Doküman No	**İAY.FR.009**
Yayın Tarihi	**23.12.2024**
Revizyon Tarihi	**23.12.2024**
Revizyon No:	**1**

T.C.

İZMİR TINAZTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
İLK VE ACİL YARDIM PROGRAMI

2024 /2025 EĞİTİM ÖĞRETİM YILI
BECERİ UYGULAMALARI REHBERİ

Dr. Öğr. Üyesi Gönül DÜZGÜN

Dr. Öğr. Üyesi Gökşen Polat

Mesleki Beceri Uygulamaları ve Öğrenim Hedefleri	
Mesleki Beceri Değerlendirme Ölçütü	
BÖLÜM 1: YAŞAMSAL BULGULAR	
➢ Brakial Arterden Kan Basıncının Değerlendirilmesi ➢ Radial Arterden Nabzın ve Solunumun Değerlendirme ➢ Aksiller Yoldan Vücut Sıcaklığının Değerlendirilmesi ➢ Timpanik Membran Yoluyla Vücut Sıcaklığının Değerlendirilmesi ➢ Temporal Arter Yoluyla (Alından) Vücut Sıcaklığının Değerlendirilmesi ➢ Oksijen Saturasyonunun Değerlendirilmesi ➢ Apikal Nabzın Değerlendirilmesi	
BÖLÜM 2: ENFEKSİYON KONTROLÜ	
➢ El Yıkama ➢ Steril Eldiven Giyme ve Çıkarma ➢ Kişisel Koruyucu Ekipmanların Kullanımı	
BÖLÜM 3: İLAÇ UYGULAMALARI	
➢ Ampülden İlaç Çekme ➢ Flakondan İlaç Çekme ➢ Sübkutan Enjeksiyon Uygulama ➢ İntradermal Enjeksiyon Uygulama ➢ İntravenöz İlaç Uygulama ➢ İntramüsküler İlaç Uygulama ➢ İntraosseöz infüzyon iğnesi takma ➢ Oral İlaç Uygulama ➢ Göze İlaç Uygulama ➢ Kulağa İlaç Uygulama ➢ Buruna İlaç Uygulama ➢ İnhaler İlaç Uygulama ➢ Nebülizatör Maske İle İlaç Uygulama	
BÖLÜM 4: SOLUNUM GEREKSİNİMİ	
➢ Nazal Kanül İle Oksijen Uygulaması ➢ Maske İle Oksijen Uygulaması ➢ Nazofarengeal Aspirasyon ➢ Orofarengeal Aspirasyon ➢ Trakeal Aspirasyon	

BÖLÜM 5: BESLENME GEREKSİNİMİ	
➢ Nazogastrik Sonda Takma ➢ Orogastrik Sonda Takma ➢ Beslenme Pompası ile Devamlı/Sürekli Beslenme ➢ Beslenme Torbası ile Aralıklı Beslenme ➢ Enjektör ile Aralıklı Beslenme ➢ Nazogastrik Sondadan İlaç Verme ➢ Nazogastrik Sondanın Çıkarılması	
BÖLÜM 6: ÜRİNER BOŞALTIM GEREKSİNİMİ	
➢ Kadın Hastada Geçici Üriner Katater Uygulaması ➢ Erkek Hastada Geçici Üriner Katater Uygulaması ➢ Kalıcı Üriner Kataterin Takılması ➢ Kalıcı Üriner Kataterin Çıkarılması	
BÖLÜM 7: BAĞIRSAK BOŞALTIM GEREKSİNİMİ	
➢ Rektal Tüp Uygulama ➢ Lavman Uygulaması (Düşük Volümlü Lavman Uygulama Ve Yüksek Volümlü Lavman Uygulama	
BÖLÜM 8: ACİL HASTA UYGULAMALARI	
➢ Olay yeri değerlendirme ➢ Birinci Değerlendirme ➢ İkinci Değerlendirme ➢ Koma Pozisyonu Verme ➢ Servikal Kolar Takma ➢ Temel yaşam desteği ➢ İleri yaşam desteği ➢ Hava yolu ve entübasyon ➢ Larengeal maske uygulaması ➢ İğne krikotirotomi ➢ İğne dekompresyon ➢ Mekanik ventilatör kullanımı ➢ Kısmı tıkanma ➢ Tam tıkanma ➢ Kütük çevirme	

MESLEKİ BECERİ UYGULAMALARI VE ÖĞRENİM HEDEFLERİ

1. Profesyonel bir meslek olarak hemşireliğin mutlak beceri gerektirdiğini öğrenmesi
2. Hümanistik anlayışla, mesleki becerilerin önce insan dışı yapay modellerle kazanılması gerektiğinin bilincine varması
3. Mesleki uygulamalarda (el yıkama becerisi, steril eldiven giyme-çıkarma becerisi, IM ve IV enjeksiyon yapma becerisi, vücut sıcaklığını değerlendirme, nabzı değerlendirme, tansiyon ölçme …) beceri kazanması
4. Temel becerilerin kazanılmamasının doğurduğu sonuçları öğrenmesi

MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ

Her bir öğrenim becerisi için 1-5 arasında puan verilerek değerlendirilir.

1. GELİŞTİRİLMELİ

Basamağın uygulanmaması, yanlış ve ya sırasında uygulanmaması anlamına gelir.

2. YETERLİ DÜZEYDE DEĞİL

Basamakların çoğunluğunun uygulamasında eksikliklerin olması anlamına gelir.

3. YETERLİ

Tüm basamakları uygulayabiliyor, fakat uygulamada eksiklikler olması, eğiticinin yardımına ihtiyaç duyulması anlamına gelir.

4. İYİ DÜZEYDE

Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan tam olarak ve sırasında uygulanması ancak bazı basamaklarda eğiticinin hatırlatmasına ihtiyaç duyulması anlamına gelir.

5. MÜKEMMEL

Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan tam olarak ve sırasında uygulanması anlamına gelir.

Öğrenci mesleki beceri uygulamasında başarılı sayılabilmesi için en az 3 puan almak zorundadır.

MESLEKİ BECERİ GÖZLEM KRİTERLERİ

Öğrenim becerisilerinin herbir basamağı için değerlendirme yapılır

1= Basamağın atlanması

2= Basamağın yanlış uygulanması

3= Basamağın doğru uygulanması

BÖLÜM I
YAŞAMSAL BULGULAR

BRAKİAL ARTERDEN KAN BASINCININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Brakial arterden kan basıncını ölçme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Steteskop, tansiyon aleti

	UYGULAMA BASAMAKLARI	Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Malzemeler hazırlanır.			
3.	Malzemeler hastanın yanına kolay ulaşılabilir ve temiz bir alana bırakılır.			
4.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
5.	Hastaya işlem açıklanır.			
6.	Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
7.	Hastaya supine, fowler ya da semi fowler pozisyon verilir.			
8.	Hastanın kolu kalp seviyesinde, avuç içi yukarı bakacak biçimde yerleştirilir ve düz yumuşak bir yere dayayarak desteklenir.			
9.	Hastanın giysisi yukarıya doğru çekilir.			
10.	Brakial arter palpe edilir.			
11.	Manşet, brakial arterin 2.5-5 cm yukarısına ve bir parmak boşluk kalacak şekilde kolun etrafına sarılır.			
12.	Manometre kalp seviyesinde olacak şekilde yerleştirilir.			
13.	Puvarın hava ayar vidası kapatılır.			
14.	Manometrenin gösterge ibresinin sıfır değerinde olup olmadığı kontrol edilir.			
15.	Palpasyon yöntemi ile hastanın sistolik kan basıncı değeri belirlenir. a. Radial nabız palpe edilir. b. Manşon radial nabzın hissedilmediği değere kadar şişirilir. c. Puvarın hava ayar düğmesi açılarak manşonun havası boşaltılır. d. Nabzın hissedilmediği değerin üzerine 30 mm Hg eklenir.			
16.	Hasta 30-60 saniye dinlendirilir.			
17.	Oskültasyon yöntemi ile hastanın kan basıncı değerlendirilir. a. Brakial arter belirlenir. b. Steteskopun alıcısı brakial artere yerleştirilir. c. Puvarın hava ayar vidası kapatılır. d. Manşon belirlenen değere kadar şişirilir. e. Manşonun havası 2-3 mmHg/sn düşme olacak şekilde yavaşça açılır.			
18.	Nabız atımlarının ilk duyulduğu Korotkoff sesi (sistolik basınç) manometreden okunur.			
19.	Nabız atımlarının kaybolduğu andaki Korotkoff sesi (diyastolik basınç) manometre göstergesinden okunur.			
20.	Manşonun havası hızlı ve tam olarak boşaltılır.			

18.	Manşet hastanın kolundan çıkarılır.			
19.	Ölçüm tekrarlanacaksa 30-60 saniye beklenir.			
20.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
21.	Eller yıkanır.			
22.	Yapılan uygulama ve kan basıncı değeri hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

RADİAL ARTERDEN NABZIN VE SOLUNUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Radial arterden nabız ve solunum değerlendirme becerisini kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Gerekli görüldüğü durumda eldiven

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Hastaya işlem açıklanır.			
4.	Eller yıkanır.			
5.	Hastaya fowler ya da supine pozisyon verilir.			
6.	Nabız ölçümü için uygun pozisyon verilir.			
7.	Hasta aktivitede bulunmuş ise 10-15 dk dinlendirilir. Supine pozisyonunda; hastanın kolunun iç yüzü vücuda bakacak şekilde vücut boyunca dümdüz uzatılır ya da hafif fleksiyona getirilerek abdomenin altına ya da göğüs üzerine yerleştirilir.			
8.	Hastanın el bileği bükülmeden avuç içi aşağı bakacak şekilde yerleştirilir.			
9.	İşaret, orta ve yüzük parmak uçları radial arter üzerine yerleştirilir ve başparmak el bileğinin üzerinde tutulur.			
10.	Radial nabız üzerindeki parmaklar ile hafif basınç uygulanır.			
11.	Nabız hızı, ritmi ve dolgunluğu değerlendirilir.			
12.	Nabız 30 saniye sayılır. Nabız aritmik ise 60 saniye sayılır.			
13.	Dakikadaki nabız sayısı hesaplanır.			
14.	Hastanın radial nabzından elimizi kaldırmadan göğüs kafesi gözlenir.			
15.	Solunum hızı, derinliği, ritmi ve sesleri değerlendirilir.			
16.	Solunum düzenli-regüler ise 30 saniye sayılır. Solunum irregüler ise 60 saniye sayılır.			
17.	Dakikadaki solunum sayısı hesaplanır.			

