



T.C.
BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

HEMŞİRELİK ESASLARI-I DERS KİTAPÇIĞI

DERSİN SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI

Dr. Öğr. Üyesi Aysun ACUN

2025-2026

İÇİNDEKİLER

1. HEMŞİRELİK ESASLARI DERSİ	3
1.1 Dersin Tanımı ve Amacı	3
1.2. Hemşirelik Esasları Dersi Eğitim Modeli.....	3
1.3. Hemşirelik Esasları Dersinin Genel Hedefleri	4
1.4. Dersin Programdaki Yeri	4
2. HEMŞİRELİK ESASLARI-I DERSİ (HEM101)	5
2.1. Dersin Tanımı ve Amacı	5
2.2. Dersin Öğrenim Çıktıları.....	5
2.3. Dersin Öğretim Yöntem ve Teknikleri.....	5
2.4. Dersin Değerlendirmesi	6
2.5. Hemşirelik Esasları-I Dersi Haftalık Ders Planı.....	6
2.6. Hemşirelik Esasları- I Dersi Haftalık Ders Programı	8
2.7. Laboratuvar Uygulama Esasları.....	10
2.8. Temel Hemşirelik Uygulamaları Beceri Listesi.....	10
2.9. Laboratuvar Uygulamaları Değerlendirme	10
3. Hemşirelik Esasları-I Dersi Kaynak Listesi.....	11
4. EKLER	12
EK 1: HEMŞİRELİK LABORATUVARI KULLANIM TALİMATI	12
EK 2: TEMEL HEMŞİRELİK BECERİLERİ ÇEKLISTLERİ	14
1. ENFEKSİYON KONTROLÜ	14
2. YAŞAMSAL BULGULAR.....	21
3. HAREKET GEREKSİNİMİ	33
4. BİREYSEL HİJYEN	57
5. SICAK SOĞUK UYGULAMALAR.....	72
EK 3: BECERİ SINAVI ÖĞRENCİ YÖNERGESİ	80
EK 4: HEMŞİRELİK ESASLARI-I DERSİ LABORATUVAR PUANI NOTLANDIRMA TABLOSU	82

1. HEMŞİRELİK ESASLARI DERSİ

1.1 Dersin Tanımı ve Amacı

Hemşirelik Esasları Dersi, temel tıp, fen, sosyal ve davranış bilimlerinin ilke ve yöntemlerinden yararlanarak hemşirelik mesleğinin temel bilgi, psikomotor beceri ve davranışlarını kazandıran bir derstir. Hemşirelik Esasları Dersi tüm hemşirelik meslek derslerinin temelini oluşturmaktadır. Hemşirelik Esasları Dersi; temel kavramlar, kuramlar, hemşirelik felsefesi, eleştirel düşünme, etik ve değerler doğrultusunda, yaşam aktivitelerinde bağımsızlığın desteklenmesine odaklanan, kanıta dayalı temel ilke ve uygulamaların öğretimini kapsayan kuramsal ve uygulamalı bir derstir. Hemşirelik Esasları Dersinin program içerik ve amaçlarının oluşturulmasında Virginia Henderson Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gereksinim Teorisi rehber alınmaktadır.

1.2. Hemşirelik Esasları Dersi Eğitim Modeli

Hemşirelik Esasları Dersi'nde, “**Klasik Eğitim Modeli**” esas alınmaktadır. Klasik eğitim modelinde, Bloom'un Taxonomisinden yararlanılarak öğrencilerin, bilişsel, duyuşsal ve psikomotor düzeyde öğrenmelerinin desteklenmesi önem taşımaktadır. Bu bağlamda;

- ✓ Hemşirelik Esasları Dersi, insan kavramı başta olmak üzere hemşireliğin temellendiği tüm kavramların açıklanması, enfeksiyon kontrolü, yaşamsal bulgular, hareket gereksinimi, bireysel hijyen, sıcak-soğuk uygulamalar, hemşirelik süreci, ilaç uygulamaları, sıvı gereksinimi, solunum gereksinimi, beslenme gereksinimi, üriner boşaltım gereksinimi, bağırsak boşaltım gereksinimi gibi ana bakım uygulamaları içeriğinin yanı sıra, yara bakımı, asit-baz dengesi, sıvı-elektrolit dengesi, şok ve hemşirelik bakımı, perioperatif hemşirelik bakımı, kayıp, ölüm, yas süreci, palyatif bakım gibi temel hemşirelik bakım ve becerilerinin tüm konularını içermektedir.
- ✓ Hemşirelik Esasları Dersi, temel hemşireliğe ilişkin psikomotor beceri kazandırmayı hedeflemektedir. Bu çerçevede; anlatım ve tartışma, demonstrasyon ve öğrenci uygulaması ana hattı oluşturmaktadır (Öğrenme deneyimleri Hemşirelik Esasları-I ve Hemşirelik Esasları-II dersine ilişkin verilecektir).
- ✓ Bilişsel, psikomotor ve duyuşsal alanları kapsayan çok yönlü değerlendirme araçları kullanılmaktadır (Değerlendirme; Hemşirelik Esasları-I ve Hemşirelik Esasları-II derslerine ilişkin ayrıntılı olarak verilecektir).

1.3. Hemşirelik Esasları Dersinin Genel Hedefleri

- Hemşireliğin temel kavramlarını bilir.
- Hemşirelik eğitimi, araştırmaları ve uygulamalarında yaygın olarak kullanılan model ve kuramları bilir.
- Eleştirel düşünmenin hemşirelik bakımındaki yerini bilir ve hemşirelik süreci ile ilişkisini kavrar.
- Virginia Henderson Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gereksinim Teorisini bilir ve hemşirelik süreci ile ilişkisini açıklar.
- İletişim, Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi ve Hareket Aktivitesi kapsamında yer alan hemşirelik becerilerini bilir, uygular ve mesleki uygulamalarında kullanır.
- Enfeksiyon kontrolü, yaşamsal bulgular, hareket gereksinimi, bireysel hijyen, sıcak-soğuk uygulamalar, hemşirelik süreci, ilaç uygulamaları, sıvı gereksinimi, solunum gereksinimi, beslenme gereksinimi, üriner boşaltım gereksinimi, bağırsak boşaltım gereksinimi kapsamında yer alan hemşirelik becerilerini bilir, uygular ve mesleki uygulamalarında kullanır.

1.4. Dersin Programdaki Yeri

Hemşirelik Esasları Dersi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü müfredatında 1. ve 2. yarıyıl (birinci yıl) yer almaktadır. 1. Yarıyıl (güz yarıyılı) HEM101 Hemşirelik Esasları-I ve 2. Yarıyıl (bahar yarıyılı) HEM102 Hemşirelik Esasları-II dersi olarak verilmektedir.

- ✓ HEM101 Hemşirelik Esasları -I Dersi haftada 3 saat teorik, 4 saat laboratuvar uygulamasını içeren 8 AKTS'lik bir derstir.
- ✓ HEM102 Hemşirelik Esasları-II Dersi haftada 4 saat teori, 16 saat laboratuvar ve klinik uygulamayı içeren 11 AKTS'lik bir derstir.

2. HEMŞİRELİK ESASLARI-I DERSİ (HEM101)

2.1. Dersin Tanımı ve Amacı

Hemşirelik Esasları I Dersi, öğrencinin hemşireliğin temel felsefesini, sağlık bakım sistemi içinde hemşirenin rolünü, hemşirelik bakımına ilişkin temel kavram, kuram, ilke ve yöntemlere ilişkin bilgi, beceri ve tutum geliştirmesini sağlamaktadır.

2.2. Dersin Öğrenim Çıktıları

- Hemşirelik uygulamalarının dayandığı ilke ve kavramları bilir.
- Bütüncül yaklaşım doğrultusunda hasta bakım temellerini kavrar.
- Bireyin bakımının planlanmasında kanıt temelli bilgileri kullanır.
- Laboratuvar ortamında enfeksiyon kontrolünü içeren temel hemşirelik becerilerini uygular.
- Laboratuvar ortamında yaşamsal bulguları içeren temel hemşirelik becerilerini uygular.
- Laboratuvar ortamında hareket gereksinimi, hastalara pozisyon vermeyi içeren temel hemşirelik becerilerini uygular.
- Laboratuvar ortamında bireysel hijyen uygulamalarını içeren temel hemşirelik becerilerini uygular.
- Laboratuvar ortamında sıcak-soğuk uygulamaları içeren temel hemşirelik becerilerini uygular.

2.3. Dersin Öğretim Yöntem ve Teknikleri

Dersin yüz yüze işlenişi; teorik bölümde PowerPoint, soru-cevap, tartışma, beyin fırtınası ve beceri videolarının izlenmesi, laboratuvar uygulamalarında ise demonstrasyon yöntemi ile beceri gösterimi ve maketler üzerinde becerilerin uygulanması şeklinde yapılmaktadır.

Öğrenciler, öğrenci sayısı ve öğretim elemanı sayısı gereği A ve B olmak üzere randomizasyon yöntemi ile iki gruba ayrılarak laboratuvara girmektedir. Dersin laboratuvar uygulamalarına destek olması amacıyla interaktif öğretim yöntemleri kullanılmaktadır. Kullanılan interaktif öğretim yöntemleri arasında, ter çevrilmiş sınıf (bu aktivitede; College of Nursing, temel beceri kitaplarının videoları gibi profesyonel videolar ve öğretim elemanı tarafından hazırlanan bulmaca, kelime oyunu gibi aktiviteler kullanılmaktadır), işbirlikli öğrenme, zihin haritalama, jigsaw tekniği, kaçış odası gibi öğretim yöntemleri yer almaktadır.

2.4. Dersin Değerlendirmesi

Hemşirelik Esasları-I dersi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Ön Lisans ve Lisans Eğitim-Öğretim Yönetmeliği gereğince devam zorunluluğu olan bir derstir. İlgili dersin değerlendirme kriterleri bir ara sınav (%30), bir laboratuvar uygulama notu (%10), bir beceri sınavı (%10) ve bir final sınavı (%50) şeklindedir.

2.5. Hemşirelik Esasları-I Dersi Haftalık Ders Planı

Hemşirelik Esasları-I Dersi haftada 3 saat teori ve 4 saat uygulama olarak verilmektedir.

HAFTA	DERSİN İÇERİĞİ	ÖĞRETİM ELEMANI
1.HAFTA	Normal Yaşam Döngüsü, İnsan,Çevre, Sağlık, Hemşirelik Kavramları	Dr. Öğr. Üyesi Aysun ACUN
2. HAFTA	Sağlık ve Hastalık Kavramı Benlik Kavramı Hemşirelikte Profesyonellik Bütüncül Yaklaşım Holistik Yaklaşım	Dr. Öğr. Üyesi Aysun ACUN
3. HAFTA	Ağrı, Ağrıya İlişkin Kavramlar, Ağrının Fizyolojisi, Farmakolojik ve Non Farmakolojik Ağrıyı Önlemede Etkili Yöntemler Uyku, Uykunun Evreleri ve Dinlenme Anksiyete, Stres ve Adaptasyon Cinsellik Kavramı	Dr. Öğr. Üyesi Aysun ACUN
4. HAFTA	Hastanın Hastaneye Kabulü Hasta Güvenliği Kavramı Enfeksiyon Kontrolü Teorik Anlatım Enfeksiyon zinciri Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar El hijyeni, kişisel koruyucu ekipman Kullanımı İzolasyon kavramı Atık ayrıştırma	Dr. Öğr. Üyesi Aysun ACUN
5. HAFTA	Yaşamsal Bulgular Teorik Anlatım Oral, axillar, temporal ve timpanik, rektal yollardan ateş ölçümü yapma ve değerlendirme Apikal/Periferik nabız sayma ve değerlendirme Yetişkin bireyde kan basıncını ölçme ve değerlendirme Yetişkin bireyde solunumu sayma ve değerlendirme Görsel Ağrı Sklası kullanma ve hastanın ağrısını değerlendirme	Dr. Öğr. Üyesi Aysun ACUN

	Enfeksiyon Kontrolü Uygulamaları Demonstrasyon	
6. HAFTA	Yaşamsal Bulguları Demonstrasyon Enfeksiyon Kontrolü Uygulamaları Öğrenci Uygulamaları	Dr. Öğr. Üyesi Aysun ACUN
7. HAFTA	Hareket Gereksinimi Teorik Anlatım Supine, Lateral, Prone, Fowler Pozisyonları Yatak İçerisinde Hasta Kontrolü Hasta Transferi Eklem Açma Hareketleri Yaşamsal Bulgular Uygulamaları Öğrenci Uygulamaları	Dr. Öğr. Üyesi Aysun ACUN
8. HAFTA ARA SINAV HAFTASI		
9. HAFTA	Hareket Gereksinimi Uygulamaları Demonstrasyon Hareket Gereksinimi Uygulamaları Öğrenci Uygulamaları	Dr. Öğr. Üyesi Aysun ACUN
10. HAFTA	Öz Bakım, Bireysel Hijyen Uygulamaları Teorik Anlatım Deri bütünlüğünün sağlanması ve sürdürülmesi Sırt masajı yapma (Efloraj, petrisaj, vibrasyon, friksiyon, tapotman) Perine bölgesi bakımı verme Tam vücut banyosu yaptırılması Yüz, göz, ağız, kulak, burun, el, ayak, tırnak ve saç bakımı verme Bilinçsiz hasta ve diş protezi kullanan hastaya ağız bakımı verme Bireysel Hijyen Uygulamaları Demonstrasyon	Dr. Öğr. Üyesi Aysun ACUN
11. HAFTA	Sıcak- Soğuk Uygulamalar Teorik Anlatım Sıcak-Soğuk Uygulamada Teknikler, Yaş ve Kuru Uygulamalar Bireysel Hijyen Uygulamaları Öğrenci Uygulamaları	Dr. Öğr. Üyesi Aysun ACUN
12. HAFTA	Sıcak-Soğuk Uygulamalar Demonstrasyon Beceri Sınavları Başlangıcı	Dr. Öğr. Üyesi Aysun ACUN
13. HAFTA	Beceri Sınavları	Dr. Öğr. Üyesi Aysun ACUN
14. HAFTA	Beceri Sınavları (Sınavların bitiminde öğrencilerin ders tekrarı talepleri)	Dr. Öğr. Üyesi Aysun ACUN
FİNAL SINAVI HAFTASI		

2.6.Hemşirelik Esasları- I Dersi Haftalık Ders Programı

T. C. BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
2025-2026 EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI GÜZ DÖNEMİ
(HEM101) HEMŞİRELİK ESASLARI-I DERSİ DERS PROGRAMI

DERS TARİHLERİ	KONULAR	DERSLİK
09 Ekim 2025 Perşembe		
09.00-12.00 13.00-17.00	Giriş ve dersin tanıtılması Normal Yaşam Döngüsü, İnsan ve Çevre Kavramı	B1-010
16 Ekim 2025 Perşembe		
09.00-12.00 13.00-17.00	Sağlık ve Hastalık Kavramı Benlik Kavramı Hemşirelikte Profesyonellik Bütüncül Yaklaşım	B1-010
23 Ekim 2025 Perşembe		
09.00-12.00 13.00-17.00	Ağrı, Uyku ve Dinlenme Anksiyete, Stres ve Adaptasyon Cinsellik	B1-010
30 Ekim 2025 Perşembe		
09.00-12.20 13.00-17.00	Enfeksiyon Kontrolü (Teori) Hastanın Hastaneye Kabulü Hasta Güvenliği Kavramı	B1-010
06 Kasım 2025 Perşembe		
09.00-12.20 13.00-14.40 15.00-17.00	Yaşamsal Bulgular (Teori) Enfeksiyon Kontrolü Demonstrasyon- A Grubu Enfeksiyon Kontrolü Demonstrasyon- B Grubu	B1-010 B3-010 (Laboratuvar)
13 Kasım 2025 Perşembe		
09.00-10.30 10.50-12.20 13.00-14.40 15.00-17.00	Enfeksiyon Kontrolü Laboratuvar Uygulaması- B Grubu Enfeksiyon Kontrolü Laboratuvar Uygulaması- A Grubu Yaşamsal Bulgular Demonstrasyon- B Grubu Yaşamsal Bulgular Demonstrasyon- A Grubu	B3-010 (Laboratuvar) B3-010 (Laboratuvar)

20 Kasım 2025 Perşembe		
09.00-12.00	Hareket Gereksinimi (Teori)	B1-010
13.00-14.40	Yaşamsal Bulgular Laboratuvar Uygulaması- A Grubu	B3-010 (Laboratuvar)
15.00-17.00	Yaşamsal Bulgular Laboratuvar Uygulaması- B Grubu	
04 Aralık 2025 Perşembe		
09.00-10.30	Hareket Gereksinimi Demonstrasyon- A Grubu	B3-010 (Laboratuvar)
10.50-12.20	Hareket Gereksinimi Demonstrasyon- B Grubu	B3-010 (Laboratuvar)
13.00-14.40	Hareket Gereksinimi Laboratuvar Uygulaması- A Grubu	
15.00-17.00	Hareket Gereksinimi Laboratuvar Uygulaması- B Grubu	
11 Aralık 2025 Perşembe		
09.00-12.00	Öz Bakım, Bireysel Hijyen Uygulamaları (Teori)	B1-010
13.00-14.40	Bireysel Hijyen Demonstrasyon- A Grubu	B3-010 (Laboratuvar)
15.00-17.00	Bireysel Hijyen Demonstrasyon- B Grubu	
18 Aralık 2025 Perşembe		
09.00-12.00	Sıcak- Soğuk Uygulamalar (Teori)	B1-010
13.00-14.40	Bireysel Hijyen Laboratuvar Uygulaması- B Grubu	B3-010 (Laboratuvar)
15.00-17.00	Bireysel Hijyen Laboratuvar Uygulaması- A Grubu	
25 Aralık 2025 Perşembe		
09.00-10.30	Sıcak- Soğuk Uygulamalar Demonstrasyon- A Grubu	B3-010 (Laboratuvar)
10.50-12.20	Sıcak- Soğuk Uygulamalar Demonstrasyon- B Grubu	
13.00-17.00	BECERİ SINAVLARI	B3-010 (Laboratuvar)
08 Ocak 2025 Perşembe		
09.00-12.00	BECERİ SINAVLARI	B3-010 (Laboratuvar)
13.00-17.00	BECERİ SINAVLARI	B3-010 (Laboratuvar)
15 Ocak 2025 Perşembe		
09.00-12.00	BECERİ SINAVLARI	B3-010 (Laboratuvar)
13.00-17.00	BECERİ SINAVLARI	B3-010 (Laboratuvar)

➤ 22-30 Kasım 2025 tarihleri arasında ara sınavlar (vize) yapılacaktır.

