kayıt işlemini yapar

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi beceri laboratuvarı, Tedavi tepsisi, tek kullanımlık eldiven, turnike, antiseptik madde, tampon, enjektör, tüp, pamuk.

KOLDAN VENÖZ KAN ALMA BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	Ellerinizi yıkayıp kurulayınız.
2.	Malzemeleri sterilite açısından kontrol ederek tedavi tepsisini hazırlayınız.
3.	Kan alınacak uygun veni belirleyiniz.
4.	Tek kullanımlık eldivenleri giyiniz.
5.	Turnikeyi, arteryel akımı engellemeyecek şekilde venin 10–15 cm üstünden bağlayınız.
6.	Antiseptik içeren tamponla giriş yerini merkezden çevreye doğru temizleyiniz.
7.	Enjektörü aseptik şekilde açınız.
8.	Pasif elinizle kolu destekleyip cildi aşağı doğru gererek veni sabitleyiniz.
9.	İğne ucu yukarı bakacak şekilde, önce 30–40°, sonra 15° açıyla vene giriniz.
10.	Pistonu çekerek vene girildiğini doğrulayınız.
11.	Kan gelmezse iğneyi damar yönünde ilerletiniz; başarısızsa yeni noktadan tekrar deneyiniz.
12.	Vene girildiğinde turnikeyi çözünüz.
13.	Giriş yerine tampon bastırarak iğneyi aynı açıyla geri çekiniz.
14.	Giriş yerini tamponla bastırınız.
15.	Enjektördeki kanı uygun tüpe aktarınız.
16.	Kullanılmış iğneyi kapağını kapatmadan delici–kesici atık kutusuna atınız.
17.	Tüm kontamine malzemeleri tıbbi atık torbasına atınız.
18.	Eldivenleri çıkarınız.
19.	Ellerinizi yıkayınız ve işlemi kaydediniz

KOLDAN VENÖZ KAN ALMA BECERİSİ
DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Uygulama Basamakları	**Puan**
1	Hastaya kendini tanıtır, işlemi açıklar ve onam alır	
2	El hijyenini sağlar ve malzemeleri hazırlar	
3	Uygun veni seçer ve turnike uygular	
4	Eldiven giyer ve antisepsi sağlar	
5	Vene doğru açıyla girer	
6	Kanı güvenli şekilde alır	
7	Turnikeyi çözer ve iğneyi doğru çıkarır	
8	Giriş yerine uygun bası uygular	
9	Kanı uygun tüpe aktarır	
10	Atıkları uygun şekilde uzaklaştırır, eldiveni çıkarır, el hijyeni sağlar ve kayıt yapar.	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

RADYAL ARTERDEN NABIZ ÖLÇME BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; erişkinde radyal arterden nabız sayısını doğru anatomik noktada, güvenli ve standart yönteme uygun şekilde ölçebilmesi ve elde ettiği bulguları doğru biçimde değerlendirebilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

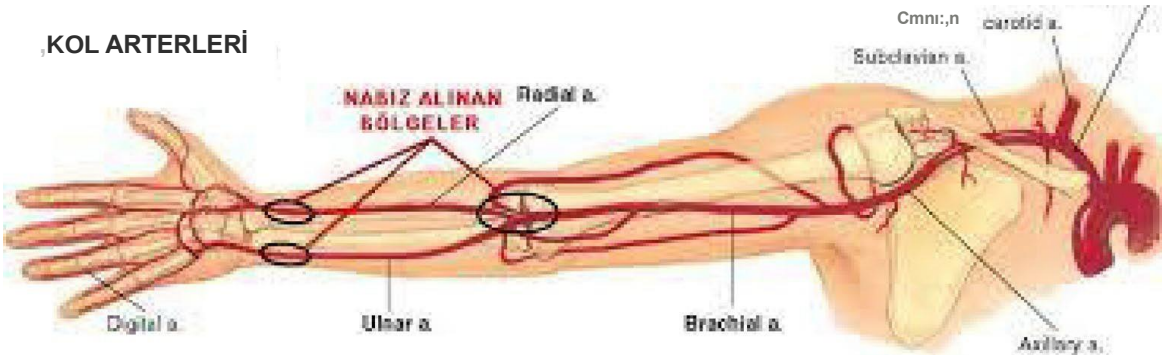
- Nabzın fizyolojik temellerini ve klinik önemini açıklar.
- Nabız ölçümü öncesinde hastanın uygun şekilde dinlenmesini sağlar.
- Hastaya işlem hakkında bilgi verir ve izin alır.
- Radyal arteri doğru anatomik noktada palpe eder.
- Nabzı uygun parmaklarla (işaret, orta ve yüzük parmakları) değerlendirir.
- Nabzı en az 60 saniye boyunca doğru şekilde sayar.
- Nabız parametrelerini (sayı, ritim ve dolgunluk) değerlendirir.
- Ölçüm sonucunu doğru şekilde kaydeder ve yorumlar.
- Ölçüm sırasında hijyen ve hasta güvenliği kurallarına uyar.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi beceri laboratuvarı / klinik uygulama alanı, saniyeli saat veya kronometre, kayıt formu ve kalem, el antiseptiği.

RADYAL ARTERDEN NABIZ ÖLÇME BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Ellerinizi yıkayınız.
2. Hastayı muayene hakkında bilgilendiriniz.
3. Hasta merdiven çıkmış, yürümüş, aktivite yapmış ise 5–10 dakika dinlenmesini sağlayınız.
6. Hasta oturur pozisyonda iken; nabzı değerlendireceğiniz kolunu bir desteğin üzerine koyunuz. Kolu dirsekten 90°'lik açı yapacak biçimde bükünüz ve el bileği düz duracak, avuç içi yukarı bakacak biçimde eli yerleştiriniz.
7. İşaret, orta ve yüzük parmakları radial arter üzerine, başparmak bileğin üstüne gelecek şekilde çok hafif bir basınçla yerleştiriniz.
8. Radyal arteri palpe ediniz.
9. Nabız atımlarını hissetmeye başladıktan itibaren 60 sn. süreyle atımları sayınız.
10. Nabız sayısını, ritmini ve dolgunluğunu kaydediniz.
14. Hastaya ölçümleriniz ile ilgili bilgi veriniz.
15. Ellerinizi yıkayınız.

KOL ARTERLERİ



Copyright © 2003, Elsevier Science (USA). All rights reserved





ŞEKİL 1. Radyal nabzın hissedilmesi.



ŞEKİL 2. Nabzın sayılması.

RADYAL ARTERDEN NABIZ ÖLÇME BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

- 80–100 Puan: Ustalaşmış – Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
- 60–79 Puan: Yeterli – Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması
- 0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Radyal Arterden Nabiz Ölçme Uygulama Basamaklari		**Puan**
1.	Hastaya kendinizi tanıtınız, işlemi kısaca açıklayınız ve onay alınız.	
2.	Hastanın en az 5–10 dakika dinlenmesini sağlayınız.	
3.	Hastayı oturur pozisyonda, nabız ölçülecek kol destekli olacak şekilde yerleştiriniz.	
4.	İşaret, orta ve yüzük parmaklarını radial arter üzerine doğru şekilde yerleştiriniz.	
5.	Radyal arteri palpe ederek nabız atımlarını bulunuz.	
6.	Atımları 60 saniye boyunca sayınız.	
7.	Nabzın sayısını, ritmini ve dolgunluğunu birlikte değerlendiriniz.	
8.	Sonucu doğru şekilde kaydediniz.	
9.	Hastaya ölçüm hakkında kısa geri bildirim veriniz.	
10.	El hijyeninizi sağlayınız.	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: _____

İmza: _____

VÜCUT SICAKLIĞI ÖLÇME BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; vücut sıcaklığını uygun ölçüm yöntemini seçerek, aseptik kurallara uygun biçimde, doğru teknikle ve güvenli şekilde ölçebilmesi, elde edilen sonucu doğru biçimde değerlendirebilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- Vücut sıcaklığı ölçümünde uygun yöntemi seçer
- Ölçüm öncesi el hijyenini sağlar
- Termometreyi doğru şekilde kullanır
- Ölçüm basamaklarını doğru sırayla uygular
- Ölçüm sonucunu doğru okur ve kaydeder
- Enfeksiyon kontrol kurallarına uygun davranır

Uygulama Ortamı ve Gereçler:

Dijital termometre, dezenfektan solüsyon, pamuk, el antiseptiği.

Genel Bilgiler:

- Oral ölçüm: Termometrenin metal kısmı dil altına yerleştirilir, ağız kapatılır.
- Rektal ölçüm: Termometrenin metal kısmı dikkatlice anal bölgeye yerleştirilir.
- Rektal ölçümde dikkat edilecek noktalar:

- Rektum ameliyatı geçiren, ishalli veya perianal bölgede lezyonu bulunan hastalarda bu yöntem kullanılmaz.
- Defekasyondan hemen sonra ölçüm yapılmaz.
- Elektronik termometre varsa tek kullanımlık kılıf kullanılmalıdır.
- Kılıfa kayganlaştırıcı jel sürülmemelidir; ölçüm doğruluğunu bozar.
- Pozisyon: Erişkinde lateral veya prone, bebeklerde supine pozisyon.

DIJITAL TERMOMETRE ILE VÜCUT SICAKLIĞI ÖLÇME UYGULAMA BASAMAKLARI
1. El hijyeni sağlanır.
2. Gerekli malzemeleri hazırlar.
3. Hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi verir ve onam alır.
4. Termometrenin çalışır durumda olduğunu kontrol eder.
5. Termometre ucunu dezenfektanla temizler.
6. Ölçüm yapılacak bölgeyi (aksilla/oral) kontrol eder ve gerekiyorsa kurular.
7. Termometreyi uygun bölgeye yerleştirir ve cihazı çalıştırır.
8. Ölçüm tamamlanana kadar cihazı sabit tutar.
9. Ekrandaki değeri okur ve değerlendirir.
10. Termometreyi temizler ve uygun şekilde kaldırır.
11. Ölçüm sonucunu hasta takip formuna kaydeder.
12. Ellerini yıkar.

İNFRARED (KIZIL ÖTESI) TERMOMETRE ILE VÜCUT SICAKLIĞI ÖLÇME UYGULAMA BASAMAKLARI
1. El hijyeni sağlanır.
2. Hastaya uygun pozisyon verilir.
3. Alın bölgesinin temiz, kuru ve açık olduğundan emin olunur.
4. Cihaz vücut ölçüm moduna alınır.
5. Termometre yaklaşık 5 cm mesafeden alına doğrultulur.
6. Ölçüm düğmesine basılır.
7. Ekrandaki değer okunur ve hastaya bilgi verilir.
8. Eldiven çıkarılır, eller yıkanır.
9. Ölçüm sonucu kayıt edilir.
10. Ölçüm yapılan bölge ve ölçüm sonucu hasta gözlem kâğıdına kaydedilir.

TIMPANIK MEMBRANDAN VÜCUT SICAKLIĞI ÖLÇME UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Eller hijyeni sağlanır.
2. Termometreye tek kullanımlık prob takılır.
3. Yetişkinde kulak kepçesi yukarı–geri, çocukta aşağı–geri çekilir.
4. Termometre dış kulak yoluna uygun şekilde yerleştirilir.
5. Ölçüm düğmesine basılır.
6. Sinyal sesi sonrası değer okunur.
7. Prob çıkarılıp tıbbi atığa atılır.
8. Eldiven çıkarılır, el hijyeni sağlanır.
9. Ölçüm sonucu kayıt edilir.

İNFRARED (KIZIL ÖTESI) TERMOMETRE ILE VÜCUT SICAKLIĞI ÖLÇME BECERISI DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Değerlendirme Basamakları		**Puan**
1	El hijyeni sağlandı.	
2	Kişiye, oturur ya da yatar pozisyon verildi.	
3	Alın bölgesinin açık olmasına (saç, ter, kozmetik ürün olmamasına) dikkat edildi.	
4	Temassız vücut kızılötesi termometresi açılarak vücut moduna getirildi.	
5	Cihaz 5 cm'lik mesafede kişinin alnına tutuldu.	
6	Ölçüm düğmesine basıldı.	
7	Sıcaklık derecesi görülünceye kadar beklenir.	
8	Dijital göstergedeki değer okundu.	
9	Eldiven çıkarılır ve eller yıkandı. (Bkz. El yıkama/Eldiven Çıkarma)	
10	Ölçüm yapılan bölge ve ölçüm sonucu hasta gözlem kâğıdına kaydedildi.	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

ENDOTRAKEAL ENTÜBASYON UYGULAMA BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; endotrakeal entübasyon için gerekli hazırlıkları yapabilmesi, endotrakeal tüpü doğru teknikle ve güvenli şekilde yerleştirebilmesi, tüpün trakeadaki konumunu doğrulayabilmesi ve entübasyon sonrası ventilasyonu sürdürebilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- Endotrakeal entübasyonun temel endikasyonlarını ve işlem sırasında dikkat edilmesi gereken güvenlik ilkelerini açıklar.
- Entübasyon için gerekli araç ve gereçleri eksiksiz hazırlar ve çalışır durumda olduklarını kontrol eder.
- Hastaya klinik durumuna uygun baş-boyun pozisyonu verir ve entübasyon öncesi oksijenlendirmeyi sağlar.
- Laringoskopu doğru teknikle kullanarak glottik açıklığı ve vokal kordları görüntüler.
- Endotrakeal tüpü doğrudan görüş altında vokal kordların arasından geçirerek uygun derinliğe yerleştirir.
- Endotrakeal tüpün trakeadaki konumunu klinik bulgular ve uygun doğrulama yöntemleriyle değerlendirir.
- Tüp kafını uygun şekilde şişirir ve endotrakeal tüpü güvenli biçimde sabitler.
- Entübasyon sonrasında hastanın ventilasyonunu, oksijenlenmesini ve tüp konumunu izler.

Endotrakeal entübasyon; hava yolunun açıklığını sağlamak, solunumu desteklemek, akciğerleri ventile etmek ve aspirasyondan korunmaya yardımcı olmak amacıyla endotrakeal tüpün ağız veya burun yoluyla trakeaya yerleştirilmesi işlemidir. Acil durumlarda en sık oral endotrakeal entübasyon uygulanır.

Uygun tüp boyutu; hastanın yaşı, cinsiyeti ve vücut yapısı dikkate alınarak seçilir. Erişkinlerde genel olarak kadınlarda 7,0–7,5 mm, erkeklerde 7,5–8,5 mm iç çaplı tüpler kullanılabilir. Tüpün yerleşimi göğüs hareketleri, solunum sesleri ve karbondioksit ölçümüyle doğrulanır.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi beceri laboratuvarı, entübasyon maketi, eldiven, oksijen kaynağı, balon-valf-maske sistemi, uygun boyutlarda endotrakeal tüpler, laringoskop ve uygun boyutta blade, stile, enjektör, aspiratör, aspirasyon sondası, steteskop, kapnografi veya karbondioksit dedektörü ve tüp sabitleme malzemesi.

ENDOTRAKEAL ENTÜBASYON BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Kendinizi tanıtınız, hastanın kimliğini doğrulayınız ve bilinci açık hastaya yapılacak işlemi kısaca açıklayınız.
2. El hijyenini sağlayınız ve tek kullanımlık steril olmayan muayene eldivenlerinizi giyiniz.
3. Entübasyon için gerekli malzemeleri hazırlayınız; oksijen kaynağı, balon-valf-maske ve aspiratörün çalışır durumda olduğunu kontrol ediniz.
4. Laringoskopun ışığını ve blade bağlantısını kontrol ediniz.
5. Hastaya uygun boyuttaki endotrakeal tüpü seçiniz, tüp kafının sağlamlığını kontrol ediniz ve kafı tekrar söndürünüz.
6. Hastayı sırtüstü yatırınız ve başına uygun baş-çene pozisyonu veriniz. Servikal yaralanma şüphesinde boynu hareket ettirmeyiniz.
7. Ağız içini kontrol ediniz; yabancı cisim veya sekresyon varsa aspire ediniz.
8. Hastayı balon-valf-maske sistemiyle yeterli şekilde oksijenlendiriniz.
9. Laringoskopu sol elinize alınız, hastanın ağzını açınız ve blade'i ağız içine sağ taraftan yerleştiriniz.
10. Dili sola doğru uzaklaştırarak blade'i ilerletiniz ve epiglot ile vokal kordları görünür hâle getiriniz.
11. Endotrakeal tüpü sağ elinize alınız ve doğrudan görüş altında vokal kordların arasından geçiriniz.
12. Tüp kafı vokal kordları geçince tüpü uygun derinliğe kadar ilerletiniz.
13. Tüpü sabit tutarak stileti ve laringoskopu dikkatlice çıkarınız.
14. Tüp kafını enjektörle uygun miktarda hava vererek şişiriniz.
15. Balon-valf sistemini endotrakeal tüpe bağlayınız ve hastayı ventile ediniz.
16. Göğsün her iki tarafının eşit yükseldiğini gözleyiniz; epigastriumu ve her iki akciğer alanını steteskopla dinleyiniz.
17. Tüpün trakeadaki yerini kapnografi veya karbondioksit dedektörüyle doğrulayınız.
18. Solunum sesleri eşit değilse tüpün derinliğini yeniden değerlendiriniz ve gerekli düzeltmeyi yapınız.
19. Tüpün ağız kenarındaki derinliğini kontrol ediniz ve tüpü uygun sabitleme malzemesiyle ağız çevresine sabitleyiniz.
20. Hastanın ventilasyonunu sürdürünüz; oksijenlenmesini, göğüs hareketlerini ve tüpün konumunu izleyiniz ve işlemi kayıt altına alınız.

ENDOTRAKEAL ENTÜBASYON UYGULAMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli" veya "Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar beceri tekrarlanır.

80–100 Puan: Ustalaşmış – Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

60–79 Puan: Yeterli – Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması.

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması.

Öğrenci Adı-Soyadı: ..... **Tarih:** .....
Numarası: .....

No	Uygulama Basamakları	Puan
1	Kendini tanıttı, hastanın kimliğini doğruladı ve işlemi hastaya açıkladı.	
2	El hijyenini sağladı ve eldivenlerini giydi.	
3	Gerekli malzemeleri hazırladı; oksijen kaynağı, balon-valf-maske ve aspiratörü kontrol etti.	
4	Laringoskopun ışığını ve blade bağlantısını kontrol etti.	
5	Uygun boyuttaki endotrakeal tüpü seçti, tüp kafını kontrol etti ve söndürdü.	
6	Hastaya uygun baş-çene pozisyonu verdi.	
7	Ağız içini kontrol etti ve gerektiğinde aspire etti.	
8	Hastayı balon-valf-maske sistemiyle oksijenlendirdi.	
9	Laringoskopu sol eline aldı ve blade'i ağız içine sağ taraftan yerleştirdi.	
10	Dili sola uzaklaştırarak epiglot ve vokal kordları görünür hâle getirdi.	
11	Endotrakeal tüpü doğrudan görüş altında vokal kordların arasından geçirdi.	
12	Tüpü uygun derinliğe kadar ilerletti.	
13	Tüpü sabit tutarak stileti ve laringoskopu çıkardı.	
14	Tüp kafını uygun miktarda hava ile şişirdi.	
15	Balon-valf sistemini tüpe bağladı ve hastayı ventile etti.	
16	Göğüs hareketlerini gözledi; epigastriumu ve her iki akciğer alanını dinledi.	
17	Tüpün trakeadaki yerini kapnografi veya karbondioksit dedektörüyle doğruladı.	
18	Solunum seslerinin eşitliğini ve tüp derinliğini değerlendirdi.	
19	Tüpün ağız kenarındaki derinliğini kontrol etti ve tüpü sabitledi.	
20	Ventilasyonu ve oksijenlenmeyi izledi ve işlemi kayıt altına aldı.	

Öğrenci Puanı: …… / 100
Öğretim Üyesi: _____
İmza: _____

KÖTÜ HABER VERME VE ZOR HASTA İLE İLETİŞİM BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenim Rehberi

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; hastaya ve yakınına olumsuz tıbbi bilgileri aktarırken ve zor hasta davranışları ile karşılaştığında empatik, açık, yapılandırılmış ve güven veren bir iletişim yürütebilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- Görüşme ortamını etik ve mahremiyet ilkelerine uygun şekilde düzenler
- Güven ilişkisi kurar ve iletişim için uygun zemin oluşturur
- Hastanın mevcut bilgi, beklenti ve duygusal durumunu değerlendirir
- Kötü haberi yapılandırılmış ve anlaşılır biçimde verir
- Duygusal tepkileri tanır ve empatik yanıtlar verir
- Zor hasta davranışlarını yönetebilir
- Görüşmeyi güven verici ve planlayıcı biçimde sonlandırır

KÖTÜ HABER VERME VE ZOR HASTA İLE İLETİŞİM BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Görüşmeye hazırlık
Kötü haber verme, yalnızca söylenecek sözlerden değil, ortamdan da etkilenir. Bu nedenle: • Sessiz, bölünmeyecek bir oda seçilir • Kapı kapatılır, telefonlar kapatılır • Ayakta değil, oturarak görüşme yapılır • Hasta ve hekim göz hizasında olmalıdır Amaç: Hastaya "Bu görüşme önemlidir ve size zaman ayrılmıştır" mesajını vermektir.
2. Tanışma ve güven oluşturma
Hekim: • Kendini tanıtır • Hastaya adıyla hitap eder • Görüşmenin önemini belirtir Örnek: "Ben Dr. ……, bugün tetkikleriniz hakkında sizinle konuşacağım. Sizin için önemli bazı konular var." Bu adım, hastanın psikolojik olarak hazır hale gelmesini sağlar.
3. Hastanın mevcut bilgisini değerlendirme
Kötü haber, hastanın zaten bildiği şeyin üzerine inşa edilmelidir. Bu yüzden sorulur: • "Şu ana kadar durumunuz hakkında neler biliyorsunuz?" • "Doktorlardan ne duydunuz?" • "Bugünkü görüşmeden ne bekliyorsunuz?" Bu adım sayesinde: • Hastanın yanlış bilgileri • Aşırı beklentileri • Kaygı düzeyi tespit edilir.

4. Kötü habere geçiş (Uyarı cümlesi)

Hastaya birdenbire kötü haber verilmez. Önce bir psikolojik geçiş sağlanır:
Örnek:
"Şimdi sizinle konuşacağımız şeyler biraz zor olabilir."
"Ne yazık ki size çok iyi haberlerim yok."
Bu, duygusal bir "tampon bölge" oluşturur.

5. Kötü haberin verilmesi

Hekim:

- Kısa cümleler kullanır
- Tıbbi terimlerden kaçınır
- Parça parça bilgi verir

Yanlış:
"Metastatik evre 4 adenokarsinomunuz var."
Doğru:
"Tetkikler, hastalığın vücudun başka bölgelerine de yayıldığını gösteriyor."
Hastanın tepkileri gözlenir; gerekirse durulur.

6. Duygusal tepkilerin karşılanması

Hasta:

- Ağlayabilir
- Sessizleşebilir
- Öfkelenebilir
- İnkar edebilir

Bu normaldir. Hekimin görevi düzeltmek değil, kabul etmektir.
Uygun ifadeler:

- "Bunun çok zor olduğunu görüyorum."
- "Bu haber sizi çok sarstı."

Kaçınılması gereken:

- "Üzülmeyin"
- "Her şey düzelir"

7. Zor hasta davranışlarıyla baş etme

Zor hasta genellikle korkmuş ve çaresizdir.
Öfke → Korku
Suçlama → Kontrol kaybı
Aşırı talep → Belirsizlik
Yaklaşım:

- Sakin kal
- Savunmaya geçme
- Duyguyu isimlendir

Örnek:
"Şu an çok öfkeli olduğunuzu görüyorum. Bu çok anlaşılır."

8. Bilginin yapılandırılması

Hasta artık bilgi almaya daha hazırdır.
Şu sırayla özetlenir:

- Ne oldu? (Tanı)
- Ne bilmiyoruz? (Belirsizlik)
- Ne yapılabilir? (Seçenekler)

Amaç: Kaosu yapılandırmaktır.

9. Umut ve destek sunma

Gerçekçi umut:
“Hastalığı tamamen ortadan kaldıramasak da sizi rahatlatacak ve yaşam kalitenizi artıracak şeyler yapabiliriz.”
Yanlış umut:
“Her şey düzelecek.”

10. Kapanış

- Hastaya sorusu olup olmadığı sorulur
- Bir sonraki adım belirtilir
- Görüşme hasta yalnız bırakılmadan saygılı biçimde sonlandırılır

“Sormak istediğiniz bir şey var mı?”
“Bir sonraki adımımız şu olacak…”

Kritik Eğitim İlkeleri

- Kötü haber bir olay değil, bir süreçtir.
- Zor hasta, zor durumda olan hastadır.
- Empati, klinik bir beceridir.
- Sessizlik de bir iletişim aracıdır.

Senaryo Tanımı (Öğrenciye Verilen Bilgi)

Hasta, yapılan tetkikler sonrası ciddi bir hastalık tanısı almıştır.
Bugün sonuçların paylaşılması planlanmaktadır.
Hasta:

- Kaygılı
- Zaman zaman öfkeli
- “Bana doğru düzgün kimse bir şey söylemiyor” diyen bir tutumda

Kötü haber verme sürecini yapılandırmak
Empatik iletişim kurmak
Zor hasta davranışlarını yönetebilmek

KÖTÜ HABER VERME VE ZOR HASTA İLE İLETİŞİM BECERİSİ

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Değerlendirme Kriteri	Puan
1	Görüşme için uygun, mahrem ve sakin ortamı sağlar.	
2	Kendini tanıtır, hastaya adıyla hitap eder.	
3	Hastanın mevcut bilgi ve beklentisini sorgular.	
4	Kötü habere geçiş için uygun uyarı cümlesi kullanır.	
5	Kötü haberi açık, sade ve yapılandırılmış biçimde verir.	
6	Hastanın duygusal tepkilerini fark eder ve empati gösterir.	
7	Zor hasta davranışlarına (öfke, suçlama vb.) uygun yanıt verir.	
8	Bilgiyi özetler, belirsizlikleri ve seçenekleri açıklar.	
9	Gerçekçi umut ve destek sunar.	
10	Görüşmeyi planlayarak ve güven vererek sonlandırır.	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: ……
İmza: ……

Kritik Hata Örnekleri (Değerlendirmede Dikkat Edilir)

- Tıbbi jargon kullanmak
- Hastanın duygusunu yok saymak
- "Üzülmeyin", "Her şey düzelir" demek
- Savunmacı veya buyurgan olmak

SİMÜLASYON / ROL YAPMA SENARYOSU

Senaryo Başlığı

Kötü Haber Verme ve Zor Hasta ile İletişim

Öğrenme Hedefleri

- Kötü haber verme sürecini yapılandırmak
- Empatik iletişim kurmak
- Zor hasta davranışlarını yönetebilmek

Hasta Rolü (Standart Hasta Talimatı)

- Görüşmenin başında gergin ve endişeli
- Kötü haber duyulduğunda:
    - Önce sessizlik
    - Ardından öfke / suçlama

      "Bunu daha önce neden fark etmediniz?"
- Empatik yaklaşım görürse:
    - Yumuşar
    - Soru sormaya başlar

Beklenen Öğrenci Davranışları

- Ortamı ve iletişimi yapılandırması
- Hastanın duygularını bastırmaya çalışmaması
- Savunmaya geçmeden öfkeyi yönetmesi
- Umudu gerçekçi çerçevede sunması

Debriefing (Uygulama Sonrası Tartışma Soruları)

- Hangi noktada zorlandınız?
- Hastanın hangi tepkisi sizi etkiledi?
- Farklı ne yapabilirdiniz?
- Bu beceriyi gerçek klinikte nasıl kullanırsınız?

Eğitimci Notu

Bu beceri teknik değil, ilişkisel bir klinik beceridir.
Öğrencinin empati kurması, kusursuz cümlelerden daha değerlidir.

BİLİNÇ DURUMU DEĞERLENDIRME VE GLASGOW KOMA SKORU HESAPLAMA BECERISI ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç: Bilinç durumunu değerlendirmek ve Glaskow Koma Skorunu doğru şekilde hesaplamak.

Öğrenim Hedefleri

1. Bilinç ve koma kavramlarını tanımlayabilmek,
2. Bilinç düzeyini değerlendirme basamaklarını sıralayabilmek,
3. Glasgow Koma Skoru (GKS) bileşenlerini açıklayabilmek,
4. Bir hastada göz, sözel ve motor yanıtları değerlendirip doğru şekilde puanlayabilmek,
5. Toplam GKS sonucunu hesaplayabilmek

Uygulama Ortamı ve Gereçler: Simüle hasta, klinik senaryo, Tıbbi beceri laboratuvarı / sınıf ortamı

BİLİNÇ DURUMU DEĞERLENDIRME VE GLASGOW KOMA SKORU HESAPLAMA BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Hastaya Yaklaşım: Güvenli ortam sağlanır, Bilinci açık hastaya kendini tanıtır ve açıklama yapar.