18.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
19.	Nabız ve solunum değerleri hemşire gözlem formuna kaydedilir.			
20.	Eller yıkanır.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

AKSİLLER YOLDAN VÜCUT SICAKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Vücut sıcaklığını belirleyebilme becerisini kazandırabilmek

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, dijital termometre, alkollü pamuk tampon, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır			
2.	Malzemeler hazırlanır			
3.	Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
3.	Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Bireyin ismi ve bireyin kol bandındaki ismi karşılaştırılır ve gerekirse bireyden ismini söylemesi istenir.			
4.	Hastaya işlem açıklanır			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
8.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
9.	El hijyeni sağlanır			
10.	Termometre metal kısmından başlayarak pamuk tamponla silinir			
11.	- Aksiller bölge açıkta kalacak şekilde hasta kıyafetleri çıkartılır/hastadan çıkartması istenir. - Koltuk altı ıslak, nemli veya terli ise bir spanç ya da kağıt havlu ile kurulanır. - Sinyal sesi gelene kadar beklenir, sinyal sesi durduktan sonra derece koltuk altından çıkartılır. Termometre deriye doğrudan temas edecek şekilde koltuk altına (aksiller bölgeye) yerleştirilir.			
12.	Termometrenin başlat düğmesine basılır			
13.	Termometreden sinyal sesi gelene kadar koltuk altında bekletilir			
14.	Termometre hastanın koltuk altından alınarak, sıcaklık değeri okunur			
15.	Termometre metal kısmın ucuna doğru alkollü pamuk tamponla silinir			
16.	Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir			
17.	Sedye kenarlıkları kaldırılır			

18.	Malzemeler toplanır			
19.	Eller yıkanır			
20.	Vücut sıcaklığına ilişkin bilgiler gözlem formuna kaydedilir			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

TİMPANİK MEMBRAN YOLUYLA VÜCUT SICAKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Vücut sıcaklığını belirleyebilme becerisini kazandırabilmek

GEREKLİ MALZEMELER: Timpanik membran termometresi, timpanik membran termometresi probu, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır			
2.	Malzemeler hazırlanır			
3.	Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
4.	Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Bireyin ismi ve bireyin kol bandındaki ismi karşılaştırılır ve gerekirse bireyden ismini söylemesi istenir.			
5.	Hastaya işlem açıklanır			
6.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
7.	Sedye frenleri kontrol edilir			
8.	Sedye bel seviyesine getirilir			
9.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
10.	El hijyeni sağlanır			
11.	Termometrenin ucuna tek kullanımlık prop takılır			
12.	Hastanın başı sağ ya da sol yana çevrilir			
13.	Yetişkinlerde kulak kepçesi yukarı geriye doğru, Çocuklarda kulak kepçesi aşağı geriye doğru çekilir			
14.	Prop dış kulağın girişine doğru yerleştirilir			
15.	Termometrenin başlat düğmesine basılır			
16.	Termometre sinyal sesi duyuluncaya kadar bekletilir			
17.	Termometre kulak yolundan çıkarılarak, sıcaklık değeri okunur			
18.	Termometre üzerindeki düğmeye basılarak tek kullanımlık prop çıkarılır			
19.	Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir			
20.	Sedye kenarlıkları kaldırılır			
21.	Malzemeler toplanır			

22.	Eller yıkanır			
23.	Vücut sıcaklığına ilişkin bilgiler gözlem formuna kaydedilir			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

TEMPORAL ARTER YOLUYLA (ALINDAN) VÜCUT SICAKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Vücut sıcaklığını belirleyebilme becerisini kazandırabilmek

GEREKLİ MALZEMELER: Temporal arter termometresi, el antiseptiği, hemşire gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır			
2.	Malzemeler hazırlanır			
3.	Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
4.	Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Bireyin ismi ve bireyin kol bandındaki ismi karşılaştırılır ve gerekirse bireyden ismini söylemesi istenir.			
5.	Hastaya işlem açıklanır			
6.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
7.	Ölçüm yapılacak bölge nemlilik, sıcaklık, ter, sıcak-soğuk suyla temas gibi faktörler yönünden değerlendirilir			
8.	El hijyeni sağlanır			
9.	Hastanın başı rahat bir pozisyona getirilir			
10.	Termometre bireyin cildine uygun uzaklıkta tutulur			
11.	Termometrenin başlat düğmesine basılır			
12.	Termometrenin ucu, sinyal sesi gelene kadar hastanın alnında tutulur			
13.	Termometredeki sıcaklık değeri okunur			
14.	Malzemeler toplanır			
15.	Eller yıkanır			
16.	Vücut sıcaklığına ilişkin bilgiler gözlem formuna kaydedilir			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

OKSİJEN SATURASYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Oksijen saturasyonunu belirleyebilme becerisini kazandırmak

GEREKLİ MALZEMELER: Pulse oksimetre, alkol, gazlı bez, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu

	UYGULAMA BASAMAKLARI	Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır			
2.	Malzemeler hazırlanır			
3.	Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
4.	Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Bireyin ismi ve bireyin kol bandındaki ismi karşılaştırılır ve gerekirse bireyden ismini söylemesi istenir.			
5.	Hastaya işlem açıklanır			
6.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
7.	Sedye frenleri kontrol edilir			
8.	Sedye bel seviyesine getirilir			
9.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
10.	El hijyeni sağlanır			
11.	Pulse oksimetre cihazını uygulamak için uygun bölge (işaret, orta ya da yüzük parmağı, parmaklarda dolaşım bozukluğu varsa kulak memesi, alın ya da burun köprüsü, alt ekstremitelerde dolaşım sorunu yoksa ayak parmağı) seçilir			
12.	Uygun bölge için en yakın periferal nabız ve kapiller dolum kontrol edilir			
13.	Kapiller dolumun takip edildiği parmakta oje olmamasına dikkat edilir.			
14.	Pulse oksimetre probu, ışık yayan ve ışık alan sensörler karşılıklı gelecek şekilde cilde yerleştirilir			
15.	Pulse oksimetrenin başlat düğmesine basılır			
16.	Ölçüm sonucu ekranda görülene kadar beklenir			
17.	Prob hastadan çıkarılır			
18.	Ölçüm değeri ekranda okunur			
19.	Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir			
20.	Sedye kenarlıkları kaldırılır			
21.	Malzemeler toplanır			
22.	Eller yıkanır			
23.	Vücut sıcaklığına ilişkin bilgiler gözlem formuna kaydedilir			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

APİKAL NABZIN DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Apikal nabzı değerlendirme becerisini kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Saniyeli ya da dijital saat, steteskop

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Malzemeler kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
3.	Hastanın kimlik doğrulanır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Hastaya fowler veya semi-fowler pozisyonu verilir.			
7.	Hastanın göğsü açılır.			
8.	Kalbin apeksi belirlenir. Sol klavikulanın orta hattından aşağıya doğru hayali dik bir çizgi çizilir. Bu çizginin sol 5. ve 6. kostalar arasındaki boşluk ile kesiştiği nokta bulunur. Bu nokta sternumdan yaklaşık 8 cm sola doğru, sol memenin hemen altındadır.			
9.	Steteskopun alıcısı kalbin apeksine yerleştirilir.			
10.	Nabız bir dakika sayılır.			
11.	Hastanın göğüs bölgesi kapatılır ve hastaya uygun pozisyon verilir.			
12.	Malzemeler toplanır.			
13.	Eller yıkanır.			
14.	Yapılan uygulama ve dakikadaki nabız sayısı hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM II
ENFEKSİYON KONTROLÜ

EL YIKAMA

AMAÇ: Uygun el yıkama becerisini kazandırabilme

GEREKLİ MALZEMELER: Sıvı sabun, kağıt havlu, kirli kabı

	UYGULAMA BASAMAKLARI	Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Takılar varsa çıkarılır.			
2.	Formanın kolları uzun ise yukarıya doğru kıvrılır.			
3.	Forma lavaboya değmeyecek şekilde uygun mesafe korunarak lavabo önünde durulur.			
4.	Musluk açılır.			
5.	Suyun sıcaklığı ve akış hızı ayarlanır.			
6.	Eller ve bilekler ıslatılır.			
7.	Avuç içine 3-5 ml sıvı sabun alınır.			
8.	Sabun kullanılacaksa, sabun suyun altından geçirilerek eller köpürtülür.			
9.	El sırtı, avuç içleri, parmak araları, tırnak dipleri ve bilekler dairesel hareketlerle 5'er defa ovuşturulur. a. Avuç içleri temas edecek biçimde ovalanır, b. Avuç içleri ile diğer elin sırtı ovalanır. Sağ avuç içi sol el sırtı üzerinde temas ederek ve parmak aralarını ovarak, c. Sol avuç içi sağ el sırtı üzerinde temas ederek ve parmak aralarını ovarak, d. Parmaklar birbirlerinin arasına geçirip ovarak, e. Sağ ve sol elde sıra ile, parmaklar kapalı / fleksiyonda iken, parmakların arka yüzleri diğer elin avuç içi ile ovalanır. f. Sağ ve sol başparmaklar sıra ile, diğer elin avuç içinde ovalanır. g. Sağ ve sol elin tüm parmak uçları sıra ile, diğer elin avuç içinde ovalanır.			
10.	Yıkama işlemi her iki elde sırası ile tekrarlanır.			
11.	Her iki kolda bileklerde 2.5 cm yukarısına kadar yıkanır.			
12.	Eller bileklerden itibaren parmak uçlarına doğru aynı hareketler tekrarlanarak iyice durulanır.			
13.	Ellerin yıkama işlemi yaklaşık 20-30 sn sürer.			
	Eller parmaklardan başlayarak bileklere doğru kağıt havlu ile iyice kurulanır.			
14.	Musluk, temiz kağıt havlu ile kapatılır.			
15.	Kağıt havlu atık kutusuna atılır.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

STERİL ELDİVEN GİYME VE ÇIKARMA

AMAÇ: Steril eldiven giyme becerisi kazandırabilme

GEREKLİ MALZEMELER: Uygun numaralı steril eldiven

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Takılar çıkarılır.			
	Eller yıkanır.			
2.	Eldiven paketinin son kullanma tarihi, pakette yırtık/delik, nemlilik vb. olup olmadığı kontrol edilir.			
3.	Eldivenin dış paketi açılır.			
	İç paket bel seviyesinin üstünde düz ve temiz bir alana eldivenin bilek kısmı vücuda yakın tarafa gelecek şekilde konulur.			
4.	Eldivenin iç paketi önce uzak, sonra yakın; daha sonra yan tarafları iç kısmına dokunulmadan dikkatlice açılır.			
5.	Aktif olmayan elin baş ve işaret parmakları ile aktif ele ait eldivenin katlanmış olan manşet kısmı tutulur.			
6.	Eldiven, bel hizasından yukarıda tutularak, parmak kısmı aşağıda olacak şekilde paketten çıkarılır.			
7.	Eldiven dikkatli bir şekilde aktif ele giyilir.			
8.	Eldivenli elin başparmağı diğer parmaklardan uzak olacak şekilde tutulur.			
9.	Eldiven giyilen elin dört parmağı birleştirilerek diğer eldivenin manşet katları arasına yerleştirilir.			
10.	Eldiven, bel hizasından yukarıda olacak şekilde kaldırılıp paketten çıkarılır.			
11.	Eldiven dikkatlice aktif olmayan ele giydirilerek manşet katı kolun üzerine doğru açılır.			
12.	Her iki elin parmakları birbirinin arasına geçirilerek eldivenlerin ellere iyice yerleşmesi sağlanır.			
13.	Eldivenin delik olup olmadığı tekrar kontrol edilir.			
14.	Eller bel seviyesinin üzerinde, avuç içi yukarı bakacak şekilde tutulur.			
15.	Eldiven çıkarılırken aktif olan el ile diğer eldeki eldivenin manşet kısmı bileğe değmeden tutulur.			
16.	Eldivenin içi dışarı gelecek şekilde çıkarılır ve aktif elin içine alınır			
17.	Eldivensiz elin parmakları, eldiven olan elin manşet kısmından tutarak çıkarılır.			
18.	Eldivenler tıbbi atık kutusuna atılır			
19.	Eller yıkanır.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMANLARIN KULLANIMI

AMAÇ: Kişisel koruyucu ekipmanların kullanma becerisini kazandırabilme

GEREKLİ MALZEMELER: Eldiven, tek kullanımlık önlük (steril olmayan), gözlük/ yüz koruyucu (siperlik), tıbbı maske (cerrahi maske), bone, tıbbi atık kutusu