2.7. Laboratuvar Uygulama Esasları

Laboratuvar uygulamalarına öğrenciler beyaz önlükleri ile katılmakta ve “Laboratuvar Kullanım Talimatı”na (EK 1) uymaktadırlar. Uygulama öncesi öğrenciler videoları izleyerek ve işlem basamaklarını okuyarak laboratuvara gelmektedir. Öğrenciler öğretim elemanı sayısına göre gruplara ayrılmaktadır, öncelikle öğretim elemanı ile demonstrasyona katılmakta ve sonrasında gruplar halinde en az bir kez uygulamayı maketler üzerinde denemekte ve öğretim elemanı tarafından geri bildirim almaktadırlar.

2.8. Temel Hemşirelik Uygulamaları Beceri Listesi

Temel hemşirelik uygulamaları beceri listesinde Virginia Henderson Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gereksinim Teorisi’ne göre HUÇEP doğrultusunda istenen uygulamalar belirlenmiştir. Temel Hemşirelik Becerileri İşlem Basamakları ekte verilmiştir (EK 2). Uygulamalar kapsamında, laboratuvar da öğretim elemanı tarafından demonstrasyonu yapıldıktan sonra her öğrenci öğretim elemanı rehberliğinde uygulamayı en az bir kez maket üzerinde uygular ve geribildirim alır. Ayrıca öğrenciler, dönemin son haftalarında ders planı içerisinde yer alan enfeksiyon kontrolü, yaşamsal bulgular, hareket gereksinimi konularından beceri sınavına girmektedirler. Yapılan beceri sınavında, ilgili konuya ilişkin beceri sınavı çeklisti kullanılmaktadır (EK 2 içerisinde yer almaktadır). Beceri sınavlarında öğrenciler “Öğrenci Sınav Yönergesi”ne uymaktadır (EK 3). Beceri sınavı dersin değerlendirme kriterinin %10’nu oluşturmaktadır.

2.9. Laboratuvar Uygulamaları Değerlendirme

Hemşirelik Esasları-I dersi laboratuvar uygulamaları boyunca öğrencilerin laboratuvar kurallarına uyması, laboratuvar uygulama derslerine devam-devamsızlığı, laboratuvar derslerine zamanında gelme ve laboratuvarı zamanında terketme, araç-gereç kullanım düzeni, önlük ve kılık kıyafet düzeni, laboratuvar uygulamalarına ilişkin teorik alt yapının yeterliliği, uygulamalara katılmada istekli olma, laboratuvar uygulamalarında öğretim elemanı yönlendirmelerine uyma gibi konuların yer aldığı bir değerlendirme yapılmaktadır. Ayrıca ilgili uygulamaya ilişkin teorik ve demonstrasyon sonrası öğrencilerin uygulama saatleri olan, ders programında öğrenci uygulaması olarak belirtilen gün ve saatlerde öğretim elemanı gözetiminde öğrencilerin uygulaması gözlemlenmektedir. Belirtilen günlerde öğrencilerin ders devamlılığı büyük önem taşımaktadır. İlgili puanlamaya ilişkin Hemşirelik Esasları-I Dersi Laboratuvar Puanı Notlandırma Tablosu ekte yer almaktadır (EK 4). Laboratuvar puanı dersin değerlendirme kriterinin %10’nu oluşturmaktadır.

3. Hemşirelik Esasları-I Dersi Kaynak Listesi

- Atabek Aşti, T. ve Karadağ, A. (2024) (Editörler). Hemşirelik Esasları I-II. İstanbul: Akademi Basım, 3. Baskı.
- Berman A., Snyder S., Frandsen G., Kozier&Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice Tenth Edition, Pearson, 2016.
- College of Nursing, <https://nursing.ecu.edu/online-nursing-video-collection/>
- Göçmen Baykara, Z., Çalışkan, N., Öztürk, D. ve Karadağ, A. (2023) (Editörler). Temel Hemşirelik Becerileri (Kontrol Listeleri). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 4. Baskı.
- Kara Kaşıkçı M. ve Akın E. (2021) (Editörler). Temel Hemşirelik Esaslar, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri, 1. Baskı.
- Kapucu, S., Akyar, İ. ve Korkmaz, F. (2018) (Editörler). Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı, NANDA-I, NIC, NOC. Ankara: Pelikan Yayınevi, 11. Baskı.
- Lynn, P. (2015) (Çeviri Editörü: Doç. Dr. Hicran BEKTAŞ). Taylor Klinik Hemşirelik Becerileri, Bir Hemşirelik Süreci Yaklaşımı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Uluslararası Basım, 3. Baskı.
- Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A., Fundamentals of Nursing 8th Edition, Elsevier, 2013.
- Şenol Çelik, S. ve Karadağ, A. (2019) (Editörler). Hemşirelik Bakım Planları: Tanılar, Girişimler ve Sonuçlar. İstanbul: Akademi Basım, 1. Baskı.
- Taylor CR, Lillis C, LeMone P, Lynn P, Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care Seventh, North American Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

4. EKLER

EK 1: HEMŞİRELİK LABORATUVARI KULLANIM TALİMATI

T.C.
BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

HEMŞİRELİK LABORATUVARI KULLANIM TALİMATI

AMAÇ: Hemşirelik Laboratuvarı kullanım kurallarını belirlemektir.

SORUMLULAR: Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üye ve Elemanları, Hemşirelik Bölümü'nde uygulamalı ders takip eden Öğretim Üye ve Elemanları ile Laboratuvarda ders yürütecek olan ders sorumlu öğretim üye/elemanları.

Hemşirelik Laboratuvarının amacı dışında kullanımı yasaktır. Bu kapsamda laboratuvar aşağıda maddeler halinde sunulan talimatlara göre kullanılmalıdır.

1. Hemşirelik Laboratuvarı kullanım talimatı konusunda, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üye/Elemanları ile Hemşirelik Bölümü'nde uygulamalı ders takip eden Öğretim Üye/Elemanları ve tüm öğrenciler bilgilendirilmelidir.
2. Laboratuvarda çalışırken öğretim üye/elemanları ve öğrenciler mutlaka beyaz önlük giymelidir.
3. Laboratuvar içerisine kapalı pet şişe su haricinde yiyecek-içecek ile girilmemelidir.
4. Laboratuvar çalışma günlerinde, ders arası, öğle arası gibi mola saatleri arasında laboratuvarda öğretim üye/elemanı olmadan öğrenciler yalnız bırakılmamalıdır.
5. Laboratuvarda ıslak bir alan mevcut ise üzerinden geçiş yapılmamalıdır.
6. Öğretim üye/elemanları ve öğrenciler her türlü araç ve gerecin dikkatli kullanılmasına özen göstermelidir.
7. Öğrenci, araç-gereçlerin zarar görmesi ya da kaybolmasına neden olduğu durumlarda zararı karşılamak durumundadır.
8. Laboratuvarda yapılan eğitim öğretim faaliyetlerinde ortaya çıkan atıklar uygun bir biçimde atık ayrıştırmaya tabi tutulmalıdır (Örnek: Tıbbi atık, kesici-delici atık gibi...).
9. Laboratuvarda meydana gelen her türlü olay, ekipman, araç gereç deformasyonu, kırılmalar vb sorumlu öğretim üye/elemanına ve Hemşirelik Bölüm Başkanlığı'na bildirilmelidir.
10. Laboratuvar uygulamalarında paketli ya da kutular içerisindeki malzemeler için her bir paket ya da kutu bitmeden diğerleri açılmamalıdır. Malzemeler düzen içerisinde kullanılmalıdır.
11. Hemşirelik bölüm başkanlığı, laboratuvardan sorumlu öğretim üye/elemanının izni olmadan herhangi bir eğitim materyali ve demirbaş malzeme kesinlikle laboratuvar dışına çıkarılmamalıdır. Eğer bir eğitim materyali ve demirbaş malzemenin laboratuvar dışına çıkartılma zorunluluğu var ise mutlaka tutanak karşılığında çıkarılmalıdır.

12. Laboratuvar kapsamında yapılacak olan dersler için dersi yapacak öğretim üye/elemanı en az bir hafta öncesinden Hemşirelik Bölüm Başkanlığı ile yazılı olarak iletişime geçerek laboratuvar kullanımı konusunda uygunluk almalıdır.
13. Hemşirelik Bölüm Başkanlığı ile resmi yazışma olmadan laboratuvar kullanımı talep edilmemelidir.
14. Laboratuvar malzeme dolapları tek tek düzenlenmiş olup, dolaplar üzerinde hangi uygulama malzemelerinin olduğu ve raflara göre malzeme listesi yer almaktadır. Malzemeler kullanım sonrasında mutlaka aynı dolap ve rafa bırakılmalıdır. Dolaplar arasında malzeme geçişi yapılmamalıdır.
15. Laboratuvar uygulaması sırasında, yalnızca o haftaki ders konusuna ilişkin kullanılacak malzemelerin yer aldığı dolap açılarak kullanılmalıdır. Laboratuvar uygulaması sırasında tüm dolapların açık olması engellenmelidir.
16. Öğrenciler malzeme dolapları içerisine yalnızca öğretim üye ve elemanı gözetiminde erişebilmelidir.
17. Laboratuvarın kullanılmadığı zamanlarda izinsiz giriş ve çıkışların yaşanmaması için laboratuvar mutlaka kilitli tutulmalıdır.
18. Laboratuvarda çalışma bitiminde, çalışmayı yapan öğretim üye/elemanı tarafından malzemeler uygun bir şekilde temizlenmeli, kurulanmalı malzeme dolabındaki yerlerine bırakılmalıdır.
19. Laboratuvar, çalışma bitiminde, genel düzene uygun bir şekilde düzenlenmeli, bir sonraki kullanıma hazır bir şekilde bırakılmalıdır.
20. Kullanılmama ve/veya çalışma bitiminin ardından su musluğu, elektrik düğmeleri, projeksiyon kapalı tutulmalı ve projeksiyon perdesi açık bırakılmamalıdır.
21. Laboratuvarda her uygulama yapan öğrenci grubunun ardından laboratuvar uygun koşullarda temizlenmelidir. Bu kapsamda, uygulamalar sonrasında, masa, kolçaklı sandalye yüzeyleri, pencere önleri, kapı kolu ve tüm yüzeyler silinmeli ve yerler temizlenmelidir. Laboratuvar içerisindeki tüm yüzeyler ve yerler 1/100'lük çamaşır suyu (1 litre suya 10 cc çamaşır suyu) ile temizlenmelidir.
22. Laboratuvar içerisinde güvenlik önlemleri alınmalıdır. Yangın söndürme tüpü bulunmalı ve herhangi bir yaralanmaya sebep verecek ağırlıktaki malzemeler dolaplar üzerine konulmamalıdır.

EK 2: TEMEL HEMŞİRELİK BECERİLERİ ÇEKLISTLERİ

1. ENFEKSİYON KONTROLÜ

1.1. El Yıkama

Malzemeler: Sıvı sabun, kağıt havlu, nemlendirici krem, kirli kabı	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Eller çizik, kesik, lezyon yönünden kontrol edilir.			
Tırnakların kısa, temiz ve pürüzsüz olması sağlanır.			
Takılar varsa çıkarılır (Taşsız alyans çıkarılmayabilir).			
Üniformanın kolları uzun ise yukarıya doğru kıvrılır.			
Üniforma lavaboya değmeyecek şekilde lavabo önünde durulur.			
Kağıt havlu ile musluk açılır.			
Suyun akış hızı, sıçrama olmayacak şekilde ayarlanır.			
Önkol dirseklerden aşağıda olacak şekilde eller ve bilekler ıslatılır.			
Avuç içine 4-5 ml kadar sıvı sabun alınır.			
Eller iyice köpürene kadar ovuşturulur.			
Avuç içleri, el sırtı, parmaklar ve parmak araları ile bilekler dairesel hareketlerle en az 5'er defa ovuşturulur.			
Tırnak araları diğer elin tırnakları ile ya da temiz bir fırça ile temizlenir.			
Ellerde gözle görülür bir kirlilik varsa, bileklerin 2,5 cm yukarısına kadar yıkanır.			
Eller, bileklerden parmak uçlarına doğru iyice durulanır.			
El yıkama işlemi yaklaşık olarak 20-60 sn sürer.			
Eller parmaklardan başlayıp bileklere ve önkola doğru kağıt havlu ile iyice kurulanır.			
Musluk, temiz ve kuru kağıt havlu ile kapatılır.			
Kağıt havlu atık kutusuna atılır.			
Gerekliyse ellere nemlendirici krem sürülür.			

1.2. İzolasyonda Olan Bir Hastanın Bakımı İçin Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı

Malzemeler: Tek kullanımlık önlük, eldiven, maske, bone, gözlük, yüz koruyucu, galoş (gerekli ise), atıklar için uygun atık kutusu, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Hastanın izolasyon durumunu içeren tıbbi öyküsü değerlendirilir.			
Takılar varsa çıkarılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır.			
Hastanın izolasyon türüne göre kullanılacak kişisel koruyucu ekipmanlar hazırlanır.			
Uzun saçlar toka vs ile toplanır.			
Bone iki ucundan tutulur.			
Bone saçların tamamını içine alacak şekilde başa yerleştirilir.			
Tek kullanımlık önlük, açık kısmı arkaya gelecek şekilde giyilir.			
Önlüğün kolları parmak uçlarına doğru çekilir.			
Önlük, boyundan ve belden bağlanır.			
Gerekli ise tek kullanımlık gözlük ve/veya yüz koruyucu takılır.			
Maske, metal şeridi burun kanatlarının üzerine gelecek şekilde bağlarından tutulur.			
Maske, ağız, burnu ve çeneyi kaplayacak şekilde yüze yerleştirilir.			
Maskenin üst bağları kulakların üzerinden, alt bağları kulakların altından geçirilerek başın arka kısmında bağlanır.			
Maskenin metal şeridi, burun kanatlarının üstünde sıkıştırılır.			
Gerekli ise galoş giyilir, el hijyeni sağlanır.			
Tek kullanımlık eldiven, önlüğün kol ağzını içine alacak şekilde giyilir.			
Hasta odasına girilir.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Malzemeler kolay ulaşılabilecek şekilde bırakılır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hasta mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilir şekilde bel seviyesine getirilir.			
Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.			

Gerekli bakımların ardından kirli malzemeler uygun bir şekilde uzaklaştırılır.			
Yatak kenarlıkları indirilerek, yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Eğer önlüğün bağı ön taraftan bağlanmışsa eldiven çıkarılmadan önlüğün bağı çözülür.			
Bulaşı önlemek için öncelikle eldivenler çıkarılır.			
Eldivenlerden biri, kol ağzından tutularak içi dışına gelecek şekilde çıkarılır ve diğer eldivenli elin avuç içine alınır.			
Eldivensiz el ile diğer eldivenin bilek kısmından iç yüzeyinden tutularak içi dışına gelecek şekilde çıkarılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Gözlük ve/veya yüz koruyucu çıkarılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Önlüğün önce boyun sonra bel bağcıkları çözülür.			
Önlüğün omuz kısmından tutularak öne doğru, dış yüzü içeride kalacak şekilde çıkarılır ve yavaşça katlanır.			
Önlük uygun atık ayrıştırma ile uzaklaştırılır.			
El hijyeni sağlanır.			
İnhalasyonla bulaşı önlemek için en son maske çıkarılır.			
Maskenin dış yüzeyine temas etmeden, önce alt sonra üst bağcığı çözülerek atık kutusuna atılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Bone dış yüzeyine temas etmeden çıkarılarak atık kutusuna atılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin kayıtlar hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

1.3. Steril Alan Hazırlama

Malzemeler: Steril paket/bohça (içerisinde böbrek küvet), hazır steril paket, steril solüsyon, kirli kabı	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
El hijyeni sağlanır.			
Steril bohça; yırtık, renk değişimi, nemlilik, kontaminasyon, sterilizasyon bandı, SKT vb. açıdan kontrol edilir.			
Steril bohça bel seviyesinin üstünde temiz ve kuru bir alana koyulur.			
Bohça, üst katının 2,5 cm'lik dış kenarından tutularak önce vücuda uzak olan taraf açılır.			
Bohçanın sağ veya sol yanlarını 2,5 cm'lik dış kenarından tutularak yanlara doğru açılır.			
Bohçanın vücuda yakın olan katı 2,5 cm'lik dış kenarından tutularak açılır.			
Hazır steril paket; yırtık, renk değişimi, nemlilik, kontaminasyon, sterilizasyon bandı, SKT vb. açıdan kontrol edilir.			
Paket, steril alana ve vücuda değdirmeden bel seviyesi üzerinde tutulur.			
Paket, kenarlarını içine dokunmadan iki yana doğru dikkatlice ayrılır.			
Paket içindeki malzeme, steril alana yaklaşık 15 cm yükseklikten bırakılır.			
Steril malzemeleri en dıştaki 2,5 cm'lik alana bırakmamaya dikkat edilir.			
Steril solüsyon; renk değişimi, partikül, SKT vb. açıdan kontrol edilir.			
Solüsyonun kapağı açılır, kapağın ağzı yukarı bakacak şekilde steril alandan uzağa bırakılır.			
Solüsyon şişenin etiketi avuç içinde kalacak şekilde tutulur.			
Solüsyon, steril alana 10-15 cm yukarıdan tutarak sıçratmadan boşaltılır.			
Şişenin kapağı dış kısımdan tutularak kapatılır.			