2. Bilinç Düzeyi Genel Değerlendirme: Hastanın spontan uyanıklığı, çevreyle iletişimi ve uyaranlara yanıtı gözlenir. Gerektiğinde sesli ve ağrılı uyaran uygulanır.

3. Glasgow Koma Skoru Puanlama:

Göz Yanıtının Değerlendirilmesi (E)	Sözel Yanıtın Değerlendirilmesi (V)	Motor Yanıtın Değerlendirilmesi (M)
• Spontan açık (4 puan) • Ses ile açar (3 puan) • Ağrılı uyaranla açar (2 puan) • Yanıt yok (1 puan)	• Tam oryante (5 puan) • Konfüze (4 puan) • Uygunsuz kelimeler (3 puan) • Anlaşılmaz sesler (2 puan) • Yanıt yok (1 puan)	• Komutları yerine getirme (6 puan) • Ağrıyı lokalize etme (5 puan) • Ağrılı uyarandan kaçınma (4 puan) • Ağrılı uyarana anormal fleksör yanıt (3 puan) • Ağrılı uyarana anormal ekstansör yanıt (2 puan) • Motor yanıt yok (1 puan)
Toplam Skor: E+V+M		

4. Skorun Hesaplanması: Göz yanıtı, Sözel ve Motor yanıt ayrı ayrı puanlanır, toplanır ve Glaskow Koma Skoru hesaplanır(örn: E3 +V4 +M6 = 13).

Değerlendirme Kriterleri:

- Bilinç durumu değerlendirmesini doğru yapma
- Göz, sözel ve motor yanıtları doğru puanlama
- Toplam GKS'yi doğru hesaplama

BİLİNÇ DURUMU DEĞERLENDIRME VE GLASGOW KOMA SKORU HESAPLAMA BECERISI DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**
Numarası:

Uygulama Basamakları	Puan
1. Hastaya Yaklaşım ● Güvenli ortam sağlanır (bilinci açık hastaya kendini tanıtır ve açıklama yapar)	(0-10)
2. Bilinç Düzeyi Genel Değerlendirme ● Hastanın spontan uyanıklığını, çevreyle iletişimini ve uyaranlara yanıtını gözlemler (gerektiğinde sesli ve ağrılı uyaran uygular)	(0-10)
3. **Göz Yanıtı (E)*** ● ☐ **4** Spontan açık ● ☐ **3** Ses ile açar ● ☐ **2** Ağrılı uyaranla açar ● ☐ **1** Yanıt yok	(25 puan)
4. **Sözel Yanıt (V)*** ● ☐ **5** Tam oryante (yer, zaman, kişi) ● ☐ **4** Konfüze ● ☐ **3** Uygunsuz kelimeler ● ☐ **2** Anlaşılmaz sesler ● ☐ **1** Yanıt yok	(25 puan)
5. **Motor Yanıt (M)*** ● ☐ **6** Komutlara uyar ● ☐ **5** Ağrıya lokalize ● ☐ **4** Ağrılı uyarandan kaçınma ● ☐ **3** Ağrılı uyarana anormal fleksör yanıt ● ☐ **2** Ağrılı uyarana anormal ekstansör yanıt ● ☐ **1** Motor yanıt yok	(25 puan)
6. **Toplam GKS: E__ + V__ + M__ = ____ / 15**	(5)

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

TİROİD BEZİ MUAYENE BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE UYGULAMA FÖYÜ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; tiroid bezini inspeksiyon, palpasyon ve oskültasyon ile sistematik olarak değerlendirebilmesi ve guatr ile nodüler patolojileri tanıyabilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- Hastaya kendini tanıtır ve muayene hakkında bilgi verir
- Boyun anatomisini doğru şekilde tanır
- Tiroid bezini inspeksiyonla değerlendirir
- Tiroidi doğru teknikle palpe eder
- Guatr derecesini belirler
- Nodül, hassasiyet ve asimetriyi ayırt eder
- Tiroid üfürümü ve trilini değerlendirir
- Pemberton bulgusunu uygular ve yorumlar
- Bulguları klinik olarak yorumlar
- Sonuçları uygun şekilde kaydeder

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi beceri laboratuvarı, simüle hasta, muayene kayıt formu.

TİROİD BEZİ MUAYENE BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Hastaya kendinizi tanıtın, yapılacak muayeneyi açıklayın ve onam alın.
2. Ellerinizı yıkayın ve hastayı oturur pozisyona alın, boynu açık olacak şekilde yerleştirin.
İnspeksiyon
3. Boynu önden gözleyerek tiroid bezinin görünür olup olmadığını, simetriyi ve guatr varlığını değerlendirin.
4. Tiroid büyüklüğünü WHO guatr evrelemesine göre sınıflandırın: o Evre 0: Görülmez ve ele gelmez o Evre 1A: Görülmez, palpe edilir o Evre 1B: Baş ekstansiyonda iken görülür o Evre 2: Baş normal iken fark edilir o Evre 3: Uzaktan fark edilecek kadar büyük
Palpasyon
5. Hastanın önünde durarak sternal çentiği ve trakeayı palpe edin, orta hatta olup olmadığını değerlendirin.
6. Başparmak ile krikoid kıkırdağın 2 cm altındaki istmusu bulun, her iki lobu SCM kaslarının önünde palpe edin.
7. Hastanın arkasına geçerek 2–3 trakeal halka aşağıdan istmusu belirleyin ve lobları medialden laterale doğru palpe ederek: o Boyut o Simetri o Hassasiyet o Nodül varlığı o Yüzey özelliklerini değerlendirin
Oskültasyon ve Özel Bulgular
8. Büyümüş tiroid üzerinde steteskopla üfürüm ve tril varlığını değerlendirin.
9. **Pemberton bulgusunu** uygulayın: Hastanın kollarını başının üzerine kaldırmasını isteyin; yüzde kızarma, boyun venlerinde dolgunluk ve nefes darlığı gelişimini gözleyin.
10. Bulguları hastaya kısaca açıklayın, ellerinizi yıkayın ve kaydedin.

TİROİD BEZİ MUAYENESİ UYGULAMA BECERİSİ
DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Değerlendirme Basamakları	**Puan**
1	Hastaya kendini tanıtır, işlemi açıklar ve onam alır	☐
2	El hijyenini sağlar ve hastayı uygun pozisyona getirir	☐
3	Boyun inspeksiyonu yapar, guatr ve simetriyi değerlendirir	☐
4	WHO guatr evrelemesini doğru kullanır	☐
5	Trakea ve istmusu doğru şekilde palpe eder	☐
6	Tiroid loblarını sistematik şekilde palpe eder	☐
7	Nodül, hassasiyet ve asimetriyi değerlendirdiğini belirtir.	☐
8	Tiroid üzerinde oskültasyon yapar	☐
9	Pemberton bulgusunu tanımlar.	☐
10	Bulguları hastaya açıklar, kaydeder ve el hijyenini sağlar	☐

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: _____
İmza: _____

FİZİK MUAYENE YAPMA ve TIBBİ VERİ KAYIT BECERİSİ ÖĞRENCİ FORMU ve DEĞERLENDİRME FÖYÜ

FİZİK MUAYENE BASAMAKLARI

Fizik muayene basamaklarını sayma ile başlanır. Basamakları yazınız:

……
……

VİTAL BULGULAR

Ateş: ….. °C Nabız: ……/dk Sat: %…… Solunum sayısı: ……

En az iki farklı yerden nabız ölçümü yapılması. Nabız bakılan yerleri yazınız:

……
……

1. DERİ VE MUKOZA SİSTEMİ

İnspeksiyon: 5 adet inspeksiyon bulgusu

…… …… ……

…… ……

2. BAŞ BOYUN SİSTEMİ

İnspeksiyon: 5 adet inspeksiyon bulgusu

…… …… ……

…… ……

Palpasyon: Lenf nodu muayenesi yapılır. Tiroid bezi palpe edilir

3. KARDİYOVASKÜLER SİSTEM

İnspeksiyon: 5 adet inspeksiyon bulgusu

…… …… ……

…… ……

Oskültasyon: Kalp dinleme odakları üzerinden kalp sesleri dinlenmesi. Ek sesler üfürümler aranması.

Ek sesleri ve oluşum mekanizmalarını yazınız:

…… …… ……

…… ……

4. SOLUNUM SİSTEMİ

İnspeksiyon: 3 inspeksiyon bulgusu yazınız

…… …… ……

Palpasyon: Ekspansiyon ölçümü ve vocal fremitus değerlendirmesi

Vocal fremitus'u arttıran ve azaltan durumlar nelerdir?

Arttıran durumlar: …… …… …… ……

Azaltan durumlar: …… …… …… ……

Perküsyon: Sonorite ve matite ayrımı yapılması

Akciğer'in önde, yanda ve arkada sınırları hangi kotlardır? ……

Oskültasyon: Bilateral akciğerlerin simetrik olarak dinlenmesi ve patolojik ek sesler aranması. Patolojik seslerin mekanizması konuşulur.

Ral ve Ronküs nedir? Hangi durumlarda duyulur?

…… ……

…… ……

5. GASTROİNTESTİNAL SİSTEM

İnspeksiyon: En az 3 inspeksiyon bulgusu

…… …… ……

Oskültasyon: Batında 4 kadran dinlenmesi. Patolojik ve normal bulguların konuşulması

Palpasyon: Yüzeyel ve derin palpasyon yapılması.

Murphy sign bakılması. Neyi ifade eder? ……

Mc Burney noktası bulunması. Nerededir? Altında hangi hastalık bulgusu bakılır?

…… ……

Perküsyon: Matite ve timpanizm duyulması. Traube sınırları içi perküte edilmesi.

Traube sınırları nerelerdir? ……

6. GENİTOÜRİNER SİSTEM ve LÖKOMOTOR SİSTEM

İnspeksiyon: En az 3 inspeksiyon bulgusu söylenir

…… …… ……

Faber Fadır bakılması

Not:

- Fizik muayene süresi: 6–7 dakika.
- Öncelik: Kendini tanıtma ve yapacağı görevi hastaya anlatma.
- İletişimde empati, nezaket ve profesyonellik esas alınmalıdır.
- Formlar okunaklı, düzenli ve eksiksiz doldurulmalıdır.
- Bu uygulama eğitim amaçlıdır; değerlendiriciden geri bildirim almak gelişim için önemlidir.
- Bu form, simüle hastadan fizik muayene esnasında öğrencinin kayıt yapması için hazırlanmıştır.
  Öğrencinin fizik mauyeneyi sırasına göre düzenli yapıp, eksiksiz ve okunaklı bir biçimde kaydetmesi beklenmektedir.

FİZİK MUAYENE YAPMA BECERİSİ

Bu form, öğrencinin fizik muayene yapma sürecindeki becerilerini, iletişimini ve kayıt yapma becerisini objektif kriterlerle değerlendirmek için kullanılır.

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

- 80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
- 60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması
- 0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması
-

Öğrencinin Adı–Soyadı: **Numarası:**

Simüle Hastanın Adı / Senaryo No: **Tarih:**

Fizik Muayene Yapma Becerisi Uygulama Basamakları		Puan
1.	Kendini tanıtma, göz teması kurma, saygılı selamlama, güven verici tutum	
2.	Hastaya ne yapacağını anlatma, hastanın mahremiyetini koruma çabası	
3.	Hastanın ateş, nabız, solunum sayısı, tansiyon değerlerini doğru ölçüp not etme	
4.	Deri ve mukoza sisteminden başlayıp lökomotor sistem ile bitirme	
5.	İnspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskültasyon sırasına uyum (gastrointestinal sistem farkı)	
6.	Perküsyon, palpasyonda ellerin doğru kullanımı; oskültasyonda odakların doğru seçimi	
7.	Empati kurma, uygun beden dili, aktif dinleme	
8.	Saygı, gizlilik, yargılayıcı olmayan yaklaşım, hasta odaklılık	
9.	Muayeneyi forma eksiksiz, düzenli, okunabilir ve sistematik kayıt	
10.	Muayeneyi süresinde tamamlama.	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı-Soyadı:

İmza:

MİKROBİYOLOJİ LAB GAİTADA GİZLİ KAN DEĞERLENDİRME BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç:

Bu uygulama sonunda öğrencinin; gaitada gizli kan değerlendirme becerisinin tüm basamaklarını doğru sırayla ve güvenli şekilde uygulayabilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri:

• Öğrenci hastaya kendini tanıtır ve gaitada gizli kan testi hakkında hastaya anlaşılabilir şekilde bilgi verebilir.
• El hijyenini sağlar ve gerekli malzemeleri aseptik koşullarda hazırlar.
• Gaita örneğinin uygunluğunu değerlendirir.
• Uygun gizli kan ölçüm kiti kullanarak testi doğru şekilde uygular.
• Sonuçları yorumlayarak hastaya gerekli bilgilendirmeyi yapabilir.
• İşlem sonrası oluşan tıbbi atıkları uygun şekilde atar ve el hijyenini sağlar.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi Beceri Laboratuvarı / Klinik uygulama alanı, gaitada gizli kan test kiti (ölçüm kartı ve solüsyon tüpü), hasta tarafından getirilen gaita örneği (kapaklı ve etiketli örnek kabı), tek kullanımlık eldiven, koruyucu örtü, atık toplama kabı, tıbbi atık torbası, sonuç kayıt defteri / hasta dosyası.

İşlem Basamakları
1. Hastaya kendisini tanıtır ve hasta tarafından verilen örneğin kayıt altına alarak kabul eder
2. Örneğin hasta tarafından ne zaman alındığını ve hangi koşulda saklandığını sorgular
3. Oda ısısında 24 saatten daha uzun süre saklanmış örnekleri yanlış negatif sonuç riski nedeniyle kabul etmez, hastadan yeni örnek vermesini ister
4. Eldiven giyer, gaitada gizli kan ölçüm kitini ve hastanın verdiği örneği hazırlar
5. Test kitinin içerisinde bulunan ölçüm kartı ve solüsyon içeren numune tüpünü hazırlar
6. Solüsyon içeren numune tüpünün kapağını çevirerek açar
7. Kapağa bağlantılı olan numune alma ucunu kullanarak hastanın verdiği örnekten gaita örneği alır
8. Gaita örneğini solüsyon içeren tüp içerisine koyar ve ölçüm çubuğu içeren kapak ile tüpün ağzını çevirerek iyice kapatır
9. Solüsyon ve gaita örneği içeren tüpü çalkalayarak örneğin solüsyon içerisinde çözülmesini sağlar
10. Örneğin çözülmesini sağlandıktan sonra tüp kapağının üstünde bulunan çıkıntıyı parmak ile yandan baskı uygulayarak kırar
11. Tüpü test çevirerek kapakta oluşan delikten aracılığıyla gaita örneği içeren solüsyonu test kartının örnek bölmesine bir damla olarak damlatır
12. Gaita örneği içeren solüsyonun test kartı üzerinden ilerlemesi bekler ve kontrol çizgisine gelecek kadar gaita örneği içeren solüsyon eklendiğini kontrol eder
13. Yeterli miktarda gaita örneği içeren solüsyon ekledikten sonra 2 dakika boyunca test kartının sonuç vermesi bekler
14. Test kartı üzerinde bir çizgi saptanmasını negatif, iki çizgi saptanmasını ise gaitada gizli kan testinin pozitif sonuçlanması olarak yorumlar
15. Test sonucu hakkında hastaya bilgi verir ve sonuç kayıt defterine tarih ve saat ile kaydeder
16. Kullanılan hasta örnek kapları ve test kitlerini uygun tıbbi atık kutularına atar ve el hijyenini sağlar

ÇIKARILACAK REHBER LABORATUVAR DERSİNDE MİKROBİYOLOJİ LAB DERSİNDE ANLATILACAKTIR.

GAİTADA GİZLİ KAN DEĞERLENDİRME BECERİSİ

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Numarası:**

Uygulama tarihi ve saati:

Gaitada Gizli Kan Değerlendirme Becerisi Uygulama Basamakları		**Puan**
1.	Kimlik doğrulama yapar, gaita örneğini kayıt altına alarak kabul eder.	
2.	Örneğin alınma zamanı ve saklanma koşullarını sorgular.	
3.	Uygun olmayan örnekleri (oda ısısında >24 saat) reddeder ve yeni örnek ister.	
4.	El hijyeni sağlar, eldiven giyer ve test alanını hazırlar.	
5.	Test kiti (ölçüm kartı ve solüsyon tüpü) hazırlar.	
6.	Kapağa bağlı numune ucuyla gaitadan örnek alır, tüpe koyar ve kapağı kapatır.	
7.	Tüpü çalkalayarak örneğin solüsyonda çözünmesini sağlar.	
8.	Kapağın çıkıntısını kırar ve çözeltiyi test kartının örnek gözüne damlatır.	
9.	İki dakika bekleyerek sonucu okur (1 çizgi = negatif, 2 çizgi = pozitif).	
10.	Sonucu hastaya açıklar, kayıt defterine yazar; atıkları tıbbi atığa atar ve el hijyeni sağlar.	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı-Soyadı: _____
İmza: _____

Figür 1: Gaita Gizli Kan Test Kiti



Figür 2: Gaitada Gizli Kan Test Kiti (Kullanıma Hazır)



Figür 3: Solüsyon İçeren Tüpü



Figür 4: Numune Kabından Test Örneği Alınması



Figür 5: Örnek İçeren Test Çubuğu



Figür 6: Gaita Örneği Çalkalanarak Çözdürülmüş Solüsyon İçeren Tüp



Figür 7: Baskı ile Kırılacak Çıkıntı



Figür 8: Gaita Örneği İçeren Solüsyonun Test Kartına Eklenmesi



Figür 8: Tek Çizgi İçeren "Negatif" Sonucu Vermiş Test Kartı



Figür 9: Çift Çizgi İçeren "Pozitif" Sonucu Vermiş Test Kartı



NAZOGASTRİK SONDA TAKMA BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; nazogastrik sonda takma becerisini doğru teknikle, güvenli ve sıralı şekilde uygulayabilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

- Hastaya kendini tanıtarak işlem hakkında bilgi verebilir
- El hijyenini sağlar ve gerekli malzemeleri hazırlar
- Nazogastrik sondanın yerleştirilme basamaklarını doğru sırayla uygular
- Sondanın doğru yerde olduğunu güvenli yöntemlerle kontrol edebilir
- İşlem sonrası hasta güvenliğini sağlar ve kayıt tutar

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi beceri laboratuvarı, nazogastrik sonda maketi, aspirasyon sondası, büyük enjektör.

NAZOGASTRİK SONDA TAKMA BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Ellerinizi yıkayıp kurulayınız, muayene eldivenlerini giyiniz.
2. Ölçüm: Nazogastrik sondanın ucu ile hastanın burun delikleri hizasına getirin, kulak memesine kadar uzatın. Kulak memesinden epigastriuma kadar ölçerek işaretleyin.
3. Sondanın ölçtüğünüz bölümünü kayganlaştırıcı (sıvı vazelin vb.) ile silin.
4. Sondanın ucunu hastanın bir burun deliğinden geriye doğru yavaşça ilerletin.
5. Hasta boğazında sondayı hissettiğinde yutkunmasını isteyin.
6. Sorun olmazsa sondayı işaretlediğiniz noktaya kadar ilerletin.
7. İşaretli yer burun deliği hizasına geldiğinde bir kişiye sondayı tutturun.
8. Sondaya uygun enjektörü takın, mideye ulaşıp ulaşmadığını kontrol edin.
9. Sıvı gelirse yavaşça aspire ederek gelen sıvıyı boşaltın.
10. Sıvı gelmezse enjektöre yaklaşık 5 ml hava çekin.
11. Steteskopu epigastriuma koyup enjektörle havayı verin; hava sesini dinleyerek mideye ulaştığını doğrulayın, sonra tekrar aspire edin.
12. Sondayı flasterle burun septumuna ve yanaklara baskı yapmadan tespit edin.
13. Sondanın ucuna uygun uzatıcı takarak serbest drenaj için uygun yere yerleştirin.
14. Tüm atıkları uygun kutulara atın, eldivenleri çıkarın ve ellerinizi yıkayın.

NAZOGASTRİK SONDA TAKMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

- 80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
- 60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması
- 0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Nazogastrik Sonda Takma Becerisi Uygulama Föyü	Puan
1	Hastaya kendini tanıtır, işlemi açıklar ve onam alır.	
2	El hijyenini sağlar, eldiven giyer ve gerekli malzemeleri hazırlar.	
3	Nazogastrik sondanın burun–kulak–epigastrium ölçümünü yapar ve işaretler.	
4	Sonda ucunu kayganlaştırır ve uygun burun deliğinden nazal yerleştirmeye başlar.	
5	Hastadan yutkunmasını isteyerek sondayı işaretli noktaya kadar ilerletir.	
6	Sondaya enjektör takarak aspirasyon ve/veya hava verme ile mideye ulaştığını kontrol eder.	
7	Stetoskop ile epigastriumdan hava sesini dinleyerek pozisyonu doğrular.	
8	Sondayı flaster ile uygun şekilde sabitler.	
9	Drenaj veya kullanım için sondanın distal ucunu uygun şekilde yerleştirir.	
10	Atıkları uygun şekilde atar, el hijyenini sağlar ve işlemi kayıt altına alır.	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

REKTAL TUŞE MUAYENE BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç:

Bu uygulama sonunda öğrencinin; beceri basamaklarını doğru ve sırasında uygulayarak anatomik yapıları palpasyonla ayırt edebilecek rektal muayene becerisini kazanması aynı zamanda doğru hasta iletişimi ve profesyonellik amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri:

- Rektal muayenenin klinik önemini açıklar.
- Hastaya işlem hakkında bilgi verir ve onam alır.
- Mahremiyet ve hijyen kurallarına uyar.
- Doğru muayene tekniğini uygular.
- Bulguları yorumlar ve kaydeder.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi Beceri Laboratuvarı / Klinik uygulama alanı, rektal muayene maketi, tek kullanımlık steril olmayan muayene eldiveni, kayganlaştırıcı jel (su bazlı), gazlı bez / kağıt havlu, koruyucu örtü (muayene örtüsü), atık toplama kabı ve tıbbi atık torbası, el antiseptiği veya sabun–su, hasta kayıt formu / değerlendirme formu.

REKTAL TUŞE MUAYENE BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Hastaya yapılacak muayenenin amacını ve gerekliliğini açıklar.
2. Muayenenin nasıl yapılacağını ve hangi aşamalardan oluştuğunu hastaya anlatır.
3. Hastadan sözlü onam alır.
4. Hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde ortamı ve hastayı hazırlar.
5. Hastayı rektal muayeneye uygun pozisyona getirir.
6. Eldiven giyer ve muayene parmağına yeterli miktarda lubrikan (kaydırıcı) uygular.
7. Anal bölgeyi inspeksiyonla değerlendirir; hemoroid, fissür, fistül, kitle ve inflamasyon bulgularını inceler.
8. Parmakla nazikçe rektuma girerek anal sfinkter tonusunu değerlendirir.
9. Rektal boşlukta kitle, hassasiyet ve dışkı varlığını palpe eder.
10. Erkek hastada prostat bezini palpe eder.
11. Prostatın büyüklüğünü, yüzeyini, kıvamını ve simetrisini değerlendirir.
12. Kadın hastada serviks ve vajenin arka duvarını palpe eder.
13. Muayeneyi hastayı en az rahatsız edecek sürede tamamlar.
14. Parmak çıkarıldıktan sonra dışkı üzerinde kan, mukus veya anormal bulgu olup olmadığını kontrol eder.
15. Eldivenleri çıkarır ve el hijyenini sağlar.
16. Hastaya muayene bulguları hakkında bilgi verir ve süreci tamamlar.
17. Elde edilen klinik bulguları uygun şekilde kaydeder.

REKTAL TUŞE MUAYENE BECERİSİ
DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

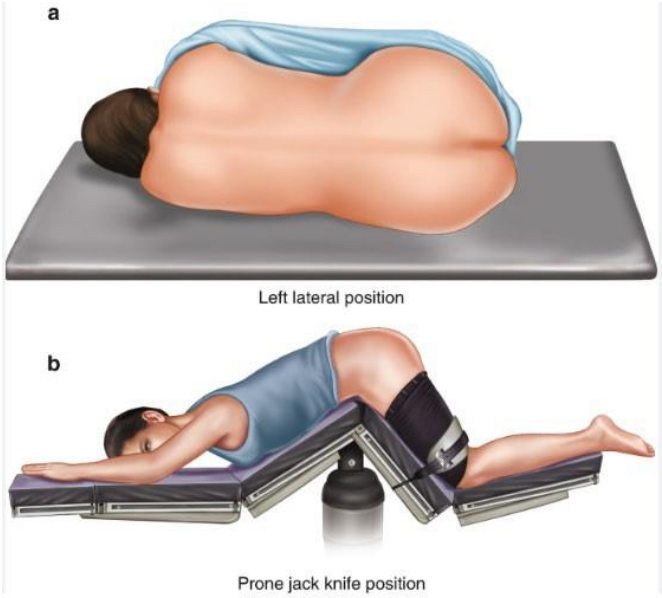
Öğrenci Numara:

	Rektal Tuşe Muayene Becerisi Uygulama Basamakları	**Puan**
1	Hastaya kendini tanıtır ve işlemi açıklar	
2	Hastadan onam alır ve mahremiyeti sağlar	
3	Hastayı uygun pozisyona getirir	
4	Eldiven ve kaydırıcı jel kullanır	
5	İnspeksiyon yapar	
6	Parmakla sfinkter tonusunu değerlendirir	
7	Rektal boşluğu palpe eder	
8	Prostat veya vajinal duvarı değerlendirir	
9	Parmağı çıkarır ve sekresyonu kontrol eder	
10	Eldiven çıkarılır. El hijyeni sağlar ve hastayı bilgilendirir	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____



Rektal muayene için a.sol lateral muayene pozisyonu b. Diz dirsek muayene pozisyonu



Rektal muayene için kadında litotomi pozisyonu

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi
Semiyoloji Dersi Tıbbi Beceri Uygulamaları: Öykü Alma

ÖĞRENCİ ÖYKÜ ALMA FORMU

Bu form, simüle hastadan öykü alınırken öğrencinin kayıt yapması için hazırlanmıştır. Öğrencinin öyküyü düzenli, eksiksiz ve okunaklı bir biçimde kaydetmesi beklenmektedir.

**Öğrencinin Adı – Soyadı: _____ **Numarası:_____
**Simüle Hastanın Adı / Senaryo No: _____ **Tarih:

_____

1. Kimlik Bilgileri

• Adı Soyadı: • Yaşı: • Cinsiyeti:
• Medeni Durumu: • Mesleği:

2. Başvuru Nedeni (hastanın başvuru şikâyetini kendi ifadeleriyle yazınız):

3. Şimdiki Hastalık Hikâyesi

• Şikâyetin başlangıcı
• Süresi ve seyri
• Karakteri ve Şiddeti
• Yeri ve yayılımı
• Şiddetlendirici/azaltıcı faktörler
• Eşlik eden belirtiler

4. Özgeçmiş

• Geçirdiği ve devam eden hastalıklar
• Ameliyatlar
• Allerjiler
• Kullandığı ilaçlar
• Bağışıklama durumu

5. Soygeçmiş

• Ailede bilinen hastalıklar
• Aile bireylerinin sağlık durumu

6. Alışkanlıklar ve Sosyal Öykü

• Sigara, alkol, madde kullanımı
• Beslenme alışkanlıkları
• Fiziksel aktivite
• Uyku düzeni

7. Sistemik Sorgulama

(Kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal, genitoüriner, kas-iskelet, nörolojik, endokrin vb.)

8. Psikososyal Durum ve Yaşam Kalitesi

(Hastanın ruh hali, stres faktörleri, sosyal destek)

9. Sonuç ve Ön Tanılar

.....

ÖYKÜ ALMA BECERISI DEĞERLENDIRME FÖYÜ

Bu form, öğrencinin öykü alma sürecindeki becerilerini, iletişimini ve kayıt düzenini objektif kriterlerle değerlendirmek için kullanılır.