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Bone bütün saçları içine alacak şekilde giyilir.			
3.	Tek kullanımlık önlük, açık kısmı arkaya gelecek şekilde tutularak kollar önlüğün kollarının içinden geçirilerek giyilir.			
4.	Önlük boyun ve bel kısmından bağlanır.			
5.	Maske, üst tarafta bulunan metal kısmı burun kanatlarının üzerine gelecek şekilde bağlarından tutulur.			
6.	Maske ağzı, burnu ve çeneyi tamamen kapatacak ve yanlardan hava almayacak şekilde yüze yerleştirilir.			
7.	Maskenin üst bağları kulakların üzerinden, alt bağları boyun kısmından geçirilerek başın arka tarafında bağlanır.			
8.	Gözlük, takılır ve yüz koruyucu kullanılacaksa yüzü tamamen kapatacak şekilde giyilir.			
9.	Non steril eldivenler, manşeti önlüğün üstüne ve bilek kısmını kapatacak şekilde giyilir.			
10.	Eldiven çıkarılırken aktif olan el ile diğer eldeki eldivenin manşet kısmı bileğe değmeden tutulur.			
11.	Eldivenin içi dışarı gelecek şekilde çıkarılır ve aktif elin içine alınır			
12.	Eldivensiz elin parmakları, eldiven olan elin manşet kısmından tutarak çıkarılır.			
13.	Eldivenler tıbbi atık kutusuna atılır.			
14.	Yüz koruyucusu ve gözlük çıkarılır ve tıbbi atık kutusuna atılır.			
15.	Önlüğün öncelikle boyun bağcıkları sonra bel bağcıkları çözülerek iç kısmından tutularak boyun ve omuzlardan aşağı doğru içi dışına gelecek şekilde çıkarılıp katlanır.			
16.	Önlük tıbbi atık kutusuna atılır.			
17.	Maskenin önce alt bağcığı sonra üst bağcığı çözülür ve tıbbi atık kutusuna atılır.			
18.	Bone, dış yüzeyi ile tema edilmeden çıkarılır ve tıbbi atık kutusuna atılır.			
19.	Eller yıkanır.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM III
İLAÇ UYGULAMALARI

AMPULDEN İLAÇ ÇEKME

AMAÇ: Ampulden ilaç çekebilme becerisi kazandırabilme

GEREKLİ MALZEMELER: Ampul şeklindeki ilaç, steril enjektör, pamuk, eldiven, tıbbı atık kutusu

	UYGULAMA BASAMAKLARI	Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimlik bilgileri, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve zamanı ilaç istem formu ile karşılaştırılır			
3.	İlaç istem formunda belirtilen doz, ampul üzerinde belirtilen doz ile aynı değil ise doz hesaplaması yapılır.			
4.	Cilt için irritan özelliğe sahip ilaçlar hazırlanacak ise eldiven giyilir.			
5.	Steril enjektör açılarak, iğne dikkatli bir şekilde enjektörün uç kısmına (ajutaj kısmına) yerleştirilir. Düz bir zemin üzerine bırakılır.			
6.	Ampulün baş kısmında ilaç var ise, diğer elle baş kısmına hafifçe vurularak ilacın aşağıya inmesi sağlanır.			
7.	Ampulün boyun kısmında herhangi bir nokta veya çizgi olup olmadığı kontrol edilir.			
8.	Ampulün boyun kısmında çizgi varsa çizgi üstte kalacak şekilde kuru pamuk tampon ampulün boyun kısmına sarılır.			
9.	Ampulün boyun kısmının arkasına işaret parmağı yerleştirilir.			
10.	Ellerden uzak tarafa doğru/dışa doğru ampulün boynu hızlı ve düz bir şekilde kırılır.			
11.	Ampul düz bir zemine yerleştirilir, iğne ucundaki kılıf çıkarılır ve ampul aktif olmayan elin işaret ve orta parmak arasında tutulur.			
12.	Aktif olan elle enjektör gövdesi tutulur			
13.	İğne ucundan kılıf (kını) çıkarılarak iğne ucu ampulün dış yüzeyine dokundurulmadan, ampulün içine yerleştirilir.			
14.	İğne ucunun ampul içindeki ilaç seviyesinin altında kalıp kalmadığı kontrol edilir.			
15.	Enjektörün pistonu nazik bir şekilde geriye doğru çekilerek istenilen miktarda ilaç enjektör içine çekilir.			
16.	Enjektörün içindeki hava kabarcıklarını çıkarmak için iğneyi ampulden çıkarın. İğnenin ucu yukarı bakacak, iğne ucunun açık yüzeyi yüzünüze dönük olacak şekilde enjektör göz hizasında tutulur.			
17.	Hava kabarcıklarının yukarı çıkması için enjektörün yan tarafına parmakla hafifçe vurulur. Piston geri çekilir ve yavaş bir şekilde piston tekrar yukarı doğru itilerek enjektörde buluna havanın dışarı çıkması sağlanır.			
18.	İlacın dışarı çıkarmaması için, iğnenin ucunda bir damla ilaç göründüğünde pistonu itme işlemi durdurulur.			
19.	Enjektör dik tutularak içindeki ilaç miktarı tekrar kontrol edilir.			
20.	Enjeksiyon uygulamak için iğne ucu uygun iğne ile değiştirilir.			
21.	Aynı hastaya aynı saatte birden fazla ilaç uygulanacak ise ilacın adı ve veriliş yolu etiket üzerine yazılarak enjektörün üzerine yapıştırılır.			
22.	Kullanılan malzemeler uygun şekilde atık kutusuna atılır.			

23.	Eldiven kullanıldıysa çıkarılır.			
24.	Eller yıkanır.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

FLAKONDAN İLAÇ ÇEKME

AMAÇ: Flakondan ilaç çekebilme becerisi kazandırabilme

GEREKLİ MALZEMELER: Flakon şeklindeki ilaç ve sulandırıcı (distile su/ steril su/ enjeksiyonluk su bulunan ampul), steril enjektör, eldiven, %70'lik alkol, pamuk tampon ya da steril gazlı bez, tıbbı atık kutusu

UYGULAMA BASAMAKLARI **Toz ilaç içeren flakon**		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimlik bilgileri, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve zamanı ilaç istem formu ile karşılaştırılır			
3.	Cilt için irritan özelliğe sahip ilaçlar hazırlanacak ise eldiven giyilir.			
4.	Steril enjektör açılarak, iğne dikkatli bir şekilde enjektörün uç kısmına (ajutaj kısmına) yerleştirilir. Düz bir zemin üzerine bırakılır.			
5.	Flakonun tepesinde bulunan metal /plastik koruyucu kapak uç kısmından hafifçe kaldırılarak açılır.			
6.	Flakon ilk kez açılıyor ise kapak açıldıktan sonra plastik kısmı silmeye gerek yoktur. Ancak daha önce açılmış bir flakon ise %70'lik alkollü pamuk ya da steril gaz bezi ile silinir.			
7.	Sulandırıcı, ampul içinde ise, **"ampul biçimindeki ilaçları hazırlama"** işlem basamaklarına göre sulandırıcı enjektöre çekilir.			
8.	Toz ilaç içeren flakonun kauçuk bölgesine iğneyi batırılır. Enjektör içindeki sulandırıcı flakon içine boşaltılır ve enjektör flakon içinden çıkartılıp, steriliteyi bozmayacak şekilde iğne kını takılır ve düz bir alana bırakılır.			
9.	Flakon eller arasında döndürülerek, toz ilacın iyice erimesi sağlanır. Bu işlem sırasında flakonun kauçuk kısmına dokunulmamalıdır.			
10.	Flakondan çekilecek ilaç miktarı kadar/ flakon içine verilen seyreltici sıvı miktarı kadar hava enjektöre çekilir.			
11.	Flakon düz bir zemine bırakılarak ya da aktif olmayan elin işaret ve orta parmağı arasında tutularak, iğne ucu flakon içine yerleştirilir ve çekilen hava flakonun içine verilir.			
12.	Aktif olan el ile enjektör sıkı bir şekilde tutularak flakon ters çevrilerek göz hizasında tutulur. Flakon pasif elin işaret ve orta parmakları ile tutulur ve aynı elin baş ve yüzük parmakları ile enjektörün ajutajı desteklenir.			
13.	İğne ucu daima sıvı içinde olacak şekilde flakon içindeki hava basıncı ile enjektöre yavaş yavaş ilaç dolması sağlanır.			

14.	Gerekirse, doğru miktarda ilaç elde etmek için piston yavaşça geri çekilir.			
15.	İstenen miktarda ilaç çekildikten sonra, iğne flakondan çıkarılır ve iğnenin kapağı kapatılır.			
16.	Enjektör içinde hava kabarcıkları varsa, enjektör göz hizasında 90 derece açı ile dik tutularak, hava kabarcıklarının çıkması için enjektöre yavaşça vurulur.			
17.	Piston yavaşça geri çekilir ve havayı dışarı çıkarmak için piston yavaşça yukarı doğru itilir. İlaç dışarı fışkırtılmaz ve çekilen doz tekrar kontrol edilir.			
18.	Hazırlanan ilaç tepsi içine yerleştirilir. Hastaya birden fazla ilaç uygulanacak ise; enjektör üzerine ilacın adı ve dozunu belirten etiket yapıştırılır.			
19.	Flakon içindeki ilacın bir miktarı kullanılmış ise; flakon üzerine hasta adı, soyadı, sulandırma tarihi ve saatini belirten etiket yapıştırılır.			
20.	Kullanılan malzemeler uygun şekilde atık kutusuna atılır.			
21.	Eldiven kullanıldıysa çıkarılır.			
22.	Eller yıkanır.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

SUBKÜTAN ENJEKSİYON UYGULAMA

AMAÇ: Subkütan (Deri Altı-SC) enjeksiyon uygulama becerisi kazandırabilme

MALZEMELER: İlaç istem formu/ilaç kartı, enjektöre çekilmiş ilaç (25-30 numaralı çapta), antiseptik solüsyon (%70'lik alkol-kurum politikasına göre), kuru pamuk, eldiven, kirli kabı, delici kesici atık kutusu

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Hekim istemi kontrol edilir.			
2.	Eller yıkanır.			
3.	Malzemeler temiz bir alana kolay ulaşabilecek şekilde yerleştirilir.			
4.	Hastanın kimlik bilgileri, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve zamanı ilaç hekim istemi ile karşılaştırılır.			
5.	Hastaya yapılacak uygulama hakkında bilgi verilir. İşlem sırasında hafif yanma, batma olabileceği hakkında bilgi verilir.			
6.	Eldiven giyilir.			
7.	Hastanın mahremiyetini koruyarak, enjeksiyon yapılacak bölge belirlenir			
8.	Enjeksiyon bölgesi doku perfüzyonunda azalma, hassasiyet, ödem, nodül, morarma/şişlik açısından değerlendirilir.			
9.	Enjeksiyon yapılacak bölgeye göre hastaya uygun pozisyon verilir.			
10.	Bölge antiseptik bir tamponla dairesel hareketle merkezden dışa doğru 5 cm genişliğinde temizlenir. Kurumasını beklenir.			
11.	Anseptik solüsyonun kuruması için kısa bir süre beklenir.			