1.4. Steril Eldiven Giyme ve Çıkarma

Malzemeler: Uygun numaralı steril eldiven, kirli kabı	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
El hijyeni sağlanır.			
Eldiven paketi; yırtık, renk değişimi, nemlilik, kontaminasyon, SKT vb. açıdan kontrol edilir.			
Eldivenin dış paketi açılır, iç paketi bel seviyesinin üzerinde kuru ve temiz bir alana koyulur.			
Eldivenin iç paketinin kenarlarını iç kısımlara dokunulmadan açılır.			
Pasif elin baş ve işaret parmaklarıyla aktif ele ait eldivenin katlanmış olan manşet kısmı iç kısımdan kavranır.			
Eldiven, bel hizasından yukarıda tutularak, parmakları aşağı bakacak şekilde kaldırılıp paketten çıkarılır.			
Eldiven dikkatlice aktif ele giyilir.			
Eldivenli elin başparmağı diğer parmaklardan uzak tutulur.			
Kalan dört parmak yan yana birleştirilerek diğer eldivenin manşet katları arasına yerleştirilir.			
Eldiven, bel hizasından yukarı olacak şekilde kaldırıp paketten çıkarılır.			
Eldiven dikkatlice pasif ele giyilir.			
Her iki elin parmaklarını birbiri arasına kenetlenerek eldivenin ele iyice yerleşmesi sağlanır.			
<u>Steril eldiven çıkarılırken:</u> Aktif el ile diğer eldeki eldivenin manşet kısmı bileğe değmeden tutulur.			
Eldivenin içi dışarı gelecek biçimde çıkarılır ve aktif elin avucunda tutulur.			
Eldivensiz elin parmakları, eldivenli elin eldiveni ile bilek arasına yerleştirilir ve içi dışarı gelecek şekilde çıkarılır.			
Eldiven kirli kabına atılır.			
El hijyeni sağlanır.			

1.5. Beceri Sınavı Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Bilgi ve Beceri Gözlem Formu (100 PUAN)**Tarih:/.../20**

İŞLEM BASAMAKLARI	Bilgi puanı	Beceri puanı	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI
STERİL ALAN HAZIRLAMA (BOHÇA AÇMA, PAKET BIRAKMA, SOLÜSYON DÖKME) (40 PUAN)							
1. El hijyeni sağlar. (Bilgi 1+beceri 1=2 puan)							
2. Steril bohçayı; yırtık, renk değişimi, nemlilik, kontaminasyon, sterilizasyon bandı, SKT vb. açıdan kontrol eder. (Bilgi 1+beceri 2=3 puan)							
3. Steril bohçayı bel seviyesinin üstünde temiz ve kuru bir alana koyar. (Bilgi 1+beceri 1=2 puan)							
4. Bohçanın üst katını 2,5 cm'lik dış kenarından tutarak önce vücuda uzak olan tarafı açar. (Bilgi 1+beceri 2=3 puan)							
5. Bohçanın sağ veya sol yanlarını 2,5 cm'lik dış kenarından tutarak yanlara doğru açar. (Bilgi 1+beceri 2=3 puan)							
6. Bohçanın vücuda yakın olan katını 2,5 cm'lik dış kenarından tutarak açar. (Bilgi 1+beceri 2=3 puan)							
7. <u>Hazır steril paketi</u> ; yırtık, renk değişimi, nemlilik, kontaminasyon, sterilizasyon bandı, SKT vb. açıdan kontrol eder. (Bilgi 1+beceri 2=3 puan)							
8. Paketi, steril alana ve vücuda değdirmeden bel seviyesi üzerinde tutar. (Bilgi 1+beceri 1=2 puan)							
9. Paketin kenarlarını içine dokunmadan iki yana doğru dikkatlice ayırır. (Bilgi 1+beceri 1=2 puan)							
10. Paket içindeki malzemeyi, steril alana yaklaşık 15 cm yükseklikten bırakır. (Bilgi 1+beceri 2=3 puan)							
11. Steril malzemeleri en dıştaki 2,5 cm'lik alana bırakmamaya dikkat eder. (Bilgi 1+beceri 1=2 puan)							
12. <u>Steril solüsyonu</u> ; renk değişimi, partikül, SKT vb. açıdan kontrol eder. (Bilgi 1+beceri 2=3 puan)							
13. Solüsyonun kapağını açar, kapağın ağzı yukarı bakacak şekilde steril alandan uzağa bırakır. (Bilgi 1+beceri 1=2 puan)							
14. Solüsyonu şişenin etiketi avuç içinde kalacak şekilde tutar. (Bilgi 1+beceri 1=2 puan)							
15. Solüsyonu, steril alana 10-15 cm yukarıdan tutarak sıçratmadan boşaltır. (Bilgi 1+beceri 2=3 puan)							
16. Şişenin kapağını dış kısımdan tutarak kapatır. (Bilgi 1+beceri 1=2 puan)							

İŞLEM BASAMAKLARI	Bilgi puanı	Beceri puanı	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI
STERİL ELĐİVEN Gİyme VE ÇIKARMA (60 PUAN)							
1. El hijyeni sağlar. (Bilgi 1+beceri 1=2 puan)							
2. Eldiven paketini; yırtık, renk değişimi, nemlilik, kontaminasyon, SKT vb. açıdan kontrol eder. (Bilgi 1+beceri 2=3 puan)							
3. Eldivenin dış paketini açar, iç paketi bel seviyesinin üzerinde kuru ve temiz bir alana koyar. (Bilgi 1+beceri 1=2 puan)							
4. Eldivenin iç paketinin kenarlarını açar (iç kısımlara dokunmadan). (Bilgi 1+beceri 3=4 puan)							
5. Pasif elin baş ve işaret parmaklarıyla aktif ele ait eldivenin katlanmış olan manşet kısmını iç kısmından kavrar. (Bilgi 1+beceri 3=4 puan)							
6. Eldiveni, bel hizasından yukarı tutarak, parmakları aşağı bakacak şekilde kaldırıp paketten çıkarır. (Bilgi 1+beceri 2=3 puan)							
7. Eldiveni dikkatlice aktif ele giyer. (Bilgi 1+beceri 9=10 puan)							
8. Eldivenli elin başparmağını diğer parmaklardan uzak tutar. ((Bilgi 1+beceri 2=3 puan)							
9. Kalan dört parmağı yan yana birleştirerek diğer eldivenin manşet katları arasına yerleştirir. (Bilgi 1+beceri 2=3 puan)							
10. Eldiveni, bel hizasından yukarı olacak şekilde kaldırıp paketten çıkarır. ((Bilgi 1+beceri 2=3 puan)							
11. Eldiveni dikkatlice pasif ele giyer. (Bilgi 1+beceri 9=10 puan)							
12. Her iki elin parmaklarını birbiri arasına kenetleyerek eldivenin ele iyice yerleşmesini sağlar. (Bilgi 1+beceri 1=2 puan)							
<u>Steril eldiveni çıkarırken:</u>							
13. Aktif eli ile diğer elindeki eldivenin manşet kısmını bileğe değmeden tutar. (Bilgi 1+beceri 2=3 puan)							
14. Eldivenin içi dışarı gelecek biçimde çıkarır ve aktif elin avucunda tutar. (Bilgi 1+beceri 1=2 puan)							
15. Eldivensiz elin parmaklarını, eldivenli elin eldiveni ile bilek arasına yerleştirir ve içi dışarı gelecek şekilde çıkarır. (Bilgi 1+beceri 1=2 puan)							
16. Eldiveni kirli kabına atar. (Bilgi 1+beceri 1=2 puan)							
17. El hijyeni sağlar. (Bilgi 1+beceri 1=2 puan)							

2. YAŞAMSAL BULGULAR

2.1. Vücut Sıcaklığının Ölçülmesi

2.1.1. Vücut Sıcaklığının Oral Yoldan Ölçülmesi

Malzemeler:Malzeme tepsi, dijital termometre, alkollü/antiseptikli pamuk tampon, kuru pamuk tampon, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Vücut sıcaklığının oral yoldan ölçümünü etkileyen sıcak/soğuk içecek içmiş olmak, sigara tüketimi, bilinç durumu vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır, ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hasta mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir, kapatılır.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Dijital termometre, metal kısmından başlayarak kuru pamuk tampon ile silinir.			
Termometrenin başlat/start düğmesine basılır.			
Termometre hastanın dilinin altına posterior sublingual boşluğa yerleştirilir.			
Hastadan dudaklarını termometrenin çevresini tamamen kapatacak şekilde kapatması istenir.			
Termometrenin sinyal sesi duyulana kadar beklenir.			
Termometre ağızdan alınır.			
Termometredeki sıcaklık değeri okunur.			
Termometre, metal kısmının ucuna doğru antiseptikli pamuk ile silinir.			
Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır ve el hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

2.1.2. Vücut Sıcaklığının Aksiller Yoldan Ölçülmesi

Malzemeler:Malzeme tepsisi, dijital termometre, alkollü/antiseptikli pamuk tampon, kuru pamuk tampon, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Vücut sıcaklığının aksiller yoldan ölçümünü etkileyen koltuk altının nemli/kirli olması vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır, ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hasta mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir, kapatılır.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Dijital termometre, metal kısmından başlayarak kuru pamuk tampon ile silinir.			
Termometrenin başlat/start düğmesine basılır.			
Termometre deriye doğrudan temas edecek şekilde koltuk altına yerleştirilir.			
Hastanın kolunu kaldırmaması istenir.			
Termometrenin sinyal sesi duyulana kadar beklenir.			
Termometre koltuk altından alınır.			
Termometredeki sıcaklık değeri okunur.			
Termometre, metal kısmının ucuna doğru antiseptikli pamuk ile silinir.			
Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır ve el hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

2.1.3. Vücut Sıcaklığının Rektal Yoldan Ölçülmesi

Malzemeler: Malzeme tepsi, dijital termometre, alkolü/antiseptikli pamuk tampon, kuru pamuk tampon, tek kullanımlık eldiven, suda çözünür kayganlaştırıcı, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Vücut sıcaklığının rektal yoldan ölçümünü etkileyen rektal cerrahi, fissür, hemoroid, diyare, kanama vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır, ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hasta mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir, kapatılır.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastaya lateral ya da sims pozisyonu verilir.			
Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastanın anal bölgesi açıkta kalacak şekilde hastanın alt çamaşırları çıkarılır.			
Termometre, metal kısmından başlayarak kuru pamuk tampon ile silinir.			
Termometrenin 2,5 cm'lik uç kısmına suda çözünür kayganlaştırıcı sürülür.			
Anal sfinkter görünecek şekilde pasif el ile hastanın kalçaları aralanır.			
Termometrenin başlat/start düğmesine basılır.			
Hastadan derin nefes alması istenir.			
Termometrenin metal kısmı nazikçe anüsten içeri doğru yetişkinde 2,5-3,5 cm, çocukta 2-2,5 cm içeri yerleştirilir.			
Termometrenin sinyal sesi duyulana kadar beklenir.			
Termometre nazikçe geri çıkarılır.			
Termometredeki sıcaklık değeri okunur.			
Termometre, metal kısmının ucuna doğru antiseptikli pamuk ile silinir.			
Hastanın kıyafetleri giydirilir.			
Tek kullanımlık eldivenler çıkarılır.			
Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			

Malzemeler toplanır ve el hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

2.1.4. Vücut Sıcaklığının Timpanik Membran Yoluyla Ölçülmesi

Malzemeler:Malzeme tepsisi, timpanik membran termometresi, tek kullanımlık timpanik membran termometresi probu, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Vücut sıcaklığının timpanik membran yoluyla ölçümünü etkileyen yaş, kulak kiri, enfeksiyon, kulak operasyonu, kulağın üzerine uzun süre yatılması vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır, ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hasta mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir, kapatılır.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Termometrenin ucuna tek kullanımlık prop yerleştirilir.			
Hastanın başı sağ ya da sol tarafa çevrilir.			
Kulak kepçesi yetişkinlerde yukarı ve geriye doğru, 3 yaşın altındaki çocuklarda ise aşağı ve geriye doğru çekilir.			
Termometrenin probu dış kulağın girişine doğru nazikçe yerleştirilir.			
Termometrenin başlat/start düğmesine basılır.			
Termometrenin sinyal sesi duyulana kadar beklenir.			
Termometre kulak yolundan çıkarılır.			
Termometredeki sıcaklık değeri okunur.			
Termometreden tek kullanımlık prop çıkarılır.			
Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır ve el hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

2.1.5. Vücut Sıcaklığının Temporal Arter Yoluyla Ölçülmesi

Malzemeler:Malzeme tepsisi, temporal arter termometresi, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır, ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hasta mahremiyeti sağlanır.			
Sıcaklık ölçülecek bölge nemlilik, sıcaklık, ter, açık yara vb yönünden değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın alını açıkta olacak şekilde rahat bir pozisyon verilir.			
Termometre hastanın cildine uygun uzaklıkta tutulur.			
Termometrenin başlat/start düğmesine basılır.			
Termometrenin sinyal sesi duyulana termometrenin ucu hastanın alnında tutulur.			
Termometre alından uzaklaştırılır.			
Termometredeki sıcaklık değeri okunur.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

2.2. Radial Arterden Nabız ve Solunumun Değerlendirilmesi

Malzemeler:Saniyeli saat, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Radial arterden nabız ve solunum ölçümünü etkileyen yaş, fiziksel aktivite, ilaç, anksiyete, IV sıvı tedavisi, hastalıklar vb yönünden değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastaya supine ya da fowler pozisyon verilir.			
Nabız ölçümü için uygun kol seçilir.			
Hastanın koluna uygun pozisyon verilir:			

➤ Hasta supine pozisyonunda ise hastanın kolu, gövdesine paralel ya da hafif fleksiyona getirilerek abdomenin altına ya da göğüs üzerine yerleştirilir. ➤ Hasta fowler pozisyonunda ise hastanın kolu dirsekten 90⁰ fleksiyona getirilerek kalp hizasında uygun bir destek üzerine yerleştirilir.			
Hastanın el bileği bükülmeden avuç içi aşağı bakacak şekilde yerleştirilir.			
İşaret, orta, yüzük parmak uçları radial arter üzerine yerleştirilirken başparmak el bileğinin üzerinde tutulur.			
Radial arter üzerindeki parmaklarda nabız hissedilecek şekilde hafif basınç uygulanır.			
Nabız hız, ritm ve dolgunluk açısından değerlendirilir.			
Nabızın ritmi, hızı, dolgunluğu normal ise nabız 30 sn boyunca sayılır (anormal bir durum varlığında ise nabız mutlaka 60 sn boyunca sayılmalıdır).			
Dakikadaki nabız sayısı hesaplanır.			
Hastanın bileğine uygulanan basınç değiştirilmeden göğüs kafesi gözlemlenmeye başlanır.			
Solunum hız, derinlik, ritm ve solunum sesleri açısından değerlendirilir.			
Solunum ritmik ise 30 sn boyunca sayılır (anormal bir durum varlığında ise solunum mutlaka 60 sn boyunca sayılmalıdır).			
Dakikadaki solunum sayısı hesaplanır.			
Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			
Hastanın nabız ve solunum bulguları önceki değerleri ile karşılaştırılır.			

2.3. Apikal Nabız Ölçülmesi

Malzemeler: Malzeme tepsisi, saniyeli saat, stetoskop, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Apikal nabız ölçümünü etkileyen yaş, cinsiyet, ilaç, kilo, aritmi, hastalıklar vb yönünden değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır, ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastaya fowler ya da semi fowler pozisyon verilir.			
Hastanın göğüs bölgesi açılır.			
Kalbin apeksi belirlenir: ➤ Sol klavikulanın orta hattından aşağı doğru inen hayali çizginin sol 5. ve 6. kostalar arasındaki boşlukla kesiştiği nokta. ➤ Sol memenin altına doğru, sternumdan yaklaşık 8 cm uzaklıktaki nokta.			
Stetoskopun alıcısı kalbin apeksine yerleştirilir.			
Nabız atımları 60 sn boyunca sayılır.			
Dakikadaki nabız sayısı hesaplanır.			
Hastanın göğüs bölgesi kapatılır.			
Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

2.4. Brakial Arterden Kan Basıncı Ölçümü

Malzemeler: Malzeme tepsisi, uygun boyutta tansiyon aleti, stetoskop, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Brakial arterden kan basıncı ölçümünü etkileyen yaş, cinsiyet, ilaç, fistül, mastektomi, IV sıvı tedavisi, hastalıklar vb yönünden değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır, ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastaya supine, fowler ya da semi fowler pozisyon verilir.			
Uygun kol seçilir.			
Hastanın kıyafetinin kolunu manşetin sarılmasını engellemeyecek şekilde açılır.			
Hastanın ön kolu kalp hizasında olacak şekilde desteklenir.			
Kol avuç içi yukarı bakacak şekilde tutulur.			
Brakial arter palpe edilir.			
Manşet, brakial arterin 2,5-5 cm yukarısından yaklaşık bir parmak boşluk kalacak sıkılıkta kolun etrafına sarılır.			
Manometre kalp seviyesine yerleştirilir.			
Puvarın hava ayar düğmesi kapatılır.			
Manometrenin gösterge ibresinin '0' olup olmadığını kontrol edilir.			
Palpasyon yöntemi ile radial nabzın hissedilmediği noktaya kadar manşet şişirilir.			
Nabzın hissedilmediği değerin üzerine 30 mmHg eklenir.			
Oskültasyona geçmeden önce 30-60 sn beklenir.			
Manşon palpasyon tekniği ile belirlenen değere kadar şişirilir.			
Puvarın hava ayar düğmesi, manşonun havası 2-3 mmHg/sn düşme olacak şekilde yavaş yavaş açılır.			
Stetoskop ile nabız atımlarında ilk ve son anda duyulan korotkoff sesi değeri manometreden okunur.			
Manşonun havası hızla ve tamamen boşaltılır.			

Manşet hastanın kolundan çıkarılır.			
Ölçüm tekrarlanacaksa 30-60 sn beklenir.			
Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toparlanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

2.5. Kandaki Arteriyel Oksihemoglobin Satürasyonunun Ölçülmesi

Malzemeler: Pulse oksimetre, alkol, gazlı bez, kirli kabı, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Kandaki arteriyel oksihemoglobin satürasyonunun ölçümünü etkileyen O ₂ tedavisi alıyor olmak, bronkodilatör ilaç kullanımı, kullanılan tıbbi aracın tipi, hemoglobin düzeyi, siyanoz, sigara kullanımı, hastalıklar vb yönünden değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır, ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Pulse oksimetreyi uygulamak için uygun bir bölge seçilir. (İşaret, orta, yüzük parmağı, parmaklardaki dolaşım yetersiz ise kulak memesi, burun köprüsü, alt ekstremitelerde dolaşımda sorun yok ise ayak parmağı)			
Uygun bölge seçilirken en yakın periferel nabız ve kapiller dolum kontrol edilir.			
Seçilen bölge alkollü gazlı bez ile silinir.			
Seçilen bölgenin kuruması beklenir.			
Pulse oksimetre probu, ışık yayan ve ışık alan sensörler karşılıklı gelecek şekilde seçilen bölgeye yerleştirilir.			
Pulse oksimetrenin başlat/start düğmesi basılır.			
Ölçüm değeri ekranda görülene kadar beklenir.			
Pulse oksimetre probu hastadan çıkarılır.			