**Öğrencinin Adı-Soyadı:_____ **Numarası:_____

**Tarih:_____ **Değerlendiricinin Adı-Soyadı: _____

	Değerlendirme Alanı	Açıklama	Puan (0–100)
1	Hastayı Karşılama ve Tanıtım	Kendini tanıtma, göz teması kurma, saygılı selamlama, güven verici tutum	
2	Öyküye Başlama	Açık uçlu sorularla şikâyeti sorgulama, hastayı konuşmaya teşvik etme	
3	Şikâyetin Ayrıntılı Sorgulanması	Başlangıç, süre, yer, şiddet, karakter, yayılım, tetikleyici ve azaltıcı faktörler	
4	Sistemik Sorgulama	Kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal, genitoüriner, nörolojik vb. sistemlerin taranması	
5	Özgeçmiş ve Soygeçmiş	Geçirilmiş hastalıklar, ameliyatlar, ilaç kullanımı, aile öyküsü	
6	Sosyal ve Alışkanlık Öyküsü	Sigara, alkol, madde, beslenme, aktivite, uyku	
7	Veri Kaydı	Öykü alma formuna eksiksiz, düzenli, okunabilir ve sistematik kayıt	
8	İletişim Becerisi	Empati kurma, uygun beden dili, aktif dinleme	
9	Profesyonel Tutum	Saygı, gizlilik, yargılayıcı olmayan yaklaşım, hasta odaklılık	
10	Zaman Yönetimi ve Akış	Öyküyü süresinde tamamlama, gereksiz ayrıntılara girmeme	

****Toplam Puan (0–100):_____**

Değerlendiricinin Gözlemleri / Geri Bildirim .....
.....

Puanlama Rehberi

0 – 59 = Geliştirilmeli: Öğrencinin ilgili basamakta yeterlilik göstermemesi, ciddi eksiklikler bulunması.

60- 79 = Yeterli - Başarılı: Öğrencinin ilgili basamakta kısmen yeterlilik göstermesi, bazı önemli ayrıntıları atlaması.

80 -100 = Ustalaşmış - Başarılı: Öğrencinin ilgili basamakta beklenen yeterliliği göstermesi, akışın düzenli olması.

Öğrencilere Açıklama

• Öykü alma süresi: 5 dakika.
• Öncelik: Hastanın başvuru nedenini kendi sözleriyle aktarmasını sağlamak.
• İletişimde empati, nezaket ve profesyonellik esas alınmalıdır.
• Öykü formunu okunaklı, düzenli ve eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.
• Bu uygulama eğitim amaçlıdır; değerlendiriciden geri bildirim almanız gelişiminiz için önemlidir.

BONE GİYME – MASKE TAKMA BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; kişisel koruyucu ekipmanlardan bone ve maskeyi doğru sırayla, uygun teknikle giyip çıkarması ve enfeksiyon kontrol kurallarına uygun davranması amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- Bone ve maskenin kullanım amacını açıklar.
- Kişisel koruyucu ekipmanı doğru sırayla kullanır.
- Maske ve bonenin doğru şekilde takılmasını sağlar.
- Çıkarma sırasında kontaminasyonu önler.
- Enfeksiyon kontrol kurallarına uygun davranır.

Araçlar

- Bone, maske

BONE GİYME – MASKE TAKMA BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Uzun saçlar toplanır ve bone kullanımına uygun hâle getirilir.
2. Bone, saçları tamamen kapatacak şekilde başa yerleştirilir.
3. Maske, telli kısmı burun üzerine gelecek şekilde yüze yerleştirilir.
4. Maskenin üst bağları kulakların üzerinden geçirilerek başın arkasında bağlanır.
5. Alt bağlar çene altını ve boyun çevresini kaplayacak şekilde bağlanır.
6. Burun üzerindeki metal bant burun kemiğine tam oturacak şekilde şekillendirilir.
Bone – Maske Çıkarma
7. Maskenin bağları çözülür.
8. Maske yüze temas ettirilmeden önden uzaklaştırılır.
9. Maske iç yüzeyi içte kalacak şekilde ortadan katlanır.
10. Bone dış yüzeyinden tutulur ve baştan çıkarılır.
11. Maske ve bone tıbbi atık kutusuna atılır.

BONE GİYME – MASKE TAKMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

- 80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
- 60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması
- 0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Uygulama Basamağı		Puan
1	Uzun saçlar toplanır.	
2	Bone, saçların tamamını kapatacak şekilde başa yerleştirilir.	
3	Maske, telli kısmı burun üzerine gelecek şekilde yüze yerleştirilir.	
4	Maskenin üst bağları kulakların üzerinden geçirilerek başın arkasında bağlanır.	
5	Alt bağlar, çene altını ve boyun çevresini kaplayacak şekilde bağlanır.	
6	Burun çevresindeki metal bant burun kemiğine tam oturacak şekilde ayarlanır.	
7	Maskenin bağları çözülür ve maske yüze temas ettirilmeden öne doğru uzaklaştırılır.	
8	Maske iç yüzeyi içte kalacak şekilde ortadan katlanır.	
9	Bone, dış yüzeyinden tutulur ve baştan çıkarılır.	
10	Maske ve bone tıbbi atık kutusuna atılır.	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: _____
İmza: _____

HİJYENİK EL YIKAMA BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; hasta ile temas öncesinde hijyenik el yıkama becerisini doğru teknikle, eksiksiz ve standartlara uygun şekilde uygulayabilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;
- Hijyenik el yıkamanın gerekli olduğu klinik durumları sayabilir
- El yıkama için uygun araçları hazırlar
- El yıkamanın tüm basamaklarını doğru sırayla uygular
- Kontaminasyonu önleyecek biçimde durulama ve kurulama yapar
- El hijyenini işlem sonunda güvenli biçimde tamamlar

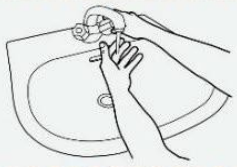
Uygulama Ortamı ve Gereçler

Lavabo ve akan su, sıvı sabun (antiseptik veya normal), tek kullanımlık kağıt havlu, tıbbi atık kutusu, el antiseptiği (gerektiğinde karşılaştırma için), Tıbbi Beceri Laboratuvarı / Klinik Uygulama Alanı.

HİJYENİK EL YIKAMA BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Giysinizin kollarını el bileklerini ortaya çıkaracak şekilde sıvayınız.
2. Saat, yüzük, bilezik ve benzeri tüm takıları çıkarınız.
3. Musluğu açarak ellerinizi akan suyun altında ıslatınız.
4. Elinize 3–5 ml sabun veya yeterli miktarda temizleyici çözelti alınız.
5. Sabun kullanıyorsanız, ellerinizdeki köpüğü koruyarak sabunu durulayıp yerine bırakınız.
6. Elde kalan köpükle aşağıdaki el ovalama hareketlerini sırayla ve her birini en az beş kez uygulayınız. o Avuç içlerini birbirine sürterek ovalayınız. o Sağ avuç içi ile sol el sırtını, parmak araları dahil olacak şekilde ovalayınız. o Sol avuç içi ile sağ el sırtını, parmak araları dahil olacak şekilde ovalayınız. o Parmakları birbirinin arasına geçirerek avuç içlerini ovalayınız. o Parmaklar kapalı ve bükülü iken, parmakların arka yüzlerini karşı elin avuç içi ile ovalayınız. o Sağ başparmağı sol avuç içinde, sol başparmağı sağ avuç içinde dairesel hareketlerle ovalayınız. o Sağ elin parmak uçlarını sol avuç içinde, sol elin parmak uçlarını sağ avuç içinde dairesel hareketlerle ovalayınız.
7. Ellerinizdeki köpüğü tamamen akıtacak şekilde akan su altında ellerinizi durulayınız.
8. Ellerinizı kâğıt havlu ile tamamen kurulayınız.
9. Varsa vidalı musluğu, üzerine elle su akıtarak duruladıktan sonra kâğıt havlu ile tutarak kapatınız; kollu muslukları dirseğinizle kapatınız.
10. Kullanılmış kâğıt havluyu mavi (evsel atık) çöp torbasına atınız

EL YIKAMA SÜRESİ : 40-60 saniye

0



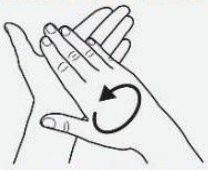
Su ile ellerinizi ıslatınız

1



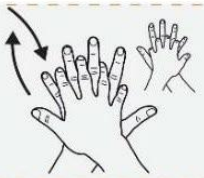
Ellerinizin tüm yüzeyine yetecek kadar sabun alınız;

2



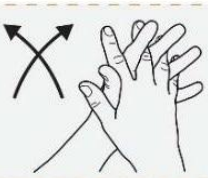
Avuç içlerini dairesel hareketlerle ovalayınız;

3



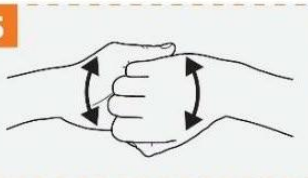
Sağ avuç içi sol el sırtına gelecek şekilde ovalayınız, parmak aralarını ovalayınız, diğer el için de aynı hareketleri yapınız;

4



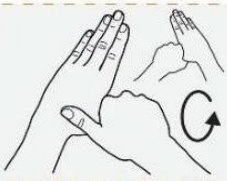
Avuç içlerini birleştiriniz, parmak aralarıyla birlikte ovalayınız;

5



Parmakların arkasını diğer elin avuç içinde birbirine kilitleyerek ovalayınız, diğer el için de aynısını yapınız;

6



Her iki başparmağı dairesel hareketlerle diğer elin avuç içinde ovalayınız;

7



Her bir elin parmak uçlarını diğer elin avuç içinde dairesel hareketlerle ovalayınız;

8



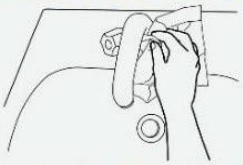
Ellerinizi su ile durulayınız;

9



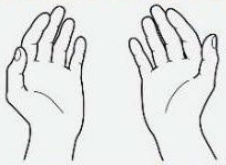
Ellerinizi tek kullanımlık kağıt havlu ile kurulayınız;

10



Kullandığınız kağıt havluyla musluğu kapatınız;

11



ELLERİNİZ artık GÜVENLİ

HİJYENİK EL YIKAMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

- 80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
- 60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması
- 0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Uygulama Basamakları		Puan
1	Kolları sıvar ve tüm takıları çıkarır.	
2	Ellerini akan suyla ıslatır.	
3	Uygun miktarda sabun alır ve köpürtür.	
4	Avuç içlerini ve el sırtlarını ovalar.	
5	Parmak aralarını ve parmak sırtlarını ovalar.	
6	Başparmakları ve parmak uçlarını temizler.	
7	Ellerini doğru yönde durular.	
8	Ellerini kâğıt havlu ile kurular.	
9	Musluğu kontaminasyonsuz şekilde kapatır.	
10	Atıkları uygun şekilde uzaklaştırır.	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: _____
İmza: _____

TEMİZ CERRAHİ GÖMLEK GİYME VE ÇIKARMA BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; temiz cerrahi gömleği kontaminasyona yol açmadan, doğru teknikle giyip çıkarabilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;
- Temiz ve kirli alan kavramını ayırt eder
- Cerrahi gömleği kontamine etmeden giyer
- Gömleği kendini ve çevreyi kontamine etmeden çıkarır
- Yardımcı personel ile doğru iletişim kurar
- Enfeksiyon kontrol ilkelerine uygun davranır

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi Beceri Laboratuvarı / Klinik Uygulama Alanı temiz cerrahi gömlek, cerrahi bone, cerrahi maske, steril eldiven (gerektiğinde), askı aparatı veya giyinme alanı, atık kutuları (tıbbi atık ve evsel atık).

TEMİZ CERRAHİ GÖMLEK GİYME VE ÇIKARMA BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
A. Temiz Gömlek Giyme
1. Ellerini yıkar ve kurular.
2. Temiz cerrahi gömleği dış yüzeyine dokunmadan alır.
3. Gömleği vücudunun önünde, iç yüzeyi kendine bakacak şekilde tutar.
4. Kollarını gömlek kollarından geçirir ve manşetler bileklere gelecek şekilde kolları yerleştirir.
5. Yardımcı kişinin gömleğin arka uçlarını vücudu tam kapatacak şekilde birleştirmesini sağlar.
6. Yardımcı kişi tarafından ense bağcıkları bağlanır.
7. Beldeki iç bağcık bağlanır.
8. Beldeki dış bağcık bağlanır.
9. Gömleğin vücudu tam örttüğü ve manşetlerin doğru konumda olduğu kontrol edilir.
10. İşleme steril alanı bozmadan hazır hale gelir.
B. Gömleğin Çıkarılması
11. Yardımcı kişi tarafından ense ve bel bağcıkları çözülür.
12. Aktif el, karşı kolun manşetinden tutarak kolu aşağı doğru çeker.
13. Gömlekle örtülü olan el, aktif el üzerindeki gömleği sıyırarak çıkarır.
14. Gömlek omuzlardan öne doğru kaydırılarak vücuttan ayrılır.
15. Gömlek dış yüzeyi içe gelecek şekilde ters çevrilir.
16. Kirli gömlek atık torbasına atılır.
17. Eller tekrar yıkanır.

TEMİZ CERRAHİ GÖMLEK GİYME VE ÇIKARMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

- 80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
- 60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması
- 0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Uygulama Basamağı		Puan
1	El hijyenini sağlar	
2	Gömleği doğru şekilde alır	
3	Gömleği kontamine etmeden kollarını geçirir	
4	Yardımcı ile arka kapamayı sağlar	
5	Ense ve bel bağcıklarını doğru şekilde bağlatır	
6	Gömleğin uygunluğunu kontrol eder	
7	Bağcıkları yardım ile çözdürür	
8	Gömleği güvenli şekilde sıyırarak çıkarır	
9	Gömleği ters çevirerek kirli torbaya atar	
10	El hijyenini tekrar sağlar	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: _____
İmza: _____

PERİFERİK YAYMA UYGULAMASI
ÖĞRENİM REHBERİ VE UYGULAMA FÖYÜ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; kapiller kandan periferik yayma preparatı hazırlayarak uygun boyama yöntemleri ile lökosit formülünü doğru ve güvenli şekilde değerlendirebilmesi amaçlanmaktadır.

Beceri

Kapiller kandan periferik yayma preparatı hazırlama, May–Grünwald–Giemsa boyaması yapma ve mikroskobik lökosit formülü değerlendirmesi

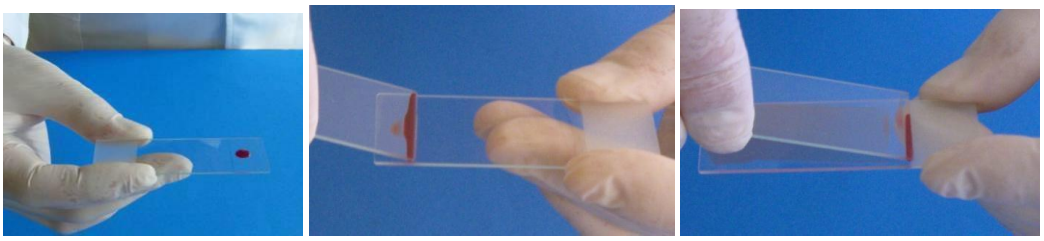
Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- Hastaya kendini tanıtarak işlem hakkında bilgi verir ve onam alır
- El hijyenini sağlar ve gerekli malzemeleri hazırlar
- Kapiller kandan uygun teknikle kan örneği alır
- Periferik yayma preparatını doğru teknikle hazırlar
- Preparatı May–Grünwald–Giemsa yöntemi ile boyar
- Lökosit formülünü mikroskop altında doğru şekilde değerlendirir
- Sonuçları uygun şekilde kayıt altına alır

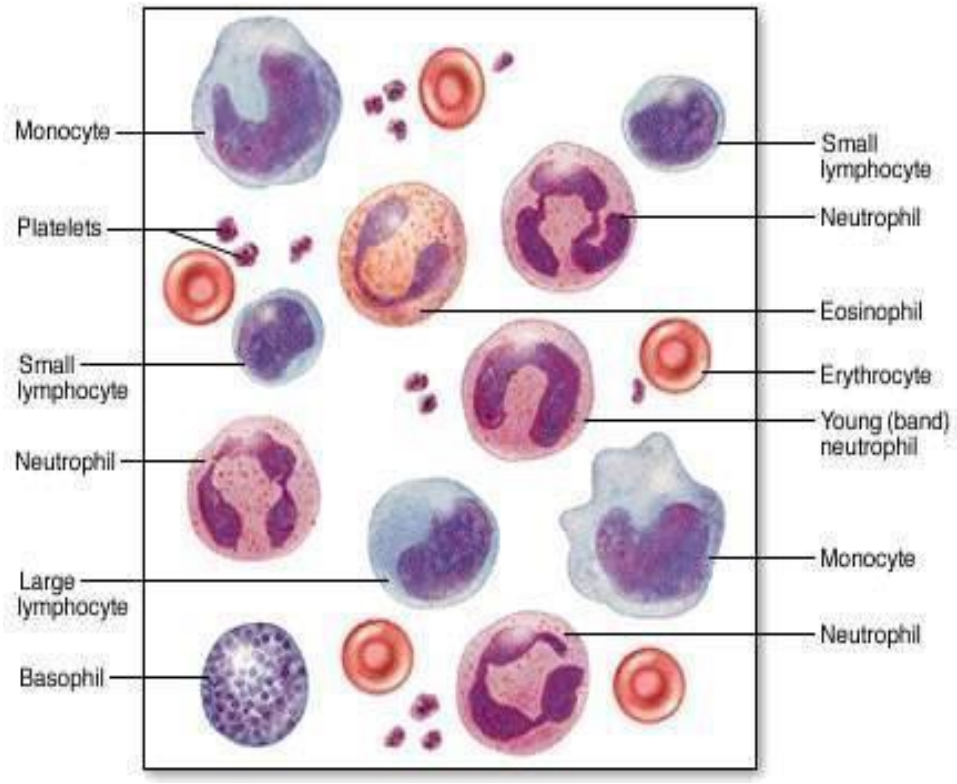
REHBER – İŞLEM BASAMAKLARI

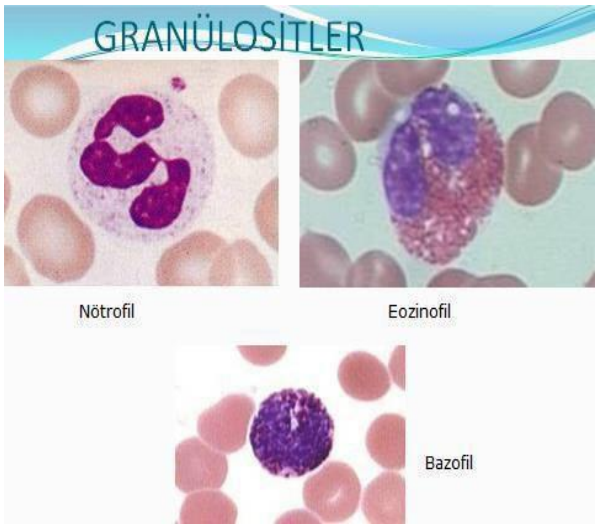
1. Eller yıkanır, önlük giyilir ve eldiven takılır.
2. Lamlar, lanset, alkol, pamuk, boyalar ve mikroskop hazırlanır.
3. Kapiller kan alınacak parmak ucu alkollü pamukla temizlenir ve kuruması beklenir.
4. Steril lanset ile parmak ucu delinerek kan elde edilir.
5. İlk kan damlası kuru pamukla silinerek doku sıvısı uzaklaştırılır.
6. İkinci kan damlası lamın uç kısmına yakın bölgesine yerleştirilir.
7. İkinci bir lam (yayıcı lam) 40–45° açı ile kan damlasının önüne yerleştirilir.
8. Kan yayıcı lamın kenarına yayıldıktan sonra tek ve düzgün bir hareketle ileri itilerek yayma yapılır.
9. Yayma alanı lamın yaklaşık 2/3'ünü kaplayacak şekilde oluşturulur.
10. Preparat oda sıcaklığında yayma yüzeyi yukarı bakacak şekilde kurutulur.
11. Preparat May–Grünwald boyası ile 5 dakika fikse edilir.
12. Distile su ile yıkanır.
13. Giemsa boyası ile 15 dakika boyanır.
14. Distile su ile yıkanır ve kurutulur.
15. Lamelle kapatılır ve immersiyon yağı ile 100× objektifte incelenir.
16. En az 100 lökosit sayılarak yüzde dağılımı belirlenir.
17. Bulgular kayıt altına alınır ve hasta bilgilendirilir.



1 **2** **3**

Şekil. Periferik yayma işlem basamakları







PERİFERİK YAYMA VE LÖKOSİT FORMÜLÜ

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Periferik Yayma ve Lökosit Formülü – Uygulama Föyü

No	Uygulama Basamakları	Puan
1	Hastaya kendini tanıtır, işlemi açıklar ve onam alır	
2	El hijyenini sağlar, önlük ve eldiven giyer, malzemeleri hazırlar	
3	Parmak ucunu antiseptik ile temizler ve kurumasını bekler	
4	Kapiller kandan uygun teknikle kan alır	
5	İlk kan damlasını siler ve ikinci damlayı lam üzerine koyar	
6	Yayıcı lam ile 40–45° açıyla düzgün periferik yayma hazırlar	
7	Preparatı kurutur ve etiketler	
8	May–Grünwald ve Giemsa boyamalarını doğru sürede uygular	
9	Mikroskopta 100× objektifte lökositleri sayar	
10	Lökosit yüzdelerini hesaplar, sonucu kaydeder ve el hijyeni sağlar	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: _____
İmza: _____

BATIN MUAYENESİ BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU
ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; batın muayenesini doğru teknikle, sistematik ve güvenli şekilde (inspeksiyon–oskültasyon–perküsyon–palpasyon sırası ile) uygulayabilmesi amaçlanmaktadır.

Beceri

Erişkin hastada batının inspeksiyon, oskültasyon, perküsyon ve palpasyon ile değerlendirilmesi; temel ve özel muayene bulgularının saptanması ve kayıt altına alınması.

Öğrenim Hedefleri

• Öğrenci hastaya kendini tanıtarak batın muayenesini açıklar ve onam alır.

• El hijyenini sağlar, stetoskopu uygun şekilde hazırlar ve hasta konforunu/mahremiyetini korur.

• Batın inspeksiyonunu aydınlık ortamda sistematik yapar ve bulguları tanımlar.

• Barsak seslerini ve olası üfürümleri uygun teknikle oskültasyonla değerlendirir.

• Perküsyon tekniğini doğru uygular; matite/timpanizm değerlendirmesi yapar.

• Yüzeyel ve derin palpasyonla hassasiyet, defans, rebound ve organomegaliyi değerlendirir.

• Karaciğer, dalak ve böbrek değerlendirmesini temel yöntemlerle uygular.

• Muayene sonunda hastayı bilgilendirir ve bulguları düzenli şekilde kaydeder.

BATIN MUAYENESİ BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Hastaya yapılacak muayene hakkında bilgi veriniz; mahremiyeti sağlayınız ve sözlü onam alınız.
2. Ellerinizi yıkayınız.
3. Stetoskopu alkol bazlı solüsyonla temizleyiniz.
4. Hastanın sağ tarafında durunuz. Hastayı sırtüstü yatırınız; baş altına yastık koyarak gövdenin üst kısmının uygun şekilde açılmasını sağlayınız. Kolları yanlarda veya göğüs üzerinde olacak şekilde yerleştiriniz.
5. Abdominal kasların gevşemesi için hastadan dizlerini hafifçe bükmesini isteyiniz; gerekiyorsa dizlerin altına yastık yerleştiriniz.
6. İnspeksiyon: ● Aydınlık, sessiz ve oda ısısında hastanın batınını gözleyiniz. ● Muayenenin sonraki basamaklarında ağrı/rahatsızlık gelişimini anlayabilmek için hastanın yüz ifadesini ve konforunu izleyiniz. ● Karın duvarının solunuma katılımını ve solunumla hareketini gözleyiniz. ● Karın cildi ve şekli açısından; renk değişikliği, asimetri, distansiyon, herni, pulsasyon, umbilikus yerleşimi, genişlemiş venler, skar/stria/döküntü ve peristaltik dalga varlığını değerlendiriniz.

7. Oskültasyon:

- Hastaya batının stetoskop ile dinleneceğini açıklayınız.
- Hastayı rahatsız etmemek için stetoskopu avuç içinde ısıtınız.
- Stetoskopun diyaframını karın cildine tam temas edecek şekilde hafif bası ile yerleştiriniz; batının 4 kadranını karşılaştırmalı olarak dinleyiniz (her kadranı yeterli süre değerlendirecek şekilde).
- Barsak seslerini (normal/artmış/azalmış/duyulmuyor) değerlendiriniz; üfürüm varsa yerini ve özelliklerini not ediniz.

8. Perküsyon:

- Hastaya yapılacak işlemi açıklayınız.
- Perküsyon öncesi ellerinizi ısıtınız; tırnakların kısa olmasına dikkat ediniz.
- Muayene ortamında gürültü olmamasını sağlayınız.
- Sol elin 3. parmağını karın cildine yerleştiriniz. Sağ elin 3. parmak ucu ile, el bileğini ritmik hareket ettirerek sol el parmağı üzerine kısa ve net darbelerle perküsyon uygulayınız.
- Ksifoidden başlayarak karın 4 kadranını ışınsal tarzda perküte ediniz; timpanizm/matite alanlarını belirleyiniz ve gerekirse matite sınırlarını işaretleyiniz.
- Karaciğer üst ve alt sınırlarını sağ midklaviküler hat boyunca perküsyonla değerlendiriniz; kraniyokaudal karaciğer boyutunu not ediniz.
- Dalak için Traube alanını tanımlayınız ve perküte ediniz; gerekli durumlarda derin inspiryum ile yeniden değerlendirerek matite varlığını yorumlayınız.

9. Palpasyon:

Hastaya karnına dokunularak/bastırılarak muayene yapılacağını açıklayınız; ağrı olursa söylemesini isteyiniz.

Hastanın sırtüstü yatmasını, kollarını yanlara almasını veya göğüs üzerinde birleştirmesini sağlayınız; dizlere hafif fleksiyon veriniz.

Palpasyondan önce ellerinizin sıcak olmasına dikkat ediniz.

Önce yüzeyel, sonra derin palpasyon yapınız. Parmaklar bitişik olacak şekilde (başparmak hariç) palmar yüzle uygun derinlikte bastırınız; ağrı ve yüz ifadesini değerlendiriniz.

Ağrı varsa hastadan ağrılı bölgeyi göstermesini isteyiniz; palpasyona ağrılı bölgeden en uzak kadrandan başlayınız. Ağrı yoksa kadranları sistematik sırayla değerlendiriniz. Gerekli durumlarda Murphy bulgusunu uygun teknikle değerlendiriniz.

Karaciğer alt kenarını palpasyonla değerlendirmek için sağ inguinal bölgeden başlayarak sağ kosta yayına doğru, inspiryum/ekspiryum ile elinizi kademeli ilerleterek karaciğer alt ucunu saptayınız.

Dalak alt sınırını palpasyonla değerlendirmek için sol inguinal bölgeden başlayarak inspiryum/ekspiryum ile kademeli ilerleyiniz; dalak alt ucunu saptamaya çalışınız.

Böbrek ve üreter hassasiyetini değerlendirmek için bimanuel palpasyon prensiplerini kullanınız; kostovertebral açı hassasiyetini uygun yöntemle değerlendiriniz.

10. Özel Bulgular:

Klinik duruma göre rebound, defans ve yer değiştiren matite gibi özel muayene bulgularını uygun teknikle değerlendiriniz ve yorumlayınız.

11. Muayene bitince hastayı bilgilendiriniz.

12. Stetoskopu alkolle temizleyiniz.

13. Ellerinizi yıkayınız.

14. Tüm muayene bulgularını hasta dosyasına tarih–saat ile düzenli şekilde kaydediniz.

BATIN MUAYENESİ BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

• 80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

• 60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

• 0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**
Numarası:

	Batın Muayenesi Uygulama Basamakları	Puan
1	Hastaya kendini tanıtır, muayeneyi açıklar, onam alır ve mahremiyeti sağlar.	
2	El hijyenini sağlar; stetoskopu temizler ve muayene ortamını hazırlar.	
3	Hastayı uygun pozisyonlar (sırtüstü, dizler hafif fleksiyon) ile konumlandırır ve konforu sağlar.	
4	İnspeksiyonu sistematik yapar (solunumla hareket, distansiyon, cilt/skar/ven, umbilikus, peristaltizm vb.).	
5	Oskültasyonu doğru teknikle yapar; 4 kadranı karşılaştırmalı dinler, barsak seslerini/üfürümü değerlendirir.	
6	Perküsyon tekniğini doğru uygular; kadranları değerlendirir ve matite/timpanizm alanlarını belirler.	
7	Karaciğer ve dalak perküsyonunu temel prensiplere uygun değerlendirir ve bulguyu not eder.	
8	Yüzeyel ve derin palpasyonu doğru uygular; ağrı/defans değerlendirmesi yapar.	
9	Organ palpasyonlarını (karaciğer/dalak/böbrek) uygun teknikle dener; gerekli özel bulguları (Murphy, rebound, Kostavertebral Açı hassasiyeti, yer değiştiren matite) klinik duruma göre değerlendirir.	
10	Muayeneyi uygun şekilde sonlandırır; hastayı bilgilendirir, stetoskopu temizler, el hijyenini sağlar ve bulguları dosyaya kaydeder.	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: ……

İmza: ……

MEME MUAYENESİ BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ ve UYGULAMA FÖYÜ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; meme muayenesini uygun ortamda, doğru teknikle, sistematik ve hasta mahremiyetine saygılı biçimde uygulayabilmesi amaçlanmaktadır.