12.	Enjeksiyon sonrasında kullanılmak üzere antiseptikli tampon pasif elin yüzük ve serçe parmağı arasına yerleştirilir.			
13.	Enjektör iğnesinin koruyucu kılıfı düz bir şekilde ajutajdan desteklenerek çıkarılır.			
14.	Enjektör aktif elin başparmak ve işaret parmak ile tutulur.			
15.	Enjeksiyon yapılacak alana el değdirilmeden doku pasif el ile kavranır.			
16.	İğnenin açık ucu yukarı bakacak şekilde hastanın cildi ile 45-90 derecelik açı yapacak şekilde seri bir şekilde dokuya batırılır.			
17.	İğne dokuya batırıldıktan sonra pasif el ile kavranan doku serbest bırakılır.			
18.	İlaç 10 sn de 1 ml olacak hızda dokuya enjekte edilir.			
19.	İğne geri çekilmeden 5-10 sn beklenir.			
20.	Pasif elde bulunan pamuk ile doku desteklenerek iğne dokuya giriş açısı korunarak geri çıkarılır.			
21.	İğne ucu kesici delici atık kutusuna, enjektör tıbbi atık kutusuna atılır.			
22.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir.			
23.	Eldivenler çıkarılır.			
24.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
25.	Eller yıkanır.			
26.	Yapılan işlem hastanın hemşire gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafi) kaydedilir.			
27.	Hastanın uygulanan ilaca yanıtı yaklaşık yarım saat sonra değerlendirilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

İNTRADERMAL ENJEKSİYON UYGULAMA

AMAÇ: İntradermal enjeksiyon uygulama becerisi kazandırabilmek

MALZEMELER: Malzeme tepsisi, ilaç kartı, enjektöre çekilmiş ilaç (25-27 numaralı tüberkülin enjektörü), deriyi işaretlemek için kalem, antiseptik solüsyon (%70'lik alkol-kurum politikasına göre), el antiseptiği, eldiven, kirli kabı, delici kesici atık kutusu, hemşire gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir			
2.	Eller yıkanır			
3.	İlaç; formu, şekli, veriliş yolları, dozu, son kullanma tarihi yönünden kontrol edilir			
4.	İlaçlar ve gerekli malzemeler, malzeme tepsisine yerleştirilir			
5.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır			
6.	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki ilaç bilgileri karşılaştırılır			

7.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır			
8.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir			
9.	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve olabilecek yan etkileri açıklanır			
10.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
11.	Hasta yatağı bel seviyesine getirili			
12.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
13.	El hijyeni sağlanır			
14.	Eldiven giyilir			
15.	Enjeksiyon için uygun bölge seçilir			
16.	Hastaya uygun pozisyon verilir			
17.	Enjeksiyon bölgesi açık olacak şekilde hastanın üzeri açılır			
18.	Enjeksiyon bölgesi değerlendirilir			
19.	Enjeksiyon bölgesi yaklaşık 5 cm çapında olacak şekilde antiseptikli pamuk tamponla merkezden dışarıya doğru dairesel hareketle silinir ve kuruması beklenir			
20.	Enjektör iğnesinin koruyucu kılıfı düz bir şekilde ajutajdan desteklenerek çıkarılır			
21.	Enjektörün kesik ucu yukarı bakacak şekilde aktif elin başparmağı ve işaret parmağı arasında tutulur			
22.	Pasif elin başparmağı ve işaret parmağı ile enjeksiyon bölgesindeki cilt gerdirilir			
23.	İğne hastanın cildiyle 5-15 derece açı yapacak şekilde tutularak yaklaşık 3 mm ilerletilir			
24.	İğne dokuya yerleştikten sonra aktif el ile enjektör sabit tutulur			
25.	Deride yaklaşık 6 mm çapında küçük bir kabarıklık olacak şekilde ilaç yavaşça enjekte edilir			
26.	İğne dokudan yavaşça çıkarılır			
27.	İğne ucu kesici delici atık kutusuna, enjektör tıbbi atık kutusuna atılır.			
28.	Enjeksiyon bölgesi deri kalemi ile daire içine alınarak işaretlenir			
29.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir.			
30.	Eldivenler çıkarılır.			
31.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
32.	Eller yıkanır.			
33.	Yapılan işlem hastanın hemşire gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafı) kaydedilir.			
34.	Enjeksiyon bölgesi, uygulanan ilaç ve deri testine göre belirlenen uygun zaman aralığından sonra değerlendirilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

İNTRAVENÖZ İLAÇ UYGULAMA

AMAÇ: İntravenöz (Ven İçi-IV) ilaç uygulaması becerisi kazandırabilmek

MALZEMELER: Malzeme tepsisi, ilaç kartı, İlaç bulunan enjektör, antiseptik solüsyon, turnike, flaster, su geçirmez örtü, antiseptik solüsyon (%70'lik alkol-kurum politikasına göre), el antiseptiği, eldiven, kirli kabı, delici kesici atık kutusu, hemşire gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir			
2.	Eller yıkanır			
3.	İlaç; formu, şekli, veriliş yolları, dozu, son kullanma tarihi yönünden kontrol edilir			
4.	İlaçlar ve gerekli malzemeler, malzeme tepsisine yerleştirilir			
5.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır			
6.	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki ilaç bilgileri karşılaştırılır			
7.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır			
8.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir			
9.	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve olabilecek yan etkileri açıklanır			
10.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
11.	Hasta yatağı bel seviyesine getirili			
12.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
13.	El hijyeni sağlanır			
14.	Eldiven giyilir			
15.	Enjeksiyon için uygun bölge seçilir			
16.	Hastaya uygun pozisyon verilir			
17.	Enjeksiyon bölgesi açık olacak şekilde hastanın üzeri açılır			
18.	Enjeksiyon bölgesi değerlendirilir			
19.	Enjeksiyon bölgesi seçilirken bireyin geçirdiği cerrahi operasyon, arterio-venöz şant, dolaşım yetersizliği, skar ve nodül gibi durumlar göz önünde bulundurulmalı ve bu bölgelere enjeksiyon uygulanmamalıdır.			
20.	Bireyin vücudunda görerek ve dokunup hissederek uygun ven seçilir. **Koldaki venler:** Bazilik ve sefalik venler Antekubital fossadaki venler Median, sefalik ve bazilik venler **El üzerindeki venler:** Dorsal digital metakarpal venler **Ayak ve bacak venleri**: Popliteal, tibial venler, dorsalis pedis venleri **Uyluktaki venler:**			

	Femoral ve safen venler **Çocuk ve bebeklerde** baş bölgesindeki venler			
21.	Enjeksiyon yapılacak kolun altına koruyucu sedye örtüsü yerleştirilir.			
22.	Turnike, vene giriş bölgesinin 10-15 cm üzerinden bağlanır. Ancak turnike venöz dolaşımı engelleyerek dokuların oksijensiz kalmasına neden olduğu için 2 dakikadan daha uzun süre bağlı bırakılmamalıdır			
23.	Ven dolgun değilse; Venin distalinden kalbe doğru sıvazlanabilir, parmak uçları ile vene hafifçe vurulabilir, ya da bireye elini açıp-kapaması veya yumruk yapması söylenir.			
24.	Damara girilecek bölge antiseptikli solüsyon ile yukarıdan aşağıya doğru tek hamle ile silinir ve alanın kuruması için 5-10 sn beklenir. Enjektör iğnesinin kılıfı çıkartılır.			
25.	Pasif el ile vene giriş noktasının altından deri aşağıya doğru gerdirilir ve kol alttan desteklenir.			
26.	İğnenin eğimi yukarıya bakacak şekilde enjektör baş ve işaret parmakları ile tutularak, damara girilecek noktanın yaklaşık bir cm altından 10-30 derece açı ile vene girilir.			
27.	Vene girdikten hemen sonra açı küçültülür. Ven içine iğne girdiğinde enjektörün ajutaj bölümüne kan geldiğinde aynı açı ile iğnenin 1/3'ü ven içinde ilerletilir.			
28.	Kolun altındaki pasif el serbest bırakılır ve enjektör pistonu geri çekilerek kan gelip gelmediği kontrol edilir. Kan geliyor ise iğnenin damar içinde olduğu kesinleşmiş olur. Kan gelmiyor ise iğne çıkarılır ve işlem tekrarlanır ya da başka bir sağlık personelinden yardım istenir.			
29.	Enjektör hareket ettirilmeden pasif el ile turnike çözülür.			
30.	Pasif olan el ile piston yavaşça itilerek, ilacın damar içine verilmesi sağlanır. Özel bir istem yoksa ilaç dakikada 1 ml şeklinde verilmelidir.			
31.	İlaç damar içine verilirken bölgede şişlik, kızarıklık, acı hissi olup olmadığı kontrol edilir.			
32.	İlacın tamamı verildikten sonra, antiseptikli pamuk tampon ile iğne giriş yerinin yakınına yerleştirilir, enjektör aynı açı ile geri çekilirken tampon enjeksiyon alanına yerleştirilir.			
33.	Enjeksiyon alanına 2-5 dakika pamuk tampon ile basınç yapılır ya da bireyden bası yapması istenir. Birey daha fazla kanamaya neden olduğu için kolunu kıvırmaması konusunda bilgilendirilir.			
34.	2-5 dakikalık basıdan sonra iğne giriş bölgesine flaster yapıştırılır.			
35.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir.			
36.	Eldivenler çıkarılır.			
37.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
38.	Eller yıkanır.			
39.	Yapılan işlem hastanın hemşire gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafı) kaydedilir.			
40.	Enjeksiyon bölgesi, uygulanan ilaç ve deri testine göre belirlenen uygun			

	zaman aralığından sonra değerlendirilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

DAMAR YOLU AÇMA

AMAÇ: Damar yolu açma becerisi kazandırabilmek

MALZEMELER: Malzeme tepsisi, serum fizyolojik bulanan enjektör, turnike, flaster, su geçirmez örtü, antiseptik solüsyon (%70'lik alkol-kurum politikasına göre), eldiven, kirli kabı, delici kesici atık kutusu, branül, üçlü musluk, el antiseptiği, vaka gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Damar yolu açma gerekliliği doktor isteminden kontrol edilir. (intravenöz ilaç varlığı aranır)			
2.	Eller yıkanır			
3.	Kullanılacak malzemelerin son kullanma tarihi yönünden kontrol edilir			
4.	İlaçlar ve gerekli malzemeler, malzeme tepsisine yerleştirilir			
5.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır			
6.	Damar yolu açılacak hasta teyid edilir.			
7.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır			
8.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir			
9.	Hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi verilir.			
10.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
11.	Hasta sedyesi bel seviyesine getirili			
12.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
13.	El hijyeni sağlanır			
14.	Eldiven giyilir			
15.	Damar yolu için uygun bölge seçilir			
16.	Hastaya uygun pozisyon verilir			
17.	Damar yolu bölgesi açık olacak şekilde hastanın üzeri açılır			
18.	Damar yolu açılacak alan değerlendirilir			
19.	Enjeksiyon bölgesi seçilirken bireyin geçirdiği cerrahi operasyon, arterio-venöz şant, dolaşım yetersizliği, skar ve nodül gibi durumlar göz önünde bulundurulmalı ve bu bölgelere uygulama yapılmamalıdır			
20.	Bireyin vücudunda görerek ve dokunup hissederek uygun ven seçilir. **Koldaki venler:** Bazilik ve sefalik venler			