Ölçüm değeri ekrandan okunur.			
Pulse oksimetre üretici firma önerisi doğrultusunda dezenfekte edilir.			
Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toparlanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

2.6. Beceri Sınavı Yaşamsal Bulgular Bilgi ve Beceri Gözlem Formu (100 PUAN)

Tarih:/.../20

İŞLEM BASAMAKLARI	Bilgi puanı	Beceri puanı	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI
VÜCUT SICAKLIĞI, NABIZ, SOLUNUM ÖLÇÜMÜ (40 PUAN)							
1. El hijyeni sağlar. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
2. Hastanın kimliğini doğrular. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
3. Hastaya işlem hakkında bilgi verir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
4. <u>Vücut sıcaklığını</u> ölçeceği bölgeyi değerlendirir. (Bilgi 1+Beceri 2=3 puan)							
5. Temporal arter termometresini hastanın cildine uygun uzaklıkta tutar. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
6. Termometrenin başlat tuşuna basılır ve sinyal sesi duyuluncaya kadar hastanın altında bekletilir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
7. Termometredeki sıcaklık değerini okur. (Beceri=1 puan)							
8. Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
9. El hijyeni sağlar. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
10. <u>Nabız</u> ölçümü için uygun kol bölgesini seçer. (Bilgi 1+Beceri 2=3 puan)							
11. Hastanın koluna uygun pozisyonu verir (Hastanın kolunu dirsekten 90 ⁰ fleksiyona getirir grekiyorsa destekler). (Bilgi 1+Beceri 2=3 puan)							
12. Hastanın el bileğini bükmeden avuç içi aşağı bakacak şekilde yerleştirir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
13. İşaret, orta, yüzük parmak uçlarını radial arter üzerine yerleştirir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
14. Arter üzerine hafif basınç uygulayarak nabızın ritm ve dolgunluğunu değerlendirir. (Bilgi 1+Beceri 2=3 puan)							
15. Dakikadaki nabız sayısını hesaplar. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
16. Hastanın bileğine uyguladığı basıncı değiştirmeden göğüs kafesini gözlemler. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
17. <u>Solunumu</u> hızı, derinliği, ritmi açısından değerlendirir. (Bilgi 1+Beceri 2=3 puan)							
18. Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
İŞLEM BASAMAKLARI	Bilgi puanı	Beceri puanı	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI	ÖĞRENCİ ADI SOYADI
KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ (60 PUAN)							

1. El hijyeni sağlar. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
2. Kan basıncı ölçümü için uygun bölgeyi seçer. (Bilgi 1+Beceri 2=3 puan)							
3. Hastanın kıyafetinin kolunu manşetin sarılmasını engellemeyecek şekilde açar. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
4. Hastanın ön kolunu kalp hizasında olacak şekilde destekler. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
5. Kol avuç içi yukarı bakacak şekilde tutulur. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
6. Brakial arteri palpe eder. (Bilgi 1+Beceri 4=5 puan)							
7. Manşeti, brakial arterin 2,5-5 cm yukarısından yaklaşık bir parmak boşluk kalacak sıkılıkta kolun etrafına sarar. (Bilgi 1+Beceri 4=5 puan)							
8. Manometreyi kalp seviyesine yerleştirir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
9. Puvarın hava ayar düğmesini kapatır. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
10. Manometrenin gösterge ibresinin '0' olup olmadığını kontrol eder. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
11. Palpasyon yöntemi ile radial nabızı hissetmediği noktaya kadar manşeti şişirir. (Bilgi 1+Beceri 4=5 puan)							
12. Nabızı hissetmediği değerin üzerine 30 mmHg ekler. (Bilgi 1+Beceri 4=5 puan)							
13. Oskültasyona geçmeden önce 30-60 sn bekler. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
14. Manşonu palpasyon tekniği ile belirlediği değere kadar şişirir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
15. Puvarın hava ayar düğmesini, manşonun havası 2-3 mmHg/sn düşme olacak şekilde yavaş yavaş açar. (Bilgi 1+Beceri 4=5 puan)							
16. Stetoskop ile nabız atımlarında ilk ve son andaki değeri manometreden okur. (Bilgi 1+Beceri 5=6 puan)							
17. Manşonun havasını hızla ve tamamen boşaltır. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
18. Manşeti hastanın kolundan çıkarır. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
19. El hijyeni sağlar. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
20. Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							

3. HAREKET GEREKSİNİMİ

3.1. Hastanın İki Kişi İle Yatağın Başucuna Çekilmesi

Malzemeler: Tek kullanımlık eldiven (gerekli ise), çarşaf, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Hastanın yatağın başucuna çekilmesini etkileyecek hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
Yatak düz pozisyona getirilir ya da hastanın tolere edebileceği kadar yatak başı indirilir.			
Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastanın başının altındaki yastık alınarak yatağın başucuna yerleştirilir.			
Kişiler, hastanın karın bölgesi hizasında sağında ve solunda, yüzleri ve gövdeleri hastaya dönük olacak şekilde durur.			
Hasta yan tarafa döndürülerek omzundan kalçasına kadar uzanacak şekilde altına çarşaf yerleştirilir.			
Hastadan yapabildiği ölçüde ve ayak tabanları yatağa değecek şekilde dizlerini bükmesi istenir.			
Hastanın başını fleksiyona getirmesi istenir.			
Hastanın kollarını göğsü üzerinde çaprazlaması istenir.			
Çarşafın uçları hastanın omuz ve kalçasına yakın yerden kıvrılarak tutulur.			
Ayaklar bir omuz boyu genişliğinde açılır ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirilir.			
Dizler ve kalça esnetilirken abdominal ve gluteal kaslar kasılır, sırt düz bir şekilde tutulur.			
Üçer kadar sayılır, vücut ağırlığı arkadaki ayaktan öndeki ayağa doğru verilirken hasta çarşaf ile birlikte yatağın başucuna doğru çarşaf ile kaydırılır. (Hastanın hareket kabiliyeti iyi ise dizlerinden kendisini yukarı iterek yardım etmesi istenir)			

Hastanın altındaki çarşaf alınır.			
Yastık, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirilir.			
Hastaya koruyucu yatış pozisyonu verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toparlanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

3.2. Hastanın Yatak Kenarına Çekilmesi

Malzemeler: Tek kullanımlık eldiven (gerekli ise), çarşaf, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Hastanın yatak kenarına çekilmesini etkileyecek hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
Yatak düz pozisyona getirilir ya da hastanın tolere edebileceği kadar yatak başı indirilir.			
Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastaya koruyucu pozisyon sağlamak amacıyla mevcut yastıklar alınır.			
Hasta bir hemşire ile yatak kenarına çekiliyorsa; yüz ve gövde hastaya dönük olacak şekilde, yatağın başucuna geçilir.			
Yatağa yakın olan el hastanın baş ve boynunun altından geçirilir, uzak taraftaki omuz tutularak kaldırılır.			
Hastanın başının altındaki yastık alınır.			
Hastanın kollarını göğsü üzerinde çaprazlanır.			
Hasta üç aşamada yatağın kenarına kaydırılır: Yatağa yakın olan kol hastanın baş ve omuzlarının altından, diğer kol kürek kemiklerinin altından			

geçirilir.			
Ayaklar bir omuz boyu genişliğinde açılır ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirilir.			
Dirsekler ile yatak kenarından destek alınır.			
Dizler ve kalça esnetilirken abdominal ve gluteal kaslar kasılır, sırt düz bir şekilde tutulur.			
Öndeki diz yatağa dayanarak destek alınır.			
Vücut ağırlığı öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verilirken hastanın üst gövdesi yatak kenarına çekilir.			
Hastanın kalça hizasına geçilir.			
Yatağa yakın olan kol hastanın belinin altından, diğeri kalçasının altından geçirilir.			
Hastanın alt gövdesi yatağın kenarına çekilir.			
Hastanın bacak hizasına geçilir.			
Yatağa yakın olan kol hastanın dizlerinin altından, diğeri ayak bileklerinin altından geçirilir.			
Hastanın bacakları yatağın kenarına çekilir.			
Hasta iki hemşire ile yatak kenarına çekiliyorsa; hastanın altına omzundan kalçasına kadar uzanan bir çarşaf yerleştirilir.			
Kişiler, hastanın karın bölgesi hizasında hastanın çekileceği yatak kenarında, yüzleri hastaya dönük olacak şekilde yan yana durur.			
Çarşafın uçları hastanın omuz ve kalçasına yakın yerden kıvrılarak tutulur.			
Ayaklar bir omuz boyu genişliğinde açılır ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirilir.			
Dizler ve kalça esnetilirken abdominal ve gluteal kaslar kasılır, sırt düz bir şekilde tutulur.			
Üçe kadar sayılır, vücut ağırlığı öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verilirken hasta yatağın bir kenarına doğru çarşafı kaydırılır.			
Hastanın altındaki çarşaf alınır.			
Yastık, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirilir.			
Hastaya koruyucu yatış pozisyonu verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toparlanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

3.3. Hastanın Supine Pozisyonundan Lateral Pozisyona Getirilmesi

Malzemeler: Tek kullanımlık eldiven (gerekli ise), yastık, ayak destek tahtası, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Hastanın supine pozisyonundan lateral pozisyona getirilmesini etkileyecek hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
Yatak düz pozisyona getirilir ya da hastanın tolere edebileceği kadar yatak başı indirilir.			
Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastaya koruyucu pozisyon sağlamak amacıyla mevcut yastıklar alınır.			
Hasta bir hemşire ile yatak kenarına çekiliyorsa; yüz ve gövde hastaya dönük olacak şekilde, yatağın başucuna geçilir.			
Yatağa yakın olan el hastanın baş ve boynunun altından geçirilir, uzak taraftaki omuz tutularak kaldırılır.			
Hastanın başının altındaki yastık alınır.			
Hasta döndürüleceği tarafın ters tarafına doğru yatağın kenarına çekilir.			
Hastanın başı döndürüleceği tarafın tersine çevrilir.			
Hastanın döndürüleceği taraftaki kolu abdüksiyon ve eksternal rotasyon yapacak şekilde, diğer kolu ise göğsünün üzerine yerleştirilir.			
Hastanın döndürüleceği taraftaki bacağı altta, diğer bacağı üstte kalacak şekilde çaprazlanır.			
Yatak kenarlığı kaldırılır.			
Hastanın döndürüleceği taraftaki yatak kenarına geçilir.			
Yatak kenarlığı indirilir.			
Yüz ve gövde hastaya dönük olacak şekilde hastanın kalça hizasında durulur.			
Ayaklar bir omuz boyu genişliğinde açılır ve bir ayak			

diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirilir.			
Dizler ve kalça esnetilirken abdominal ve gluteal kaslar kasılır, sırt düz bir şekilde tutulur.			
Öndeki diz yatağa dayanarak destek alınır.			
Bir el ile hastanın uzak taraftaki omzu, diğer el ile uzak taraftaki kalçası tutulur.			
Vücut ağırlığı öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verilirken hasta lateral pozisyona getirilir.			
Yastık, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirilir.			
Hastanın altta kalan kolu avuç içi yukarı bakacak şekilde yastığın yanında fleksiyona alınır.			
Hastanın üstte kalan kolu avuç içi aşağı bakacak şekilde fleksiyona alınır.			
Hastanın üstte kalan kolu omuz hizasında olacak şekilde altına yastık yerleştirilerek desteklenir.			
Hastanın altta kalan bacağı vücuttan hafif geriye doğru uzaklaştırılarak düzleştirilir.			
Hastanın üstte kalan bacağı hafif fleksiyona alınır.			
Hastanın üstte kalan bacağı kalça hizasında olacak şekilde altına yastık yerleştirilerek desteklenir.			
Bacak ile ayak arasındaki açı 90° olacak şekilde ayak tabanına ayak destek tahtası / sert yastık yerleştirilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toparlanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

3.4. Hastanın İki Kişi İle Supine Pozisyonundan Lateral Pozisyona Getirilmesi

Malzemeler: Tek kullanımlık eldiven (gerekli ise), yastık, çarşaf, ayak destek tahtası, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Hastanın supine pozisyonundan lateral pozisyona getirilmesini etkileyecek hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			

Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
Yatak düz pozisyona getirilir ya da hastanın tolere edebileceği kadar yatak başı indirilir.			
Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastaya koruyucu pozisyon sağlamak amacıyla mevcut yastıklar alınır.			
Hastanın altına omzundan kalçasına kadar uzanacak şekilde çarşaf yerleştirilir.			
Hemşireler, hastanın göğüs ve kalça bölgesi hizasında hastanın döndürüleceği tarafın tersine, yüzleri hastaya dönük olacak şekilde durur.			
Çarşafın uçları hastanın omuz ve kalçasına yakın yerden kıvrılarak tutulur.			
Ayaklar bir omuz boyu genişliğinde açılır ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirilir.			
Dizler ve kalça esnetilir, abdominal ve gluteal kaslar kasılır, sırt düz bir şekilde tutulur.			
Vücut ağırlığı öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verilirken hasta, yatağın kenarına doğru çarşafı kaydırılır.			
Bir hemşire yatağın diğer tarafına geçer. (Hastanın kilosuna göre döneceği tarafa geçecek hemşire sayısı iki veya üçe çıkarılabilir)			
Hastanın başı, döndürüleceği tarafın tersine çevrilir.			
Hastanın döndürüleceği taraftaki kolu abduksiyon ve eksternal rotasyon yapacak şekilde, diğer kolu ise göğsünün üzerine yerleştirilir.			
Hastanın döndürüleceği taraftaki bacağı altta, diğer bacağı üstte kalacak şekilde çaprazlanır.			
Diğer tarafa geçen hemşire çarşafın kenarlarından tutarak hastayı kendine doğru çekerken diğer hemşire de hastanın sırtından dikkatle iterek yardım eder. (Döndürülürken hastanın tüm vücut bölümleri aynı anda hareket ettirilir)			
Yastık, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirilir.			
Hastanın altta kalan kolu avuç içi yukarı bakacak şekilde yastığın yanında fleksiyona alınır.			
Hastanın üstte kalan kolu avuç içi aşağı bakacak şekilde fleksiyona alınır.			
Hastanın üstte kalan kolu omuz hizasında olacak şekilde altına yastık yerleştirilerek desteklenir.			

Hastanın altta kalan bacağı vücuttan hafif geriye doğru uzaklaştırılarak düzeltilir.			
Hastanın üstte kalan bacağı hafif fleksiyona alınır.			
Hastanın üstte kalan bacağı kalça hizasında olacak şekilde altına yastık yerleştirilerek desteklenir.			
Bacak ile ayak arasındaki açı 90° olacak şekilde ayak tabanına ayak destek tahtası / sert yastık yerleştirilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toparlanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

3.5. Hastanın Lateral Pozisyonundan Supine Pozisyonuna Getirilmesi

Malzemeler: Tek kullanımlık eldiven (gerekli ise), yastık, havlu, torakanter rulo, ayak destek tahtası, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Hastanın lateral pozisyonundan supine pozisyona getirilmesini etkileyecek hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastaya koruyucu pozisyon sağlamak amacıyla mevcut yastıklar alınır.			
Hasta omuz ve kalçasından tutularak sırt üstü pozisyona getirilir.			
Hastanın kolları gövdenin yanına ve bacakları da yan yana olacak şekilde yerleştirilir.			
Hasta yatağın ortasına çekilir.			
Yastık, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirilir.			

Hastanın sırtının lomber bölgesinin altına rulo haline getirilmiş ince bir havlu yerleştirilir.			
Hastanın bacaklarının eksternal rotasyonunu engelleyecek şekilde kalçadan dize kadar torakanter rulo /rulo haline getirilmiş ince bir havlu yerleştirilir.			
Önkol gövdeden hafifçe uzaklaştırılarak pronasyon pozisyonuna getirilir.			
Kollar omuz hizasında yükseltilerek altına yastık yerleştirilir.			
Hastanın dizlerinin altına ince bir havlu yerleştirilir.			
Hastanın ayak bileklerinin altına toğuklar yatağa temas etmeyecek şekilde küçük yastık yerleştirilir.			
Ayak tabanlarına bacak ile ayak arasındaki açı 90° olacak şekilde ayak destek tahtası / sert yastık yerleştirilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toparlanır.			
Mevcut ise tek kullanımlık eldivenler çıkarılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

3.6. Hastanın Supine Pozisyonundan Prone Pozisyonuna Getirilmesi

Malzemeler: Tek kullanımlık eldiven (gerekli ise), yastık, havlu, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Hastanın supine pozisyonundan prone pozisyonuna getirilmesini etkileyecek hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastaya koruyucu pozisyon sağlamak amacıyla mevcut yastıklar alınır.			