Beceri

Kadın hastada inspeksiyon ve palpasyon basamaklarını kullanarak meme, meme başı ve aksiller bölgelerin klinik değerlendirilmesi.

Araç Gereçler: Meme Muayenesi Maketi

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- Hastaya kendini tanıtarak işlem hakkında bilgi verir ve onam alır
- Meme muayenesini uygun ortamda ve mahremiyete uygun yapar
- Meme inspeksiyonunu doğru pozisyonlarda gerçekleştirir
- Meme ve aksilla palpasyonunu doğru teknikle uygular
- Patolojik bulguları ayırt eder
- Bulguları kayıt altına alır

MEME MUAYENESİ BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Ellerini yıkar, hastaya kendini tanıtır ve muayene hakkında bilgi vererek sözlü onam alır.
2. Uygun muayene ortamını sağlar (aydınlatma, muayene masası, yastık, yardımcı kadın sağlık personeli, perde/mahremiyet).
3. Hastanın belden yukarısını soyunmasını sağlar ve mahremiyetine dikkat eder.
4. Hastayı ayakta, öne eğilmiş ve kolları ileri uzatılmış şekilde gözlemler (forward bending).
5. Hasta ayakta iken eller yanlarda, yukarı kaldırılmış ve kalçaya bastırılmış pozisyonlarda meme ve meme başlarını inspekte eder.
6. Meme ve meme başlarının simetrisini, cilt değişikliklerini ve çekintileri değerlendirir.
7. Hastayı sırtüstü yatırır ve muayene edilen tarafın omuz altına küçük bir yastık yerleştirir.
8. Önce şikâyeti olmayan memeden başlayarak parmakların pulpa kısmı ile sistematik palpasyon yapar.
9. Memenin iç kadranları değerlendirilirken hastanın kolunu başının üzerine almasını sağlar.
10. Hastayı tekrar oturtur; supraklavikular, infraklavikular ve aksiller bölgeleri palpasyonla değerlendirir.
11. Bir eliyle hastanın kolunu gevşek tutarak, diğer eliyle aksillayı palpe eder.
12. Aynı işlemleri karşı aksilla için tekrarlar.
13. Muayene sonunda hastayı bilgilendirir.
14. Ellerini yıkar.
15. Bulguları kayıt eder.

MEME MUAYENESİ BECERİSİ

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Meme Muayenesi Uygulama Basamakları		**Puan**
1	Kendini tanıtır, işlem hakkında bilgi verir ve onam alır	
2	Ortamı ve mahremiyeti sağlar	
3	Hastayı uygun şekilde hazırlar	
4	Ayakta inspeksiyonu doğru pozisyonlarla yapar	
5	Meme ve meme başı simetrisini değerlendirir	
6	Hastayı doğru pozisyonda yatırır	
7	Meme palpasyonunu sistematik yapar	
8	Kol pozisyonlarını doğru kullanır	
9	Aksilla ve supraklavikular alanları değerlendirir	
10	Bulguları kaydeder ve muayeneyi uygun şekilde sonlandırır	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: _____
İmza: _____

AKCİĞER GRAFİSİ DEĞERLENDİRME BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; PA akciğer grafisini sistematik bir yaklaşımla inceleyebilmesi, grafi üzerinde normal anatomik yapıları tanıyabilmesi ve temel düzeyde grafi okuma alışkanlığı kazanması amaçlanmaktadır.

Beceri

Akciğer grafisinin sistematik olarak incelenmesi ve temel grafi okuma becerisi.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- Sağ ve sol akciğer alanlarını ayırt eder.
- Kalp konturunu ve mediasteni tanımlar.
- Trakeanın yerleşimini gösterir.
- Diyafram kubbeleri ve kostofrenik sinüsleri gösterir.
- Hilusu, aort topuzunu, mide fundus gazını ayırt eder.
- Kemik yapıları tanımlar.

REHBER – İŞLEM BASAMAKLARI	
1.	Grafiye bakarak hasta bilgilerini kontrol ediniz.
2.	Grafiye genel bir bakış yaparak incelemeye başlayınız.
3.	Akciğer alanlarını sağ ve sol olarak tanımlayınız.
4.	Kostaları anteriordan sayarak gösteriniz.
5.	Kostaları posteriordan sayarak gösteriniz.
6.	Kolumna vertebralisi yukarıdan aşağıya takip ederek gösteriniz.
7.	Trakeanın orta hatta yerleşimini gözden geçiriniz.
8.	Trakeanın ayrım karinasını gösteriniz.
9.	Klavikula, aort topuzu ve hilusları gösteriniz.
10.	Kalp konturunu, sağ atriyum, sol ventrikülü gösteriniz.
11.	Diyafram kubbelerini ve sinüsleri gösteriniz.
12.	Mide fundus gazını gösteriniz.
13.	İncelemeyi tamamladığınızı bildiriniz.

AKCİĞER GRAFİSİ DEĞERLENDİRME BECERİSİ

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Uygulama Basamakları	**Puan**
1	Grafiye bakarak hasta bilgilerini kontrol eder.	
2	Grafide sağ ve sol tarafı ayırt eder.	
3	Kostaları anteriordan sayar.	
4	Kostaları posteriordan sayar.	
5	Trakea ve karinayı gösterir.	
6	Aort topuzunu ve hilus yapılarını gösterir.	
7	Kalp konturunu tanımlar (sağ atriyum ve sol ventrikül kenarını)	
8	Diyafram kubbelerini gösterir.	
9	Kostofrenik sinüsleri ve kardiyofrenik sinüsleri gösterir.	
10	Mide fundus gazını gösterir.	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____
İmza: _____

SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENE BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç

Öğrencinin solunum sistemi muayenesini sistematik bir sırayla uygulayarak temel muayene basamaklarını doğru biçimde gerçekleştirmesini sağlamaktır.

Beceri

Solunum sistemi muayenesini sistematik ve doğru şekilde uygulama.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

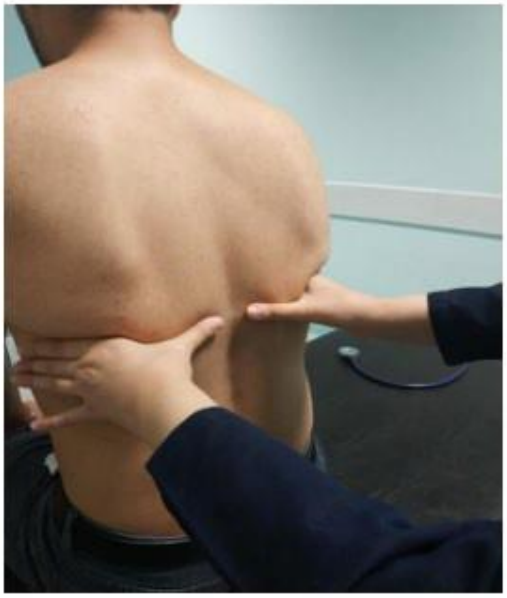
- Toraks simetrisini inspeksiyonla değerlendirir, solunum hareketlerini gözlemler.
- Palpasyonla göğüs duvarı hareketlerini ve simetriyi kontrol eder.
- Anterior ve posterior toraks bölgesine perküsyon yapar, sınırları belirler.
- Steteskopu doğru şekilde takarak akciğer seslerini sistematik olarak dinler.

SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENE BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	Hastaya kendini tanıtır ve işlemi açıklar.
2.	El hijyenini sağlar ve gerekli malzemeleri hazırlar.
3.	Hastayı uygun pozisyonda oturtur veya ayarlar.
	İNSPEKSİYON
4.	Hastayı uygun pozisyonda oturtur veya yatak başını 45° yükseltir.
5.	Hastanın üst giysilerini çıkarır veya örtü kullanır.
6.	Toraksın ön ve arka yüzeyini değerlendirir.
7.	Orta sternal hat, klavikular, aksiller hatlar, skapular ve vertebral hatları tanımlar.
8.	Göğüs duvarı yapısını ve ön-arka çapını kontrol eder.
9.	Cilt ve cilt altı dokusunu, ödem, şişlik, pigmentasyon ve skar yönünden gözlemler.
10.	Solunum tipini belirler (yüzeyel/derin/biot, kussmaul vb.).
11.	Yardımcı solunum kas aktivitesini, dudak ve burun katılımını gözlemler.
12.	İncelemeyi tamamladığını bildirir.
	PALPASYON
13.	Trakeayı palpe eder ve mediasteni değerlendirir: Orta hatta olup olmadığını ve sağa/sola çekilme durumunu tespit eder.
14.	**Deri ve deri altı dokularını değerlendirir:** • Parmak uçları ile simetrik olarak hassasiyet, ağrı, şişlik kontrolü • Koltuk altı ve supraklavikular lenf nodlarının palpasyonu • Cilt altı krepitasyonunun varlığını kontrol eder • Dakika solunum sayısını belirler • Kalp tepe atım noktasını medial ve lateral olarak kontrol eder
15.	**Hemitoraksların solunuma katılımını (ekspansiyonunu) değerlendirir:** • Arkada 10. kostalar, önde sternumun ksifoidi hizasında elleri yerleştirir • Toraks kısmen kavranarak baş parmakların inspiryumda eşit mesafede açıldığını, ekspiryumda yaklaştığını gözlemler

16.	**Göğüs duvarı titreşimlerini (vibrasyon, taktil fremitus, vokal fremitus) kontrol eder:** • Hastaya "40-41" veya "araba-araba" gibi sesler söyletir • El ayasıyla toraks duvarına yansıyan titreşimleri hisseder • Titreşimlerin her iki hemitoraksta, ön ve arkada, vertebra veya sternumun sağ ve solundan simetrik ve eşit frekansta olduğunu belirler **(Şekil 1,2).**
	PERKÜSYON
17.	**Göğüs duvarına vurularak titreşimlerin (ekonun) değerlendirilmesi:** • Toraks içi dokulardan yansıyan titreşimleri hisseder. • Timpanik, hipersonor, sonor ve mat seslerin ayırt edilmesini gözlemler.
18.	**Direkt perküsyon uygular:** • Orta parmak çekiç hareketiyle apekslerden bazale doğru, önde ve arkada, sağ-sol hemitorakslarda simetrik vuruşlar yapar. • Titreşim oluşumunu değerlendirir.
19.	**İndirekt perküsyon uygular:** • Bir elin orta parmağının distal falanksını toraksa yerleştirir, diğer parmakları hafifçe kalkık tutar. • Diğer elin orta parmağıyla çekiç hareketi uygulayarak apekslerden bazale doğru, önde ve arkada, sağ-sol hemitorakslarda simetrik vuruşlar yapar. • Titreşim oluşumunu değerlendirir **(Şekil 3)**.
20.	**Diyafram hareketini muayene eder:** • Perküsyon sırasında mat sese geçilen alt sınırı işaretler. • Hastaya derin nefes alması ve tutması söylenir. • Tekrarlanan perküsyonla sesin tekrar sonor hale geçtiğini gözlemler ve aşağıya doğru geçişi belirler. • İşaretlenen iki nokta arasındaki mesafeyi 3–5 cm olarak ölçer. • Aynı işlemi diğer hemitoraksta tekrarlar.
	OSKÜLTASYON
21.	Steteskopun hastanın vücut ısısına yakın olmasına özen gösterir.
22.	Steteskopu kulağına takarak geniş tambur kısmını sırtta apikal bölgeye yerleştirir.
23.	Hastadan derin ve düzenli olarak ağızdan nefes alıp vermesini ister.
24.	Steteskopun diyaframını hastanın derisine temas edecek şekilde yerleştirir.
25.	Sırtta interskapular alanda ve skapulalar altında, önde sternumun her iki yanında, apekslerden bazale ve medialden laterale doğru, simetrik şekilde, her noktada en az bir inspiryum ve bir ekspiryum boyunca 1–2 cm aralıklarla dinler **(Şekil 4).**
26.	Her iki hemitoraksın tüm bölgelerini sistematik olarak dinler. Normal ve patolojik sesleri ayırt eder.
27.	İşlem tamamlandıktan sonra ellerini yıkar.



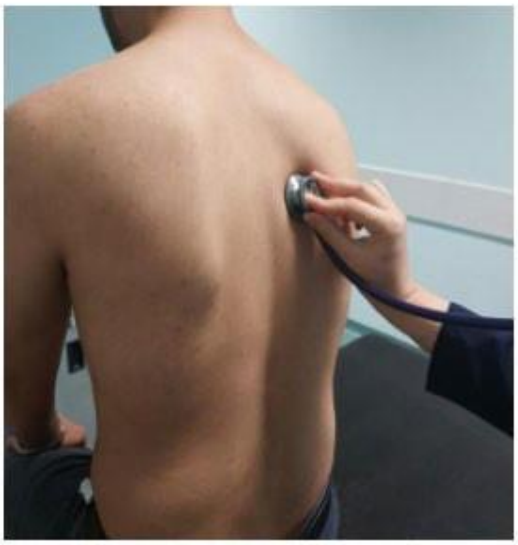
Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3



Şekil 4

SOLUNUM SİSTEMİ OSKÜLTASYONU BECERİSİ
DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Öğrenci Numara:

	Uygulama Basamakları	**Puan**
1	El hijyenini sağlar, steteskop diyaframı ve kulaklıklarını dezenfekte eder.	
2	Steteskopu doğru yönde takar.	
3	Steteskop başlığını kontrol eder.	
4	Hastaya ağızdan derin nefes alıp vermesini söyler.	
5	Steteskop diyaframını hastaya temas edecek şekilde doğru yönde yerleştirir.	
6	Her noktayı en az bir solunum siklusu (inspiryum+ekspiryum) boyunca dinler.	
7	Posterior toraksta interskapular-subskapular alanları doğru noktalardan dinler.	
8	Posterior toraksı apeksten bazale ve simetrik olarak dinler.	
9	Anterior toraksta supraklavikular, infraklavikular ve mammiller alanları doğru noktalardan dinler.	
10	Anterior toraksı apeksten bazale ve simetrik olarak dinler.	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____
İmza: _____

OFTALMOSKOP İLE GÖZ DİBİ MUAYENESİ UYGULAMA BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU
ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; direkt oftalmoskopu doğru teknikle kullanarak model ve/veya hasta üzerinde göz dibi muayenesini güvenli, doğru ve sıralı biçimde gerçekleştirebilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- Direkt oftalmoskopun temel bölümlerini ve kullanım amacını açıklar.
- Oftalmoskopun ışık ve diyoptri ayarlarını kontrol eder.
- Hastayı göz dibi muayenesine uygun şekilde hazırlar.
- Sağ ve sol gözü uygun el ve gözünü kullanarak muayene eder.
- Kornea, lens, vitreus ve retina yapılarını sistematik olarak değerlendirir.
- Optik disk, retinal arter ve venler ile maküla alanını inceler.
- Muayene bulgularını uygun şekilde kayıt altına alır.

Oftalmoskop, gözün fundus olarak adlandırılan iç kısmının incelenmesinde kullanılan bir alettir. Direkt ve indirekt olmak üzere iki temel tipi bulunmaktadır. Direkt oftalmoskop, göz dibinin düz ve büyütülmüş görüntüsünü sağlar ve temel göz dibi muayenesinde kullanılabilir. Başarılı bir oftalmoskopik muayene için pupillanın yeterli genişlikte olması önemlidir. Ancak pupil ışık reaksiyonunun izlenmesinin gerekli olduğu nörolojik durumlarda ve ön kamara açısının dar olduğu kişilerde pupil dilatasyonu uygun olmayabilir. Pupil dilatasyonu gerekip gerekmediği hastanın klinik durumuna göre belirlenmelidir.

Direkt oftalmoskopide sağ göz muayene edilirken muayene eden kişi sağ elini ve sağ gözünü, sol göz muayene edilirken sol elini ve sol gözünü kullanmalıdır. Muayene sırasında kornea, lens, vitreus, retina, optik disk, retinal damarlar ve maküla sistematik biçimde değerlendirilir.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi beceri laboratuvarı veya uygun muayene ortamı, direkt oftalmoskop, göz muayene modeli ve/veya hasta, gerektiğinde pupil dilatasyonu için uygun göz damlası ve muayene bulgularının kaydedileceği form.

OFTALMOSKOP İLE GÖZ DİBİ MUAYENESİ UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Kendinizi tanıtınız, hastanın kimliğini doğrulayınız, yapılacak muayeneyi açıklayınız ve hastanın onayını alınız.
2. El hijyenini sağlayınız ve muayene ortamındaki ışığı uygun şekilde azaltınız.
3. Pupil dilatasyonuna engel bir durum olup olmadığını değerlendiriniz. Engel yoksa ve gerekli görülüyorsa uygun dilatasyon damlasını uygulayınız ve yeterli süre bekleyiniz.
4. Direkt oftalmoskopu açınız; cihazın ışığını ve çalışmasını kontrol ediniz. Hastada ve kendinizde bulunan kırma kusurlarını dikkate alarak oftalmoskopun diyoptri ayarını düzenleyiniz.
5. Hastadan karşıda belirlenen sabit bir hedefe bakmasını isteyiniz; pupillaları ve ışık reaksiyonlarını değerlendiriniz. Hastaya yaklaşık 15 cm mesafeden ve yaklaşık 45° açıyla yaklaşınız; kırmızı refleksi değerlendiriniz.
6. Oftalmoskopu başlangıçta yaklaşık +10 diyoptriye ayarlayarak kornea ve lensi inceleyiniz.
7. Diyoptri değerini kademeli olarak azaltarak ön vitreus ve retinayı netleştiriniz.

8. Sağ gözü muayene ederken hastanın sağ tarafına geçiniz; oftalmoskopu sağ elinize alınız ve sağ gözünüzü kullanarak hastanın gözüne yaklaşınız.Sol gözü muayene ederken hastanın sol tarafına geçiniz; oftalmoskopu sol elinize alınız ve sol gözünüzü kullanarak hastanın gözüne yaklaşınız.
9. Optik diski, retinal arter ve venleri, retina alanlarını ve makülayı sistematik olarak değerlendiriniz.
10. Muayene tamamlandığında oftalmoskopun ışığını kapatınız, cihazı temizleyiniz ve uygun şekilde şarj ünitesine veya saklama alanına yerleştiriniz.

OFTALMOSKOP İLE GÖZ DİBİ MUAYENESİ UYGULAMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri

Aşağıdaki puanlama sistemi kullanılarak bütün basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan uygulanır. Öğrenci bütün basamaklarda "Yeterli" veya "Ustalaşmış" düzeye ulaşıncaya kadar uygulama tekrarlanır.

80–100 Puan: Ustalaşmış – Başarılı: Basamağın doğru sırada, duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan uygulanması.

60–79 Puan: Yeterli – Başarılı: Basamağın doğru sırada uygulanması; ancak eğiticinin yönlendirmesine gereksinim duyulması.

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması.

Öğrenci Adı-Soyadı: .....
Numarası: .....
Tarih: .....

No	Uygulama basamakları	Puan
1	Kendini tanıttı, hastanın kimliğini doğruladı, muayeneyi açıkladı ve hastanın onayını aldı.	
2	El hijyenini sağladı ve muayene ortamının ışığını uygun şekilde düzenledi.	
3	Pupil dilatasyonuna engel bir durum olup olmadığını değerlendirdi; gerekli ve uygun olduğunda dilatasyon uyguladı.	
4	Oftalmoskopu açtı, ışığını ve cihazın çalışmasını kontrol etti.Kendisinde ve hastada bulunan kırma kusurlarını dikkate alarak diyoptri ayarını yaptı	
5	Hastanın sabit bir hedefe bakmasını sağladı; pupillaları ve ışık reaksiyonlarını değerlendirdi.Hastaya yaklaşık 15 cm mesafeden ve 45° açıyla yaklaştı; kırmızı refleksi değerlendirdi.	
6	Oftalmoskopu yaklaşık +10 diyoptriye ayarlayarak kornea ve lensi inceledi.	
7	Diyoptri değerini azaltarak ön vitreus ve retinayı netleştirdi.	
8	Sağ gözü sağ eli ve sağ gözüyle uygun teknikle muayene etti.Sol gözü sol eli ve sol gözüyle uygun teknikle muayene etti.	
9	Optik disk, retinal arter ve venler, retina alanları ve makülayı sistematik olarak değerlendirdi.	
10	Hastaya muayenenin tamamlandığını bildirdi ve bulguları kayıt altına aldı.Oftalmoskopun ışığını kapattı, cihazı temizledi ve uygun şekilde yerine yerleştirdi.	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____
İmza: _____

EMZİRMENİN ÖĞRETİLMESİ BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE UYGULAMA FÖYÜ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; doğum sonrası dönemde anneye meme bakımı ve emzirme konusunda doğru bilgi verebilmesi, uygun emzirme tekniklerini uygulamalı olarak gösterebilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

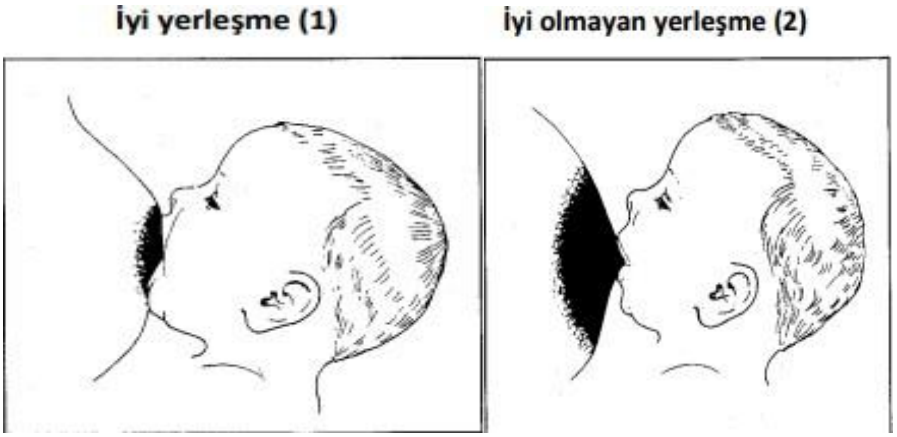
1. Anneye emzirmenin önemi ve meme bakımı hakkında eğitim verir.
2. Uygun emzirme pozisyonunu gösterir ve uygulatır.
3. Bebeğin memeyi doğru kavramasını sağlar.
4. Emzirme öncesi ve sonrası meme bakımını uygular.
5. Emzirme sırasında annenin rahatlığını ve bebeğin güvenliğini sağlar.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Kadın doğum klinik uygulama alanı / Tıbbi Beceri Laboratuvarı, giyilebilir emzirme maketi, bebek maketi, temiz gazlı bez, kaynamış-soğutulmuş su bulunan kap, temiz bez/havlu, el hijyeni için lavabo ve sıvı sabun, eğitim amaçlı görsel materyal (emzirme pozisyon şemaları), koruyucu örtü.

EMZİRMENİN ÖĞRETİLMESİ BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Anneye kendini tanıtır ve yapılacak işlem hakkında bilgilendirir.
2. Anneye ellerini yıkamasını öğretir ve uygulamasını sağlar.
3. Temiz bir kaba kaynatılıp soğutulmuş su hazırlar.
4. Temiz gazlı bezi su ile ıslatır.
5. Meme başını bastırmadan, nazikçe siler.
6. Meme başını temiz bir bezle kurular.
7. Anneyi rahat bir pozisyonda oturtur, ayaklarını tabure ile destekler.
8. Bebeği yüzü ve gövdesi anneye dönük olacak şekilde yerleştirir.
9. Bebeğin başını annenin kol iç kısmına gelecek şekilde destekler.
10. Aynı kol ve el ile bebeğin kalça ve bacaklarını kavrar.
11. Meme başına doğrudan basmadan, memeyi alttan destekler.
12. Meme ucunu bebeğin dudağına ve çenesine değdirerek refleksi uyarır.
13. Bebek ağzını açtığında meme başı ve areolanın büyük kısmını ağza yerleştirir.
14. Gerekirse memeyi alttan destekleyerek emzirmeyi kolaylaştırır.
15. Bebeğin doğru yerleştiğini kontrol eder • Çene memeye temas etmeli • Alt dudak dışa dönük olmalı • Areolanın büyük kısmı ağızda olmalı • Burun delikleri açık olmalı
16. Emzirme sonunda memeyi hafif sıkarak bir damla sütü meme başına sürer.

BEBEĞİ MEMEYE YERLEŞTİRME





EMZİRMENİN ÖĞRETİLMESİ BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**
Numarası:

	Uygulama Basamakları	Puan
1	Anne ile güvene dayalı, empatik iletişim kurar; işlemi açıklar ve el hijyenini sağlar.	
2	Emzirmenin önemi ve temel ilkeleri hakkında kısa bilgilendirme yapar.	
3	Emzirme öncesi meme temizliği ve bakımını uygulamalı olarak gösterir.	
4	Anneye doğru oturma ve vücut pozisyonunu ayarlamayı öğretir.	
5	Bebeğin anneye dönük, baş-boyun-gövde hizası düzgün olacak şekilde doğru pozisyonunu gösterir.	
6	Meme kavratma tekniğini uygulamalı olarak gösterir.	
7	Doğru emzirme belirtilerini kontrol eder ve değerlendirir.	
8	Emzirme sonrası meme bakımını gösterir.	
9	Sık karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri hakkında bilgilendirme yapar.	
10	Annenin sorularını yanıtlar, geri bildirim alır ve eğitimi destekleyici ifadelerle sonlandırır.	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____
İmza: _____

EKG ÇEKME BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU
ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç

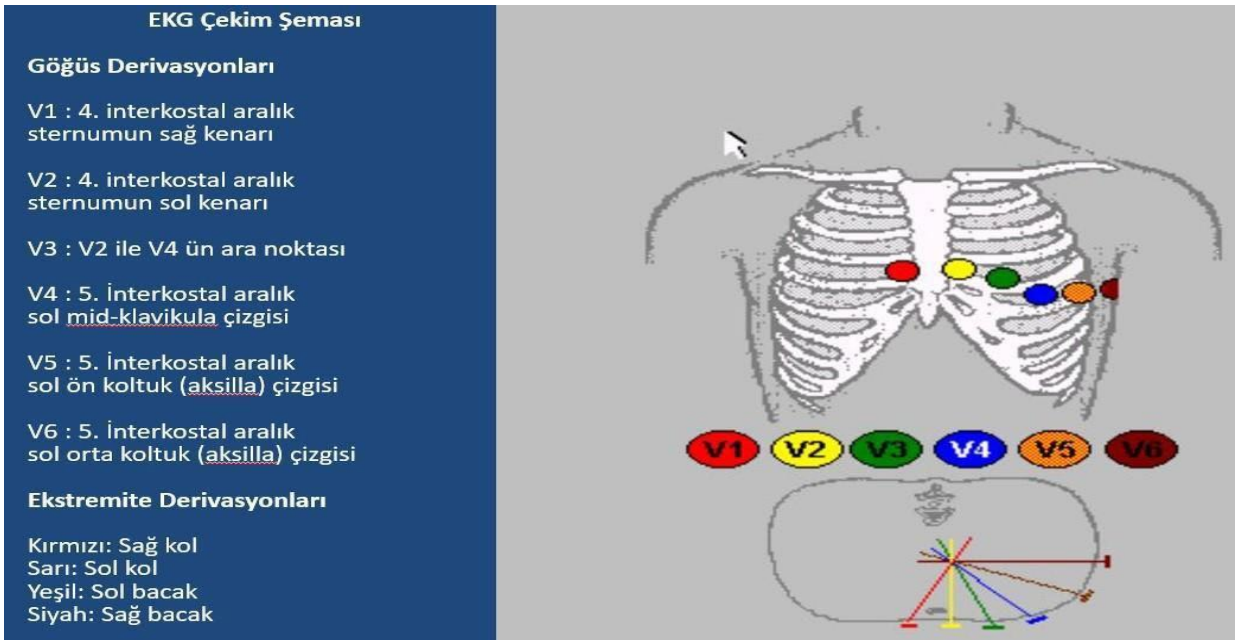
Erişkinde Elektrokardiyogram çekme becerisi kazanmak

Öğrenim Hedefleri

- EKG çekiminde kullanılan cihazın çalışma prensibini, derivasyon sistemlerini ve standart ayarları (25 mm/sn, 10 mm/mV) açıklar.
- Göğüs ve ekstremite derivasyonlarının yerleşim noktalarını anatomik olarak tanımlar.
- EKG çekimi öncesinde hastanın pozisyonu, mahremiyet koşulları ve işlem öncesi yapılması gerekenleri açıklar.
- EKG çekiminde oluşabilecek artefakt, parazit veya temassızlık nedenlerini ve bunları önleme yollarını sıralar.
- Elde edilen kaydın kimlik ve tarih bilgileriyle doğru şekilde etiketlenmesinin klinik önemini açıklar.
- Hastayla etkili iletişim kurarak işlem hakkında bilgi verir ve onam alır.
- EKG cihazını uygun şekilde hazırlar, kalibrasyon ve hız ayarlarını kontrol eder.
- Dört ekstremite ve 6 göğüs derivasyonunu doğru anatomik noktalara yerleştirir.
- Kaydı başlatır, görüntüyü değerlendirir ve varsa çekim hatalarını giderir.
- Çekim sonunda kaydı hasta bilgileriyle düzenli biçimde tamamlar ve teslim eder.
- İşlem sırasında hasta mahremiyetine ve konforuna özen gösterir.
- Ekipman kullanımında dikkatli, hijyenik ve sorumlu davranır.
- Eğiticiden geribildirim almaya ve öz değerlendirmeye açıktır.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

- Tıbbi beceri laboratuvarı, EKG Simülatörü, EKG cihazı.