	Antekubital fossadaki venler Median, sefalik ve bazilik venler **El üzerindeki venler:** Dorsal digital metakarpal venler **Ayak ve bacak venleri**: Popliteal, tibial venler, dorsalis pedis venleri **Uyluktaki venler:** Femoral ve safen venler **Çocuk ve bebeklerde** baş bölgesindeki venler			
21.	Damar yolu açılacak kolun altına koruyucu sedye örtüsü yerleştirilir.			
22.	Turnike, vene giriş bölgesinin 10-15 cm üzerinden bağlanır. Ancak turnike venöz dolaşımı engelleyerek dokuların oksijensiz kalmasına neden olduğu için 2 dakikadan daha uzun süre bağlı bırakılmamalıdır			
23.	Ven dolgun değilse; Venin distalinden kalbe doğru sıvazlanabilir, parmak uçları ile vene hafifçe vurulabilir, ya da bireye elini açıp-kapaması veya yumruk yapması söylenir.			
24.	Damara girilecek bölge antiseptikli solüsyon ile yukarıdan aşağıya doğru tek hamle ile silinir ve alanın kuruması için 5-10 sn beklenir. Branül açılarak kelemek kısımlarından tutularak üstündeki kılıfı çıkartılır.			
25.	Pasif el ile vene giriş noktasının altından deri aşağıya doğru gerdirilir ve kol alttan desteklenir.			
26.	İğnenin eğimi yukarıya bakacak şekilde branül işaret ve orta parmakları ile tutularak, damara girilecek noktanın yaklaşık bir cm altından 10-30 derece açı ile veni hafif yanda bırakacak şekilde girilir.			
27.	Vene girdikten hemen sonra açı küçültülür. Ven içine girildikten sonra branülün alt haznesinde kan damlası görüldükten sonra branülün içindeki iğne yavaşça geri çekilirken plastik kısmı damara doğru ilerletilir.			
28.	Kolun altındaki pasif el serbest bırakılır ve turnike çözülür. Branülün iğnesi tamamen çekilir ve branülün ucundaki korucu kapağı alınarak dama yolundaki branülün kapatılması sağlanır.			
29.	Bir damar yolu koruyucu örtü ile damar yolu basit bir şekilde sabitlenir. Enfektör içine çekilmiş serum fizyolojik branül içine yavaşça enjekte edilir. Sıvının akısı sırasında uygulama yerinde kızarıklık, şişme, ağrı gibi bir belirti olmadan damar içinde kolayca ilerlediği görüldükten sonra branül sağlam bir şekilde batlar ile sabitlenir.			
30.	Bir den fazla ilacın aynı anda uygulanması söz konusu ise branüle bir üçlü musluk takılır. Üçlü musluğun havasını boşaltmak için musluğa ait yolların kan ile dolması beklenir ve kanın herhangi bir pıhtı oluşturmaması için serum fizyolojik ile yıkanarak temiz bir şekilde kapakları kapatılır. .			
31.	Üçlü musluk da bir bant ile sabitlenerek herhangi bir yere takılması önlenir.			
32.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir. Etrafındaki tüm araç gerek dikkatli bir şekilde toplanır.			
33.	Eldivenler çıkarılır.			
34.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
35.	Eller yıkanır.			
36.	Yapılan işlem hastanın vaka gözlem formuna (kişinin adı ya da parafi)			

	kaydedilir.			
37.	Enjeksiyon bölgesi, uygulanan ilaç ve deri testine göre belirlenen uygun zaman aralığından sonra değerlendirilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

İNTRAMÜSKÜLER İLAÇ UYGULAMA

AMAÇ: Kas içi- İntramüsküler (IM) enjeksiyon uygulama becerisi kazandırabilmek

MALZEMELER: İlaç istem formu/ilaç kartı, enjektöre çekilmiş ilaç (yetişkinde 2.5-3.75 cm uzunlukta), antiseptik solüsyon (%70'lik alkol-kurum politikasına göre), kuru pamuk, eldiven, kirli kabı, delici kesici atık kutusu

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Hekim istemi kontrol edilir.			
2.	Eller yıkanır.			
3.	Malzemeler temiz bir alana kolay ulaşabilecek şekilde yerleştirilir.			
4.	Hastanın kimlik bilgileri, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve zamanı ilaç hekim istemi ile karşılaştırılır.			
5.	Hastaya yapılacak uygulama hakkında bilgi verilir. İşlem sırasında hafif yanma, batma olabileceği hakkında bilgi verilir.			
6.	Eldiven giyilir.			
7.	Hastanın mahremiyetini koruyarak, enjeksiyon yapılacak bölge belirlenir			
8.	Enjeksiyon bölgesi doku perfüzyonunda azalma, hassasiyet, ödem, nodül, morarma/şişlik açısından değerlendirilir.			
	Dorsogluteal Bölge (Arka Kalça Bölgesi) için; bireye prone (yüzüstü yatar) ya da lateral (yan yatar) pozisyon verilir. Bölge belirlenirken aşağıda açıklanan yöntemlerden biri kullanılır; **I. Yöntem:** Posterior superior ilyak spina ile femurun büyük torakanteri hayali çapraz bir çizgi ile birleştirilir. Bu çizginin üstünde ve ilyak kristanın altında kalan bölgede uygun alan seçilir. **II. Yöntem:** Birey prone pozisyonundayken krista ilyaka superior ile koksiks hayali bir çizgi ile birleştirilip bu çizgi üç eşit parçaya bölünür. Dışta kalan 1/3'lük bölümde uygun alan seçinir. ***Ventrogluteal Bölge (Yan Kalça Bölgesi) için;*** bireye supine, lateral ya da prone pozisyonu verilir. Bölge belirlenirken; sol kalça kullanılacak ise sağ el, sağ kalça kullanılacaksa sol el ayası femur başına yerleştirilir. Başparmak bireyin kasığını, diğer parmaklar başını gösterecek şekilde el			

	yerleştirilir. İşaret parmağı anterior superior ilyak spinaya yerleştirilir. Orta parmak mümkün olduğunca ilyak kristaya doğru açılır. İşaret ve orta parmak arasındaki bölgede uygun alan seçilir. ***Latero femoral (Vastus Lateralis) Bölge (Bacak Dış Yan Bölgesi) için;*** bireye supine pozisyonunda iken dizlerini hafifçe bükmesi ya da fowler's pozisyon alması sağlanır. Bacağın dış yanında femur başından dört parmak aşağı ve dizden dört parmak yukarısı arasında kalan bölgede ortadaki uygun alan seçilir. ***Deltoid Bölge (Kolun Üst Dış Bölgesi) için;*** bireye supine ya da fowler's pozisyonu verilir. Kolun dış yan yüzüne humerus başına yatay hayali bir çizgi çizilir. Bu hayali çizginin her iki ucu aksilla hizasında birleştirilerek ters bir üçgen oluşturulur. Üçgenin orta kısmı enjeksiyon alanıdır.			
9.	Enjeksiyon yapılacak bölgeye göre hastaya uygun pozisyon verilir.			
10.	Seçilen enjeksiyon bölgesi üzerinde anatomik bölgeler belirlenerek enjeksiyon yeri tespit edilir.			
11.	Enjeksiyon bölgesi açık olacak şekilde hastanın üzeri örtülür.			
12.	Hava kilidi uygulanacak ise; ilaç ampul ya da flakondan uygun yöntemlerle çekildikten sonra 0.2-0.3 ml'lik hava çekilir.			
13.	Enjeksiyon bölgesi antiseptikli solüsyon ile merkezden dışa doğru dairesel hareketlerle (yaklaşık 5 cm'lik bir alan olacak şekilde silinir ve kuruması beklenir.			
14.	Pamuk tampon pasif elin serçe ve yüzük parmakları arasında tutulur.			
15.	Enjektör iğnesinin koruyucu kılıfı düz bir şekilde ajutajdan desteklenerek çıkarılır.			
16.	Enjektör aktif elin başparmağı ve işaret parmağı arasında kalem tutar gibi tutulur.			
17.	Pasif elin baş ve işaret parmakları ile enjeksiyon alanı gerdirilir. ***Z tekniği ile ilaç uygulanacak ise;*** Pasif elin yan kısmı ile, saptanan enjeksiyon alanı üzerindeki deri (cilt ve subkutan doku) kenara doğru 2.5-3,5 cm çekilerek gerdirilir.			
18.	İğne 90 º lik açı ile dokuya seri bir şekilde batırılır.			
19.	İğne doku içine girdikten sonra, pasif el ile piston yavaşça geriye çekilerek kan gelip gelmediği kontrol edilir.			
20.	Enjektöre kan gelmiyorsa pasif el ile 10 saniyede 1 ml olacak hızda dokuya enjekte edilir.			
	İğne geri çekilmeden 10 sn beklenir.			
21.	Pasif elde bulunan pamuk ile doku desteklenerek iğne dokuya giriş açısı korunarak geri çıkarılır.			
22.	İğne ucu kesici delici atık kutusuna, enjektör tıbbi atık kutusuna atılır.			
23.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir.			

24.	Eldivenler çıkarılır.			
25.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
26.	Eller yıkanır.			
27.	Yapılan işlem hastanın hemşire gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafı) kaydedilir.			
28.	Hastanın uygulanan ilaca yanıtı yaklaşık yarım saat sonra değerlendirilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

İNTRAOSSEÖZ İNFÜZYON İĞNESİ TAKMA

AMAÇ: Damar yolu açılamayan hastalara alternatik damar yolu açmak ve acil önemli sıvıların gönderilmesini sağlamak

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, böbrek küvet, antiseptik, EZ-IO PD 15 GA (45 mm) / EZ-IO PD 15 GA (25 mm) / EZ-IO PD 15 GA (15 mm), EZ-IO Driver (matkap sürücü), enjektör, SF, gazlı bez

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Hastanın bilinci açıksa bilgilendirme yapılır ve onay alınır.			
2.	Malzeme hazırlığı yapılır, set kontrol edilir.			
3.	Eller yıkanır.			
4.	Eldiven giyilir.			
5.	Hastaya işlem için uygun pozisyon verilir (Hastayı sırtüstü pozisyona getirdikten sonra bacağını hafifçe external rotasyon vererek yer ile maksimum 60 derecelik açı olacak şekilde diz altını havlu, çarşaf, el vb. ile destekleyerek pozisyon verme)			
6.	Girişim yapılacak bölge tespit edilir (Yetişkinlerde tuberositas tibianın 1-2 cm altı, 2 cm medialin 1 cm üzerindeki alan; çocukta tuberositas tibia'nın 1-2 cm altı, 1-2 cm mediali) 			
7.	Antiseptik ile girişim alanı temizlenir. Kemik içi yol açılacak bölgenin üzerindeki cilde, tek yönde içerden dışarıya dairesel olarak dezenfektan solüsyonlu gazlı bez ile uygulanır.			
8.	Kemik içi yol açma seti (EZ-IO) kutusundan çıkarılarak uygun iğne derinliği cihaz üzerinden ayarlanır (Bebek ve çocuklar 3-39 kg için 15mm iğne ucu, 3 kg üstü 25mm yetişkin uç) ve iğne seti güvenlik kabından çıkarılır.			