Hasta döndürüleceği tarafın ters tarafına doğru yatağın kenarına çekilir.			
Hastanın başı döndürüleceği tarafın tersine çevrilir.			
Hastanın hemşireye yakın taraftaki kolu vücudunun yanına yerleştirilir.			
Hastanın döndürüleceği taraftaki kolu dirseği düz kalacak ve el kalçanın altında olacak şekilde vücudunun yanına yerleştirilir.			
Hastanın bacakları birleştirilir.			
Yatak kenarlığı kaldırılır.			
Hastanın döndürüleceği taraf yatak kenarına geçilir ve yatak kenarlığı indirilir.			
Yüz ve gövde hastaya dönük olacak şekilde hastanın kalça hizasında durulur.			
Ayaklar bir omuz boyu genişliğinde açılır ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirilir.			
Dizler ve kalça esnetilirken abdominal ve gluteal kaslar kasılır, sırt düz bir şekilde tutulur.			
Öndeki diz yatağa dayanarak destek alınır.			
Bir el ile hastanın uzak taraftaki omzu, diğer el ile uzak taraftaki kalçası tutulur.			
Vücut ağırlığı öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verilirken hasta prone pozisyonuna getirilir.			
Hastanın yüzü rahat nefes alması için bir yana çevrilir ve gerekiyorsa ince bir yastık yerleştirilir.			
Hastanın omurgası ve bacakları düz bir şekilde uzatılır.			
Hastanın kolları başın iki yanında fleksiyona getirilir.			
Karın ve göğüs arasında oluşan boşluğa ince bir havlu katlanarak yerleştirilir.			
Hastanın ayak parmak uçları yatağa değmeyecek ve bacak ile ayak arasındaki açı 90° olacak şekilde bilekten dize kadar bir yastıkla desteklenir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toparlanır.			
Mevcut ise tek kullanımlık eldivenler çıkarılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

3.7. Hastanın Prone Pozisyonundan Supine Pozisyonuna Getirilmesi

Malzemeler: Tek kullanımlık eldiven (gerekli ise), yastık, ayak destek tahtası, torakanter rulo, havlu, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Hastanın prone pozisyonundan supine pozisyonuna getirilmesini etkileyecek hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastaya koruyucu pozisyon sağlamak amacıyla mevcut yastıklar alınır.			
Hasta kademeli olarak döndürüleceği tarafın ters tarafına doğru yatağın kenarına çekilir.			
Hastanın başı döndürüleceği tarafın tersine çevrilir.			
Hastanın elleri bacaklarına temas edecek şekilde kolları gövdesine iyice yaklaştırılır.			
Hastanın bacakları birleştirilir.			
Yatak kenarlığı kaldırılır.			
Hastanın döndürüleceği taraf yatak kenarına geçilir ve yatak kenarlığı indirilir.			
Yüz ve gövde hastaya dönük olacak şekilde hastanın kalça hizasında durulur.			
Ayaklar bir omuz boyu genişliğinde açılır ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirilir.			
Dizler ve kalça esnetilirken abdominal ve gluteal kaslar kasılır, sırt düz bir şekilde tutulur.			
Öndeki diz yatağa dayanarak destek alınır.			
Bir el ile hastanın uzak taraftaki omzu, diğer el ile uzak taraftaki kalçası tutulur.			
Vücut ağırlığı öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verilirken hasta supine pozisyonuna getirilir.			
Hasta yatağın ortasına doğru çekilir.			
Yastık, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			

Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			
Mevcut ise tek kullanımlık eldivenler çıkarılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

3.8. Hastanın Supine Pozisyonundan Sims Pozisyonuna Getirilmesi

Malzemeler: Tek kullanımlık eldiven (gerekli ise), yastık, ayak destek tahtası, havlu, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Hastanın supine pozisyonundan sims pozisyonuna getirilmesini etkileyecek hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastaya koruyucu pozisyon sağlamak amacıyla mevcut yastıklar alınır.			
Hasta döndürüleceği tarafın ters tarafına doğru yatağın kenarına çekilir.			
Hastanın başı döndürüleceği tarafın tersine çevrilir.			
Hastanın hemşireye yakın taraftaki kolu göğsünün üstünde çaprazlanır.			
Hastanın döndürüleceği taraftaki kolu dirseği düz kalacak ve el kalçanın altında olacak şekilde vücudunun yanına yerleştirilir.			
Hastanın döndürüleceği taraftaki bacağı altta, diğer bacağı üstte kalacak şekilde çaprazlanır.			
Yatak kenarlığı kaldırılır.			
Hastanın döndürüleceği taraf yatak kenarına geçilir ve yatak kenarlığı indirilir.			
Yüz ve gövde hastaya dönük olacak şekilde hastanın kalça hizasında durulur.			
Ayaklar bir omuz boyu genişliğinde açılır ve bir ayak			

diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirilir.			
Dizler ve kalça esnetilirken abdominal ve gluteal kaslar kasılır, sırt düz bir şekilde tutulur.			
Öndeki diz yatağa dayanarak destek alınır.			
Bir el ile hastanın uzak taraftaki omzu, diğer el ile uzak taraftaki kalçası tutulur.			
Vücut ağırlığı öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verilirken hastanın kalçası vücudundan hafif geridemi kalacak şekilde hasta sims pozisyonuna getirilir.			
Yastık, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirilir.			
Hastanın altta kalan kolu avuç içi yukarı bakacak şekilde gövdeden uzaklaştırılır.			
Hastanın altta kalan kolunda radial nabız kontrol edilir.			
Hastanın üstte kalan kolu avuç içi aşağı bakacak şekilde fleksiyona alınır.			
Hastanın üstte kalan kolu omuz hizasında olacak şekilde altına yastık yerleştirilerek desteklenir.			
Hastanın altta kalan bacağı vücuttan hafif geriye doğru uzaklaştırılarak düzleştirilir.			
Hastanın üstte kalan bacağı hafif fleksiyona alınır.			
Hastanın üstte kalan bacağı kalça hizasında olacak şekilde altına yastık yerleştirilerek desteklenir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toparlanır.			
Mevcut ise tek kullanımlık eldivenler çıkarılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

3.9. Hastanın Sims Pozisyonundan Supine Pozisyonuna Getirilmesi

Malzemeler: Tek kullanımlık eldiven (gerekli ise), yastık, ayak destek tahtası, torakanter rulo, havlu, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Hastanın sims pozisyonundan supine pozisyonuna getirilmesini etkileyecek hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlara, tıbbi araçların varlığı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			

Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastaya koruyucu pozisyon sağlamak amacıyla mevcut yastıklar alınır.			
Hastanın vücudu aynı düzlemde olacak şekilde düzeltilir.			
Hasta kademeli olarak döndürüleceği tarafın ters tarafına doğru yatağın kenarına çekilir.			
Hastanın başı döndürüleceği tarafın ters tarafına çevrilir.			
Hastanın elleri bacaklarına temas edecek şekilde kollar gövdesine iyice yaklaştırılır.			
Hastanın bacakları birleştirilir.			
Yatak kenarlığı kaldırılır.			
Hastanın döndürüleceği taraf yatak kenarına geçilir ve yatak kenarlığı indirilir.			
Yüz ve gövde hastaya dönük olacak şekilde hastanın kalça hizasında durulur.			
Ayaklar bir omuz boyu genişliğinde açılır ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirilir.			
Dizler ve kalça esnetilirken abdominal ve gluteal kaslar kasılır, sırt düz bir şekilde tutulur.			
Öndeki diz yatağa dayanarak destek alınır.			
Bir el ile hastanın uzak taraftaki omzu, diğer el ile uzak taraftaki kalçası tutulur.			
Vücut ağırlığı öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verilirken hasta supine pozisyonuna getirilir.			
Hasta yatağın ortasına çekilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toparlanır.			
Mevcut ise tek kullanımlık eldivenler çıkarılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

3.10. Hastaya Fowler Pozisyonu Verilmesi

Malzemeler: Tek kullanımlık eldiven (gerekli ise), yastık, ayak destek tahtası, torakanter rulo, havlu, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Hastaya fowler pozisyonu verilmesini etkileyecek hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu,			

iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Gerekli ise hasta yatağın başucuna doğru çekilir.			
Yatak başı yükseltilir. (Semi fowler 15-45°, fowler 45-60°, dik fowler 60-90°)			
Yastık, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirilir.			
Hastanın lomber bölgesinin altına rulo haline getirilmiş ince bir havlu yerleştirilir.			
Hastanın bacaklarının eksternal rotasyonunu engelleyecek şekilde kalçadan dize kadar torakanter rulo /rulo haline getirilmiş ince bir havlu yerleştirilir.			
Önkol gövdeden hafifçe uzaklaştırılarak pronasyon pozisyonuna getirilir.			
Kollar omuz hizasında olacak şekilde yükseltilerek altına yastık yerleştirilir.			
Hastanın dizlerinin altına ince bir havlu yerleştirilir.			
Hastanın ayak bileklerinin altına toğuklar yatağa temas etmeyecek şekilde küçük yastık yerleştirilir.			
Ayak tabanlarına bacak ile ayak arasındaki açı 90° olacak şekilde ayak destek tahtası / sert yastık yerleştirilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toparlanır.			
Mevcut ise tek kullanımlık eldivenler çıkarılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

3.11. Hastanın Yataktan Sandalyeye Oturtulması

Malzemeler: Kaydırmaz tabanlı terlik, transfer kemeri (varsa), el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Hastanın yataktan sandalyeye oturmasını etkileyecek hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Sandalye, hastanın yatağının başucuna yatakla 45 ⁰ 'lik açı yapacak şekilde yerleştirilir.			
Sandalyenin tekerlekleri kilitlenir.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı en düşük seviyeye getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
Hastaya lateral pozisyon verilir.			
Yatak başı 30 ⁰ yükseltilir.			
Hastaya dönük olacak şekilde hastanın kalça hizasında durulur.			
Ayaklar bir omuz boyu genişliğinde açılır ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirilir.			
Dizler ve kalça esnetilirken abdominal ve gluteal kaslar kasılır, sırt düz bir şekilde tutulur.			
Öndeki diz yatağa dayanarak destek alınır.			
Yatak başına yakın olan kol, hastanın baş ve boynunu destekleyecek şekilde omuzlarının altına yerleştirilir.			
Diğer kol hastanın bacaklarının üzerinden uzatılarak bacağın lateral kısmından kavranır.			
Vücut ağırlığı öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verilirken hastanın gövdesi dik bir şekilde kaldırılır ve bacakları yatak kenarından aşağıya doğru sarkıtılır.			
Hasta baş dönmesi, ortostatik hipotansiyon, halsizlik yönünden değerlendirilir.			
Hastanın ayağına kaydırmaz tabanlı terlikler giydirilir. (Varsa hastaya transfer kemeri takılır)			
Hastanın ayakları kendi omuz genişliğince açılır.			
Hastadan elleri ile yataktan / hemşirenin omzundan destek alması istenir.			
Hasta, koltuk altından / transfer kemerinin en yakın yerinden tutulur.			

Ayaklar bir omuz boyu genişliğinde açılır, kalça ve dizler bükülerek dizler hastanın dizlerine yaslanır.			
Dizler ve kalça esnetilir, abdominal ve gluteal kaslar kasılır, sırt düz bir şekilde tutulur.			
Hastadan karşıya doğru bakması istenir.			
Üç kadar sayıldığında ayakta duruş pozisyonuna getirilir.			
Hasta baş dönmesi, ortostatik hipotansiyon, halsizlik yönünden değerlendirilir.			
Hastanın birkaç saniye ayakta kalması sağlanır.			
Hastanın dengesi ve bacak gücü değerlendirilir, zayıf hasta yatağa geri oturtulur.			
Hasta ile birlikte sandalyeye doğru birkaç adım atılır.			
Hastadan sandalyenin kenarlarından destek alarak yavaşça sandalyeye oturması istenir.			
Hastanın sandalyedeki oturma pozisyonu düzeltilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

3.12. Hastanın Yataktan Sedyeye Alınması

Malzemeler: Çarşaf, el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Hastanın yataktan sedyeye alınmasını etkileyecek hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
Hastanın altına omzundan ayak bileğine kadar uzanacak şekilde çarşaf yerleştirilir.			
Hastanın kolları göğsü üzerinde çaprazlanır.			
Sedye yatağa paralel ve aynı yükseklikte olacak şekilde yatağın yanına yerleştirilir.			
Sedyenin frenleri kapatılır.			

İki kişi yatağın sedyenin olduğu tarafında, bir kişi yatağın diğer kenarında hastaya dönük olacak şekilde durur.			
Sedye olmayan taraftaki kişi çarşafı hastanın baş ve göğüs kısmına gelen yerinden tutar.			
Sedye olan taraftaki kişilerden biri çarşafı hastanın baş ve göğüs kısmına gelen yerlerinden, diğeri ise göğüs ve ayak kısmına gelen yerlerinden tutar.			
Ayaklar bir omuz boyu genişliğinde açılır ve bir ayak diğerinden biraz önde olacak şekilde yerleştirilir.			
Dizler ve kalça esnetilirken abdominal ve gluteal kaslar kasılır, sırt düz bir şekilde tutulur.			
Öndeki diz yatağa dayanarak destek alınır.			
Üçe kadar sayıldıktan sonra hasta sedyeye alınır.			
Sedyenin kenarlıkları kaldırılır.			
Yastık, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

3.13. Eklem Hareket Açıklığı (ROM) Egzersizlerini Uygulama

Malzemeler: Tek kullanımlık eldiven (gerekli ise), el antiseptiği, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Hastanın eklem hareket açıklığı egzersizlerini uygulamasını etkileyecek hareket kabiliyeti, ağrı, beden kitle indeksi, bilinç durumu, iletişim, hastalıklar, geçirilmiş ameliyatlar, tıbbi araçların varlığı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
Gerekli ise tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastaya supine pozisyonu verilir.			
Hastanın tüm yastıkları alınır.			
Eklemlerin distal ve proksimal alanlarından destek			

sağlayarak her bir egzersiz nazik ve ritmik şekilde yaptırılır.			
Boynun fleksiyonu: Hastanın başı dik pozisyondan çenesi göğüs üzerine dayanacak şekilde öne doğru hareket ettirilir (ROM: 45°).			
Boynun ekstansiyonu: Hastanın başı fleksiyon pozisyonundan dik pozisyona doğru hareket ettirilir (ROM: 45°).			
Boynun hiperekstansiyonu: Hastanın başı dik pozisyondan mümkün olduğunca geriye doğru hareket ettirilir (ROM: 10°-45°). (Boynun fleksiyon, ekstansiyon ve hiperekstansiyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Boynun lateral fleksiyonu: Hastanın başı sağ ve sol omuzlara doğru 2-5 kez hareket ettirilir (ROM: 40°-45°).			
Boynun rotasyonu: Hastanın başı bir taraftan diğer tarafa doğru, yüzü sağa ve sola bakacak şekilde 2-5 kez hareket çevrilir.			
Omzun fleksiyonu: Hastanın her bir kolu dirsekler bükülmeden önden başın yukarısına doğru hareket ettirilir (ROM: 180°).			
Omzun ekstansiyonu: Hastanın omzu fleksiyonda iken, her bir kolu dirsekler bükülmeden ileri ve aşağı doğru vücudun yanına doğru hareket ettirilir (ROM: 180°).			
Omzun hiperekstansiyonu: Hastanın omzu ekstansiyonda iken her bir kolu dirsekler bükülmeden vücudunun arkasına doğru hareket ettirilir (ROM: 45°-60°). (Omzun fleksiyon, ekstansiyon ve hiperekstansiyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Omzun abdüksiyonu: Hastanın her bir kolu avuç içi karşıya bakacak şekilde vücudun yanından başın yukarısına doğru 2-5 kez hareket ettirilir (ROM: 180°).			
Omzun addüksiyonu: Hastanın her bir kolu vücudu çaprazlayacak şekilde ve yanlamasına aşağıya doğru 2-5 kez hareket ettirilir.			
Omzun internal rotasyonu: Hastanın her bir kolu omuz seviyesinde dirsek dik açı oluşturacak, avuç içi karşıya parmaklar yukarı bakacak şekilde tutulur, avuç içi arkaya parmaklar aşağı bakacak şekilde kol hareket ettirilir.			
Omzun eksternal rotasyonu: Hastanın her bir kolu omuz seviyesinde dirsek dik açı oluşturacak, avuç içi			

arkaya parmaklar aşağı bakacak şekilde tutulur, avuç içi karşıya parmaklar yukarı bakacak şekilde kol hareket ettirilir (ROM: 90°). (Omzun internal ve eksternal rotasyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Omzun sirkümdiksiyonu: Hastanın her bir kolu öne, yukarı, arkaya ve aşağı tam bir daire yapacak şekilde 2-5 kez hareket ettirilir (ROM: 360°).			
Dirseğin fleksiyonu: Hastanın her bir önkolü ileri ve yukarı doğru el omuza değecek şekilde hareket ettirilir (ROM: 150°).			
Dirseğin ekstansiyonu: Hastanın her bir önkolü fleksiyon pozisyonundan ileri ve aşağı doğru dirsek düzleşene kadar hareket ettirilir (ROM: 150°).			
Dirseğin hiperekstansiyonu: Hastanın önkolü normal ekstansiyonun ötesinde mümkün olduğunca uzağa geriye doğru bükülür (ROM: 10-20°). (Dirseğin fleksiyon, ekstansiyon ve hiperekstansiyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Önkolun supinasyonu: Hastanın önkolü ve eli avuç içi yukarıda olacak şekilde çevrilir (ROM: 70-90°).			
Önkolun pronasyonu: Hastanın önkolü avuç içi aşağıda olacak şekilde çevrilir (ROM: 70-90°). (Önkolun supinasyon ve pronasyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Bileğin fleksiyonu: Hastanın avuç içi önkolun iç tarafına doğru hareket ettirilir (ROM: 80-90°).			
Bileğin ekstansiyonu: Parmaklar, eller bileğin fleksiyon pozisyonundan önkol ile aynı düzlemde olacak şekilde nötral pozisyona getirilir (ROM: 80-90°).			
Bileğin hiperekstansiyonu: Elin dorsal yüzü mümkün olduğunca uzağa geriye doğru bükülür. (Bileğin fleksiyon, ekstansiyon ve hiperekstansiyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Bileğin abduksiyonu: Bilek orta hattan başparmağa doğru bükülür (ROM: 300'nin üzerinde).			
Bileğin addüksiyonu: Bilek lateral beşinci (serçe) parmağa doğru bükülür (ROM: 30-50°). (Bileğin abduksiyon ve addüksiyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Parmakların fleksiyonu: Hastanın parmakları yumruk yapılır (ROM: 90°).			
Parmakların ekstansiyonu: Parmaklar düzleştirilir (ROM: 90°).			