EKG ÇEKME BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	Hastaya kendinizi tanıtıp, yapacağınız işlem hakkında kısaca bilgi veriniz ve hastadan izin alınız. Hasta merdiven çıkmış, yürümüş, yorgun vb. durumda ise 5 dakika dinlenmesini sağlayınız.
2.	EKG çekim işlemini hastanın mahremiyetinin sağlanacağı bir ortamda gerçekleştiriniz.
3.	Hastayı sırtüstü yatırınız.
4.	Göğüs kısmını açmasını, çoraplarını çıkarmasını ya da ayak bilekleri açık kalacak şekilde aşağıya indirmesini söyleyiniz.
5.	EKG cihazını açınız ve ayarlarını kontrol ediniz (25 mm/s, 10 mm/mV ayarda olması gerekir).
6.	Göğüs derivasyonlarını (V1, V2, V3, V4, V5, V6) uygun şekilde bağlayınız.
7.	Ekstremite derivasyonlarını uygun şekilde bağlayınız.
8.	EKG cihazı ekranından kaydı kontrol ediniz, herhangi bir sorun varsa (parazit, temassızlık) gideriniz.
9.	Çekim işlemini gerçekleştiriniz, düzgün şekilde ve ayarda bir olup olmadığını kontrol ediniz.
10.	Hastanın adını, soyadını, işlem tarihini ve saatini EKG üzerine yazıp hastaya o şekilde teslim ediniz.

EKG ÇEKME BECERİSİ
DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Uygulama Basamakları	**Puan**
1.	Hastaya kendinizi tanıtıp, yapacağınız işlem hakkında kısaca bilgi veriniz ve hastadan izin alır. Yorgun durumda ise 5 dakika dinlenmesini sağlar.	
2.	EKG çekim işlemini hastanın mahremiyetinin sağlanacağı bir ortamda gerçekleştirir.	
3.	Hastayı sırtüstü yatırır.	
4.	Göğüs kısmını açmasını, çoraplarını çıkarmasını ya da ayak bilekleri açık kalacak şekilde aşağıya indirmesini söyler.	
5.	EKG cihazını açınız ve ayarlarını kontrol eder (25 mm/s, 10 mm/mV ayarda olması gerekir).	
6.	Göğüs derivasyonlarını (V1, V2, V3, V4, V5, V6) uygun şekilde bağlar.	
7.	Ekstremite derivasyonlarını uygun şekilde bağlar.	
8	EKG cihazı ekranından kaydı kontrol ediniz, herhangi bir sorun varsa (parazit, temassızlık) giderir ya da bilgi verir.	
9.	Çekim işlemini gerçekleştirir, düzgün şekilde ve ayarda bir olup olmadığını kontrol eder.	
10.	Hastanın adını, soyadını, işlem tarihini ve saatini EKG üzerine yazıp hastaya teslim eder.	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

EKG DEĞERLENDİRME BECERİ UYGULAMASI
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU
ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç: Erişkinde Elektrokardiyogram değerlendirme becerisi kazanmak

Öğrenim Hedefleri:

- EKG'nin standardizasyon parametrelerini (hız, voltaj) ve bunların ölçümler üzerindeki etkisini açıklar.
- P, QRS, T dalgaları, PR, QT, QTc aralıkları ve ST segmentinin fizyolojik temellerini açıklar.
- EKG değerlendirme basamaklarını sistematik olarak sıralar (ritim–hız–dalga–aralık–ST/T değerlendirmesi).
- Dal blokları, iskemik değişiklikler ve aritmi bulgularını temel düzeyde tanımlar.
- Cihazın otomatik ölçümlerinin doğruluğunu klinik olarak kontrol etmenin önemini açıklar.
- EKG'nin hastaya aitliğini, tarih ve ayar uygunluğunu kontrol eder.
- Ritim ve kalp hızını doğru şekilde hesaplar.
- P, QRS, T dalgalarının morfolojisini ve ilişkilerini sistematik olarak değerlendirir.
- PR, QT, QTc aralıklarını uygun formülle hesaplar.
- ST segment ve T dalgası değişikliklerini yorumlayarak olası klinik durumları (iskemi, dal bloğu vb.) tanımlar.
- Klinik verilerle EKG bulgularını bütüncül biçimde ilişkilendirmeye özen gösterir.
- Şüpheli veya anormal bulgularda eğiticiye danışır.
- Objektif, dikkatli ve sistematik bir değerlendirme yaklaşımı sergiler.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi beceri laboratuvarı, Elektrokardiyogram.

EKG DEĞERLENDİRME BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	EKG'nin değerlendirdiğiniz hastaya ait olup olmadığını ve ne zaman çekildiğini kontrol ediniz (İsim, soyisim, tarih, saat).
2.	EKG'nin standart çekim ayarlarına göre çekilip çekilmediğini kontrol ediniz (25 mm/sn, 10 mm/mV).
3.	EKG'de sağlıklı değerlendirmeyi etkileyecek çekim hatası var mı kontrol ediniz.
4.	EKG'den hastanın ritmini değerlendiriniz.
5.	Kalp hızını değerlendiriniz.
6.	EKG'de standart dalgaları (P, QRS, T) ve bu dalgaların birbiriyle ilişkilerini (her P dalgasını bir QRS takip ediyor mu) değerlendiriniz.
7.	P-R, QT ve QTc mesafelerinin hesaplayınız, eğer cihaz otomatik hesaplamışsa doğruluğunu değerlendiriniz.
8.	EKG'yi dal bloklarının varlığı (sağ dal bloğu, sol dal bloğu) açısından değerlendiriniz.
9.	EKG'de ST segmentinin (elevasyon, depresyon) ve T dalgasının durumunu (negatif, pozitif, bifazik) değerlendiriniz.
10.	Değerlendirme sonuçlarını not ediniz.

EKG DEĞERLENDİRME BECERİSİ
DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Uygulama Basamakları	
1.	EKG'nin hastaya ait olup olmadığını ve ne zaman çekildiğini kontrol eder (isim, soyisim, tarih, saat).
2.	EKG'nin standart çekim ayarlarına göre çekilip çekilmediğini kontrol eder (25 mm/sn, 10 mm/mV).
3.	EKG'de sağlıklı değerlendirmeyi etkileyecek çekim hatası var mı kontrol eder.
4.	Ritmi değerlendirir.
5.	Kalp hızını değerlendirir.
6.	EKG'de standart dalgaları (P, QRS, T) ve bu dalgaların birbiriyle ilişkilerini (her P dalgasını bir QRS takip ediyor mu) değerlendirir.
7.	P-R, QT ve QTc mesafelerinin hesaplar, eğer cihaz otomatik hesaplamışsa doğruluğunu değerlendirir.
8.	EKG'de ST segmentini (elevasyon, depresyon) değerlendirir.
9.	T dalgasının durumunu (negatif, pozitif, bifazik) değerlendirir.
10.	Değerlendirme sonuçlarını not eder.

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

ERİŞKİNDE KALP SESLERİNİ DİNLEME BECERİSİ

Amaç: Erişkinde kalp seslerini doğru teknikle dinleme becerisini kazanmak

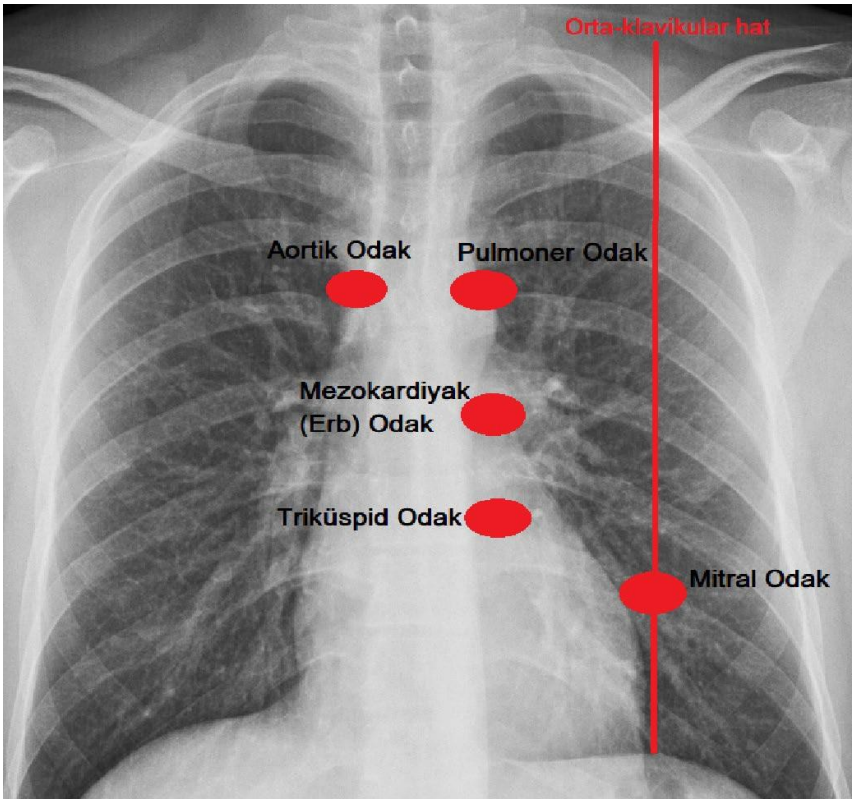
Öğrenim Hedefleri

- Kalbin anatomik bölgelerini ve oskültasyon odaklarını (aort, pulmoner, trikuspit, mitral) tanımlar.
- S1 ve S2 kalp seslerinin oluşum mekanizmasını, S3 ve S4 ek seslerinin fizyopatolojisini açıklar.
- Kalp seslerini dinlemede kullanılan stetoskop bölümlerinin (diyafram ve çan) farklarını açıklar.
- Kalp seslerini etkileyen fizyolojik ve patolojik durumları açıklar (örneğin kapak darlıkları, yetersizlikleri, üfürümler).
- Pozisyon değişikliklerinin (sol lateral dekübit, öne eğilme) duyulabilir sesler üzerindeki etkisini açıklar.
- Stetoskopu uygun şekilde kullanır, kulaklık yönünü ve diyafram/çan geçişini doğru yapar.
- Hastayı uygun pozisyonda konumlandırır.
- Oskültasyon sırasını doğru uygular (mitral → trikuspit → pulmoner → aort).
- Fizyolojik (S1, S2) ve anormal (S3, S4, üfürüm, klik) sesleri ayırt edebilir.
- Gerekli durumlarda tekrar dinleme için uygun hasta pozisyonlarını uygular.
- Hastaya karşı saygılı, açıklayıcı ve güven verici iletişim kurar.
- Mahremiyet ve konfor ilkelerine dikkat eder.
- Klinik gözlemde dikkatli, sabırlı ve sistematik davranır.
- Geribildirime açık olup kendi performansını değerlendirir.

Gereç: Stetoskop, uygun aydınlatılmış ve sessiz ortam, gönüllü hasta ya da simülasyon maketi.

Kalp Seslerini Dinleme Becerisi Uygulama Basamakları (REHBER)	
1	Hastaya kendinizi tanıtınız, yapılacak muayene hakkında kısaca bilgi veriniz ve sözlü izin alınız.
2	Hastanın fiziksel olarak dinlenmiş olmasını sağlayınız (merdiven çıkmış, yürümüş, heyecanlıysa 5 dakika dinlenmesini bekleyiniz).
3	Muayene işlemini mahremiyetin sağlandığı, sessiz bir ortamda gerçekleştiriniz.
4	Hastayı sırtüstü yatırınız, başın hafif yükseltilmiş pozisyonda olmasına dikkat ediniz.
5	Göğüs bölgesinin açık olmasını sağlayınız, stetoskobun kulaklık uçlarını öne bakacak şekilde takınız.
6	Stetoskopun diyafram kısmı ile kalp apeksini (mitral odak, 5. interkostal aralık – midklaviküler hat) dinlemeye başlayınız.
7	Ardından triküspit odak (sternumun alt sağ kenarı, 4.–5. interkostal aralık), pulmoner odak (sternumun sol kenarı, 2. interkostal aralık) ve aort odak (sternumun sağ kenarı, 2. interkostal aralık) bölgelerini sırasıyla dinleyiniz.
8	Kalbin tüm odaklarını hem diyafram hem de stetoskobun çan kısmı ile dinleyiniz (özellikle düşük frekanslı S3, S4 sesleri için).
9	Hastayı sol lateral dekübit pozisyonuna alarak mitral odakta; ardından oturur öne eğik pozisyonda aort ve pulmoner odaklarda tekrar dinleme yapınız.
10	Duyduğunuz sesleri değerlendiriniz: S1, S2'nin varlığı, ek ses (S3, S4), üfürüm, klik veya ek patolojik ses olup olmadığını not ediniz.

Kalp Oskültasyon Odakları Görseli



KALP SESLERİNİ DİNLEME BECERİSİ

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Öğrenci Numara:

Kalp Seslerini Dinleme Becerisi Uygulama Basamakları (FÖY)		**Puan**
1	Hastaya kendini tanıtır, yapılacak muayene hakkında kısaca bilgi verir ve sözlü izin alır.	
2	Hastanın fiziksel olarak dinlenmiş olmasını sağlar (merdiven çıkmış, yürümüş, heyecanlıysa 5 dakika dinlenmesini bekler).	
3	Muayene işlemini mahremiyetin sağlandığı, sessiz bir ortamda gerçekleştirir.	
4	Hastayı sırtüstü yatırınız, başı 30–45° açıyla hafif yükseltilmiş pozisyonda olmasını sağlar.	
5	Göğüs bölgesinin açık olmasını sağlayınız, stetoskobun kulaklık uçlarını öne bakacak şekilde takar.	
6	Stetoskopun diyafram kısmı ile kalp apeksini (mitral odak, 5. interkostal aralık-midklaviküler hat) dinler.	
7	Ardından triküspit odak (sternumun alt sağ kenarı, 4.–5. interkostal aralık), pulmoner odak (sternumun sol kenarı, 2. interkostal aralık) ve aort odak (sternumun sağ kenarı, 2. interkostal aralık) bölgelerini sırasıyla dinler.	
8	Kalbin tüm odaklarını hem diyafram hem de stetoskobun çan kısmı ile dinler (özellikle düşük frekanslı S3, S4 sesleri için).	
9	Hastayı sol lateral dekübit pozisyonuna alarak mitral odakta; ardından oturur öne eğik pozisyonda aort ve pulmoner odaklarda tekrar dinleme yapar.	
10	Duyduğu sesleri değerlendirir. S1, S2'nin varlığı, ek ses (S3, S4), üfürüm, klik veya ek patolojik ses olup olmadığını not eder.	

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Öğrencinin Aldığı Not (100 puan üzerinden):

Öğretim Üyesi Adı-Soyadı:

İmza:

OTOSKOP MUAYENESİ BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE UYGULAMA FÖYÜ

AMAÇ

Bu uygulama sonunda öğrencinin; dış kulak yolu ve kulak zarını otoskop yardımıyla, hasta güvenliği ve konforunu gözeterek, doğru teknikle ve sistematik biçimde değerlendirebilmesi amaçlanmaktadır.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu beceriyi başarıyla tamamlayan öğrenci;

1. Otoskopun bölümlerini ve farklı spekulum tiplerini tanımlar.
2. Hastaya uygun spekulum seçimini yapar ve doğru şekilde yerleştirir.
3. Otoskopu uygun açıyla ve güvenli biçimde kullanır.
4. Dış kulak yolunu ve kulak zarını sistematik olarak değerlendirir.
5. Kulak zarının temel anatomik yapılarını (kulak zarı, ışık refleksi, manubrium mallei vb.) tanır.
6. Muayene sırasında hastanın ağrı ve rahatsızlık durumunu gözetir.
7. Normal ve patolojik bulguları ayırt eder.
8. Elde edilen bulguları uygun şekilde kaydeder ve hastaya açıklar.

ARAÇLAR:

- Otoskop (pilli / şarjlı)
- Çeşitli boyutlarda kulak spekulumları
- Temiz kağıt örtü
- Kirli alet küveti
- Eldiven, dezenfektan
- Simüle hasta / gerçek hasta

Genel Bilgiler

Otoskopik muayene dış kulak yolu (DKY) ve kulak zarının ışık yansıtan bir alet ile muayene edilmesidir. Otoskop, içinde ışık kaynağı ve mercek sistemi olan bir kulak muayene aletidir DKY ve kulak zarının muayenesi için, alın aynası-spekulum veya endoskop, mikroskop da kullanılabilir.



Şekil 1. Muayene için kullanılan otoskop türleri

Mikroskop ve endoskoplar, otoskop ile yapılan muayeneye göre çok daha fazla ışık ve büyütme sağlayan yöntemlerdir ve bunlar yardımıyla DKY'nin iç kısımlarını ve kulak zarını en net biçimde muayene etmek olanaklıdır. Mikroskopik muayene; daha çok büyütme ve daha fazla ışık sağladığı için otoskopik muayeneye göre üstündür. Mikroskopik muayene sırasında hekimin bir eli serbesttir ve rahatlıkla DKY'ye müdahale edebilir. Endoskoplarla yapılan muayenelerde ise otoskoplara göre daha fazla ışık ve büyütme olanağı vardır. Ancak görüntü tek gözle sağlanır ve DKY'ye girişim olanağı yoktur. Buna karşın endoskopların en büyük kolaylığı dökümantasyon olanağı sağlamasıdır. Endoskoplar ile muayene odası koşullarında kolaylıkla fotoğraf çekilebilir ve video kayıt yapılabilir. Bu iki yöntemde de deneyim gerekmektedir.



Şekil 2. Otoskopik kulak muayenesi



Şekil 3. Endoskopik kulak muayenesi

Otoskoplar:

Otoskoplar:

Otoskopları enerji kaynağına ve içindeki aydınlatmaya göre sınıflandırmak olanaklıdır: Otoskopların bir kısmı duvar ya da masa üstünde bulunan bir elektrik adaptör sistemine sahiptir. Bu otoskopların gövde kısımları daha hafif ve kullanışlıdır. Ancak kullanılabilirlik alanı adaptör ile otoskop gövdesi arasındaki kablonun uzunluğu ile sınırlıdır. Buna karşın pilli ve şarjlı otoskoplarda, enerji kaynağı olan pil otoskopun gövde kısmına yerleştirilmiştir. Bu nedenle her yerde kullanılabilirler. Şarjlı otoskopların mutlaka Şarjı kontrol edilerek kullanılması gerekmektedir. Konsültasyon için en uygun otoskoplar bunlardır.

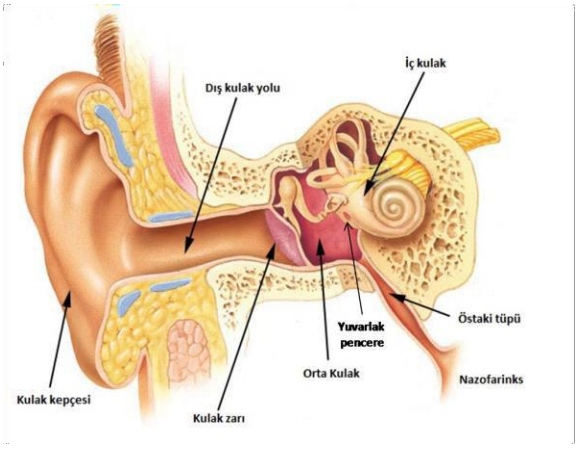
Otoskopları kullanmadan önce hastaya uygun boyutta spekulum takılarak kullanılması gerekir. Kulak spekulumları yalnızca otoskopik muayenede değil, alın aynası ya da mikroskop ile yapılan muayenelerde de gerek duyulan huni biçiminde metal ya da sert plastikten yapılmış borulardır (Şekil 4). Otoskopik muayenede genellikle ışığı az yansıtan siyah ve koyu gri spekulumlar kullanılır. Değişik büyüklüklerde spekulumlar vardır ve her hastaya uygun boyuttaki spekulum kullanılmalıdır. Her hastadan sonra temizlenmesi ve dezenfekte edilmesine özen gösterilmelidir.



Şekil 4. Spekulum türleri ve boyutları

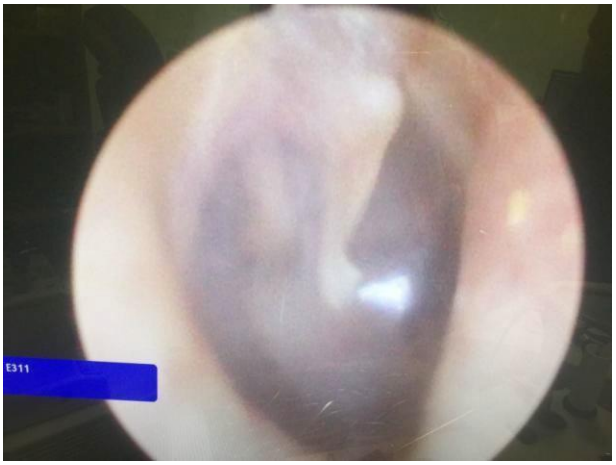
Dış kulak yolunun anatomisi:

Kulak zarı derin ve kıvrımlı bir kanalın en medialinde yerleşmiştir. Otoskopik muayene tekniğinin tam olarak anlaşılabilmesi için, DKY ve kulak zarının anatomik özelliklerinin bilinmesi gereklidir:



Şekil 5. Dış kulak yolu, zarın şematik anatomisi

DKY kulak kepçesinin konka adı verilen kıkırdak çukurluğundan başlar ve kulak zarına kadar uzanır (Şekil 5). Boyutu erişkinlerde yaklaşık 25-30 mm kadardır. Ancak tamamı kıkırdak değildir ve çocuklarda 2/3 lateral kısmı, erişkinlerde ise yalnızca 1/3 lateral kısmı kıkırdaktan yapılmıştır (bu kısım kulak kepçesi kıkırdağının bir devamıdır). Medial DKY ise timpanik kemikten oluşmuştur. DKY düz değildir, kıkırdak kısım ile kemik kısım arasında bir açı vardır. Otoskopik muayene sırasında, bu eğriliği düzeltmek için kulak kepçesinin arkaya doğru çekilmesi ile kıkırdak kanal kemik kısım ile paralel hale getirilir. Kemik DKY'de deri daha incedir ve doğrudan periosta yapışmıştır. Bu manevra yapılmadığı taktirde spekulum kemik kanala değer bu nedenle ağrı ve kanama olabilir. Otoskopik muayenede spekulumun bu kısıma dokundurulmaması gereklidir Kulak zarı, arkadan öne doğru eğimli olarak yerleşmiştir (ġekil 5). Bu nedenle DKY ön kemik duvarı aşırı bombe olan (Şekil 6) ya da burada ekzostoz ya da osteomu olan olgularda, kepçe ne kadar geriye çekilirse çekilsin, kulak zarının ön kısmını görmek olanaklı değildir (bu durumda mikroskop altında muayene gereklidir).



Şekil 6. Kulak zarı, umbo, manibrium mallei, politzer ışık üçgeni ve dikkatli bakıldığında inkudostapedial eklemin zar arkasındaki görüntüsü

Otoskop ile muayene tekniği:

Otoskopik muayene genellikle hasta otururken yapılır. Hastanın başı karşı taraf omuzuna doğru eğilir ve baş profili kayboluncaya kadar karşı tarafa çevrilir (sağ kulağa bakarken sola, sol kulağa bakarken sağa doğru). Hastanın başı mutlaka koltuğun baş kısmına ya da duvara dayandırılmalıdır. Bu şekilde muayene sırasında hastanın ani hareketinden doğabilecek kazalar en aza indirilebilir.

Özellikle küçük çocuklarda otoskop ile yapılan muayene sırasında baş, ebeveynin göğsüne — olanaklı ise ebeveyn tarafından — el ile sıkıca bastırılmalıdır.

Otoskopik muayene sırasında hekim hastanın sağında durmalıdır. Muayenenin ikinci adımı, uygun kulak spekulumunun seçilmesi ve dış kulak yoluna yerleştirilmesidir. Çeşitli büyüklüklerde spekulumlar vardır ve spekulumların dış kulak yoluna giren kısmının çapı küçüldükçe boyu uzar. Spekulumun amacı, otoskopun dış kulak yoluna yerleştirilmesini ve kulak zarına doğru yönlendirilmesini sağlamaktır.

Spekulum yerleştirilirken aynı zamanda kulak kepçesi çekilerek, spekulum ile kıkırdak dış kulak yolu kulak zarı görülebilecek biçimde konumlandırılmalıdır. Bu işlem yapılırken acele edilmemeli; önce yerleştirip sonra bakmak yerine, spekulum dikkatli bir şekilde otoskoptan bakarak ilerletilmelidir.

Kulak kepçesi, dış kulak yolu tabanındaki konveksliği gidermek için yukarıya; öne doğru olan konveksliği gidermek için ise arkaya doğru çekilmelidir. Ancak özellikle çocuklarda, dış kulak yolu ve komşu kemik yapıların gelişimi tamamlanmadığından, kıkırdak ve kemik kısımların eksenini tam olarak kestirmek güçtür. Bu nedenle çocuklarda spekulum yerleştirilirken mutlaka otoskop içinden bakılmalı; kepçe hafif dışa ve arkaya çekildikten sonra yukarıya ya da aşağıya doğru hareket ettirilerek kulak zarının en iyi göründüğü pozisyon bulunmalıdır.

Bu işlem sırasında hakim olan el (genellikle sağ) otoskobu kullanmalı, diğer el (genellikle sol) kulak kepçesini çekmelidir. Hekim, sağ kulağın muayenesini tamamladıktan sonra sol kulağı değerlendirmek için hastanın başını sağa doğru çevirir ve sol elini hastanın başının üzerinden dolaştırarak kulak kepçesini çeker. Otoskop yine sağ elde tutulmalıdır.

Deneyimi yetersiz hekimlerin en sık yaptığı hata, sol kulağa geçildiğinde otoskopu sol ele alıp sağ elle kulak kepçesini çekmeye çalışmaktır. Bu durumda hekimin sol eliyle otoskoba hakim olması zorlaşır.

OTOSKOP MUAYENESİ BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
Muayene aletlerinin temiz bir kağıt üzerine hazırlanması.
Otoskopun pilinin takılıp kontrol edilmesi
Ellerin yıkanması
Hastaya açıklama yapılması ve muayene koltuğuna dik oturtulması
Hastanın dış kulak yoluna uygun en büyük boy kulak spekulumunun otoskopa saat yönünde çevrilerek takılması.
Otoskopun ışığının açılması.
Sağ kulak muayenesi için başın sola, sol kulak muayenesi için ise sağa çevrilmesi.
Otoskopun ışığı ile retroaurikular bölge, aurikula ve dış kulak yolunun lateral bölümünün inspeksiyonu.
Kulak kanalının düz hale getirilmesi. Erişkin kişide aurikula yukarı-arkaya doğru, bebekte ise aşağı doğru çekilerek kulak kanalı düz hale getirilir.
Otoskop spekulumunun dış kulak yoluna yavaşca sokulması.
Dış kulak yolunun ve kulak zarının inspeksiyonu.
Manubrium mallei‟nin inspeksiyonu.
Processus brevis mallei‟nin inspeksiyonu.
Işık reflesinin inspeksiyonu.
Kulak spekulumunun dışarı alınarak aurikulanın serbest bırakılması.
Kulak spekulumunun kirli alet küvetine bırakılması.
Ellerin yıkanması
Hastaya açıklama yapılması, bulguların kaydedilmesi

OTOSKOP MUAYENESi BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Uygulama Basamakları		Puan
1	İşlem hakkında hastanın bilgilendirilmesi	
2	İşleme başlamadan önce kullanılacak malzemelerin kontrol edilmesi	
3	Ellerin yıkanması	
4	Hastaya uygun spekulum seçilmesi ve otoskopa takılması	
5	Otoskop ışığının açılması	
6	Hastanın baş pozisyonunun uygun şekilde ayarlanması	
7	Retroaurikular bölgenin ve dış kulak yolu girişinin inspeksiyonu	
8	Kulak kanalının uygun yönde çekilerek düzleştirilmesi	
9	Spekulumun kontrollü şekilde dış kulak yoluna yerleştirilmesi	
10	Dış kulak yolu ve kulak zarının sistematik değerlendirilmesi	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

KİŞİSEL KORUNMA ve BULAŞ KONTROLÜ
ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; hasta ile temas öncesi ve sonrası kişisel korunma, el hijyeni, koruyucu ekipman kullanımı ve bulaş kontrolü basamaklarını doğru, güvenli ve profesyonel biçimde uygulayabilmesi amaçlanmaktadır.