	EZ-IO PD 15 GA (45 mm): Obez hastalar (Sarı) EZ-IO PD 15 GA (25 mm): Yetişkin (Mavi) EZ-IO PD 15 GA (15 mm): Çocuk (Kırmızı)			
9.	Uygulama yapacak el ile pozisyon korunarak diğer elle bacak stabil tutulur.; EZ-IO iğne seti kemiğe 90 derece açı ile uygulanır.			
10.	Sürücü iğne setinden ayırılır bu sırada sürücü bağlantısını ayırırken iğne seti sabit tutulur ve kataterden stile hub çıkarılır.			
11.	EZ-Connect (kısa serum seti) bağlanır ve yer kontrolü için 20 cc bolus SF verilir.			
12.	Kemik içi iğnenin güvenliğini sağlamak için sabitleme ve hastaya kemik içi yol açıldığını gösteren bileklik takılır.			
13.	İnfüzyon seti varsa EZ-Connect'e bağlanır ve basınç uygulanarak infüzyona devam edilir.			
14.	Malzemeler tıbbi atık kutusuna atılır.			
15.	Eldiven çıkarılır.			
16.	Eller yıkanır.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

ORAL İLAÇ UYGULAMA

AMAÇ: Oral yoldan ilaç uygulama becerisi kazandırabilme

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, ilaç kartı, ilaç (sıvı ve katı formdaki ilaçlar), ilaç kadehi, bir bardak su, tablet ezici (gerekli ise), kağıt havlu, eldiven, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir			
2.	Eller yıkanır			
3.	İlaç; formu, şekli, veriliş yolları, dozu, son kullanma tarihi yönünden kontrol edilir			
4.	İlaç kartı ile eldeki ilaç karşılaştırılır			
5.	Hastaya verilecek olan ilaç dozu hesaplanır			
6.	İlaç şişeden ya da paketten çıkarılarak ilaç kadehine bırakılır			
7.	Tablet formundaki ilaç ezilecekse ilaç ezici kullanılarak toz haline getirilir ve su ile dilüe edilerek ilaç kadehine bırakılır			
8.	Sıvı formdaki süspansiyon ilaç şişesi çalkalanır			
9.	Şişenin kapağı açılır ve kapağın iç yüzü yukarı gelecek şekilde bırakılır			

10.	Şişe göz hizasında tutularak order edilen miktarda ilaç kadehine boşaltılır			
11.	Şişenin kenarı kağıt havlu ile silindikten sonra kapatılır ve ilaç dolabına kaldırılır			
12.	Hazırlanan ilaçlar ilaç kartı ile birlikte ilaç tepsisine yerleştirilir			
13.	İlaç tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır			
14.	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki ilaç bilgileri karşılaştırılır			
15.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır			
16.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir			
17.	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve olabilecek yan etkileri açıklanır			
18.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
19.	Hasta yatağı bel seviyesine getirili			
20.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
21.	El hijyeni sağlanır			
22.	Gerekli ise hastanın yaşam bulguları kontrol edilir			
23.	Hastanın semi fowler ya da fowler pozsiyona gelmesi sağlanır			
24.	Hazırlanan ilaç kadehi hastaya verilir			
25.	İlaç sublingual yolla uygulanacaksa, hastaya dilaltına yerleştirmesi ve ilaç tamamen eriyene kadar yutmaması ya da çiğnememesi söylenir			
26.	İlaç bukkal yolla uygulanacaksa, hastaya ilacı yanak mukozası ve diş eti arasına yerleştirmesi ve ilaç tamamen eriyene kadar yutmaması ya da çiğnememesi söylenir			
27.	İlaç pastil formda ise hastadan ilacı yutmaması ve çiğnememesi istenir			
28.	İlacın yutulması gerekiyorsa, hastaya bir bardak su verilerek ilacı yutması söylenir ve hastanın yanında beklenir			
29.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir			
30.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır			
31.	Eller yıkanır			
32.	Yapılan işlem hastanın hemşire gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafı) kaydedilir			
33.	Hastanın uygulanan ilaca yanıtı değerlendirilir			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

GÖZE İLAÇ UYGULAMA

AMAÇ: Göze ilaç uygulama becerisi kazandırabilme

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, ilaç kartı, ilaç (göz damlası-merhemi), kağıt havlu, gazlı bez, serum fizyolojik, eldiven, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir			
2.	Eller yıkanır			
3.	İlaç; formu, şekli, veriliş yolları, dozu, son kullanma tarihi yönünden kontrol edilir			
4.	İlaçlar ve gerekli malzemeler, malzeme tepsisine yerleştirilir			
5.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır			
6.	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki ilaç bilgileri karşılaştırılır			
7.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır			
8.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir			
9.	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve olabilecek yan etkileri açıklanır			
10.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
11.	Hasta yatağı bel seviyesine getirili			
12.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
13.	El hijyeni sağlanır			
14.	Tek kullanımlık eldiven giyilir			
15.	Gözlerde çapaklanma, akıntı varsa serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bez ile silinir			
16.	Hastaya kağıt havlu verilir			
17.	Hasta supine ya da fowler pozisyonunda iken başı ekstansiyona getirilir			
18.	Göz damlası aktif ele alınır			
19.	Aktif el hastanın alnına yerleştirilir			
20.	Pasif ele alına gazlı bez ile hastanın alt göz kapağı elmacık kemiğine doğru aşağı çekilerek alt konjoktiva kesesi açılır			
21.	Hastaya yukarı ve geriye doğru bakması söylenir			
22.	Göz damlası alt konjoktiva kesesinden 1-2 cm yükseklikte tutularak damlatılır			
23.	Hastanın alt göz kapağı serbest bırakılır			
24.	Hastaya gözünü kapatması söylenir			
25.	Nazolakrimal kanal üzerine gazlı bez yerleştirilerek en az 30 sn. hafif basınç uygulanır			
26.	Göz merhemi aktif ele alınır			
27.	Pasif ele alına gazlı bez ile hastanın alt göz kapağı elmacık kemiğine doğru aşağı çekilerek alt konjoktiva kesesi açılır			
28.	Tüpün ucu alt göz kapaklarına ve kirpiklere değdirilmeden alt konjoktiva kesesine yakın tutulur			
29.	Merhem alt konjoktiva kesesinin iç yüzüne, iç kantüsten dışa doğru yaklaşık 1.25 cm sürülür			
30.	Hastanın alt göz kapağı serbest bırakılır			

31.	Hastaya gözünü kapatması ve gözlerini hareket ettirmesi söylenir			
32.	Göz kapağının dışına çıkan fazla ilaç temizlenir			
33.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır			
34.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir			
35.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır			
36.	Eller yıkanır			
37.	Yapılan işlem hastanın hemşire gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafı) kaydedilir			
38.	Hastanın uygulanan ilaca yanıtı değerlendirilir			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

KULAĞA İLAÇ UYGULAMA

AMAÇ: Kulağa ilaç uygulama becerisi kazandırabilme

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, ilaç kartı, ilaç (kulak damlası), kağıt havlu, gazlı bez, pamuk tampon, serum fizyolojik, eldiven, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir			
2.	Eller yıkanır			
3.	İlaç; formu, şekli, veriliş yolları, dozu, son kullanma tarihi yönünden kontrol edilir			
4.	İlaçlar ve gerekli malzemeler, malzeme tepsisine yerleştirilir			
5.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır			
6.	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki ilaç bilgileri karşılaştırılır			
7.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır			
8.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir			
9.	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve olabilecek yan etkileri açıklanır			
10.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
11.	Hasta yatağı bel seviyesine getirili			
12.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
13.	El hijyeni sağlanır			
14.	Tek kullanımlık eldiven giyilir			
15.	Hasta lateral ya da fowler pozisyonda iken ilaç uygulanacak kulak üstte kalacak şekilde hastanın başına pozisyon verilir			

16.	Dış kulak yolu kirli ise serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bez ile silinir			
17.	Kulak kepçesi yetişkinlerde ve üç yaş üzeri çocuklarda yukarı ve geriye, 3 yaş altı çocuklarda aşağı ve geriye doğru çekilir			
18.	Damlalık dış kulak kanalından 1 cm yukarıda tutularak ilaç dış kulak yoluna damlatılır			
19.	Kulak kepçesi serbest bırakılır			
20.	Tragus üzerine hafif basınç uygulanır			
21.	Hastanın 5-10 dk aynı pozisyonda kalması sağlanır			
22.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır			
23.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir			
24.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır			
25.	Eller yıkanır			
26.	Yapılan işlem hastanın hemşire gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafı) kaydedilir			
27.	Hastanın uygulanan ilaca yanıtı değerlendirilir			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BURUNA İLAÇ UYGULAMA

AMAÇ: Buruna ilaç uygulama becerisi kazandırabilme

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, ilaç kartı, ilaç (burun damlası), kağıt havlu, gazlı bez, eldiven, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir			
2.	Eller yıkanır			
3.	İlaç; formu, şekli, veriliş yolları, dozu, son kullanma tarihi yönünden kontrol edilir			
4.	İlaçlar ve gerekli malzemeler, malzeme tepsisine yerleştirilir			
5.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır			

6.	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki ilaç bilgileri karşılaştırılır			
7.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır			
8.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir			
9.	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve olabilecek yan etkileri açıklanır			
10.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
11.	Hasta yatağı bel seviyesine getirili			
12.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
13.	El hijyeni sağlanır			
14.	Tek kullanımlık eldiven giyilir			
15.	Hastadan kağıt havlu ile burnunu temizlemesi istenir			
16.	Hastaya supine pozisyon verilir ve baş hiperekstansiyona getirilir			
17.	Hastadan ağızdan nefes alıp vermesi istenir			
18.	Damlalık burun deliğinin 1 cm üzerinde tutulur			
19.	Order edilen damla sayısı buruna damlatılır			
20.	Hastanın 5 dk aynı pozisyonda kalması sağlanır			
21.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır			
22.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir			
23.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır			
24.	Eller yıkanır			
25.	Yapılan işlem hastanın hemşire gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafı) kaydedilir			
26.	Hastanın uygulanan ilaca yanıtı değerlendirilir			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

İNHALER İLAÇ UYGULAMA

AMAÇ: İnhaler ilaç uygulama becerisi kazandırabilme

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, ilaç kartı, ilaç (ölçülü doz inhaleri), bir bardak su, böbrek küvet, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir			
2.	Eller yıkanır			
3.	İlaç; formu, şekli, veriliş yolları, dozu, son kullanma tarihi yönünden kontrol edilir			
4.	İlaçlar ve gerekli malzemeler, malzeme tepsisine yerleştirilir			

5.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır			
6.	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki ilaç bilgileri karşılaştırılır			
7.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır			
8.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir			
9.	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve olabilecek yan etkileri açıklanır			
10.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
11.	Hasta yatağı bel seviyesine getirili			
12.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
13.	İlaç uygulamadan önce hastaya tuvalet ihtiyacını gidermesi söylenir			
14.	El hijyeni sağlanır			
15.	Hastaya fowler pozisyonu verilir			
16.	İnhalerin kapağı çıkarılır			
17.	İnhaler 2-5 sn çalkalanır			
18.	Hastadan derin bir nefes alıp vermesi istenir			
19.	Hastadan inhalerin ağızlığını ağzına yerleştirip dişleri ve dudakları ile sıkıca tutması istenir			
20.	Hastadan ağızdan yavaş ve derin bir nefes alırken ilacı püskürtmesi istenir			
21.	Hastadan aldığı nefesi yaklaşık 10 sn tutması istenir			
22.	İnhaler ağızdan çıkarılır			
23.	Hastadan inhaler kullanımından sonra su ile gargara yapması istenir			
24.	Bir sonraki püskürtmeden önce 20-30 sn beklenir			
25.	İnhalerin kapağı kapatılır			
26.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır			
27.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir			
28.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır			
29.	Eller yıkanır			
30.	Yapılan işlem hastanın hemşire gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafı) kaydedilir			
31.	Hastanın uygulanan ilaca yanıtı değerlendirilir			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