Parmakların hiperekstansiyonu: Parmaklar mümkün olduğunca uzağa geriye doğru bükülür (ROM: 30-60°). (Parmakların fleksiyon, ekstansiyon ve hiperekstansiyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Parmakların abdüksiyonu: Parmaklar birbirinden uzaklaştırılır.			
Parmakların addüksiyonu: Parmaklar birbirine yaklaştırılır. (Parmakların abdüksiyon ve addüksiyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Başparmağın fleksiyonu: Başparmak elin avuç içi yüzeyine çapraz hale getirilir (ROM: 90°).			
Başparmağın ekstansiyonu: Başparmak elin diğer parmaklarından düz bir şekilde uzaklaştırılır (ROM: 90°). (Başparmağın fleksiyon ve ekstansiyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Başparmağın abdüksiyonu: Başparmak yan tarafa doğru gerilir (ROM: 30°).			
Başparmağın addüksiyonu: Başparmak elin diğer parmaklarına doğru geri getirilir (ROM: 30°). (Başparmağın abdüksiyon ve addüksiyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Başparmağın çaprazlanması: Başparmak ile aynı elin her bir parmağına 2-5 kez dokunulur.			
Kalçanın fleksiyonu: Bacak ileriye ve yukarıya doğru hareket ettirilir (ROM: 90-120°).			
Kalçanın ekstansiyonu: Bacak fleksiyon pozisyonundan diğer bacağın yanına doğru geri hareket ettirilir (ROM: 90-120°).			
Kalçanın hiperekstansiyonu: Bacak normal ekstansiyonun ötesinde arkaya doğru hareket ettirilir (ROM: 30-50°). (Kalçanın fleksiyon, ekstansiyon ve hiperekstansiyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Kalçanın abdüksiyonu: Bacak vücuttan uzağa ve yana doğru hareket ettirilir (ROM: 30-50°).			
Kalçanın addüksiyonu: Bacak orta hata ve mümkünse ilerisine doğru geri getirilir (ROM: 30-50°). (Kalçanın abdüksiyon ve addüksiyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Kalçanın internal rotasyonu: Ayak ve bacak 90° içe doğru çevrilir.			
Kalçanın eksternal rotasyonu: Ayak ve bacak 90° dışa doğru çevrilir. (Kalçanın internal ve eksternal rotasyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Kalçanın sirkümdikasyonu: Bacak öne, yana ve aşağıya doğru dairesel bir şekilde 2-5 kez hareket ettirilir (ROM: 360°).			

Dizin fleksiyonu: Topuk kalçanın arkasına doğru getirilerek diz bükülür (ROM: 120-130°).			
Dizin ekstansiyonu: Bacak fleksiyon pozisyonundan zemine doğru geri getirilir (ROM: 120-130°). (Dizin fleksiyon ve ekstansiyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Ayak bileğinin dorsifleksiyonu: Ayak parmaklar yukarıyı gösterecek şekilde hareket ettirilir (ROM: 20-30°).			
Ayak bileğinin plantar fleksiyonu: Ayak parmakları aşağıyı gösterecek şekilde hareket ettirilir (ROM: 20-30°). (Ayak bileğinin dorsifleksiyonu ve plantar fleksiyonu hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Ayağın inversiyonu: Ayak tabanı orta hatta doğru çevrilir (ROM: 10° ve daha az).			
Ayağın eversiyonu: Ayak tabanı yana doğru çevrilir (ROM: 10° ve daha az). (Ayağın inversiyonu ve eversiyonu hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Ayak parmaklarının fleksiyonu: Parmaklar aşağıya doğru kıvrılır (ROM: 30-60°).			
Ayak parmaklarının ekstansiyonu: Parmaklar düzleştirilir (ROM: 30° - 60°). (Ayağın fleksiyon ve ekstansiyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Ayak parmaklarının abduksiyonu: Parmaklar birbirinden uzaklaştırılır (ROM: 15° ve daha az).			
Ayak parmaklarının adduksiyonu: Parmaklar birbirine yaklaştırılır (ROM: 15° ve daha az). (Ayak parmaklarının abduksiyon ve adduksiyon hareketleri 2-5 kez tekrarlanır)			
Yastık, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirilir.			
Hastaya koruyucu yatış pozisyonu verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Varsa tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

3.14. Beceri Sınavı Hareket Gereksinimi Bilgi ve Beceri Gözlem Formu (100 PUAN)**Tarih:/.../20**

SUPİNE POZİSYONDAN LATERAL POZİSYONA GETİRME (20 PUAN)							
Uygulama basamakları ve puanları	Bilgi puanı	Beceri puanı	ÖĞRENCİ ADI- SOYADI	ÖĞRENCİ ADI- SOYADI	ÖĞRENCİ ADI- SOYADI	ÖĞRENCİ ADI- SOYADI	ÖĞRENCİ ADI- SOYADI
1. Hastanın başının altındaki yastık alınır. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
2. Hasta, döndürüleceği tarafın ters tarafına doğru yatağın kenarına çekilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
3. Hastanın başı döndürüleceği tarafın ters tarafına çevrilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
4. Hastanın kolları göğsünde çaprazlanır. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
5. Hastanın döndürüleceği taraftaki bacağı diğer bacağının üzerine alınır. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
6. Hastanın döndürüleceği tarafa geçilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
7. Bir el ile hastanın uzak taraftaki omzu, diğer el ile uzak taraftaki kalçası tutulur. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
8. Vücut ağırlığı arkadaki ayakta öndeki ayağa doğru verilirken hasta <u>lateral pozisyona</u> getirilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
9. Yastık, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
10. Hastanın sırtı yastıkla desteklenir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
11. Altta kalan omzu öne doğru alınır, kol avuç içi yukarı bakacak şekilde başın yanında fleksiyona alınır.(Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
12. Üstte kalan kolu avuç içi aşağı bakacak şekilde fleksiyona alınır, omuz hizasında tutularak altından yastık ile desteklenir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
13. Altta kalan bacağı vücuttan hafif geriye doğru uzaklaştırılarak düzleştirilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
14. Üstteki bacak hafif fleksiyona alınır ve kalça hizasında tutularak altından yastıkla desteklenir.(Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
15. Bacak ile ayak arasındaki açı 90° olacak şekilde ayak tabanına ayak destek tahtası/sert yastık yerleştirilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
HASTA LATERAL POZİSYONDAN SUPİNE POZİSYONA GETİRİLİR							
16. Hastaya koruyucu lateral pozisyonu sağlamak için yerleştirilen yastıklar alınır. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
17. Hastanın omuz ve kalçasından tutularak hasta supine pozisyona getirilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
18. Hastanın kolları gövdenin yanına ve bacakları yan yana olacak şekilde yerleştirilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
19. Hasta yatağın ortasına çekilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
20. Yastık, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							

SUPİNE POZİSYONDAN PRONE POZİSYONA GETİRME (40 PUAN)							
Uygulama basamakları ve puanları	Bilgi puanı	Beceri puanı	ÖĞRENCİ ADI-SOYADI	ÖĞRENCİ ADI-SOYADI	ÖĞRENCİ ADI-SOYADI	ÖĞRENCİ ADI-SOYADI	ÖĞRENCİ ADI-SOYADI
1. Hastanın basının altındaki yastık alınır. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
1. Hasta, döndürüleceği tarafın ters tarafına doğru yatağın kenarına çekilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
2. Hastanın başı döndürüleceği tarafın ters tarafına çevrilir. (Bilgi 1,5+Beceri 1,5=3 puan)							
3. Hastanın kolları kalçanın altına doğru vücudunun yanına yerleştirilir. (Bilgi 1,5+Beceri 1,5=3 puan)							
4. Hastanın bacakları birleştirilir. (Bilgi 1,5+Beceri 1,5=3 puan)							
5. Döndürüleceği tarafa geçilir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
6. Bir el ile hastanın uzak taraftaki omzu, diğer el ile uzak taraftaki kalçası tutulur. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
7. Vücut ağırlığı arkadaki ayaktan öndeki ayağa doğru verilirken hasta prone pozisyonuna getirilir. (Bilgi 2+Beceri 2=4 puan)							
8. Hastanın yüzü rahat nefes alması için bir yana çevrilir, gerekirse ince yastık yerleştirilir. (Bilgi 1,5+Beceri 1,5=3 puan)							
9. Hastanın omurgası ve bacakları düz bir şekilde uzatılır. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
10. Hastanın kolları başın iki yanında fleksiyona getirilir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
11. Karın ve göğüs arasında oluşan boşluğa ince bir havlu katlanarak yerleştirilir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
12. Bacak-ayak arasındaki açı 90° olacak şekilde ayak tabanına ayak destek tahtası/sert yastık yerleştir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
HASTA PRONE POZİSYONDAN SUPİNE POZİSYONA GETİRİLİR							
13. Hastaya koruyucu prone pozisyonu sağlamak için yerleştirilen yastıklar alınır. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
14. Hasta döndürüleceği tarafın ters tarafına doğru yatağın kenarına çekilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
15. Hastanın başı döndürüleceği tarafın ters tarafına çevrilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
16. Hastanın elleri bacaklarına temas edecek şekilde kollar gövdesine iyice yaklaştırılır. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
17. Hastanın bacakları birleştirilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
18. Döndürüleceği tarafa geçilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
19. Bir el ile hastanın uzak taraftaki omzu, diğer el ile uzak taraftaki kalçası tutulur. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
20. Vücut ağırlığı arkadaki ayaktan öndeki ayağa doğru verilirken hasta supine pozisyonuna getirilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
21. Hasta yatağın ortasına çekilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
22. Yastık, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							

SUPİNE POZİSYONDAN SİMS POZİSYONA GETİRME (40 PUAN)							
Uygulama basamakları ve puanları	Bilgi puanı	Beceri puanı	ÖĞRENCİ ADI- SOYADI	ÖĞRENCİ ADI- SOYADI	ÖĞRENCİ ADI- SOYADI	ÖĞRENCİ ADI- SOYADI	ÖĞRENCİ ADI- SOYADI
1. Hastanın başının altındaki yastık alınır. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
2. Hasta döndürüleceği tarafın ters tarafına doğru yatağın kenarına çekilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
3. Hastanın başı döndürüleceği tarafın ters tarafına çevrilir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
4. Döndürülecek taraftaki kol dirsek düz, el kalçanın altında olacak şekilde vücudun yanına yerleştirilir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
5. Hastanın diğer kolu da göğsün üstünde çaprazlanır. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
6. Döndürüleceği taraf yatak kenarına geçilir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
7. Bir el ile hastanın uzak taraftaki omzu, diğer el ile uzak taraftaki kalçası tutulur. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
8. Vücut ağırlığı arkadaki ayaktan öndeki ayağa doğru verilirken hastanın kalçası vücuttan hafif geriye doğru çekilerek hasta sims pozisyonuna getirilir. (Bilgi 2+Beceri 2=4 puan)							
9. Yastık, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirilir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
10. Altta kalan kolu avuç içi yukarı bakacak şekilde gövdeden uzaklaştırılır. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
11. Altta kalan kolunda radial nabız kontrol edilir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
12. Üstte kalan kolu avuç içi aşağı bakacak şekilde fleksiyona alınır. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
13. Üstte kalan kolu omuz hizasında iken altından yastıkla desteklenir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
14. Altta kalan bacağı vücuttan hafif geriye doğru uzaklaştırılarak düzleştirilir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
15. Üstte kalan bacağı hafif fleksiyona alınır. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
16. Üstte kalan bacağı kalça hizasında iken altına yastık yerleştirilerek desteklenir. (Bilgi 1+Beceri 1=2 puan)							
HASTA SİMS POZİSYONUNDAN SUPİNE POZİSYONA GETİRİLİR							
21. Koruyucu sims pozisyonunu sağlamak için yerleştirilen yastıklar alınır. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
22. Hasta döndürüleceği tarafın ters tarafına doğru yatağın kenarına çekilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
23. Hastanın başı döndürüleceği tarafın ters tarafına çevrilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
24. Hastanın elleri bacaklarına temas edecek şekilde kollar gövdesine iyice yaklaştırılır, bacakları birleştirilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
25. Döndürüleceği tarafa geçilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
26. Bir el ile hastanın uzak taraftaki omzu, diğer el ile uzak taraftaki kalçası tutulur. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
27. Vücut ağırlığı arka ayaktan öndeki ayağa doğru verilirken hasta supine pozisyona getirilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							
28. Yastık, hastanın baş, boyun ve omuzlarını destekleyecek şekilde yerleştirilir. (Bilgi 0,5+Beceri 0,5=1 puan)							

4. BİREYSEL HİJYEN

4.1. Yatak İçinde Tam Vücut Banyosu

Malzemeler: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, yüz havlusu (2 adet), banyo havlusu (2 adet), silme bezi (2 adet), yıkama küveti (2 adet), uygun sıcaklıkta su, sabun, gazlı bez, temiz kıyafet, temiz yatak takımı, deodorant, losyon, tırnak makası (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Hastaya yatak içinde tam vücut banyosu yapılmasını etkileyecek fiziksel aktivite, bilinç durumu, bireysel tercihler, tıbbi araçların varlığı, iletişim, hastalıklar, boşaltım ihtiyacı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır ve ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastanın çarşafının altından kıyafetleri çıkarılır.			
Hastanın üzerine temiz bir örtü örtülürken eski örtü kaldırılır.			
Tıbbi engel yok ise hastanın yastığı kaldırılır.			
Hastaya semifowler pozisyon verilir.			
Küvetlerin 2/3'üne hastanın tercih ettiği sıcaklıkta su doldurulur.			
Küvetlerin birisi sabunlu diğeri ise duru su olarak hazırlanır.			
Hastanın başının altına yüz havlusu serilir.			
Hastanın göğsü üzerine yüz havlusu serilir.			
Silme bezi suya batırılır ve fazla suyu sıkılır.			
Silme bezi, üçgen ya da dikdörtgen tekniğine uygun olarak katlanır.			
Gözler kapalı iken iç kantüsten dış kantüse doğru silinir.			
Diğer gözü silmek için bezin diğer köşesi kullanılır.			
Göz etrafında kurumuş salgı var ise, ıslatılmış gazlı bezler göz kapağı üzerinde 2-3 dk. bekletilir.			
Sırasıyla alın, burun kanatları, yanaklar, çene, boyun ve			

kulaklar sabunlu su ile uzaktan yakına doğru silinir.			
Sırasıyla alın, burun kanatları, yanaklar, çene, boyun ve kulaklar duru su ile uzaktan yakına doğru silinir.			
Alın, burun kanatları, yanaklar, çene, boyun ve kulaklar kurulanır.			
Yüz havlusu hastanın başının altından alınır.			
Hastanın uzak taraftaki kolunun altına banyo havlusu serilir.			
Kol, sabunlu su ile distalden proksimale doğru uzunlamasına hareketlerle silinir.			
Kol, duru su ile distalden proksimale doğru uzunlamasına hareketlerle silinir.			
Kol kurulanır.			
Küvetlerdeki su değiştirilir.			
Banyo havlusu, hastanın uzak taraftaki elinin altına serilir.			
Sabunlu su küveti havlunun üstüne konulur.			
Hastanın eli sabunlu suda 3-5 dk bekletilir.			
Parmak araları yıkanır ve gerekli ise tırnaklar kesilir.			
Aynı uygulamalar duru su ile tekrarlanır.			
Eller kurulanır.			
Diğer taraftaki kol ve el için de aynı işlemler tekrarlanır.			
Hastanın üzerindeki örtü abdomen hizasına kadar indirilirken banyo havlusu göğüs ve abdomen bölgesine örtülür.			
Göğüs bölgesi, havlunun altından uzaktan yakına doğru sabunlu su ile silinir.			
Göğüs bölgesi, havlunun altından uzaktan yakına doğru duru su ile silinir.			
Göğüs bölgesi kurulanır.			
Abdomen uzaktan yakına doğru sabunlu su ile silinir.			
Abdomen uzaktan yakına doğru duru su ile silinir.			
Abdomen kurulanır.			
Göğüs ve abdomene örtülen banyo havlusu kaldırılır.			
Hastanın üzeri örtüsü ile örtülür.			
Hastanın uzak taraftaki bacağının altına banyo havlusu serilir.			
Bacak fleksiyon pozisyonuna getirilir.			
Hastanın bacağı, sabunlu su ile distalden proksimale doğru uzunlamasına hareketlerle silinir.			
Hastanın bacağı, duru su ile distalden proksimale doğru uzunlamasına hareketlerle silinir.			
Bacak kurulanır.			
Banyo havlusu, hastanın uzak taraftaki ayağının altına serilir.			
Sabunlu su küveti havlunun üstüne konulur.			