Beceri

Sağlık hizmeti sırasında enfeksiyon bulaşını önlemek amacıyla el hijyeni, kişisel koruyucu ekipman kullanımı, aseptik teknik ve atık yönetimini doğru şekilde uygulamak.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- El hijyeninin ne zaman ve nasıl yapılacağını bilir ve uygular
- Eldiven, maske, önlük ve gözlük kullanımını doğru sırayla yapar
- Aseptik teknik kurallarına uyar
- Delici–kesici aletleri güvenli biçimde kullanır
- İzolasyon önlemlerini uygular
- Bulaş riskini hasta ve ailesine açıklayabilir
- Tüm süreci güvenli ve profesyonel biçimde yürütür

REHBER–İŞLEM BASAMAKLARI

1. **El Hijyeninin Sağlanması**
   El yıkama; hastane enfeksiyonlarını önlemede tek başına en etkin ve ucuz yöntem olduğu için **ö**ğrenci hasta ile temas etmeden önce ellerini sabun ve suyla veya alkol bazlı el antiseptiği ile hijyenik şekilde temizler. El yıkama şekilleri değişkenlik gösterir ve gruplanır;

a) Sosyal El Yıkama (20 sn boyunca ellerin sabun ile yıkanmasıdır)
b) Hijyenik El Yıkama
c) Cerrahi El Yıkama

Hijyenik el yıkamada antibakteriyel etkinliği olan ajanlar (iyodofor, klorheksidin vb.) kullanılmaktadır.Hijyenik el yıkamada öncelikle musluk kağıt havlu ile açılarak eller ılık su ile ıslandıktan sonra 3-5 mL tercih edilen sabun alınarak en az 15 saniye uygun teknikle yıkanmalıdır. Hijyenik el yıkamada ellerin iç yüzeyleri, ellerin dış yüzeyleri, parmak araları, baş parmak arası, avuç ortası ve bileklere özen gösterilmeli, sırayla bu yüzeylere iyice friksiyon yapılmalıdır. Parmak araları, başparmaklar, tırnak uçları ve el sırtlarının tamamen temizlendiğinden emin olunmalıdır. Eller ılık su altında iyice durulanmalı ve kağıt havlu ile kurulanmalıdır. Musluk yine kağıt havlu ile kapatılmalıdır (Şekil I).

- Tüm invaziv girişimlerden önce,
- Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarla temastan önce,
- Yaralara, üretral kateterlere dokunmadan önce ve dokunduktan sonra,
- Eldiven takmadan önce ve eldiveni çıkardıktan sonra,

Kanlı atıklarla temas ve mikrobik kontaminasyonu düşündürebilecek durumlarla karşılaşıldıktan sonra yapılmalıdır.
El hijyeninin diğer önemli noktaları arasında suni tırnak olmaması ve de tırnak uzunluğunun tırnak etini geçmemesi yer almaktadır.

Şekil I. Hijyenik el yıkama basamakları.



Cerrahi el yıkama ekipmanı şekilde gösterilmektedir (Şekil II). Tüm cerrahi girişimlerden önce ve de cerrahi el yıkamadan sonra eldiven giyilir.

Şekil II. Cerrahi el yıkama ekipmanı



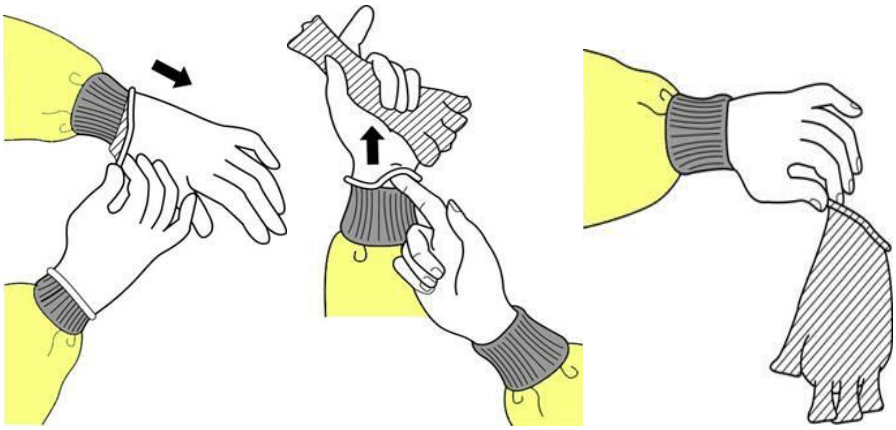
2. Eldivenin Doğru Kullanılması

Öğrenci işlem öncesi uygun eldiveni giyer. Eldivenin giyme sıralaması koruyucu ekipman kullanımında önem taşır. Eldivenler en son giyilmeli; doğru tip ve boyutta eldiven seçilmeli, eldiven giymeden önce eller yıkanmalı veya el dezenfektanı ile ovalanmalıdır. Eldivenler, önlüğün kol manşetleri üzerine çekilmelidir.

Temizden kirliye doğru çalışılmalı, eldiven ile çalışırken kendine ve çevreye kontamine temas sınırlanmalıdır.Eldivenler tekrar kullanılmamalı, eldiven çıkartıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalı ve eldiven üzerine el dezenfektanı uygulanmamalı veya eldivenli eller yıkanmamalıdır.

İşlem tamamlandığında eldiveni kontaminasyon oluşturmadan çıkarır ve atık kutusuna atar. Kişisel koruyucu ekipman çıkarma sıralaması, eldiven →. gözlük-yüz koruyucu→önlük → maske olacak şekilde olmalıdır. elin üzerinden sıyrılarak içi dışına çevrilir. Diğer eldivenli el ile tutulur, eldivensiz parmakla bilekten diğer eldiven sıyrılır. İçi dışına çevrilerek her iki eldivenden oluşan küçük bir torba şeklinde atılır (Şekil III). Eldiven çıkardıktan sonra tekrar el hijyeni sağlar.

Şekil III. Eldiven çıkarma basamakları



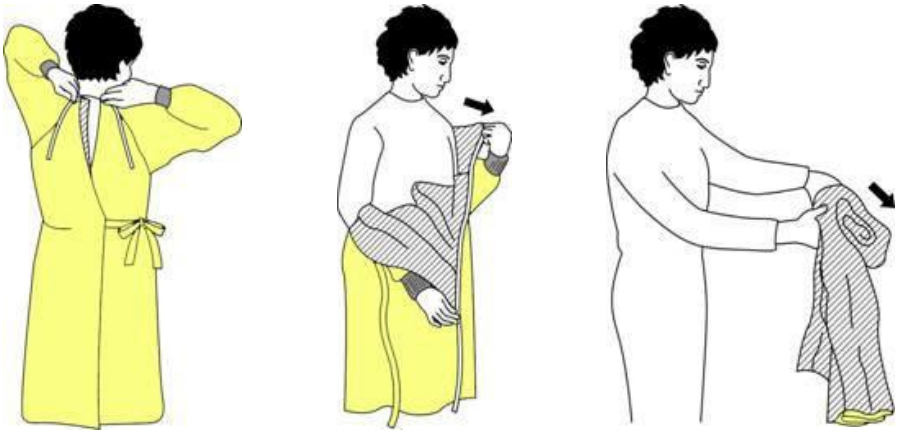
3. Maske, Önlük ve Gözlük Kullanımı

Bulaş riski olan durumlarda maske, önlük ve gerekiyorsa gözlük takar (Şekil IV). **Bu ekipmanları önlük → maske → gözlük → eldiven sırasıyla giyer, çıkarırken ise eldiven → gözlük → önlük → maske sırasını izler.** Maske ve yüz koruyucusu eldivensiz ellerle çıkarılır. Önlük çıkarılırken; omuz kısımlarından tutulur, kontamine dış yüz içe doğru çevrilir,yuvarlayarak katlanır ve çıkarıldığında sadece temiz taraf görünmelidir (Şekil V) Maske çıkarılırken ; maske bağları (önce alttaki) çözülür, maskenin ön yüzü kontamine olduğu için elle temas etmemelidir, bağlardan tutularak atılır (Şekil VI).

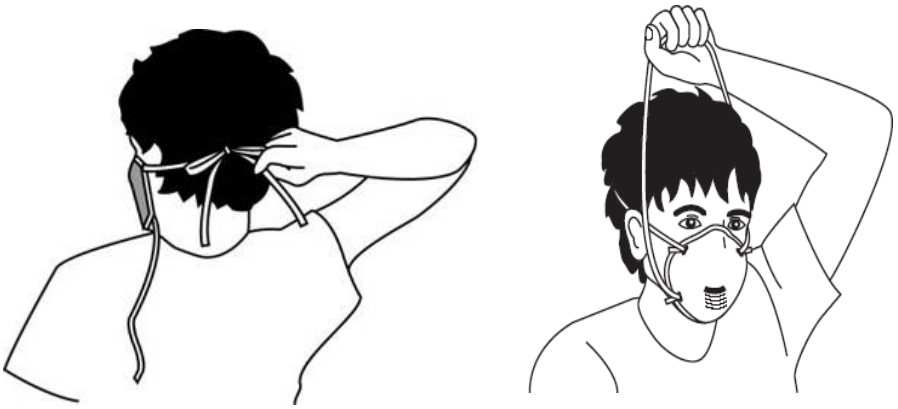
Şekil IV. Gözlük ve yüz koruyucusunun kullanım şekli.



Şekil V. Önlük çıkarma



Şekil VI. Maske çıkarma



4. Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Bilinci

Öğrenci; sterilizasyon, dezenfeksiyon,antisepsi ve aseptik teknik kavramlarını bilir. Kullanılan malzemenin tek kullanımlık mı, dezenfekte edilebilir mi yoksa steril edilmesi mi gerektiğini ayırt eder. .Dezenfektanların mikroorganizmaları etkileme seviyesine göre seçilmesi gerektiğini; düşük düzey, orta düzey ve yüksek düzey dezenfeksiyon işlemlerini tanımlar. Kirli ve temiz malzemeleri birbirinden ayırır.

5. İzolasyon Önlemleri

Öğrenci uluslararası sağlık kuruluşlarının belirlediği önlem tanımları ve bu durumlarda ne yapılması gerektiğini öğrenir.

a) **Standart önlemler:** Hastanın tanısına ve enfeksiyonu olup olmadığına bakılmaksızın bütün hastalara uygulanan önlemlerdir.

Kanla, her türlü vücut sıvısı ve ter dışında her tür vücut salgısı ile, mukoza ile, bütünlüğü bozulmuş ciltle temas sırasında steril olmayan eldiven giyilmelidir. Temas sonrasında eldiven çıkarıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalıdır. Hasta üzerinde kirli bir alandan temiz bir alana geçerken eldivenler değiştirilerek el hijyeni sağlanmalıdır.

b) **Genişletilmiş önlemler**
-Solunum izolasyonu (Airborne precautions)
-Damlacık izolasyonu (Droplet precautions)
-Temas izolasyonu (Contact precautions)
-Koruyucu ortam,

Kavramlarının hangi durumları kapsadığını öğrenir; izolasyon gerektiren durumlarda (damlacık, temas, hava yolu) uygun koruyucu ekipmanları kullanır.

Şekil VII. Genişletilmiş önlemlerle ilgili uyarılar

SOLUNUM İZOLASYONUNDA SARI YAPRAK	
DAMLACIK İZOLASYONUNDA MAVİ ÇİÇEK	
TEMAS İZOLASYONUNDA KIRMIZI YILDIZ	

6. Delici–Kesici Alet Güvenliği

Güvenli enjeksiyon uygulamaları kapsamında ve delici kesici alet kullanım sonrasında iğne uçları enjektörden ayrılmamalı, uçlarına kılıf takılmamalı, kıvrılıp bükülmemeli, enjektörlerin uçları özel kesici-delici alet kutularına, gövdeleri de tıbbi atık kutusuna atılmalıdır (Şekil VIII). Eline batma riski oluşturacak davranışlardan kaçınılmalıdır.

Şekil VIII. Delici kesici alet atık kutusu



7. Aseptik Teknik

Öğrenci temel aseptik kurallar çerçevesinde;

-Göz Teması: Aseptik alanı asla görüş alanınızın dışına çıkarmamalı,

-Seviye Kuralı: Ellerini daima bel üstünde ve göğüs hizasında tutmalı,

-Mesafe: Aseptik masaya veya hastaya minimum 30 santimetre uzakta durmalı,

-Sırt Dönmeme: Alana arkalığınızı dönmeden, sadece ön gövde steril kabul edilmeli,

-Temas Yasağı: Paketi açılmamış dahi olsa steril olmayan hiçbir nesneye dokunmamalı,

-Konuşma Sınırı: Maske takılı olsa bile aseptik alan üzerinde konuşmaktan kaçınmalı,

-Hava Akımı: Alana doğru ani, hızlı hareketler yapmamalı ve öksürmemeli,

-İhbar Yükümlülüğü: Alanın ihlal edildiğinden şüphelendiği an işlemi durdurup durumu bildirmelidir.

Steril alanı korur, steril yüzeylere çıplak elle dokunmaz. Kontaminasyon oluşursa işlemi durdurur ve gerekli hijyen basamaklarını tekrarlar.

8. Güvenli Çalışma Ortamı

Tüm uygulamayı gereksiz gecikme olmadan tamamlar. İşlem sonunda ortamı güvenli bırakır ve kullanılan ekipmanların uygun şekilde atıldığından emin olur.

KİŞİSEL KORUNMA ve BULAŞ KONTROLÜ BECERİSİ DEĞERLENDİRME FÖYÜ

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

DEĞERLENDİRME TABLOSU

	Uygulama Föyü	**Puan**
1	Hijyenik el yıkama veya alkol bazlı el antiseptiğini doğru endikasyonla ve doğru teknikle uygular	
2	Eldiveni doğru zamanda giyer, işlem sonunda kontaminasyon oluşturmadan çıkarır	
3	Gerekli kişisel koruyucu ekipmanı doğru sırayla giyer ve çıkarır	
4	Kullanılan malzemeye uygun dezenfeksiyon veya sterilizasyon yöntemini ayırt eder	
5	İzolasyon gerektiren hastalarda uygun önlemleri alır ve uygular	
6	İğne, bistüri vb. aletleri güvenli kullanır ve uygun atık kutusuna atar	
7	İşlem boyunca steril alanı ve aseptik tekniği korur	
8	Dikkatli, sorumlu ve hasta güvenliği odaklı davranır	
9	Hastayı ve/veya yakınlarını bulaş riski ve korunma konusunda açık biçimde bilgilendirir	
10	Uygulamayı düzenli, akıcı ve gereksiz gecikme olmadan tamamlar	

TOPLAM PUAN: _____ / 100

KRANİYAL SİNİR MUAYENE BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ ve DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; kraniyal sinir muayenesini sistematik, doğru ve güvenli şekilde uygulayabilmesi ve elde ettiği bulguları klinik olarak değerlendirebilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- Kraniyal sinir muayenesini doğru sırayla uygular.
- Normal ve patolojik bulguları ayırt eder.
- Muayene sırasında uygun hasta iletişimi kurar ve hastayı bilgilendirir.
- Kraniyal sinirlere ait temel fonksiyonları değerlendirir.
- Muayene bulgularını düzenli ve doğru şekilde kaydeder.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi beceri laboratuvarı / klinik uygulama alanı, muayene masası veya sandalye, ışık kaynağı / el feneri, Snellen eşeli veya görme değerlendirme kartı, pamuk veya ince uçlu cisim (duyu değerlendirmesi için), diyapazon (128 Hz), dil basacağı, el antiseptiği, kayıt formu ve kalem.

KRANİYAL SİNİR MUAYENE BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Hastaya kendini tanıtır, muayenenin amacını açıklar.
2. Yüz ve gözlerde asimetri, ptozis ve şaşılık açısından inspeksiyon yapar.
3. Pupilla büyüklüğü ve ışık reflekslerini değerlendirir (CN II–III).
4. Göz hareketlerini sağ–sol, yukarı–aşağı ve oblik eksenlerde değerlendirir (CN III–IV–VI).
5. Yüz duyusunu pamukla değerlendirir (CN V).
6. Çiğneme kaslarını palpe ederek motor V. siniri değerlendirir.
7. Yüz kaslarının simetrisini (gülme, diş gösterme, göz kapama) değerlendirir (CN VII).
8. İşitme ve denge hakkında kısa sorgulama yapar (CN VIII).
9. Yumuşak damak hareketi ve ses kalitesini değerlendirir (CN IX–X).
10. Dilin orta hatta çıkıp çıkmadığını değerlendirir (CN XII).

KRANİYAL SİNİR MUAYENESİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Uygulama Basamakları	Puan
1	Hastaya kendini tanıtır ve muayeneyi açıklar	
2	Yüz ve gözlerde ptozis, asimetri ve şaşılığı değerlendirir	
3	Pupilla ve ışık refleksini değerlendirir (CN II–III)	
4	Ekstraoküler göz hareketlerini değerlendirir (CN III–IV–VI)	
5	Yüz duyusunu pamukla değerlendirir (CN V)	
6	Çiğneme kaslarını palpe eder (CN V motor)	
7	Yüz kaslarını değerlendirir (CN VII)	
8	İşitme ve dengeyi sorgular (CN VIII)	
9	Yumuşak damak ve ses kalitesini değerlendirir (CN IX–X)	
10	Dil hareketini ve orta hattı değerlendirir (CN XII)	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: _____
İmza: _____

KUVVET (MOTOR) MUAYENE BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç

Öğrencinin kas gücünü sistematik ve doğru biçimde değerlendirebilmesi.

Öğrenim hedefleri

Öğrenci;

- Hastayla uygun iletişim kurar
- Muayene için uygun pozisyonu sağlar
- Kas gücünü doğru teknikle değerlendirir
- Sağ–sol karşılaştırması yapar
- Bulguları kaydeder

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi beceri laboratuvarı / klinik uygulama alanı, muayene masası veya sedye, el antiseptiği, kayıt formu ve kalem.

KUVVET (MOTOR) MUAYENE BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Hastaya kendini tanıtır, işlem hakkında bilgi verir ve onam alır.
2. Hastayı uygun pozisyona getirir (oturur veya yatar).
3. Omuz abduksiyon gücünü değerlendirir.
4. Dirsek fleksiyon ve ekstansiyonunu değerlendirir.
5. El bileği ve el parmak gücünü değerlendirir.
6. Kalça fleksiyon gücünü değerlendirir.
7. Diz fleksiyon ve ekstansiyonunu değerlendirir.
8. Ayak dorsifleksiyon ve plantar fleksiyonunu değerlendirir.
9. Sağ ve sol tarafı karşılaştırır.
10. Kuvvet kaybı olup olmadığını 0–5 skalasında yorumlar.
11. Bulguları kaydeder ve hastaya bilgi verir.

Not: Dönem 5 Nöroloji Stajında ayrıntılı öğretilmektedir.

KUVVET (MOTOR) MUAYENE BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Değerlendirme Basamakları	Puan
1	Hastayı uygun pozisyona getirir	
2	Kas kütlesi ve simetriyi inspeksiyonla değerlendirir	
3	Omuz abdüksiyonunu test eder	
4	Dirsek fleksiyonunu test eder	
5	El kavrama gücünü değerlendirir	
6	Kalça fleksiyonunu test eder	
7	Diz ekstansiyonunu test eder	
8	Ayak dorsifleksiyonunu test eder	
9	Sağ–sol karşılaştırması yapar	
10	Kuvveti 0–5 skalasında yorumlar	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: _____
İmza: _____

DUYU MUAYENE BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç
Öğrencinin yüzeyel duyuları sistematik biçimde değerlendirebilmesi.

Öğrenim hedefleri
Öğrenci;
• Hastayı bilgilendirir
• Duyu muayenesini doğru teknikle yapar
• Sağ–sol karşılaştırması yapar
• Bulguları doğru yorumlar
• Bulguları kaydeder

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi beceri laboratuvarı / klinik uygulama alanı, pamuk veya yumuşak dokulu materyal (hafif dokunma duyusu için), ince uçlu cisim veya nörolojik muayene iğnesi (ağrı duyusu için), diyapazon (titreşim duyusu için), sıcak–soğuk değerlendirmesi için uygun materyal, göz bandı veya hastanın gözlerini kapatması için örtü, el antiseptiği, kayıt formu ve kalem.

DUYU MUAYENE BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Hastaya işlemi açıklar ve gözlerini kapamasını ister.
2. Duyu sağlam bir bölgede pamuğu göstererek örnek verir.
3. Alında sağ–sol yüzeyel teması karşılaştırır.
4. Yanaklarda sağ–sol yüzeyel teması karşılaştırır.
5. Çenede sağ–sol yüzeyel teması karşılaştırır.
6. Eller üzerinde sağ–sol yüzeyel teması karşılaştırır.
7. Ayaklarda sağ–sol yüzeyel teması karşılaştırır.
8. Hasta her uyarıda “var/yok” şeklinde yanıt verir.
9. Asimetri veya kayıp olup olmadığını belirler.
10. Bulguları dermatomal ve klinik açıdan yorumlar.

DUYU MUAYENE BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Değerlendirme Basamakları		Puan
1	Hastaya işlemi açıklar ve gözlerini kapatmasını ister	
2	Sağlam bölgede örnekleme yapar	
3	Alın sağ–sol karşılaştırması	
4	Yanak sağ–sol karşılaştırması	
5	Çene sağ–sol karşılaştırması	
6	El sağ–sol karşılaştırması	
7	Ayak sağ–sol karşılaştırması	
8	Hastadan doğru geri bildirim alır	
9	Asimetri veya duyu kaybını belirler	
10	Bulguları klinik olarak yorumlar	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: _____
İmza: _____

NÖROLOJİK MUAYENE YAPABİLME BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ VE UYGULAMA FÖYÜ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; erişkin bir hastada nörolojik muayeneyi sistematik, doğru, güvenli ve klinik olarak anlamlı biçimde uygulayabilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

• Hastaya kendini tanıtır ve muayene hakkında bilgi verir.
• Bilinç düzeyini doğru değerlendirir.
• Kraniyal sinir muayenesini yapar.
• Motor fonksiyonları ve kas gücünü değerlendirir.
• Derin tendon reflekslerini değerlendirir.
• Duyu ve serebellar sistem muayenesini yapar.
• Taban derisi cevabını değerlendirir.
• Bulguları kaydeder ve hastayı bilgilendirir.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi beceri laboratuvarı / klinik uygulama alanı, muayene masası, refleks çekici, pamuk veya ince uçlu cisim (duyu değerlendirmesi için), tuning fork (128 Hz diyapazon), göz muayenesi için ışık kaynağı / el feneri, Snellen eşeli veya görme değerlendirme kartı, dil basacağı, el antiseptiği, kayıt formu ve kalem.

NÖROLOJİK MUAYENE YAPABİLME BECERİSİU YGULAMA BASAMAKLARI
1. Bilinç Muayenesi
Öğrenci hastaya kendini tanıtır ve: – Adını – Bulunduğu yeri – Tarihi sorar.
Yanıt yoksa basit komutlar verir (gözünü kapat, ağzını aç). Yanıt yoksa supraorbital çentikten ağrılı uyaran uygular ve yanıtı değerlendirir.
2. Kraniyal Sinirler (III, IV, VI – Okülomotor Sistem)
Öğrenci hastanın göz kapaklarında ptozis olup olmadığını gözlemler. Hastadan başını oynatmadan parmağını gözleriyle takip etmesini ister. Göz hareketlerini sağ-sol, yukarı-aşağı ve oblik eksenlerde değerlendirir. Nistagmus ve diplopi olup olmadığına bakar.
3. 7. Kranial Sinir (N. Fasiyalis)
Hasta alın kırıştırır, gülümser, dişlerini gösterir, yanaklarını şişirir ve gözlerini sıkıca kapatır. Öğrenci simetri ve kas gücünü değerlendirir.
4. Motor Fonksiyonlar
Öğrenci üst ve alt ekstremitelerde kas gücünü değerlendirir:
Üst ekstremite • Omuz abdüksiyon–adduksiyon • Dirsek fleksiyon–ekstansiyon
Alt ekstremite • Kalça fleksiyonu • Diz fleksiyon–ekstansiyon • Ayak dorsifleksiyon ve plantar fleksiyon
Her hareket karşı dirençle test edilir ve sağ–sol karşılaştırılır.

5. Derin Tendon Refleksleri
Biseps refleksi • Tendon üzerine vurularak dirsek fleksiyonu değerlendirilir.
Patella refleksi • Patellar tendon üzerine vurularak diz ekstansiyonu değerlendirilir.
Her iki taraf karşılaştırılır.
6. Duyu Muayenesi
Öğrenci pamukla hastanın: • Yüz • El • Ayak bölgelerinde sağ–sol karşılaştırmalı temas uygular.
Hasta gözleri kapalıyken hissettiğini söyler.
7. Serebellar Muayene
Öğrenci: • Parmak–burun testi • Hızlı pronasyon–supinasyon testlerini uygular.
Hareketlerin düzgünlüğü ve koordinasyon değerlendirilir.
8. Taban Derisi Cevabı (Babinski)
Ayak tabanı künt cisimle topuktan başparmağa doğru çizilir. Ayak parmaklarında plantar fleksiyon ya da dorsifleksiyon gözlenir. Her iki ayak karşılaştırılır.
9. Bulguların Klinik Yorumu
Öğrenci tüm bulguları birleştirerek patolojik bulgu olup olmadığını ve taraf farkını değerlendirir. Öğrenci: • Sağ–sol farkı • Patolojik refleks • Kas gücü kaybı • Duyu kusuru olup olmadığını değerlendirir.
10. Kayıt ve Bilgilendirme
Öğrenci tüm bulguları kaydeder, hastaya sonuçlar hakkında bilgi verir.

NÖROLOJİK MUAYENE BECERİSİ

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Nörolojik Muayene Uygulama Basamakları		**Puan**
1	Bilinç düzeyini değerlendirir	
2	Göz hareketlerini (III–IV–VI) değerlendirir	
3	Yüz kaslarını (VII) değerlendirir	
4	Motor kas gücünü test eder	
5	Derin tendon reflekslerini değerlendirir	
6	Basit temas duyusunu değerlendirir	
7	Serebellar testleri uygular	
8	Taban derisi cevabını değerlendirir	
9	Bulguları klinik olarak yorumlar	
10	Bulguları kaydeder ve hastayı bilgilendirir	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: _____
İmza: _____

PEDİATRİK FİZİK MUAYENE BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; çocuk hastada fizik muayeneyi yaşa uygun, sistematik ve güvenli şekilde uygulayabilmesi, muayene bulgularını doğru değerlendirip kayıt altına alabilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

• Çocuğa ve ailesine kendini tanıtır, muayene hakkında bilgi verir ve izin alır.
• Vital bulguları ölçer ve yaşa göre normal değerlerle karşılaştırır.
• Antropometrik ölçümleri doğru teknikle yapar ve büyüme eğrilerine göre değerlendirir.
• Baş ve boyun muayenesini sistematik şekilde gerçekleştirir.
• Solunum sistemini inspeksiyon, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon ile değerlendirir.
• Kalp ve dolaşım sistemini sistematik olarak muayene eder.
• Gastrointestinal sistemi değerlendirir.
• Nörolojik sistemi yaşa uygun biçimde değerlendirir.
• Kas–iskelet sistemini ve gerekli durumlarda genital/anal bölgeyi uygun şekilde değerlendirir.
• Muayene bulgularını standart forma eksiksiz ve düzenli biçimde kaydeder.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi beceri laboratuvarı / pediatri polikliniği / klinik uygulama alanı, muayene masası veya çocuk muayene yatağı, stetoskop, tansiyon aleti (çocuk manşonu), dijital termometre, pulse oksimetre, mezura (baş çevresi ölçümü için), boy ölçer, tartı, refleks çekici, el antiseptiği, kayıt formu ve kalem.

Genel Bilgiler

Pediatrik fizik muayene; çocuğun büyüme ve gelişim özellikleri dikkate alınarak yapılan sistematik bir değerlendirmedir. Muayene sırasında çocuğun yaşına uygun iletişim kurulması, ebeveynin sürece dahil edilmesi ve çocuğun mahremiyetinin korunması önemlidir. Muayene genellikle **genel gözlem, vital bulguların değerlendirilmesi, antropometrik ölçümler ve sistem muayeneleri** şeklinde sistematik olarak yapılır. Bulguların yaşa göre normal değerlerle karşılaştırılması klinik değerlendirme açısından önem taşır.