NEBÜLİZATÖR MASKE İLE İLAÇ UYGULAMA

AMAÇ: Nebülizatör maske ile ilaç uygulama becerisi kazandırabilme

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, nebülizatör cihazı, nebülizatör maskesi, ilaç kartı, ilaç, böbrek küvet, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir			
2.	Eller yıkanır			
3.	İlaç; formu, şekli, veriliş yolları, dozu, son kullanma tarihi yönünden kontrol edilir			
4.	İlaçlar ve gerekli malzemeler, malzeme tepsisine yerleştirilir			
5.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır			
6.	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki ilaç bilgileri karşılaştırılır			
7.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır			
8.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir			
9.	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve olabilecek yan etkileri açıklanır			
10.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
11.	Hasta yatağı bel seviyesine getirili			
12.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
13.	İlaç uygulamadan önce hastaya tuvalet ihtiyacını gidermesi söylenir			
14.	El hijyeni sağlanır			
15.	Hastaya fowler pozisyonu verilir			
16.	Nebülizatör maskesinin haznesi çıkarılır			
17.	Order edilen ilaç maskenin haznesine dökülür			
18.	Maskenin haznesi tekrar yerine yerleştirilir			
19.	Nebülizatör maskesi ile cihazın bağlantısı sağlanır			
20.	Maske hastanın burnunu ve ağzını tamamen kapatacak şekilde yerleştirilir			
21.	Nebülizatör cihazı çalıştırılır			
22.	Maskenin haznesinde bulunan ilaç tamamen bitene kadar hastadan yavaş ve derin nefes alması istenir			
23.	İlaç bittikten sonra nebülizatör cihazı kapatılır			
24.	Maske hastadan çıkarılır			
25.	Maske tekrar kullanılmayacaksa nebülizatör cihazından ayrılır			
26.	Gerekli ise hastanın yüzü kurulanır			
27.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir			
28.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır			
29.	Eller yıkanır			
30.	Yapılan işlem hastanın hemşire gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafi) kaydedilir			
31.	Hastanın uygulanan ilaca yanıtı değerlendirilir			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM IV
SOLUNUM GEREKSİNİMİ

NAZAL KANÜL İLE OKSİJEN UYGULAMASI

AMAÇ: Nazal kanül ile oksijen uygulama becerisi kazandırabilmek

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, nazal kanül, oksijen flowmetre, humidifer, distile su, oksijen kaynağı, gazlı bez, eldiven, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir			
2.	Eller yıkanır			
3.	Malzemeler hazırlanır			
4.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır			
5.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır			
6.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir			
7.	Hastaya işlem hakkında bilgi verilir			
8.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
9.	Hasta sedyesi bel seviyesine getirilir			
10.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
11.	El hijyeni sağlanır			
12.	Hastanın burundan hava yolu açıklığı kontrol edilir			
13.	Oksijenin nemlendirilmesi için humidiferin içerisine 2/3 oranında distile su doldurulur			
14.	Nazal kanülün bağlantı tüpü flowmetrenin oksijen çıkışına bağlanır			
15.	Doktor istemine göre oksijen akım hızı flowmetreden ayarlanır.			
16.	Kanülün ucundan oksijenin gelip gelmediği kontrol edilir			
17.	Kanülün uçları burun deliğine 1 cm içeri girecek şekilde yerleştirilir			
18.	Kanülün tüpü kulağın üzerinden geçirilerek çenenin önüne veya arkasına hastanın rahat edebileceği şekilde sabitlenir			
19.	Kanülün cilt ile temas eden basınç noktalarına gazlı bez yerleştirilir			
20.	Hasta ağzı kapalı olacak şekilde burundan nefes alması için teşvik edilir.			

21.	Hastanın solunumu; hızı, derinliği, zorlanma durumu ve akciğer sesleri yönünden değerlendirilir			
22.	Oksijenin akım hızı flowmetre, kanül ve oksijen kaynağı açısından uygun aralıklarla kontrol edilir			
23.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir.			
24.	Eldivenler çıkarılır.			
25.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
26.	Eller yıkanır.			
27.	Yapılan işlem hemşire gözlem formuna kaydedilir.			
28.	Hastanın oksijen tedavisine karşı tepkisi, solunum değerlendirme bulguları ve yan etkiler tedavi boyunca ve tedaviden sonra değerlendirilerek kaydedilir			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

MASKE İLE OKSİJEN UYGULAMASI

AMAÇ: Maske ile oksijen uygulama becerisi kazandırabilmek

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, oksijen maskesi, oksijen flowmetre, humidifer, distile su, oksijen kaynağı, gazlı bez, eldiven, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir			
2.	Eller yıkanır			
3.	Malzemeler hazırlanır			
4.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır			
5.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır			
6.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir			
7.	Hastaya işlem hakkında bilgi verilir			
8.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
9.	Hasta sedyesi bel seviyesine getirili			
10.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
11.	El hijyeni sağlanır			
12.	Hastanın burundan hava yolu açıklığı kontrol edilir			
13.	Oksijenin nemlendirilmesi için humidiferin içerisine 2/3 oranında distile su doldurulur			
14.	Maskenin flowmetre ile bağlantısı sağlanır			

15.	Doktor istemine göre oksijen akım hızı flowmetreden ayarlanır.			
16.	Maskenin ucundan oksijenin gelip gelmediği kontrol edilir			
17.	Maske, hastanın burnunu ve ağzını kaplayacak şekilde ve basınç oluşturmayacak şekilde yerleştirilir			
18.	Maskenin lastik bantlarının cilt ile temas eden basınç noktalarına gazlı bez yerleştirilir			
19.	Eldivenler çıkarılır			
20.	Oksijen tedavisi uzun süre devam edecekse her 2-3 saatte bir maske çıkarılır ve deri kurulanır			
21.	Hastanın solunumu; hızı, derinliği, zorlanma durumu ve akciğer sesleri yönünden değerlendirilir			
22.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir.			
23.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
24.	Eller yıkanır.			
25.	Yapılan işlem vaka gözlem formuna kaydedilir.			
26.	Hastanın oksijen tedavisine karşı tepkisi, solunum değerlendirme bulguları ve yan etkiler tedavi boyunca ve tedaviden sonra değerlendirilerek kaydedilir			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

NAZOFARENGEAL ASPİRASYON

AMAÇ: Nazofarengeal aspirasyon uygulama becerisi kazandırabilmek

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, steril eldiven, aspirasyon katateri, portatif ya da sabit aspiratör, steril bohça içinde böbrek küvet, su geçirmez örtü, oksijen maskesi, katater bağlantı aparatı, serum fizyolojik, nazal ya da oral airway, önlük, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu

	UYGULAMA BASAMAKLARI	**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir			
2.	Eller yıkanır			
3.	Malzemeler hazırlanır			
4.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır			
5.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır			
6.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir			
7.	Hastaya işlem hakkında bilgi verilir			

8.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
9.	Hasta yatağı bel seviyesine getirili			
10.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
11.	El hijyeni sağlanır			
12.	Hastaya yapılacak işlem açıklanır			
13.	Uygun çaplı steril disposable aspirasyon sondası seçilir			
14.	Hastanın bilinci açık ise semi-fowler pozisyonu, bilinci kapalı ise yüzü hemşireye dönük olacak şekilde lateral pozisyon verilir			
15.	Hastaya doktor istemine göre oksijen verilir			
16.	Hastanın göğsüne su geçirmez örtü yerleştirilir			
17.	Gerekli ise tek kullanımlık maske ve önlük giyilir			
18.	İşlem sırasında hastanın kendini ifade edebilmesi için iletişim dili geliştirilir			
19.	Steril bohça içindeki böbrek küvet cerrahi asepsi kurallarına uygun şekilde açılır			
20.	Aspirasyon katateri steril alana açılır			
21.	Steril böbrek küvete yaklaşık 100 ml serum fizyolojik doldurulur			
22.	Aspiratör çalıştırılır ve basıncı ayarlanır			
23.	Hasta oksijen tedavisi alıyorsa oksijen kanülü-maskesi çıkarılır			
24.	Steril eldiven talimatlara uygun şekilde giyilir			
25.	Aktif el ile steril aspirasyon kateteri tutularak pasif el ile aspiratör ile bağlantısı sağlanır			
26.	Aspirasyon sondasının aspire etme işlemini yapıp yapmadığı kontrol edilir (serum fizyolojik solüsyonu aspire edilir)			
27.	Katater işaret parmağı ve başparmak arasında ikiye katlanarak klemplenir			
28.	Hastanın burun ucu ile kulak memesi arasındaki mesafe göz ile ölçülür			
29.	Göz ile işaretlenen yerden aspirasyon sondasının boyu ölçülür ve baş parmak ile işaret parmağı arasında tutulur			
30.	Katater önce burun tabanına paralel sonra aşağıya doğru farenksin arkasına itilir			
31.	Port kapatılır ve parmaklarla yapılan klemp açılır			
32.	Katater başparmak ve işaret parmağı arasında yuvarlanarak dairesel hareketlerle yavaşça dışarıya doğru çıkarılır			
33.	Gerekli ise aynı işlem diğer burun deliği için de tekrarlanır			
34.	Böbrek küvetten bir miktar serum fizyolojik solüsyonu çekilir			
35.	Katater aspiratör bağlantısından ayrılır			
36.	Katater avuç içinde kalacak şekilde eldiven çıkarılır			
37.	Steril eldiven ve katater uygun atık kutusuna atılır			
38.	Aspiratör kapatılır			
39.	Göğse yerleştirilen su geçirmez örtü alınır			
40.	Gerekli ise hastaya ağız bakımı verilir			
41.	Oksijen tedavisi varsa hastanın tedavisine devam edilir			
42.	Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir			
43.	Sedye kenarlıkları kaldırılır			
44.	Sedye en düşük seviyeye getirilir			

45.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
46.	Eller yıkanır.			
47.	Yapılan işlem hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

OROFARENGEAL ASPİRASYON

AMAÇ: Orofarengeal aspirasyon uygulama becerisi kazandırabilmek

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, eldiven, aspirasyon katateri, portatif ya da sabit aspiratör, böbrek küvet, su geçirmez örtü, oksijen maskesi, katater bağlantı aparatı, serum fizyolojik, nazal ya da oral airway, maske, önlük, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu

		Gözlem Kriterleri		
	UYGULAMA BASAMAKLARI	1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir			
2.	Eller yıkanır			
3.	Malzemeler hazırlanır			
4.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır			
5.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır			
6.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir			
7.	Hastaya işlem hakkında bilgi verilir			
8.	Hasta mahremiyeti sağlanır			
9.	Hasta yatağı bel seviyesine getirili			
10.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
11.	El hijyeni sağlanır			
12.	Hastaya yapılacak işlem açıklanır			
13.	Uygun çaplı steril disposable aspirasyon sondası seçilir			
14.	Hastanın bilinci açık ise semi-fowler pozisyonu, bilinci kapalı ise yüzü hemşireye dönük olacak şekilde lateral pozisyon verilir			
15.	Hastaya doktor istemine göre oksijen verilir			
16.	Hastanın göğsüne su geçirmez örtü yerleştirilir			
17.	Gerekli ise tek kullanımlık maske ve önlük giyilir			
18.	İşlem sırasında hastanın kendini ifade edebilmesi için iletişim dili geliştirilir			
19.	Böbrek küvete yaklaşık 100 ml serum fizyolojik doldurulur			
20.	Aspiratör çalıştırılır ve basıncı ayarlanır			
21.	Hasta oksijen tedavisi alıyorsa oksijen kanülü-maskesi çıkarılır			
22.	Tek kullanımlık eldiven giyilir			
23.	Aktif el ile steril aspirasyon kateteri tutularak pasif el ile aspiratör ile bağlantısı sağlanır			
24.	Aspirasyon sondasının aspire etme işlemini yapıp yapmadığı kontrol edilir (serum fizyolojik solüsyonu aspire edilir)			