Hastanın ayağı sabunlu suda 3-5 dk. bekletilir.			
Parmak araları yıkanır ve gerekli ise tırnaklar kesilir.			
Aynı uygulamalar duru su ile tekrarlanır.			
Ayaklar kurulanır.			
Diğer taraftaki ayak için aynı işlemler tekrarlanır.			
Hastaya lateral ya da prone pozisyonu verilir.			
Hastanın omzundan kalçasına kadar olan yatak bölümüne banyo havlusu serilir.			
Hastanın sırtından kalçasına doğru banyo havlusu örtülür.			
Sırtı havlunun altından enseden kalçalara doğru uzunlamasına hareketlerle sabunlu su ile silinir.			
Sırtı havlunun altından enseden kalçalara doğru uzunlamasına hareketlerle duru su ile silinir.			
Ense, omuzlar, sırt ve kalça kurulanır.			
Sakıncası yok ise hastaya bu pozisyonda iken sırt masajı yapılır.			
Kalça ve anüs kıvrımları farklı gazlı bezler ile temizlenir.			
Hastaya supine pozisyon verilir.			
Küvetteki su değiştirilir.			
Perine bakımı verilir.			
Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
Hastanın tercihine göre deodorant, losyon vb. uygulanır.			
Hastaya temiz kıyafetler giydirilir.			
Yatak takımları değiştirilir.			
Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

4.2. Yetişkin Kadında Perine Bakımı

Malzemeler: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, sürgü (gerekli ise),su geçirmez örtü, küvet (2 adet), uygun sıcaklıkta su, gazlı bez, kare örtü/çarşaf, perine bakımı için önerilen solüsyon ya da sabun, tuvalet kağıdı, perine bölgesinin tıraşında kullanılacak malzemeler (gerekli ise), temiz kıyafetler, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Hastanın kadında perine bakımını etkileyecek yaş, fiziksel aktivite, bilinç durumu, bireysel tercihler, tıbbi araçların varlığı, iletişim, hastalıklar, boşaltım ihtiyacı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır ve ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın boşaltım ihtiyacı varsa giderilmesi sağlanır.			
Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastanın çarşafının altından kıyafetleri çıkarılır.			
Küvetlerin 2/3'üne hastanın tercih ettiği sıcaklıkta su doldurulur.			
Küvetlerin birisi sabunlu diğeri ise duru su olarak hazırlanır.			
Gazlı bezler küvetlere konulur.			
Hastanın genital bölgesi açıkta kalacak biçimde alt kıyafetleri çıkarılır.			
Hastanın altına su geçirmez örtü serilir.			
Hastaya dorsal rekümbent pozisyonu verilir.			
Kare örtünün/çarşafın bir ucu perine bölgesine, bir ucu baş kısmına ve diğer iki ucu bacaklara doğru olacak şekilde çapraz serilir.			
Kare örtünün/çarşafın iki yan ucu, hastanın bacaklarına dıştan içe doğru sarılır.			
Kare örtünün/çarşafın baş taraftaki ucu hastanın omuzlarını açıkta bırakacak şekilde aşağıya doğru			

katlanır.			
Kare örtü/çarşafın perine bölgesini örten ucu abdomene doğru geriye katlanır.			
Kirli kabı, hastanın bacaklarının arasına yerleştirilir.			
Gerekli ise perine bölgesi tıraş edilir.			
Sırasıyla uzak taraftaki uyluk ve yakın taraftaki uyluk kasıklardan kalçalara doğru, mons pubis ise uzunlamasına hareketlerle sabunlu su ile her bir bölgede farklı gazlı bez kullanılarak silinir ve gazlı bezler kirli kabına atılır.			
Sırasıyla uzak taraftaki uyluk ve yakın taraftaki uyluk kasıklardan kalçalara doğru, mons pubis ise uzunlamasına hareketlerle duru su ile her bir bölgede farklı gazlı bez kullanılarak silinir ve gazlı bezler kirli kabına atılır.			
Önce uzaktaki, daha sonra yakındaki labia majör önden arkaya doğru farklı gazlı bezlerle duru su ile silinir ve gazlı bezler kirli kabına atılır.			
Önce uzaktaki, daha sonra yakındaki labia minör önden arkaya doğru farklı gazlı bezlerle duru su ile silinir ve gazlı bezler kirli kabına atılır.			
Üretral meatus, klitoristen anüse doğru gazlı bezle silinir ve gazlı bez kirli kabına atılır.			
Sırasıyla uyluklar, mons pubis, labia majörler, labia minörler, üretral meatus farklı gazlı bezler ile kurulanır.			
Hastaya lateral pozisyon verilir.			
Hastanın üzeri anal bölge açıkta bırakılarak örtülür.			
Fekal atıklar mevcutsa tuvalet kağıdıyla silinir.			
Kalça ve anüs kıvrımları gazlı bezler ile sabunlu su ile silinir.			
Kalça ve anüs kıvrımları gazlı bezler ile duru su ile silinir.			
Sırasıyla kalça ve anüs farklı gazlı bezler ile kurulanır.			
Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
Hastanın temiz kıyafetleri giydirilir.			
Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

4.3. Yetişkin Erkek Perine Bakımı

Malzemeler: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, sürgü/ördek (gerekli ise), su geçirmez örtü, küvet (2 adet), uygun sıcaklıkta su, gazlı bez, kare örtü/çarşaf, perine bakımı için önerilen solüsyon ya da sabun, tuvalet kağıdı, perine bölgesinin tıraşında kullanılacak malzemeler (gerekli ise), temiz kıyafetler, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Hastanın erkekte perine bakımını etkileyecek yaş, fiziksel aktivite, bilinç durumu, bireysel tercihler, tıbbi araçların varlığı, iletişim, hastalıklar, boşaltım ihtiyacı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır ve ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın boşaltım ihtiyacı varsa giderilmesi sağlanır.			
Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Küvetlerin 2/3'üne hastanın tercih ettiği sıcaklıkta su doldurulur.			
Küvetlerin birisi sabunlu diğeri ise duru su olarak hazırlanır.			
Gazlı bezler küvetlere konulur.			
Hastanın genital bölgesi açıkta kalacak biçimde alt kıyafetleri çıkarılır.			
Hastanın altına su geçirmez örtü serilir.			
Hastaya bacaklarını biraz ayıracak biçimde supine pozisyonu verilir.			
Kare örtünün/çarşafın hastanın bacakları üzerine örtülür.			
Kirli kabı, hastanın bacağının yan tarafına yerleştirilir.			
Gerekli ise perine bölgesi tıraş edilir.			
Sırasıyla uzak taraftaki uyluk ve yakın taraftaki uyluk kasıklardan kalçalara doğru, mons pubis ise uzunlamasına hareketlerle sabunlu su ile her bir bölgede farklı gazlı bez kullanılarak silinir ve gazlı bezler kirli			

kabına atılır.			
Sırasıyla uzak taraftaki uyluk ve yakın taraftaki uyluk kasıklardan kalçalara doğru, mons pubis ise uzunlamasına hareketlerle duru su ile her bir bölgede farklı gazlı bez kullanılarak silinir ve gazlı bezler kirli kabına atılır.			
Pasif el ile penis, vücuda dik olacak şekilde tutulur.			
Hasta sünnetsiz ise sünnet derisi geriye doğru çekilerek gland penis açığa çıkarılır.			
Penis, üretral meatustan başlayarak dairesel hareketlerle skrotuma kadar duru su ile gazlı bez kullanılarak silinir ve gazlı bez kirli kabına atılır.			
Sünnet derisi eski konumuna getirilir.			
Skrotum hafifçe kaldırılır ve sırasıyla ön, yan, arka yüzeyleri sabunlu su ile uzunlamasına hareketlerle silinir.			
Skrotum hafifçe kaldırılır ve sırasıyla ön, yan, arka yüzeyleri duru su ile uzunlamasına hareketlerle silinir.			
Sırasıyla uyluklar, mons pubis, penis ve skrotum farklı gazlı bezler ile kurulanır.			
Hastaya lateral pozisyon verilir.			
Hastanın üzeri anal bölge açıkta bırakılarak örtülür.			
Fekal atıklar mevcutsa tuvalet kağıdıyla silinir.			
Kalça ve anüs kıvrımları gazlı bezler ve sabunlu su ile silinir.			
Kalça ve anüs kıvrımları gazlı bezler ve duru su ile silinir.			
Sırasıyla kalça ve anüs farklı gazlı bezler ile kurulanır.			
Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
Hastanın temiz kıyafetleri giydirilir.			
Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

4.4. Sırt Masajı

Malzemeler: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, vücut losyonu, banyo havlusu, yaşamsal bulguları ölçme malzemeleri, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Hastaya sırt masajı yapılmasını etkileyecek pozisyon, kırık, yanık, açık yara, geçirilmiş ameliyat, bilinç durumu, hastalıklar vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır ve ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastanın yaşamsal bulguları ölçülür ve değerlendirilir.			
Hastanın üst kıyafetleri çıkarılır.			
Hastaya prone ya da 30° başı yükseltilmiş şekilde, sırtı hemşireye dönük olarak lateral pozisyon verilir.			
Gerekli miktarda ılık vücut losyonu avuç içine alınır.			
Eller sakral bölgede omurganın her iki yanına yerleştirilir, parmaklar bir araya getirerek kapatılır.			
Eller omurga boyunca, sakral bölgeden omuzlara doğru düz bir hat boyunca ve dairesel hareketlerle deriyi sıvazlayarak (efloraj) hareket ettirilir.			
kapula üzerinde büyük daireler çizerek biçimde efloraj hareketine devam edilir.			
Eller, hastanın sırtından kaldırılmadan skapulalardan sakral bölgeye doğru düz bir hat boyunca ve dairesel hareketlerle efloraj hareketine devam edilir.			
Kalçalarda sağ ve sol ilyak çıkıntı üzerinde, büyük daireler çizerek efloraj hareketine devam edilir.			
Sakral bölgeden omuzlara ve enseye doğru deri altı dokular ve kaslar, başparmak ve diğer parmaklar arasında sıkıştırılıp bırakılarak yoğurma (petrisaj) hareketi yapılır.			
Eller hastanın sırtından kaldırılmadan omuzlardan			

sakral bölgeye doğru omurganın her iki yanında düz bir hat boyunca petrisaj hareketine devam edilir.			
Efloraj hareketi tekrarlanır.			
Sakıncası yoksa friksiyon, vibrasyon, perküsyon (haşur, tapotman) hareketleri yapılır.			
Her bir masaj manevrasından sonra efloraj hareketi tekrarlanır.			
Hastanın sırtındaki vücut losyonunun fazlası banyo havlusu ile silinir.			
Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
Hastanın kıyafetleri giydirilir.			
Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın yaşamsal bulguları tekrar ölçülür ve değerlendirilir.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

4.5. Yatak İçinde Saç Banyosu

Malzemeler: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, saç yıkama küveti/seti, su geçirmez örtü, yüz havlusu (2 adet), el havlusu (1 adet), pamuk tampon (2 adet), uygun sıcaklıkta su, su kovası, maşrapa, şampuan, tarak, saç kurutma makinesi, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Hastanın yatak içinde saç banyosu yapılmasını etkileyecek saçların yapısı, bireysel tercihler, sosyo-ekonomik durum, iletişim, bilinç durumu, hastalıklar, tıbbi araçların varlığı vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır ve ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			

El hijyeni sağlanır.			
Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastanın başı ve omuzları yatağın başucuna ve çalışılacak kenara yakın olacak bir şekilde yerleştirilir.			
Hastanın boynu ve omuzlarının altına su geçirmez örtü serilir.			
Kirli suyun drenajını sağlamak için saç yıkama küvetinin/setinin tahliye borusunun altına su kovası yerleştirilir.			
Hastanın alnına katlanmış el havlusu yerleştirilir.			
Hastanın kulaklarına pamuk tampon yerleştirilir.			
Hastanın boynunun altından omuzlarına doğru gelecek biçimde rulo biçimine getirilmiş havlu yerleştirilir.			
Yıkama küveti/seti, hastanın boynunun altına yerleştirilir.			
Başka bir havlu daha sonra kullanılmak üzere yastığın üzerine serilir.			
Alın ile saçlı derinin birleştiği noktadan başlanarak hastanın saçları su ile ıslatılır.			
Avuç içine bir miktar şampuan dökülür.			
Saçlar parmak uçlarıyla alın ile saçlı derinin başlangıcından enseye doğru masaj yaparak köpürtülür.			
Saçlar şampuan kalmayınca kadar su ile durulanır.			
Hastanın başının altından yıkama küveti/seti alınır.			
Üzerinde havlu bulunan yastık, hastanın başının altına yerleştirilir.			
Havlu hastanın başına sarılır.			
Hastanın alnındaki el havlusu ve kulaklarına yerleştirilen tamponlar alınır.			
Hastanın saçları ve kafa dersi kurulanır.			
Hastanın saçları taranır.			
Tercihe göre saç kurutma makinası kullanılabilir.			
Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

4.6. Bilinçli Hastada Ağız Bakımı

Malzemeler: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, su geçirmez örtü, böbrek küvet, diş fırçası, diş macunu, bir bardak su, kağıt havlu, diş ipi, suda eriyen nemlendirici losyon, ağız içi aspirasyon malzemeleri (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Bilinçli hastada ağız bakımı yapılmasını etkileyecek ağız hijyeni, yutma refleksi, bilinç durumu, ilaçlar, hareket kısıtlılığı, hastanın işleme katılma düzeyi vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır ve ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastaya fowler ya da semifowler pozisyon verilir.			
Su geçirmez örtü hastanın göğüs üzerine yerleştirilir.			
Gerekli ise ağız içi aspirasyon yapılır.			
Böbrek küvet hastanın çenesinin altına yerleştirilir.			
Diş fırçası su ile ıslatılır.			
Diş fırçasına bir miktar diş macunu sürülür.			
Diş fırçasının kılları, diş eti çizgisine 45 derece açı yapacak şekilde yerleştirilir.			
Üst çenedeki dişlerin iç, dış yüzeyleri dişetlerinden uçlara doğru ve çiğneme yüzeyleri öne ve arkaya doğru fırçalanır.			
Alt çenedeki dişlerin iç, dış yüzeyleri dişetlerinden uçlara doğru ve çiğneme yüzeyleri öne ve arkaya doğru fırçalanır.			
Sırasıyla damak, yanaklar, dil üstü ve dilaltı fırçalanır.			
Hastadan ağzını bir miktar su ile çalkalayıp böbrek küvete tükürmesi istenir.			
Hastanın ağzı kağıt havlu ile kurulanır.			
Böbrek küvet boşaltılır ve hastanın çenesinin altına tekrar yerleştirilir.			

Yaklaşık 30 cm. uzunluğundaki diş ipinin uçları, orta parmaklara ve parmaklar arasında 2,5-4 cm. uzunluk kalacak şekilde sarılır.			
Diş ipi, her bir dişin yan yüzünden aşağı indirilir ve diğer dişin yan yüzünden yukarı doğru çıkartılarak uygulanır. (Bu işlem tüm diş aralarına uygulanır. Her bir diş arasında diş ipinin temiz kısmı kullanılır)			
Hastadan ağızını bir miktar su ile çalkalayıp böbrek küvete tükürmesi istenir.			
Hastanın ağızı kağıt havlu ile kurulanır.			
Böbrek küveti hastanın çenesinin altından alınır.			
Dudaklara nemlendirici losyon sürülür.			
Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

4.7. Protez Dişi Olan Hastanın Ağız Bakımı

Malzemeler: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, su geçirmez örtü, böbrek küvet (2 adet), diş fırçası, diş macunu, gazlı bez, bir bardak su, kağıt havlu, protez kabı, ılık su/protez temizleyicisi, suda eriyen nemlendirici losyon, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Protez dişi olan hastada ağız bakımı yapılmasını etkileyecek ağız hijyeni, yutma refleksi, bilinç durumu, ilaçlar, hareket kısıtlılığı, hastanın işleme katılma düzeyi vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır ve ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			

El hijyeni sağlanır.			
Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastaya fowler ya da semifowler pozisyon verilir.			
Su geçirmez örtü hastanın göğüs üzerine yerleştirilir.			
Böbrek küvet hastanın çenesinin altına yerleştirilir.			
Üst protez, gazlı bez ile tutularak ve hafif basınç uygulanarak çıkarılır ve böbrek küvete yerleştirilir.			
Alt protez, gazlı bez ile tutularak ve hafif sallayarak çıkarılır ve böbrek küvete yerleştirilir.			
Diş fırçası ve macunu kullanarak protezin tüm yüzeyleri fırçalanır.			
Protez ılık su ile durulanır.			
Protez, ılık su/protez temizleyicisi olan kaba yerleştirilir.			
Diş fırçası su ile ıslatılır.			
Diş fırçasına az miktarda diş macunu sürülür.			
Sırasıyla diş etleri, yanaklar, damak, dil üstü ve dilaltı yumuşak bir diş fırçası ile fırçalanır.			
Hastanın ağız su ile çalkalanır.			
Üst protez basınç uygulanarak hastanın ağızına yerleştirilir.			
Alt protez hastanın ağızına yerleştirilir.			
Hastadan ağızını bir miktar su ile çalkalayıp böbrek küvete tükürmesi istenir.			
Hastanın ağız kağıt havlu ile kurulanır.			
Böbrek küveti hastanın çenesinin altından alınır.			
Dudaklara nemlendirici losyon sürülür.			
Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

4.8. Bilinçsiz Hastada Özel Ağız Bakımı

Malzemeler: Tek kullanımlık eldiven, süngerli çubuklar, dil basacağı/airway, su geçirmez örtü, böbrek küvet, ağız temizleme solüsyonu (bir kap içerisinde), bir bardak su, kağıt havlu, ağız içi aspirasyonu için gerekli malzemeler (gerekli ise), suda eriyen nemlendirici losyon, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Bilinçsiz hastada özel ağız bakımı yapılmasını etkileyecek ağız hijyeni, hastalık, ağız kokusu, ilaçlar, hareket kısıtlılığı, hastalık vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır ve ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastaya sims ya da lateral pozisyonda, başı hemşireye dönük olacak şekilde pozisyon verilir.			
Su geçirmez örtü hastanın yüzünün altına yerleştirilir.			
Böbrek küvet hastanın çenesinin altına yerleştirilir.			
Pasif el ile hafif basınç uygulanarak alt çene açılır ve dilin üzerine dil basacağı yerleştirilir ya da ağız içerisine airway yerleştirilir. (Uygulama süresince bu pozisyon korunur)			
Gerekli ise uygulama süresince ağız içi aspire edilir.			
Süngerli çubuklar ağız temizleme solüsyonunda ıslatılır.			
Sağ üst çene; sağ en arka diştten çene orta hattına kadar silinir, süngerli çubuk kirli kabına atılır.			
Sol üst çene; sol en arka diştten çene orta hattına kadar temizlenir, süngerli çubuk kirli kabına atılır.			
Sağ alt çene; sağ en arka diştten çene orta hattına kadar temizlenir, süngerli çubuk kirli kabına atılır.			
Sol alt çene; sol en arka diştten çene orta hattına kadar temizlenir, süngerli çubuk kirli kabına atılır.			
Sağ yanak mukozası temizlenir, süngerli çubuk kirli kabına atılır.			

Sol yanak mukozası temizlenir, süngerli çubuk kirli kabına atılır.			
Damak temizlenir, süngerli çubuk kirli kabına atılır.			
Dil üzeri ve dilaltı temizlenir, süngerli çubuk kirli kabına atılır.			
Aynı uygulamalar duru su ile tekrarlanır.			
Dil basacağı/airway alınır.			
Hastanın ağız çevresi kağıt havlu ile kurulanır.			
Böbrek küvet ve su geçirmez örtü alınır.			
Dudaklara nemlendirici losyon sürülür.			
Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

5. SICAK SOĞUK UYGULAMALAR

5.1. Termofor Uygulaması

Malzemeler: Malzeme tepsi, termofor, termofor kılıfı/havlu, uygun sıcaklıkta su, su termometresi, kağıt havlu, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Hekim istemi kontrol edilir.			
Hastaya termofor uygulaması yapılmasını etkileyecek yaş, hastalıklar, uygulamanın amacı, vücut sıcaklığı, uygulama yapılacak derinin durumu, bilinç düzeyi, iletişim, hastanın hareket ve fiziksel sınırlamaları vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır.			
Suyun sıcaklığı su termometresi ile kontrol edilir. (Yetişkinlerde ve 2 yaş üstü çocuklarda 46-52 °C, bilinçsiz, zayıf ve 2 yaş altı çocuklarda 40,5-46 °C)			
Termoforun 2/3'ü ya da yarısı su ile doldurulur.			
Termoforun ağzı yukarı bakacak şekilde yatay konuma getirilir ve havası çıkarılır.			
Termoforun kapağı kapatılır.			
Termofor baş aşağı çevrilerek su sızdırıp sızdırmadığı kontrol edilir.			
Termofor kağıt havlu ile kurulanır.			
Termofor, kılıfına yerleştirilir/tek kat havlu ile sarılır.			
Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Termoforun uygulanacağı bölge kontrol edilir.			
Termofor, uygulama bölgesine nazıkçe yerleştirilir.			
Her 5 dk'da bir uygulama bölgesi kontrol edilir.			
Uygulama 20-30 dk sürdürülür.			
Uygulama sonlandırıldığında, uygulama bölgesi kızarıklık, doku hasarı, yanma ve uyuşma hissi vb açısından kontrol edilir.			
Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.			

Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

5.2. Buz Kesesi Uygulaması

Malzemeler: Malzeme tepsisi, buz kesesi, buz kesesi kılıfı/havlu, buz parçaları, buz maşası (gerekli ise), kağıt havlu, rulo gazlı bez (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Hekim istemi kontrol edilir.			
Hastaya buz kesesi uygulaması yapılmasını etkileyecek yaş, hastalıklar, uygulamanın amacı, vücut sıcaklığı, uygulama yapılacak derinin durumu, bilinç düzeyi, iletişim, hastanın hareket ve fiziksel sınırlamaları vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır.			
Buz kesesinin ¾'ü buz parçacıkları ile doldurulur.			
Buz kesesi düz bir zemin üzerinde, kenarlarından bastırılarak havası çıkarılır.			
Buz kesesinin kapağı kapatılır.			
Buz kesesi baş aşağı çevrilerek kapağının sızdırıp sızdırmadığı kontrol edilir.			
Buz kesesi kağıt havlu ile kurulanır.			
Buz kesesi kılıfına yerleştirilir/tek kat havlu ile sarılır.			
Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Buz kesesinin uygulanacağı bölge kontrol edilir.			
Buz kesesi uygulama bölgesine nazıkçe yerleştirilir.			
Gerekli ise buz kesesi, rulo gazlı bez ile uygulama bölgesine sabitlenir.			

Her 5 dk'da bir uygulama bölgesi kontrol edilir.			
Uygulama 20-30 dk sürdürülür.			
Uygulama sonlandırıldığında, uygulama bölgesi kızarıklık, doku hasarı, yanma ve uyuşma hissi vb açısından kontrol edilir.			
Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

5.3. Sıcak/Soğuk Paket Uygulaması

Malzemeler: Malzeme tepsisi, sıcak/soğuk paket, sıcak/soğuk paket kılıfı/havlu, kağıt havlu, rulo gazlı bez (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Hekim istemi kontrol edilir.			
Hastaya sıcak/soğuk paket uygulaması yapılmasını etkileyecek yaş, hastalıklar, uygulamanın amacı, vücut sıcaklığı, uygulama yapılacak derinin durumu, bilinç düzeyi, iletişim, hastanın hareket ve fiziksel sınırlamaları vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır.			
Üretici firmanın önerisine göre; ➤ Sıcak paket mikrodalga fırında ya da sıcak suda ısıtılır, ➤ Soğuk paket buzdolabı buzlukunda en az 1,5 saat bekletilir.			
Sıcak/soğuk pakette sızıntı olup olmadığı kontrol edilir.			
Sıcak/soğuk paket kağıt havlu ile kurulanır.			
Sıcak/soğuk paket kılıfına yerleştirilir/tek kat havlu ile sarılır.			
Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			

Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Sıcak/soğuk paketin uygulanacağı bölge kontrol edilir.			
Sıcak/soğuk paket uygulama bölgesine nazikçe yerleştirilir.			
Gerekli ise sıcak/soğuk paket, rulo gazlı bez ile uygulama bölgesine sabitlenir.			
Her 5 dk'da bir uygulama bölgesi kontrol edilir.			
Uygulama 20-30 dk sürdürülür.			
Uygulama sonlandırıldığında, uygulama bölgesi kızarıklık, doku hasarı, yanma ve uyuşma hissi vb açısından kontrol edilir.			
Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

5.4. Sıcak/Soğuk Kompres Uygulaması

Malzemeler: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, açık yaraya yapılacak ise steril eldiven, uygun sıcaklıkta sıcak/soğuk su, kompres/gazlı bez (açık yaraya yapılacak ise steril kompres/gazlı bez), kapaklı küvet, su geçirmez örtü, su termometresi, havlu, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Hekim istemi kontrol edilir.			
Hastaya sıcak/soğuk kompres uygulaması yapılmasını etkileyecek yaş, hastalıklar, uygulamanın amacı, vücut sıcaklığı, uygulama yapılacak derinin durumu, bilinç düzeyi, iletişim, hastanın hareket ve fiziksel sınırlamaları vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır.			
Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			

Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Sıcak/soğuk kompreslerin uygulanacağı bölge kontrol edilir.			
Kapaklı küvetin içindeki suyun sıcaklığı su termometresi ile kontrol edilir. (Sıcak uygulama 40,5-43 °C, soğuk uygulama 15 °C)			
Uygulama bölgesinin altına su geçirmez örtü serilir.			
Kompresler küvette ıslatılır. (Açık yara var ise tüm uygulamalar cerrahi asepsi ilkelerine uygun bir şekilde yapılır.)			
Islatılmış kompreslerin fazla suyu sıkılır.			
Kompresler uygulama bölgesine düzgün bir şekilde yerleştirilir.			
Uygulama bölgesi kuru havlu ile tek kat örtülür.			
Kompresler ısındıkça yenisi ile değiştirilir.			
Her 5 dk'da bir uygulama bölgesi kontrol edilerek ısınan kompresler değiştirilir.			
Uygulama 20-30 dk sürdürülür.			
Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
Uygulama sonlandırıldığında, uygulama bölgesi kızarıklık, doku hasarı, yanma ve uyuşma hissi vb açısından kontrol edilir.			
Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

5.5. Oturma Banyosuna Yardım Etme

Malzemeler: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, uygun sıcaklıkta su, oturma küveti, banyo havlusu (2 adet), istem edilen solüsyon (gerekli ise), su termometresi, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/ EKSİK	
Hekim istemi kontrol edilir.			
Hastaya oturma banyosu uygulaması yapılmasını etkileyecek yaş, hastalıklar, uygulamanın amacı, vücut sıcaklığı, uygulama yapılacak derinin durumu, bilinç düzeyi, iletişim, hastanın hareket ve fiziksel sınırlamaları vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır.			
Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Suyun sıcaklığı su termometresi ile kontrol edilir. (Suyun sıcaklığı 40,5-43 ⁰ C, açık yara var ise 37 ⁰ C)			
Oturma küveti yarısına kadar su ile doldurulur. Özellikle istenilen solüsyon var ise ilave edilir.			
Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Uygulama yapılacak bölge kontrol edilir.			
Hastanın küvete oturmasına yardım edilir. (Açık yara var ise tüm uygulamalar cerrahi asepsi ilkelerine göre yapılır.)			
Banyo havlusu, hastanın bacaklarını ve küveti kaplayacak şekilde örtülür.			
Çağrı zili hastanın ulaşabileceği bir yere konulur.			
Her 5 dk'da bir uygulama bölgesi ve suyun sıcaklığı kontrol edilir.			
Uygulama 15-20 dk sürdürülür.			
Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
Uygulama sonlandırıldığında, uygulama bölgesi kızarıklık, karıncalanma hissi vb açısından kontrol edilir.			
Hastanın perianal bölgesi havlu ile kurulanır.			
Hastanın alt kıyafetleri giydirilir.			
Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			

El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

5.6. Soğuk Sünger Banyosu

Malzemeler: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, yaşam bulguları ölçme malzemeleri, uygun sıcaklıkta su, banyo havlusu (2 adet), silme bezi, kompres/gazlı bez (4 adet), buz parçaları, buz kesesi/soğuk paket, termofor/sıcak paket, kapaklı küvet, su termometresi, alkol (gerekli ise), temiz kıyafet, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu	UYGULADI		UYGULAMADI
	DOĞRU	HATALI/EKSİK	
Hekim istemi kontrol edilir.			
Hastaya soğuk sünger banyosu yapılmasını etkileyecek yaş, hastalıklar, uygulamanın amacı, vücut sıcaklığı, uygulama yapılacak derinin durumu, bilinç düzeyi, iletişim, hastanın hareket ve fiziksel sınırlamaları vb faktörler değerlendirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Malzemeler hazırlanır.			
Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
Hastanın kimliği doğrulanır.			
Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
Yatak frenleri kontrol edilir.			
Hasta yatağı çalışılabilecek seviyeye (bel seviyesine) getirilir.			
Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak çalışılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.			
El hijyeni sağlanır.			
Hastanın yaşamsal bulguları ölçülür ve değerlendirilir.			
Kapaklı küvetin içindeki suyun sıcaklığı su termometresi ile kontrol edilir. (Suyun sıcaklığı, vücut sıcaklığından 4-5 °C düşük olacak şekilde ayarlanır. Suya alkol eklenecekse; çocuk ve yaşlılarda ¼, yetişkinlerde ½ oranında alkol eklenir.)			
Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
Hastanın çarşafının altından iç çamaşırları kalacak biçimde kıyafetleri çıkarılır.			
Hastanın üzerine ince bir çarşaf serilir.			
Hastanın altına banyo havlusu serilir.			
Hastaya supine pozisyonu verilir.			

Hastanın başına buz kesesi/soğuk paket yerleştirilir.			
Hastanın ayaklarına termofor/sıcak paket yerleştirilir.			
Kompresler küvetteki suda ıslatılır.			
Islatılmış kompreslerin fazla suyu sıkılır.			
Soğuk kompresler koltuk altlarına ve kasıklara düzgün bir şekilde yerleştirilir.			
Her 3-5 dk'da bir soğuk kompresler saat yönünde olacak şekilde değiştirilir.			
Hastanın yüzü, kolları, bacakları, sırtı ve kalçaları ovmadan silinir ve kurulamadan bırakılır. (Göğüs ve abdomen bölgesine soğuk uygulama yapılmaz.)			
Her 3-5 dk'da bir suya buz parçaları atılarak suyun sıcaklığı 1-2 ⁰ C daha düşürülür. (İşlem sonunda suyun sıcaklığı 18-22 ⁰ C'ye kadar düşürülür.)			
Uygulama 20-30 dk sürdürülür. (Vücut sıcaklığı istendik değere gelmediyse, uygulamaya 30-60 dk ara verilir.)			
Hastaya temiz kıyafetleri giydirilir.			
Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
Hastanın yaşamsal bulguları ölçülür ve değerlendirilir.			
Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.			
Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
Malzemeler toplanır.			
El hijyeni sağlanır.			
Uygulamaya ilişkin bilgiler hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

EK 3: BECERİ SINAVI ÖĞRENCİ YÖNERGESİ

2025-2026 YILI HEM101 HEMŞİRELİK ESASLARI-I DERSİ

BECERİ SINAVI ÖĞRENCİ YÖNERGESİ

Sevgili öğrenciler;

25 Aralık 2025-15 Ocak 2026 tarihleri arasında Hemşirelik Esasları-1 Dersi kapsamında beceri sınavı yapılacaktır. Sınava hazırlığınızı kolaylaştırmak amacıyla uygulama aşamasında size yardımcı olabilecek bilgiler aşağıda belirtilmiştir:

Beceri Sınavı üç istasyondan oluşmaktadır:

1. Uygulama- Enfeksiyon Kontrolü:

- Tıbbi aseptiye uygun el hijyenini sağlama
- Steril alan hazırlama (steril bohça açma, steril alana solüsyon dökme ve steril paket açma)
- Steril eldiven giyme ve çıkarma (Uygun büyüklükte 1 adet steril eldiven getiriniz)

2. Uygulama- Yaşam Bulgularının Değerlendirilmesi

- Temporal arter termometresiyle vücut sıcaklığının ölçülmesi
- Radial arterden nabızın ölçülmesi, solunumun ölçülmesi
- Brakial arterden kan basıncının ölçülmesi

3. Uygulama- Hareket Gereksinimi

- Makete/mankene koruyucu bir pozisyon verme
- Koruyucu pozisyonda uygun destek bölgelerini destekleme
- Verilen koruyucu pozisyondan tekrar eski pozisyona getirme

Sınavın işleyişi ve genel kuralları

- Sınava gireceğiniz tarih ve saat bilgisi listeler halinde laboratuvar uygulamalarında duyurulacak ve whatsapp grubunuzdan paylaşılacaktır.
- Her öğrenci listede belirtilen gün ve saatlerde beceri sınavına katılacaktır.
- Beceri sınavı Hemşirelik Laboratuvarında yapılacaktır.
- Enfeksiyon kontrolü istasyonundaki uygulamanız için 1 adet steril eldiven ve yaşam bulgularındaki uygulamanız için ise saniyeli saat getirmeniz gerekmektedir. Uygulamalarda gerekli diğer malzemeler ise ilgili istasyonda hazır bulunmaktadır.
- Sizden bu malzemeleri kullanarak işlem basamaklarına uygun bir şekilde işlemi yapmanız beklenmektedir.
- Her istasyon için ayrılan **süre 5 dakikadır.**

7. Sınav sıranız geldiğinde laboratuvara alınacaksınız. Öğretim elemanı gözetiminde 3 uygulamanında olduğu alandan bir kura çekeceksiniz ve kurada çıkan uygulamayı yapmanız istenecektir. Kurada çıkan uygulamaya ilişkin açıklama öğretim elemanı tarafından yapılacaktır.
8. Uygulamalarda hastanın kimliğini doğruladığınızı, işlemi açıklayıp onay aldığınızı, mahremiyetini sağladığınızı ve kapıyı/paravanı kapattığınızı, yatağı bel seviyenize göre ayarladığınızı, yatak frenlerinin kontrolünü yaptığınızı, uygulamaya ilişkin kayıtları tuttuğunuzu mutlaka söylemeniz gerekmektedir.
9. Öğretim elemanı, beceri sınavı çeklistleri ile yaptığınız uygulamayı değerlendirecektir.
10. Öğretim elemanı sınav esnasında gözlemci konumundadır. Sizin gözlemciyle ve gözlemcinin sizinle iletişime geçmesi beklenmemektedir.
11. Gözlemciye soru sormanız yasaktır.
12. **Enfeksiyon kontrolüyle ilgili uygulama istasyonunda;** tıbbi asepsiye uygun el hijyenini antiseptikle yapmanız istenecektir. Steril bohça kapalı biçimde hazır bulunacaktır ve cerrahi asepsiye uygun biçimde bohçayı açmanız beklenmektedir. Gözlemcinin belirttiği malzemeyi (solüsyon ve paket) cerrahi asepsiye uygun biçimde bohçaya bırakmanız beklenmektedir. Steril eldiveni cerrahi asepsiye uygun biçimde giymeniz ve çıkartmanız beklenmektedir. Uygulamalar esnasında eğer sterilitiyi bozarsanız ve bunu fark ederseniz, gözlemciye bunu fark ettiğinizi belirtmeniz beklenmektedir. Bu durum, puanlama açısından olumlu yansıyabilir. Ancak sterilitiyi bozduğunuzu fark etmez ve/veya fark ettiğinizi belirtmezseniz bu durum, puanlama açısından daha olumsuz yansıyabilir.
13. **Yaşam bulgularıyla ilgili uygulama istasyonunda;** hasta konumunda bulunan kişi sandalyede/yatakta oturuyor olacaktır. Kişinin temporal arter termometresiyle vücut sıcaklığınız ölçmeniz beklenmektedir. Radial arterden nabzını, solunumu tüm özellikleri açısından değerlendirmeniz ve ayrıntılı şekilde ölçüm sonuçlarını açıklamanız beklenmektedir. Nabız ve solunumun değerlendirmesinde kullanmak üzere bir saniyeli saat yanınızda bulundurmanız gerekmektedir. Kan basıncının ölçümünde, öğretim elemanı tarafından aynı anda değerlendirmeyi yapabilmek için çift başlıklı stetoskop kullanılacaktır.
14. **Hareket gereksinimiyle ilgili uygulama istasyonunda;** maket, yatağın içinde supine pozisyonda olacaktır. Maketi, eğitiminin söyleyeceği koruyucu pozisyona getirmeniz ve yastık, havlu gibi araçlarla bölgeleri yastık, havlu gibi araçlarla desteklemeniz gerekmektedir. Daha sonra maketi eski pozisyona uygun biçimde tekrar getirmeniz gerekmektedir.
15. Her istasyonun puan değeri birbirine eşittir. Toplam 100 puan üzerinden değerlendirileceksiniz.

Başarılar dilerim...

EK 4: HEMŞİRELİK ESASLARI-I DERSİ LABORATUVAR PUANI NOTLANDIRMA TABLOSU**T.C. BİLECİK ŞEYH EDEBALI ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ****HEMŞİRELİK ESASLARI-I DERSİ LABORATUVAR PUANI NOTLANDIRMA TABLOSU**

Enfeksiyon Kontrolü Laboratuvar Uygulaması 13.11.2025	Yaşamsal Bulgular Laboratuvar Uygulaması 20.11.2025	Hareket Gereksinimi Laboratuvar Uygulaması 04.12.2025	Bireysel Hijyen Laboratuvar Uygulaması 18.12.2025	Toplam
25 puan	25 puan	25 puan	25 puan	100 puan
- Öğrencinin derse teorik bilgi olarak katılımı %30 - Öğrencinin derse uygulama-beceri olarak katılımı %50 - Öğrencinin laboratuvar içerisindeki düzeni %20	- Öğrencinin derse teorik bilgi olarak katılımı %30 - Öğrencinin derse uygulama-beceri olarak katılımı %50 - Öğrencinin laboratuvar içerisindeki düzeni %20	- Öğrencinin derse teorik bilgi olarak katılımı %30 - Öğrencinin derse uygulama-beceri olarak katılımı %50 - Öğrencinin laboratuvar içerisindeki düzeni %20	- Öğrencinin derse teorik bilgi olarak katılımı %30 - Öğrencinin derse uygulama-beceri olarak katılımı %50 - Öğrencinin laboratuvar içerisindeki düzeni %20	

- ✓ Yukarıdaki tabloda; öğrencinin laboratuvar uygulamalarına ilişkin değerlendirildiği gün ve uygulamalar verilmiştir.
- ✓ İlgili tarih ve uygulamaya devamsızlık halinde notlandırma otomatik olarak 25 puan düşmektedir.
- ✓ Öğrencinin laboratuvar içerisindeki düzeni kapsamında, kılık-kıyafet, laboratuvara giriş ve çıkış kurallarına uyum, ders dinleme ve derse katılım performansı değerlendirilmektedir.