PEDİATRİK HASTADAN FİZİK MUAYENE YAPABİLME BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Hazırlık ve Bilgilendirme
Öğrenci kendini çocuğa ve ailesine tanıtır, yapılacak muayenenin amacını anlaşılır bir dille açıklar ve izin alır. Elleri yıkar, ortamı düzenler ve çocuğun mahremiyetini sağlar.
2. Vital Bulguların Değerlendirilmesi
Öğrenci çocuğun ateşini, nabzını, solunum sayısını, tansiyonunu ve oksijen satürasyonunu ölçer. Ölçüm sonuçlarını yaşına göre normal değerlerle karşılaştırır.
3. Antropometrik Ölçümler
Öğrenci çocuğun vücut ağırlığını, boyunu ve baş çevresini ölçer. • 2 yaş altı çocuklarda boy sırtüstü ölçülür • 2 yaş üzeri çocuklarda ayakta ölçülür • Baş çevresi glabella ile oksiput arasından ölçülür Değerler büyüme eğrilerine göre değerlendirilir.

4. Baş ve Boyun Muayenesi
Öğrenci fontanelleri, saçlı deriyi, yüz simetrisini, gözleri, kulakları, burnu ve ağız içini inceler. Boynu, tiroidi ve lenf bezlerini palpasyonla değerlendirir.
5. Solunum Sistemi Muayenesi
Öğrenci göğüs hareketlerini ve solunum tipini gözler. Göğüs duvarını palpe eder, perküsyon yapar ve oskültasyonla solunum seslerini dinleyerek wheezing, ral, ronküs veya stridor varlığını değerlendirir.
6. Kalp ve Dolaşım Sistemi Muayenesi
Öğrenci siyanoz, solukluk ve tırnakları inceler. Nabızları palpe eder. Kalbi aort, pulmoner, triküspit, mitral ve mezokardiyak odaklardan sistematik olarak oskülte eder.
İnspeksiyon (siyanoz, solukluk, el-tırnak yapısı değerlendirme)
Periferik nabız değerlendirmesi
Perküsyon
Oskültasyon:
● Aort odak (ikinci sağ interkostal)
● Pulmoner odak (ikinci sol interkostal)
● Triküspit odak (sol alt sternal kenar)
● Mitrak odak (apeks, midklavikuler hatta sol 5.interkostal aralık)
● Mezokardiyak odak (sol 3.-4.interkostal aralık, sternumla birleştiği yer)
7. Gastrointestinal Sistem Muayenesi
Öğrenci karın şeklini gözlemler, barsak seslerini dinler, karaciğer ve dalak büyüklüğünü palpasyon ve perküsyon ile değerlendirir.
8. Nörolojik Sistem Değerlendirmesi
Öğrenci çocuğun bilincini, kas tonusunu, reflekslerini, motor ve duyusal yanıtlarını yaşına uygun şekilde değerlendirir.
9. Kas–İskelet ve Genital/Anal Bölge Muayenesi
Öğrenci postürü, eklem hareketlerini ve ekstremiteleri değerlendirir. Uygun izin ve mahremiyet sağlanarak dış genital organlar ve anal bölge incelenir.
10. Kayıt ve Bilgilendirme
Öğrenci tüm muayene bulgularını standart forma eksiksiz ve okunaklı biçimde kaydeder. Aileye kısa bir özet verir.

KSÜ – PEDİATRİK FİZİK MUAYENE KAYIT FORMU (ÖĞRENCİ)

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Hasta Kodu: _____ Yaş: _____ Cinsiyet: _____

1. Vital Bulgular

Ateş: _____
Nabız: _____
Solunum sayısı: _____
Tansiyon: _____ / _____
SpO_2: _____

2. Antropometrik Ölçümler

Ağırlık: _____
Boy: _____
Baş çevresi: _____

3. Baş ve Boyun Muayene Bulguları:

4. Solunum Sistemi Muayene Bulguları:

5. Kalp ve Dolaşım Sistemi Muayene Bulguları:

6. Gastrointestinal Sistem Muayene Bulguları:

7. Nörolojik Sistem Muayene Bulguları:

8. Kas – İskelet Sistemi Muayene Bulguları:

9. Dış Genital – Anal Bölge Muayene Bulguları:

10. Klinik Durum Özeti ve Önemli Fizik Muayene Bulguları:

Ön değerlendirme:

PEDİATRİK FİZİK MUAYENE BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

PEDİATRİK FİZİK MUAYENE UYGULAMA FÖYÜ

No	Uygulama Basamağı	Puan
1	Kendini tanıtır, bilgilendirir, izin alır ve hijyen sağlar	
2	Vital bulguları ölçer ve yaşa göre yorumlar	
3	Boy, kilo ve baş çevresini doğru ölçer	
4	Baş ve boyun muayenesini yapar	
5	Solunum sistemini sistematik değerlendirir	
6	Kalp ve dolaşım sistemini değerlendirir	
7	Gastrointestinal sistemi muayene eder	
8	Nörolojik sistemi değerlendirir	
9	Kas–iskelet ve genital/anal bölgeyi uygun şekilde muayene eder	
10	Bulguları kaydeder ve görüşmeyi uygun biçimde sonlandırır	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: _____
İmza: _____

PEDİATRİK HASTA ÖYKÜ ALMA BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ ve DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç

- Bu uygulama sonunda öğrencinin; pediatrik hastadan ve ebeveyninden uygun iletişim kurarak, sistematik ve klinik olarak anlamlı bir yaklaşımla doğru ve eksiksiz öykü alabilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

• Çocuk ve ebeveynle uygun iletişim kurarak güven oluşturur.
• Başlıca şikâyeti ve hastalık öyküsünü sistematik biçimde sorgular.
• Gebelik, doğum ve gelişim öyküsünü değerlendirir.
• Pediatrik özgeçmiş ve soygeçmiş bilgilerini sorgular.
• Beslenme, aşılanma ve gelişim basamaklarına ilişkin bilgileri değerlendirir.
• Klinik açıdan önemli bilgileri ayırt eder ve ön tanı oluşturur.
• Elde edilen bilgileri düzenli ve anlaşılır biçimde kaydeder.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

- Tıbbi beceri laboratuvarı / pediatri polikliniği / klinik uygulama alanı, pediatrik hasta veya simüle hasta, öykü alma formu, kayıt formu ve kalem, el antiseptiği.

Genel Bilgiler

Pediatrik hasta öyküsü çoğu zaman doğrudan çocuktan değil, ebeveyn veya bakım veren kişiden alınır. Bu nedenle görüşme sırasında çocuk, ebeveyn ve hekim arasında güvene dayalı bir iletişim kurulması önemlidir. Öykü alınırken başvuru nedeni, hastalığın başlangıcı ve seyri, doğum ve gelişim öyküsü, beslenme durumu, aşılanma öyküsü, özgeçmiş ve soygeçmiş sistematik olarak değerlendirilir. Elde edilen bilgiler fizik muayene ve klinik değerlendirme ile birlikte ele alınarak ön tanı oluşturulmasına yardımcı olur.

PEDİATRİK HASTA ÖYKÜ ALMA BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Kimlik Bilgileri ve Bilgi Kaynağının Değerlendirilmesi Öyküye başlamadan önce öğrencinin ilk görevi, çocuğun kimliğini ve görüşmenin kime dayandığını netleştirmektir. Öğrenci önce çocuğun ve eşlik eden kişinin **ad–soyadını, yaşını ve cinsiyetini** kaydeder. Ardından öykünün kimden alındığını (anne, baba, bakıcı, çocuk) sorar ve bu bilginin **güvenilirliğini** değerlendirir. Örneğin, bir bebeğin öyküsü anne tarafından veriliyorsa güvenilirlik yüksek kabul edilirken; kalabalık bir ortamda uzaktan aktarılan bilgiler daha temkinli değerlendirilmelidir. Bu aşama, tüm klinik kararların temelini oluşturur.
2. Başlıca Şikâyetin Alınması Öğrenci, ebeveyn veya çocuğa açık uçlu bir soruyla başlar: "Bugün buraya gelmenize en çok neden olan şikâyet nedir?" Şikâyet **tıbbi terimlere çevrilmeden**, hastanın kendi kelimeleriyle kaydedilir. Örneğin "ateşi var" yerine "üç gündür yüksek ateşi var" ifadesi tercih edilir. Bu, hem klinik doğruluk hem de hasta merkezli yaklaşım açısından kritik önemdedir.

3. Şikâyetin Hikâyesinin Sistematik Olarak Alınması

Öğrenci şikâyeti şu başlıklar altında yapılandırır:

a) **Başlangıç**: Ne zaman başladı? Ani mi, yavaş mı?
b) **Süre ve seyir:** Giderek artıyor mu, sabit mi, dalgalı mı?
c) **Karakter ve şiddet:** Ağrıysa keskin mi, sızlayıcı mı? Ateş kaç derece?
ç) **Yeri ve yayılımı:** Ağrı nerede başladı, başka bir yere yayılıyor mu?
d) **Artıran ve azaltan faktörler:** Beslenme, hareket, ilaçlar etkiliyor mu?
e) Bu bilgiler tanıya giden yolun omurgasını oluşturur.

4. Sistem Sorgulaması

Başlıca şikâyete ek olarak, öğrenci diğer sistemleri hızlı ama sistematik biçimde tarar:

a) **Solunum:** Öksürük, nefes darlığı, hırıltı
b) **Kardiyovasküler:** Çarpıntı, morarma
c) **Gastrointestinal:** Kusma, ishal, kabızlık
ç) **Genitoüriner:** İdrar rengi, miktarı, ağrı
d) **Nörolojik:** Havale, bilinç değişikliği
e) **Kas–iskelet:** Topallama, ağrı

Amaç, eşlik eden gizli bir ciddi durumu kaçırmamaktır.

5. Özgeçmişin Alınması

a) Öğrenci, annenin gebelik süresince geçirdiği hastalıkları, kullandığı ilaçları ve maruz kaldığı olası risk faktörlerini (enfeksiyon, ilaç, radyasyon vb.) ayrıntılı olarak sorgular.
b) Öğrenci, çocuğun kaç haftalık doğduğunu, doğumun normal vajinal yol (NSVY) ya da sezaryen (C/S) ile gerçekleşip gerçekleşmediğini ve doğum kilosunu kaydeder.
c) Öğrenci, bebeğin doğar doğmaz ağlayıp ağlamadığını ve doğum sonrası morarma, solunum sıkıntısı gibi sorunlar yaşayıp yaşamadığını sorgular.
ç) Öğrenci, yenidoğan döneminde yoğun bakım yatışı olup olmadığını, sarılık geçirip geçirmediğini ve doğum sonrası hastanede yatış öyküsünü değerlendirir.
d) Öğrenci, çocuğun anne sütü alma süresini ve ek gıdaya ne zaman ve nasıl geçildiğini sorgular.
e) Öğrenci, çocuğun nöromotor gelişimini; baş tutma, oturma, yürüme ve konuşma basamakları açısından yaşına uygun olup olmadığı yönünden değerlendirir.
f) Öğrenci, çocuğun geçirdiği ve devam eden hastalıkları, düzenli kullandığı ilaçları, bilinen ilaç veya besin alerjilerini ve aşılanma durumunu ayrıntılı olarak sorgular ve kaydeder.

6. Soygeçmişin Alınması

Öğrenci ailesel riskleri araştırır:

a) Annenin ve babanın yaşını sorgular ve kaydeder.
b) Kardeş sayısını ve kardeşlerin sağlık durumunu (sağlıklı, kronik hastalık, ölüm öyküsü vb.) Değerlendirir.
c) Ailede diyabet, kalp hastalıkları, epilepsi, genetik veya kalıtsal hastalık öyküsü olup olmadığını ayrıntılı olarak sorgular.
ç) Anne ve baba arasında akraba evliliği bulunup bulunmadığını mutlaka sorgular ve kaydeder.
d) Soygeçmişte saptanan bu bilgilerin mevcut yakınmalar ve olası tanılar açısından tanısal ipuçları sağlayabileceğini dikkate alır.

Bu bilgiler tanısal ipucu sağlar.

7. Klinik Değerlendirme ve Ön Tanı Oluşturma

a) Öğrenci, anamnez sırasında elde ettiği tüm verileri bütüncül olarak değerlendirir.

b) Öğrenci, hastanın başvuru şikâyeti, öykü, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgilerini bir araya getirerek olası ön tanıları sistematik şekilde sıralar.

c) Öğrenci, mevcut klinik bulgulara göre hastanın durumunun acil müdahale gerektirip gerektirmediğini ayırt eder.

ç) Öğrenci, yakınmaların en çok hangi organ sistemi veya sistemlerle ilişkili olduğunu belirler (solunum, kardiyovasküler, gastrointestinal, nörolojik vb.).

d) Öğrenci, bu değerlendirme doğrultusunda hastanın klinik önceliklerini ve izlenecek yaklaşımı tanımlar.

8. Veri Kaydı

a) Öğrenci, anamnez sırasında elde edilen tüm bilgileri **öykü formuna eksiksiz şekilde kaydeder.**

b) Öğrenci, kayıtları **okunaklı, düzenli ve anlaşılır** biçimde yazar.

c) Öğrenci, bilgileri **mantıksal ve sistematik bir sırayla** (kimlik bilgileri, başvuru nedeni, öykü, özgeçmiş, soygeçmiş, ön tanılar) belgeye aktarır.

ç) Öğrenci, klinik açıdan önemli hiçbir bilgiyi atlamaz ve belirsiz ifadeler kullanmaz.

d) Eksik, düzensiz veya okunaksız kayıtların, doğru alınmış bir öykünün **klinik değerini ve kullanılabilirliğini azaltacağı** bilinciyle kayıt işlemini gerçekleştirir.

9. İletişim ve Profesyonel Tutum

Öğrenci tüm süreç boyunca:

a) Hasta çocuk ve ailesiyle görüşme boyunca uygun göz teması kurar ve dikkatini görüşmeye verir.

b) Anlaşılır, sakin ve empatik bir dil kullanarak çocuğun ve ailesinin kendini rahat hissetmesini sağlar.

c) Sorularını yargılayıcı olmayan, destekleyici ve saygılı bir tutumla yöneltir.

ç) Elde edilen bilgilerin gizliliğine özen gösterir ve görüşmenin mahremiyet içinde yürütülmesini sağlar.

d) Bu profesyonel yaklaşım sayesinde çocuk ve ailesinin kendini güvende hissetmesini ve doğru, eksiksiz bilgi paylaşmasını kolaylaştırır.

10. Zaman Yönetimi ve Görüşmenin Sonlandırılması

a) Öğrenci, öykü alma sürecini **yaklaşık 10 dakika içinde**, planlı ve kontrollü bir şekilde tamamlar.

b) Görüşme sırasında **klinik açıdan anlamlı bilgilere odaklanır**, gereksiz ayrıntılara girerek süreci uzatmaz.

c) Öykü tamamlandığında **aileye ve çocuğa teşekkür eder**, iş birliği için takdir edici bir dil kullanır.

ç) Gerekli durumlarda, **bundan sonra yapılacak muayene, tetkik veya değerlendirme adımlarını** aileye kısaca açıklar ve belirsizliği azaltır.

KSÜ PEDİATRİK HASTA ÖYKÜ KAYIT FORMU (ÖĞRENCİ)

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**
Numarası:
Hasta Kodu: _____ Yaş: _____ Cinsiyet: _____

1. İletişim ve Onam

2. Kimlik Bilgileri ve Öykü Kaynağı

3. Başlıca Şikâyet

4. Şikâyetin Hikâyesi

5. Sistemik Sorgulama

6. Özgeçmiş

8. Soygeçmiş ve Ailesel Riskler

9. Klinik Değerlendirme
Acil durum var ise değerlendirmesi, öyküden öne çıkan klinik noktalar, olası ön tanılar:

10. Kayıt ve Görüşmenin Sonlandırılması
Kısa klinik özet ve kapanış notu

PEDİATRİK HASTA ÖYKÜ ALMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış – Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli – Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Uygulama Basamakları	**Puan**
1	Kendini tanıtır, aileyle güvenli iletişim kurar, onam alır	
2	Kimlik bilgilerini ve anamnezin kaynağını belirler	
3	Başlıca şikâyeti açık uçlu sorularla öğrenir	
4	Şikâyetin öyküsünü sistematik şekilde sorgular	
5	Sistemik sorgulama yapar	
6	Prenatal–natal–postnatal öykü, beslenme ve gelişimi değerlendirir	
7	Hastalık, ilaç, alerji ve aşı öyküsünü alır	
8	Soygeçmişi ve ailesel riskleri sorgular	
9	Klinik ön tanı ve aciliyet değerlendirmesi yapar	
10	Verileri düzenli kaydeder ve görüşmeyi uygun şekilde sonlandırır	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

ÖğretimÜyesi Adı–Soyadı: _____

İmza: _____

CERRAHİ EL YIKAMA BECERİSİ
ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; cerrahi el yıkama becerisini doğru teknikle, steril kurallara uygun, güvenli ve sıralı şekilde uygulayabilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;
- Cerrahi el yıkamada kullanılan malzemeleri sayabilir ve hazırlar
- Cerrahi el yıkama basamaklarını doğru sırayla uygular
- Steril alanı korur ve kontaminasyonu önler
- Yıkama sonrası cerrahi giyinmeyi doğru şekilde gerçekleştirir

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi Beceri Laboratuvarı veya ameliyathane ortamı, cerrahi el yıkama lavabosu (dirsek veya sensörlü musluklu), antiseptik cerrahi el yıkama solüsyonu (klorheksidin veya povidon iyot içeren), steril havlu, pedallı çöp kovası (evsel ve tıbbi atık için ayrı), el kurutma alanı, cerrahi giyinme alanı.

CERRAHİ EL YIKAMA BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Ellerinizde ve bileklerinizde bulunan tüm takıları (yüzük, bilezik, saat vb.) çıkarın; oje, yapay tırnak ve kozmetik kalıntıların bulunmadığından emin olun. (Bu adım, mikroorganizmaların barınabileceği yüzeyleri ortadan kaldırmak için gereklidir.)
2. Günlük kıyafetlerinizi çıkararak ameliyathaneye ait steril olmayan ameliyathane gömleğini ve terliğini giyin. (Ameliyathane alanına dış ortamdan mikrop taşınmasını önlemek için.)
3. Saçlarınızı tamamen kapatacak şekilde bone takın ve ağzınızı ve burnunuzu örtecek şekilde maske yerleştirin. (Saç, tükürük ve solunum yoluyla oluşabilecek kontaminasyonu engellemek için.)
4. Fotoselli lavaboda ellerinizi ve ön kollarınızı dirsek seviyesine kadar, uygun sıcaklıktaki suyla tamamen ıslatın. (Suyun sıcak olması ciltte tahrişe neden olmadan sabunun etkinliğini artırır.)
5. Antiseptik sabunu alarak ellerinizi ve ön kollarınızı köpürterek yıkamaya başlayın. (Antiseptik sabun, geçici ve kalıcı mikroorganizmaların uzaklaştırılmasını sağlar.)
6. Parmak uçlarından başlayarak parmak araları, avuç içleri, el sırtı ve tırnak çevresini dairesel hareketlerle dikkatlice temizleyin. (En fazla mikroorganizma barındıran bölgeler özellikle parmak uçları ve tırnak çevresidir.)
7. Sabunu parmak uçlarından dirseğe doğru akacak şekilde durulayın; bu sırada ellerinizi daima dirsek seviyesinden yukarıda ve vücudunuzdan uzakta tutun. (Kirli suyun temiz bölgelere geri akmasını önlemek için.)
8. Yıkama ve durulama işlemini en az 2–6 dakika boyunca sürdürerek yeterli temas süresini sağlayın. (Antiseptik etkinin oluşması için zaman gereklidir.)
9. Elleriniz yukarıda olacak şekilde steril masaya gidin ve steril havluyu hemşireden alın. (Ellerin kontamine yüzeylere temas etmemesi gerekir.)

10. Steril havlu ile parmak uçlarından dirseğe doğru olacak şekilde her el ve kolu ayrı ayrı ve havlunun temiz yüzeylerini kullanarak kurulayın. (En temiz bölgeden daha az temiz bölgeye doğru kurutma yapılır.)
11. Elleriniz bel seviyesinin üzerinde kalacak şekilde, hiçbir yere temas etmeden ameliyat hemşiresinin yardımıyla steril cerrahi gömleği giyin. (Steril alanın korunması için eller daima görüş alanında ve yukarıda tutulur.)
12. Herhangi bir aşamada elleriniz veya kollarınız steril olmayan bir yüzeye temas ederse, kontaminasyon oluştuğu kabul edilir ve el yıkama işlemi uygun basamaktan itibaren tekrar edilir.

CERRAHİ EL YIKAMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**
Numarası:

Uygulama Basamakları		**Puan**
1	Takı ve kozmetiklerin çıkarıldığını kontrol eder	
2	Ameliyathane kıyafetlerini, bone ve maskeyi giyer	
3	Elleri ve kolları uygun sıcaklıkta suyla ıslatır	
4	Antiseptik sabun ile elleri ve ön kolları yıkar	
5	Parmak uçları, tırnaklar ve parmak aralarını doğru şekilde temizler	
6	Sabunu parmak uçlarından dirseğe doğru akıtarak durular	
7	Yıkama süresini uygun süre (2–6 dk) sürdürür	
8	Steril havlu ile parmak uçlarından dirseğe doğru kurular	
9	Eller bel seviyesinin üzerinde olacak şekilde steril alanı korur	
10	Cerrahi gömleği kontaminasyon olmadan giyer	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

SÜTÜR ATMA VE ALMA UYGULAMA BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU
ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç

Sütür atma ve alma becerisi kazanmak

Öğrenim Hedefleri:

· Sütür atma ve alma işleminde kullanılan malzemelerin tanınması ve el ile doğru teknik ile tutulmasını sağlamak.

· Öğrencinin sütür atma ve alma tekniğini öğrenmesini sağlamak

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Sütür atma seti, cerrahi sütür malzemesi, portegü, penset, makas, bistüri ve eldiven, steril gazlı bez, steril delikli örtü, steril eldiven, non-steril eldiven, tıbbi atık kutuları (delici–kesici ve diğer), pansuman malzemeleri, Tıbbi Beceri Laboratuvarı / simülasyon ortamı.

Genel Bilgiler

Sütür; yara dudaklarının anatomik bütünlüğünü yeniden sağlamak, kanamayı kontrol altına almak ve iyileşmeyi desteklemek amacıyla uygulanan cerrahi kapatma yöntemidir.

Sütür teknikleri;

Primer (Basit) Sütür:

Yara dudaklarının karşılıklı ve simetrik olarak kapatıldığı en temel sütür tekniğidir.

Matress Sütür (Yatak Sütürü):

Daha güçlü yara kenarı desteği sağlar. Doku geriliminin fazla olduğu bölgelerde tercih edilir.

Sütür alma işlemi ise yara iyileşme süreci tamamlandıktan sonra, sütür materyalinin güvenli biçimde uzaklaştırılması işlemidir.

SÜTÜR ATMA (PRİMER VE MATRESS)

SÜTÜR ATMA BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	İşlem hakkında hastanın bilgilendirilmesi
2.	İşleme başlamadan önce kullanılacak malzemelerin kontrol edilmesi
3.	Ellerin yıkanması
4.	Sütür setinin sterilizasyon kurallarına uygun olarak açılması
5.	Eğer yardımcı personel bulunmuyorsa kullanılacak malzemelerin sterilizasyon kurallarına dikkat edilerek hazırlanması
6.	Steril eldiven giyilmesi
7.	Kirli yaralarda kesi alanının % 0.9 NaCl ile temizlenmesi
8.	Kesi alanının steril tampona emdirilmiş antiseptik solüsyonla merkezden perifere genişleyen daireler şeklinde temizlenmesi
9.	Kesi alanının steril delikli örtü ile örtülmesi
10.	Lokal anestezi uygulaması a) Lokal anestezik maddenin enjektöre çekilmesi b) Yara dudaklarına anestezik ajanın enjeksiyonu c) İğne ucunun koruyucu başlığının takılmadan tıbbi atık kutusuna atılması

11.	Portegünün aktif kullanılan elin baş parmağı ve yüzük parmağına yerleştirilerek açılması (Görsel 1)
12.	İğnenin paketinden çıkarılarak portegü ağzına uygun şekilde yerleştirilmesi (2/3'ü sütür atacağımız tarafta 1/3'ü elimizden tarafta kalacak şekilde) (Görsel 2)
13.	Portegünün kapatılması
14.	Diğer ele alınan penset yardımıyla yara dudaklarının hafifçe kaldırılması (Görsel 3)
15.	İğnenin yara dudağından yaklaşık 0.5 cm mesafeden 90° açıyla cilde batırılması ve penset yardımıyla kesi içerisinde tutulması(Dıştan içe) (Görsel 3)
16.	Portegünün açılması ve iğnenin penset yardımıyla kesi içerisinden çekilmesi (Görsel 4)
17.	İğnenin tekrar portegüye yerleştirilmesi ve ilk iğne giriş bölgesine uygun noktadan kesinin diğer dudağı için kesi içinden dışarı olacak şekilde işlemin tekrarlanması(İçten dışa)
18.	İpin dominant olmayan el ile uçta 4-6 cm kalacak şekilde çekilmesi
19.	İpin portegü etrafında 2 kez çevrilmesi sonrasında portegünün ağzı ile ipin ucunun yakalanması
20.	İpin ucu portegü ağzında sıkıca tutulurken ip ve portegünün zıt yönlere çekilmesi ve düğümün oturtulması
21.	Aynı işlemin ipin portegü etrafına bir kez sarılarak tekrarlanması(en az 2 kez) ve düğümün 1 cm üstünden ipin makasla kesilmesi.
22.	Portegünün açılması ve iğnenin penset yardımıyla kesi dışından pensetle tutularak iğnenin ters şekilde portegüye yerleştirilmesi.(Tekrar 2/3'ü kesi tarafına bakacak şekilde) (Görsel 5)
23.	İğnenin yara dudağının 1-2 mm kenarından dıştan içeriye olacak şekilde cilde batırılıp (Elin bilekten ulnar pronation hareketi yapması) portegü açılarak içten penset ile çıkarılması.(Dıştan içe) (Görsel 6)
24.	İğnenin tekrar portegüye yerleştirilmesi ve aynı seviyede içten dışa yara dudağının 1-2 mm kenarından çıkacak şekilde iğnenin batırılması ve portegünün açılarak iğnenin dışarı çıkarılması. (İçten dışa) (Görsel 7)
25.	İpin dominant olmayan el ile uçta 4-6 cm kalacak şekilde çekilmesi
26.	İpin portegü etrafında 2 kez çevrilmesi sonrasında portegünün ağzı ile ipin ucunun yakalanması
27.	İpin ucu portegü ağzında sıkıca tutulurken ip ve portegünün zıt yönlere çekilmesi ve düğümün oturtulması (Görsel 8)
28.	Aynı işlemin ipin portegü etrafına bir kez sarılarak tekrarlanması(en az 2 kez) ve düğümün 1 cm üstünden ipin makasla kesilmesi.
29.	Yara yerinin pansuman yapılarak kapatılması
30.	Malzemelerin toplanması
31.	Eldivenlerin çıkarılması ve ellerin yıkanması

NOT:

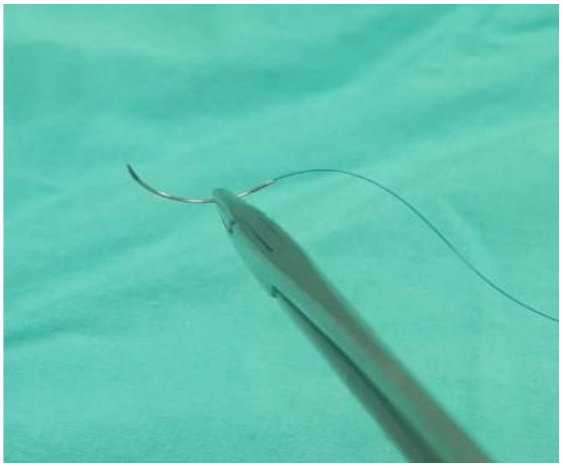
1) 17.maddeye kadar olan bölüm primer ve matress sütür atma tekniğinin ortak bölümüdür. Eğer primer sütür atılacaksa 21. maddeden 29. maddeye geçilmelidir.
2) Matress sütür atılacaksa 17. maddeden sonra 22. madde ile devam edilmelidir.

SÜTÜR ALMA BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	İşlem hakkında hastanın bilgilendirilmesi
2.	İşleme başlamadan önce kullanılacak malzemelerin kontrol edilmesi
3.	Ellerin yıkanması
4.	Eldiven giyilmesi(non steril)
5.	Yara yeri pansumanının açılması
6.	Kesi alanının steril tampona emdirilmiş antiseptik solüsyonla temizlenmesi
7.	Steril bistüri açılması
8.	Dominant olmayan elimizdeki penset ile sütür ipinin bir ucundan tutulup yukarı doğru gerilerek düğüm noktasının görülmeye çalışılması.
9.	Dominant elimizdeki bistüri ile bistüri ağızı yukarı bakacak şekilde düğüm halkasının içine girilmesi ve yukarı kesme hareketi ile düğüm halkasının kesilmesi.
10.	Penset ile ipin çekilerek sütürün alınması
11.	Sütür iplerinin tıbbi atık çöpüne bisturinin delici kesici atık kutusuna atılması
12.	Temiz tampon ile yara yerinin kurulanması ve hastaya işlemin bittiğinin söylenmesi

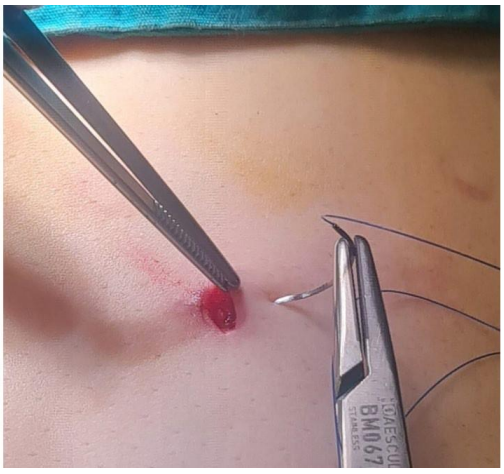
SÜTÜR ATMA GÖRSELLERİ



Görsel 1



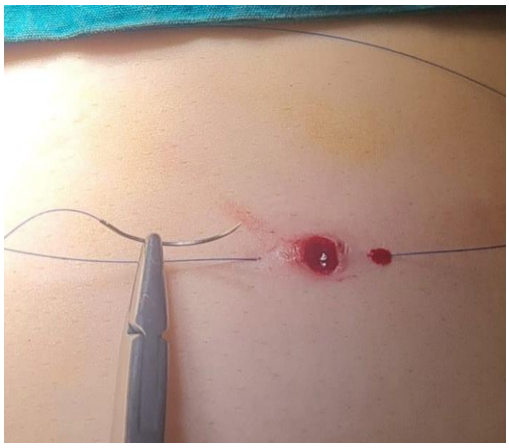
Görsel 2



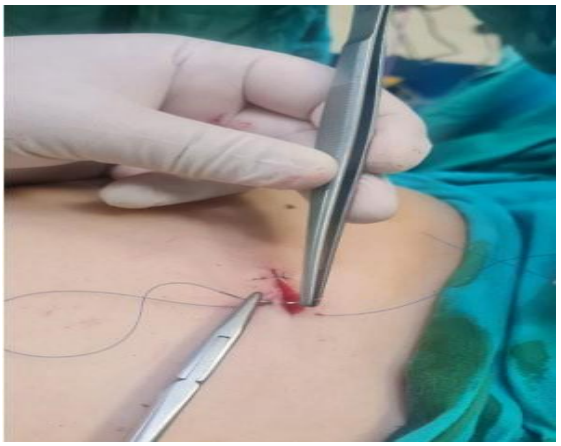
Görsel 3



Görsel 4



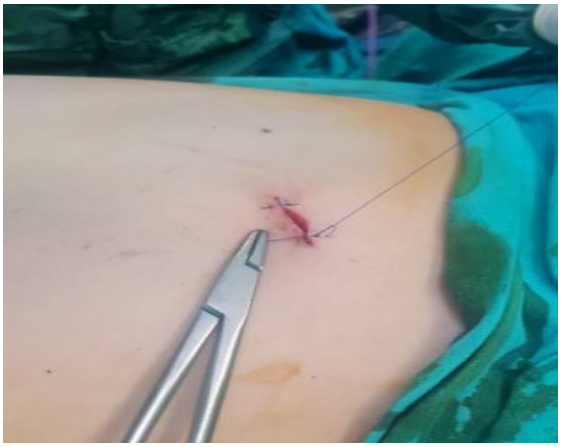
Görsel 5



Görsel 6



Görsel 7



Görsel 8

SÜTÜR ATMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**
Numarası:

Uygulama Basamakları		Puan
1	İşlem hakkında hastayı bilgilendirir	
2	Kullanılacak malzemeleri kontrol eder	
3	Ellerini yıkar	
4	Sütür setini steril kurallara uygun açar	
5	Malzemeleri steril alana hazırlar	
6	Steril eldiven giyer	
7	Kesi alanını %0.9 NaCl ile temizler (gerektiğinde)	
8	Antiseptik solüsyonla merkezden perifere temizler	
9	Steril delikli örtü ile alanı izole eder	
10	Lokal anesteziyi uygun teknikle uygular	
11	Portegüyü doğru şekilde tutar	
12	İğneyi portegüye uygun pozisyonda yerleştirir	
13	Penset ile yara dudaklarını uygun şekilde kavrar	
14	İğneyi uygun mesafe ve açıyla dıştan içe geçirir	
15	Karşı dudaktan aynı seviyeden içten dışa çıkarır	
16	İpi uygun uzunlukta ayarlar	
17	Cerrahi düğümü doğru teknikle atar	
18	Düğümü yara hattının yanına yerleştirir ve ipi keser	
19	Yara yerini değerlendirir ve pansuman yapar	
20	Malzemeleri toplar ve el hijyeni sağlar	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____
İmza: _____

SÜTÜR ALMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Uygulama Basamakları	**Puan**
1	İşlem hakkında hastayı bilgilendirir	
2	Kullanılacak malzemeleri kontrol eder	
3	Ellerini yıkar	
4	Non-steril eldiven giyer	
5	Pansumanı açar	
6	Kesi alanını antiseptik solüsyonla temizler	
7	Penset ile sütür ipini gererek düğümü görünür hale getirir	
8	Bistüri ile düğüm halkasını uygun yönde keser	
9	Penset yardımıyla sütürü çıkarır	
10	Atıkları uygun şekilde uzaklaştırır ve yara yerini değerlendirir	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

PA-AC GRAFİSİ OKUMA BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ

Amaç

Öğrencinin PA-AC grafisini teknik kalite ve anatomik yapılar açısından sistematik biçimde değerlendirerek yaygın patolojilere yönelik temel ve güvenilir yorum yapmasıdır.

Öğrenim Hedefleri

1. Hasta kimliği tanımlama
2. Teknik uygunluğu değerlendirir.
3. ABCDE sırasıyla hava yolu, akciğer-plevra, kardiyomediasten, diyafram ve diğer yapıları gösterir ve inceler.
4. PA çekimde kardiyotorasik indeksin ölçümünü açıklar.
5. Akciğer dışı yumuşak doku ve kemiklerin değerlendirilmesi

Gereçler: PAAC grafisi görselleri

PA-AC GRAFİSİ OKUMA BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI	
1.	Kimlik–tarih–pozisyon (PA/AP) ve taraf işaretlerini doğrular
2.	Rotasyonu değerlendirir (klavikula başları–spinöz çıkıntı mesafeleri)
3.	İnspirasyonu değerlendirir (≥6 anterior kaburga görünürlüğü).
4.	Projeksiyon ve penetrasyonu değerlendirir (kalp arkası vertebralar silik)
5.	A: Trakea orta hattı, karina; apikal alanları kontrol eder
6.	B: Akciğer alanları ve plevrayı değerlendirir (infiltrasyon, plevral çizgi, sinüsler)
7.	C: Kalp ve mediasteni değerlendirir; (PA ise) kardiyo-torasik indeksi ölçer
8.	D: Diyafram kubbeleri ve subdiafragma serbest hava varlığını değerlendirir
9.	E: Kemikler, yumuşak dokular, varsa cihaz/kateter konumlarını kontrol eder
10.	Grafinin tümüne genel olarak bakar ve değerlendirmeyi sonlandırır

PA-AC GRAFİSİ OKUMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FÖYÜ

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

	Uygulama Basamakları	**Puan**
1.	Kimlik–tarih–pozisyon (PA/AP) ve taraf işaretlerini doğrular	
2.	Rotasyonu değerlendirir (klavikula başları–spinöz çıkıntı mesafeleri)	
3.	İnspirasyonu değerlendirir (≥6 anterior kaburga görünürlüğü).	
4.	Projeksiyon ve penetrasyonu değerlendirir (kalp arkası vertebralar silik)	
5.	Trakea orta hattı, karina; apikal alanları kontrol eder	
6.	Akciğer alanları ve plevrayı değerlendirir (infiltrasyon, plevral çizgi, sinüsler)	
7.	Kalp ve mediasteni değerlendirir; (PA ise) kardiyo-torasik indeksi ölçer	
8.	Diyafram kubbeleri ve mide fundus gazını değerlendirir	
9.	Kemikler, yumuşak dokular, varsa cihaz/kateter konumlarını kontrol eder	
10.	Grafinin tümüne genel olarak bakar ve değerlendirmeyi sonlandırır	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: _____
İmza: _____

GLUKOMETRE İLE KAN ŞEKERİ ÖLÇME BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç:

Bu uygulama sonunda öğrencinin; beceri basamaklarını doğru ve sırasında uygulayarak basamaktan basamağa rahatça geçebilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri:

- Öğrenci hastaya kendini tanıtır ve glukometre ile kan şekeri ölçümü işlemi hakkında hastaya anlaşılabilir şekilde bilgi verebilir
- El hijyenini sağlar ve gerekli malzemeleri aseptik koşullarda hazırlar
- Glukometre ve kan şekeri ölçüm striplerinin kontrollerini yapabilir ve cihazı ölçüme hazırlayabilir
- Uygun kan örneği alarak glukometre ile uygun şekilde kan şekeri ölçümünü gerçekleştirebilir.
- Sonuçları kayıt altına alarak hastaya gerekli bilgilendirmeyi yapabilir
- Ölçüm sonrası oluşan tıbbi atıkları uygun şekilde atar ve el hijyenini sağlar

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi beceri laboratuvarı, lanset, tek kullanımlık eldiven, pamuk veya gazlı bez, glikometre ve glikometre cihazına uygun stripler, tıbbi, atık kutusu.

GLUKOMETRE İLE KAN ŞEKERİ ÖLÇME BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Hastaya kendini tanıtır ve yapacağı işlemi açıklar
2. Şeker ölçümü öncesi hastanın elini yıkamasını ve dikkatlice kurulamasını sağlar
3. Eldiven giyer ve şeker ölçüm işlemi için gerekli glukometre, ölçüm çubuğu, lanset ve pamuk malzemelerini hazırlar.
4. Glukometreyi ve ölçüm çubuklarının son kullanım tarihlerini kontrol eder
5. Ölçüm çubuğu kutusundan bir adet ölçüm çubuğu alır
6. Ölçüm çubuğu kutusunun kapağını hemen kapatır
7. Ölçüm çubuğunu glukometreye yerleştirir ve bu sırada ölçüm pedine dokunmaz
8. Glukometrede ölçüme hazır olduğuna dair "kan damlası" işaretinin oluşmasını bekler
9. Hasta elini su ile yıkayamıyorsa hastanın ölçüm alınacak parmağını uygun antiseptik solüsyon ile temizler
10. Lanset paketini sivri olmayan arka tarafından lansetin sterilliğini bozmadan açar
11. Lansetin sivri olmayan kısmını aktif elin baş ve işaret parmakları arasında tutarak paketten çıkarır
12. Hastanın parmak uçlarının lateral kısmı lanseti 90 derece açı ile tutarak tek ve hızlı bir hareketle dik bir kesi açar
13. Kan damlası oluşması için parmak ucuna hafifçe masaj yapabilir ve ilk oluşan damlayı pamuk yardımı ile siler
14. İkinci damlayı glukometreye takılı ölçüm çubuğunun ped kısmına dokundurarak ölçüm çubuğu pedinin kan ile dolmasını sağlar
15. Cihazın yeter kan örneği alındığı işaretinden sonra ölçüm için yaklaşık 5 saniye bekler
16. Hastanın parmağına kuru pamuk ile bastırır
17. Elde ettiği ölçümü sonucu hastaya bildirir ve hasta dosyasına tarih ve saati ile not alır
18. Kullandığı lanset ve ölçüm çubuğunu uygun şekilde tıbbi ve kesici atık kutularına atar ve el hijyenini sağlar

GLUKOMETRE İLE KAN ŞEKERİ ÖLÇME BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

- 80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
- 60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması
- 0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Glukometre ile Kan Şekeri Ölçme Becerisi Uygulama Basamakları		Puan
1	Hastaya kendini tanıtır, işlemi açıklar ve onamını alır.	
2	Hastanın ellerini yıkayıp kurulamasını sağlar; mümkün değilse ölçüm yapılacak parmağı antiseptik ile temizler.	
3	Eldiven giyer ve glukometre, ölçüm çubuğu, lanset ve pamuk gibi gerekli tüm malzemeleri hazırlar.	
4	Glukometrenin çalışır durumda olduğunu ve ölçüm çubuklarının son kullanım tarihini kontrol eder.	
5	Ölçüm çubuğunu kutudan alır, kapağını hemen kapatır ve ölçüm pedine dokunmadan çubuğu glukometreye yerleştirir.	
6	Glukometrede "kan damlası" sembolü çıkana kadar ölçüme hazır hale gelmesini bekler.	
7	Lanseti sterilliğini bozmadan açar ve parmak ucunun lateral yüzünden tek ve hızlı bir hareketle kan alır.	
8	İlk kan damlasını siler; ikinci damlayı ölçüm çubuğunun pedine dokundurarak yeterli kan örneğinin alınmasını sağlar.	
9	Cihazın sonucu vermesini bekler, hastanın parmağına pamukla bası uygular ve sonucu hastaya bildirir.	
10	Sonucu tarih ve saat ile hasta dosyasına kaydeder; lanset ve ölçüm çubuğunu uygun tıbbi/kesici atık kutularına atar ve el hijyenini sağlar.	

Öğrenci Puanı: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____

KSÜ TIP FAKÜLTESİ 1. SINIF POLİKLİNİK GÖZLEMİ ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME FORMLARI

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; poliklinik ortamında hasta-hekim etkileşimini gözlemleyerek klinik ortamın işleyişini tanıması, hasta mahremiyeti ve profesyonel tutum ilkelerini fark etmesi, iletişim ve gözlem becerilerini geliştirmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

• Poliklinik ortamının temel işleyişini ve sağlık ekibinin rollerini tanımlar.
• Hasta-hekim iletişiminin temel unsurlarını gözlemleyerek açıklar.
• Hasta mahremiyeti ve gizlilik ilkelerinin klinik uygulamadaki önemini fark eder.
• Profesyonel davranış ve etik ilkelerin klinik ortamlarda nasıl uygulandığını gözlemler.
• Hekimin hastaya yaklaşımında empati ve saygının önemini değerlendirir.
• Gözlem sürecinde uygun davranış, iletişim ve profesyonel tutum sergiler.
• Gözlem sonrasında deneyimlerini refleksiyon yoluyla analiz eder ve mesleki farkındalık geliştirir.

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Hastane polikliniği / ayaktan hasta hizmet birimi, poliklinik gözlem alanı, öğrenci gözlem notları veya refleksiyon formu, değerlendirme formu, kalem ve not kâğıdı**.**

KSÜ TIP FAKÜLTESI 1. SINIF POLIKLINIK GÖZLEMI DEĞERLENDIRME FORMLARI

1. Poliklinik Gözlemi Değerlendirme Formu (Eğitici Tarafından Doldurulacak)

Amaç: 1. sınıf öğrencisinin poliklinik gözlemine aktif, saygılı ve öğrenmeye açık biçimde katılımını; iletişim ve gözlem becerilerini değerlendirmek.

Öğrencinin Adı-Soyadı: .....

Tarih: .....

Poliklinik / Birim: .....

Değerlendirici Adı / Ünvanı: .....

No	Gözlem Maddesi	Evet	Kısmen	Hayır
1	Öğrenci gözlem saatine zamanında geldi ve uygun giyindi.	☐	☐	☐
2	Poliklinik ortamında gizlilik ve hasta mahremiyetine özen gösterdi.	☐	☐	☐
3	Hasta-hekim iletişimini dikkatle gözlemledi, saygılı bir tutum sergiledi.	☐	☐	☐
4	Gözlem sırasında uygun davranış, beden dili ve sessizlik kurallarına uydu.	☐	☐	☐
5	Gözlem sonrasında öğrenme hedefleriyle ilgili kısa geri bildirim aldı veya paylaştı.	☐	☐	☐
6	Öğrenci genel olarak gözlem sürecine ilgili ve öğrenmeye açık bir tutum sergiledi.	☐	☐	☐

Genel Değerlendirme / Açıklamalar:

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

Eğiticinin İmzası: _____

2. KSÜ Tıp Fakültesi 1. Sınıf Poliklinik Gözlemi Refleksiyon Formu
(Öğrenci Tarafından Doldurulacak)

Amaç: Poliklinik gözlemi sonrasında öğrencinin hasta-hekim iletişimi, empati ve mesleki tutum konularındaki farkındalıklarını yansıtması.

Ad-Soyad: .....

Tarih: .....

Gözlem Yapılan Poliklinik: .....

1. Bugünkü gözlemde beni en çok etkileyen hasta-hekim iletişimi örneği neydi?

.....
.....

2. Hekimin hastayla empati kurduğunu hissettiğim bir an oldu mu? Nasıl anladım?

.....
.....

3. Bu gözlem sırasında iyi bir hekimin hangi özelliklerinin önemli olduğunu fark ettim?

.....
.....

4. Kendimi hasta veya hekim yerine koyduğumda neler hissettim?

.....
.....

5. Bu gözlem, ilerideki hekimlik yaklaşımımı nasıl etkileyebilir?

.....
.....

6. Gözlem süreciyle ilgili genel görüş veya önerilerim:

.....
.....

Öğrenci İmzası: _____

ERKEK HASTAYA ÜRİNER KATETER TAKMA-ÇIKARMA BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ VE DEĞERLENDİRME REHBERİ

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; erkek hastada üriner kateteri doğru teknikle, güvenli ve aseptik biçimde takabilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- Hastaya kendini tanıtır, işlemi açıklar ve onam alır
- El hijyenini sağlar ve steril çalışır
- Üretrayı uygun şekilde hazırlar
- Foley kateteri doğru anatomik yönde ilerletir
- Mesaneye ulaştığını doğrular
- Kateteri güvenli biçimde sabitler
- İşlem sonrası hasta güvenliği ve atık yönetimini sağlar

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi Beceri Laboratuvarı / Klinik uygulama alanı, erkek hasta simülasyon maketi veya uygun klinik ortam, Foley kateter (uygun numara), steril kateterizasyon seti, steril eldiven, steril olmayan eldiven, antiseptik solüsyon, steril gazlı bez, kayganlaştırıcı jel (lidokain jel), enjektör ve %0,9 NaCl solüsyonu veya distile su (balon şişirmek için), idrar torbası ve bağlantı seti, koruyucu örtü, flaster veya sabitleyici, tıbbi atık kutuları (delici–kesici ve diğer atıklar), el hijyeni için lavabo ve sıvı sabun, tedavi muşambası.

ERKEK HASTAYA ÜRİNER KATETER (FOLEY) TAKMA- ÇIKARMA BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Kendinizi tanıtınız
2. Hastaya ismi ile hitap ederek yapılacak işlemi hastaya kısaca açıklayınız
3. Hastanın onayını alınız
4. Ellerinizi yıkayıp-kurulayınız
5. Kullanılacak malzemeleri hazırlayıp sterilite yönünden kontrol ediniz
6. Hastayı uygun pozisyona getiriniz.
7. Kalçalarının altına tedavi muşambasını seriniz.
8. Tek kullanımlık steril olmayan muayene eldivenlerinizi giyiniz
9. Penisi dış üriner ağızdan başlayarak antiseptik solüsyonla en az üç kez dairesel hareketlerle temizleyiniz ve eldiveni çıkarınız
10. Steril eldiven giyiniz, foley kateter ucuna steril jel sürerek kayganlaştırınız
11. Penisi bir elinizle tutarak dik konuma getiriniz, diğer elinizle kateteri üretraya yavaşça ilerletiniz
12. Kateter perine düzeyine geldiğinde penisi aşağı doğru indirerek kateteri vücudun uzun eksenine paralel ilerletmeye devam ediniz

13. Kateter ucundan idrar gelmesini gözleyerek mesaneye ulaştığınızı doğrulayınız
14. İdrar geldikten sonra kateteri en az 4 cm daha ilerletiniz.
15. İdrar torbasını katetere bağlayınız
16. Enjektörle balona 10–15 ml steril serum veriniz
17. Kateteri yavaşça geri çekerek balonun mesane boynuna oturduğunu hissedin ve 1–2 cm tekrar ileri itiniz
18. İdrar torbasını mesane seviyesinden aşağıda olacak şekilde askıya alınız
19. Tüm örtü ve atıkları uygun atık kutularına atınız, eldivenleri çıkartınız
20. Ellerinizi yıkayınız
FOLEY KATETER ÇIKARMA
1. Hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi veriniz ve işlem için onam alınız.
2. Hastayı sırtüstü pozisyona getiriniz ve mahremiyeti sağlayınız.
3. Ellerinizı yıkayınız.
4. Tek kullanımlık steril olmayan muayene eldivenlerinizi giyiniz.
5. İdrar torbasını kontrol ediniz ve kateter hattının serbest olduğundan emin olunuz.
6. Enjektörü kateterin balon hattına takınız.
7. Kateter balonu içindeki sıvının tamamını enjektör yardımıyla geri çekiniz.
8. Dominant olmayan el ile penisi nazikçe kavrayınız ve üretrayı düzleştiriniz.
9. Foley kateteri meatustan dışarı doğru yavaş ve kontrollü şekilde çekerek çıkarınız.
10. Kateteri ve kullanılan tüm materyalleri uygun tıbbi atık kutularına atınız.
11. Eldivenleri çıkararak uygun atık kutusuna atınız.
12. Ellerinizı yıkayınız ve işlemi kayıt altına alınız.

ERKEK ÜRİNER KATETER TAKMA–ÇIKARMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Değerlendirme Basamakları		Puan
1	Hastaya kendini tanıtır, işlemi açıklar ve onam alır	☐
2	El hijyenini sağlar ve malzemeleri hazırlar	☐
3	Steril olmayan eldiven giyer, üriner bölgeyi antiseptik ile uygun şekilde temizler	☐
4	Steril eldiven giyer, kateter ucunu steril jel ile kayganlaştırır	☐
5	Kateteri doğru anatomik yönde ve nazikçe ilerletir	☐
6	İdrar akımı ile mesaneye ulaştığını doğrular	☐
7	Kateteri yeterli mesafede ilerletir ve balonu şişirir	☐
8	Balon yerleşimini doğru şekilde ayarlar	☐
9	İdrar torbasını uygun pozisyonda yerleştirir	☐
10	Atıkları uygun şekilde uzaklaştırır, eldiveni çıkarır ve el hijyenini sağlar	☐

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi Adı–Soyadı: _____

İmza: _____

KADIN HASTAYA ÜRİNER KATETER TAKMA ve ÇIKARMA BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ ve DEĞERLENDİRME FORMU

Amaç

Bu uygulama sonunda öğrencinin; kadın hastada üriner kateteri **aseptik kurallara uygun, güvenli ve doğru sırayla** takıp çıkarabilmesi amaçlanmaktadır.

Öğrenim Hedefleri

Öğrenci;

- Hastaya kendini tanıtır, işlem hakkında bilgi verir ve onam alır
- El hijyenini sağlar ve malzemeleri hazırlar
- Hastayı uygun pozisyona getirir ve mahremiyeti korur
- Aseptik hazırlık yapar
- Kateteri doğru teknikle yerleştirir
- Balonu uygun hacimde şişirir
- Drenaj sistemini doğru konumlandırır
- Tıbbi atıkları uygun şekilde uzaklaştırır
- Kateteri güvenli şekilde çıkarır
- İşlem sonrası el hijyeni ve kayıt yapar

Uygulama Ortamı ve Gereçler

Tıbbi Beceri Laboratuvarı / Klinik uygulama alanı, kadın hasta simülasyon maketi, steril eldiven, steril olmayan eldiven, steril kayganlaştırıcı jel, antiseptik solüsyon, üriner kateter (uygun numarada), steril gazlı bez, steril delikli örtü, tedavi muşambası, idrar torbası, enjektör, %0,9 NaCl solüsyonu veya distile su, delici-kesici atık kutusu.

KADIN HASTAYA ÜRİNER KATETER TAKMA VE ÇIKARMA BECERİSİ UYGULAMA BASAMAKLARI
1. Kendinizi tanıtınız
2. Hastaya ismi ile hitap ederek yapılacak işlemi hastaya kısaca açıklayınız
3. Hastanın onayını alınız
4. Ellerinizi yıkayıp-kurulayınız
5. Kullanılacak malzemeleri hazırlayıp sterilite yönünden kontrol ediniz
6. Hastayı uygun pozisyona (Bacaklarını dizlerinden büküp, yanlara açacak şekilde) getiriniz.
7. Kalçalarının altına tedavi muşambasını seriniz.
8. Tek kullanımlık steril olmayan muayene eldivenlerinizi giyiniz
9. Perine ve labia majörlerin arasını antiseptik çözelti ile ıslatılmış üç farklı gazlı bez ile önden arkaya doğru en az üç kez siliniz ve eldiveninizi çıkarınız
10. Steril delikli örtüyü perine bölgesi açıkta kalacak şekilde örtünüz, steril eldiven takınız, foley sondasının uç kısmına steril vazelin veya jel sürerek kayganlaştırınız.

11. Baskın eliniz ile sondanın ucunu yönlendirirken, diğer elinizin 1. ve 2. parmakları ile labia majörleri aralayınız. Üretra ağzının yerini belirleyince, sondanın ucunu üretradan içeriye yavaşça ilerletiniz. Üretra içinde ilerlerken sondanın yönünün vücudun uzun eksenine paralel olmasına dikkat ediniz.
12. Sondanın idrar akımı beklenen ucundan idrar çıkışını izleyiniz.
13. İdrar akımı başladıktan sonra, sondayı en az 4 cm daha ilerletiniz.
14. İdrar torbasını takınız.
15. Enjektörünüz ile balona giden yola 10-15 cc fizyolojik serum veriniz.
16. Sondayı geriye doğru yavaşça çekerek, balonun mesane boynuna oturduğunu hissettikten sonra 1–2 cm ileri itiniz.
17. İdrar torbasını mesaneden daha aşağı seviyede olacak şekilde askıya alınız.
18. Örtü ve kullanılan tüm malzemeleri toplayınız.
19. Tüm atıkları ve eldivenleri uygun atık kutularına güvenli biçimde atınız.
20. Ellerinizi yıkayınız.
FOLEY KATETER ÇIKARMA
1. Hastaya kateterin çıkarılacağı işlem hakkında bilgi veriniz.
2. Hastayı uygun pozisyona getiriniz.
3. Ellerinizi yıkayınız.
4. Tek kullanımlık steril olmayan muayene eldivenlerinizi giyiniz.
5. Enjektörü kateterin balon hattına takınız
6. Balon içindeki sıvının tamamını geri çekiniz.
7. Foley kateteri meatustan dışarı doğru yavaş ve kontrollü şekilde çekerek çıkarınız.
8. Kateteri ve kullanılan tüm materyalleri uygun atık kutularına atınız.
9. Eldivenleri çıkararak uygun atık kutusuna atınız.
10. Ellerinizi tekrar yıkayınız.

KADIN HASTAYA ÜRİNER KATETER TAKMA–ÇIKARMA BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Kriterleri:

Aşağıdaki puanlama sistemini kullanarak, tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılır; öğrenci tüm basamaklardan "Yeterli veya Ustalaşmış" seviyeye gelene kadar basamak tekrar edilir.

80–100 Puan: Ustalaşmış - Başarılı: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması

60–79 Puan: Yeterli - Başarılı: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması; ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması

0–59 Puan: Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması; yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması

Öğrenci Adı-Soyadı: **Tarih:**

Numarası:

Uygulama Basamakları		Puan
1	Hastaya kendini tanıtır, işlemi açıklar ve onam alır	
2	El hijyenini sağlar ve malzemeleri hazırlar	
3	Hastayı uygun pozisyona getirir ve mahremiyeti sağlar	
4	Steril olmayan eldiveni takar, perine antisepsisini sağlar, eldiveni çıkarır	
5	Steril eldiven takar, kateteri doğru teknikle üretradan ilerletir	
6	İdrar akımını doğrular ve kateteri yeterince ilerletir	
7	Balonu uygun hacimde şişirir ve yerini kontrol eder	
8	İdrar torbasını uygun şekilde yerleştirir	
9	Kateteri güvenli şekilde çıkarır	
10	Atıkları uygun şekilde uzaklaştırır, el hijyenini sağlar ve kayıt yapar	

ÖĞRENCİ PUANI: …… / 100

Öğretim Üyesi: _____

İmza: _____