25.	Katater işaret parmağı ve başparmak arasında ikiye katlanarak klemplenir			
26.	Katater hastanın ağız içine ilerletilir			
27.	Port kapatılır ve parmaklarla yapılan klemp açılır			
28.	Katater başparmak ve işaret parmağı arasında yuvarlanarak dairesel hareketlerle sekresyonlar temizleninceye kadar ağız içi, farenks ve diş etleri aspire edilir			
29.	Katater başparmak ve işaret parmağı arasında yuvarlanarak dairesel hareketlerle yavaşça dışarıya doğru çıkarılır			
30.	Böbrek küvetten bir miktar serum fizyolojik solüsyonu çekilir			
31.	Katater aspiratör bağlantısından ayrılır			
32.	Katater avuç içinde kalacak şekilde eldiven çıkarılır			
33.	Eldiven ve katater uygun atık kutusuna atılır			
34.	Aspiratör kapatılır			
35.	Göğse yerleştirilen su geçirmez örtü alınır			
36.	Gerekli ise hastaya ağız bakımı verilir			
37.	Oksijen tedavisi varsa hastanın tedavisine devam edilir			
38.	Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir			
39.	Sedye kenarlıkları kaldırılır			
40.	Sedye en düşük seviyeye getirilir			
41.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
42.	Eller yıkanır.			
43.	Yapılan işlem hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

TRAKEAL ASPİRASYON

AMAÇ: Trakeal aspirasyon uygulama becerisi kazandırabilmek

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, eldiven, aspirasyon katateri, portatif ya da sabit aspiratör, böbrek küvet, su geçirmez örtü, oksijen maskesi, katater bağlantı aparatı, serum fizyolojik, nazal ya da oral airway, maske, önlük, el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir			
2.	Eller yıkanır			
3.	Malzemeler hazırlanır			
4.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır			
5.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır			
6.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir			
7.	Hastaya işlem hakkında bilgi verilir			
8.	Hasta mahremiyeti sağlanır			

9.	Hasta yatağı bel seviyesine getirili			
10.	Çalışılacak taraftaki sedye kenarlıkları indirilir			
11.	El hijyeni sağlanır			
12.	Hastaya yapılacak işlem açıklanır			
13.	Uygun çaplı steril disposable aspirasyon sondası seçilir			
14.	Hastanın bilinci açık ise semi-fowler pozisyonu, bilinci kapalı ise yüzü hemşireye dönük olacak şekilde lateral pozisyon verilir			
15.	Hastaya doktor istemine göre oksijen verilir			
16.	Hastanın göğsüne su geçirmez örtü yerleştirilir			
17.	Gerekli ise tek kullanımlık maske ve önlük giyilir			
18.	İşlem sırasında hastanın kendini ifade edebilmesi için iletişim dili geliştirilir			
19.	Böbrek küvete yaklaşık 100 ml serum fizyolojik doldurulur			
20.	Aspiratör çalıştırılır ve basıncı ayarlanır			
21.	Hasta oksijen tedavisi alıyorsa oksijen kanülü-maskesi çıkarılır			
22.	Tek kullanımlık eldiven giyilir			
23.	Aktif el ile steril aspirasyon kateteri tutularak pasif el ile aspiratör ile bağlantısı sağlanır			
24.	Aspirasyon sondasının aspire etme işlemini yapıp yapmadığı kontrol edilir (serum fizyolojik solüsyonu aspire edilir)			
25.	Katater işaret parmağı ve başparmak arasında ikiye katlanarak klemplenir			
26.	Katater hastanın ağız içine ilerletilir			
27.	Port kapatılır ve parmaklarla yapılan klemp açılır			
28.	Katater başparmak ve işaret parmağı arasında yuvarlanarak dairesel hareketlerle sondanın ucu trekeaya kadar ilerletilir			
29.	Katater başparmak ve işaret parmağı arasında yuvarlanarak dairesel hareketlerle yavaşça dışarıya doğru çıkarılır			
30.	Böbrek küvetten bir miktar serum fizyolojik solüsyonu çekilir			
31.	Katater aspiratör bağlantısından ayrılır			
32.	Katater avuç içinde kalacak şekilde eldiven çıkarılır			
33.	Eldiven ve katater uygun atık kutusuna atılır			
34.	Aspiratör kapatılır			
35.	Göğse yerleştirilen su geçirmez örtü alınır			
36.	Gerekli ise hastaya ağız bakımı verilir			
37.	Oksijen tedavisi varsa hastanın tedavisine devam edilir			
38.	Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir			
39.	Sedye kenarlıkları kaldırılır			
40.	Sedye en düşük seviyeye getirilir			
41.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
42.	Eller yıkanır.			
43.	Yapılan işlem hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM V
BESLENME GEREKSİNİMİ

NAZOGASTRİK SONDA TAKMA

AMAÇ: Nazogastrik sonda takma becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, nazogastrik sonda /yetişkinler için 12-18 nolu Levine sonda, suda eriyen kayganlaştırıcı ya da %0.9'luk NaCl, stetoskop, abeslank (dil basacağı), 20-50 ml'lik çam uçlu enjektör (2 adet), Ph çubuğu, tek kullanımlık eldiven, bir bardak su ve pipet, klemp, ışık kaynağı, havlu/su geçirmez örtü, böbrek küvet (2 adet), flaster, kalem, el antiseptiği, kirli kabı

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Hastanın varsa gözlüğü ve protez dişleri çıkarılır.			
7.	Bağırsak sesleri stetoskopla dinlenir.			
8.	Hastaya fowler/semi-fowler pozisyonu verilir.			
9.	Hastanın göğsünün üzerine havlu/su geçirmez örtü serilir.			
10.	Tek kullanımlık böbrek küvet, havlu/su geçirmez örtünün üzerine yerleştirilir/hastanın eline verilir.			
11.	Hastanın bilinci açık ve yutma refleksi varsa, eline, bir bardak su ve pipet verilir.			
12.	El hijyeni sağlanır.			
13.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
14.	Işık kaynağı ile burun delikleri kontrol edilir.			
15.	Sonda burun ucundan kulak memesine, kulak memesinden ksifoidin alt ucuna kadar ölçülür.			
16.	Ölçülen 55-65 cm'lik mesafe kalem ile işaretlenir.			
17.	Hastanın başı hiperekstansiyona getirilir.			
18.	Sonda, gevşek halka şeklinde aktif elde sarılarak kavranır.			
19.	Sondanın 15-20 cm'lik ucu suda eriyen kayganlaştırıcı ya da %0.9 NaCl solüsyonu ile kayganlaştırılır.			
20.	Sonda, önce burun tabanına paralel, sonra aşağıya ve arkaya doğru			

	başparmak ve işaret parmağı arasında yuvarlanarak ilerletilir.			
21.	Uvulanın arkasında sondanın ucunun görünüp görünmediği ışık kaynağı ve dil basacağı ile kontrol edilir. Tüpün ucu görünüyorsa orofarenkse ulaşmıştır.			
22.	Tüpün ucu orofarenkse ulaşınca hastaya başını hafifçe öne doğru eğmesi söylenir.			
23.	Sonda özefagusa doğru ilerletilirken hastaya pipet ile yudum yudum su içmesi ya da sıvı alamıyorsa yutkunması söylenir. Her yutkunma sonrasında sonda 4-5 cm ilerletilir.			
24.	Hastada öğürme, öksürük varsa sondanın ilerletilmesi durdurulur.			
25.	Dil basacağı ve ışık kaynağı ile sondanın yerleşimi kontrol edilir.			
26.	Hastada nefes darlığı, öksürük, siyanoz, konuşmada zorluk gibi solunum sıkıntısı belirtileri varsa sonda geri çekilerek işlem sonlandırılır.			
26.	Önceden belirlenen işaretli noktaya kadar sonda ilerletilir.			
27.	Sonda flaster ile geçici olarak buruna tespit edilir.			
28.	Kontrol için 3 yöntem vardır. 1. a. Sondanın midede olup olmadığının kontrolü için sondanın dışarıda kalan ucuna enjektör yerleştirilerek 10-20 ml kadar mide içeriği aspire edilir. b. Mide içeriği gelmiyorsa, hastaya sol lateral pozisyon verilir ve mide içeriği tekrar aspire edilir. c. Sonda klemplenir ve kapağı kapatılır. d. Ph çubuğu ile aspire edilen içeriğin Ph'ı ölçülür. Mide sıvısının pH'ı 4'ün altındadır (0-4). e. Mide içeriği tekrar mideye verilir. 2. a. Enjektör içine 5-10 ml hava çekilir. b. Stetoskopun alıcısı epigastrik bölgeye yerleştirilir. c. Enjektördeki hava yavaş yavaş mideye verilirken mide sesleri dinlenir. d. Gurultuya benzer bir ses duyulursa sonda mididedir. 3. a. Röntgen çekilerek sondanın yeri belirlenir. Sondanın midede olduğu saptandığında; 1. Sondanın distal ucu kapatılır. 2. Havlu/Su geçirmez örtü alınır. 3. Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
29.	Sonda buruna tespit edilir.			
30.	Sonda hastanın giysisine gevşek bir şekilde tespit edilir.			
31.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
32.	Malzemeler toplanır.			
33.	Eller yıkanır.			
34.	Yapılan uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

OROGASTRİK SONDA TAKMA

AMAÇ: Orogastrik sonda takma becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, nazogastrik sonda /yetişkinler için 12-18 nolu Levine sonda, suda eriyen kayganlaştırıcı ya da %0.9'luk NaCl, stetoskop, abeslank (dil basacağı), 20-50 ml'lik çam uçlu enjektör (2 adet), Ph çubuğu, tek kullanımlık eldiven, bir bardak su ve pipet, klemp, ışık kaynağı, havlu/su geçirmez örtü, böbrek küvet (2 adet), flaster, kalem, el antiseptiği, kirli kabı

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Hastanın varsa gözlüğü ve protez dişleri çıkarılır.			
7.	Bağırsak sesleri stetoskopla dinlenir.			
8.	Hastaya fowler/semi-fowler pozisyonu verilir.			
9.	Hastanın göğsünün üzerine havlu/su geçirmez örtü serilir.			
10.	Tek kullanımlık böbrek küvet, havlu/su geçirmez örtünün üzerine yerleştirilir/hastanın eline verilir.			
11.	Hastanın bilinci açık ve yutma refleksi varsa, bir bardak su ve pipet verilir.			
12.	El hijyeni sağlanır.			
13.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
14.	Işık kaynağı ve dil basacağı ile ağız içi kontrol edilir.			
15.	Sonda, dudakların dikey orta hattından kulak memesine, kulak memesinden ksifoidin alt ucuna kadar ölçülür.			
16.	Ölçülen 55-65 cm'lik mesafe kalem/flaster vs ile işaretlenir.			
17.	Sonda, gevşek halka şeklinde aktif elde sarılarak kavranır.			
18.	Sondanın 15-20 cm'lik ucu suda eriyen kayganlaştırıcı ya da %0.9 NaCl solüsyonu ile kayganlaştırılır.			
19.	Sonda, önce dile paralel ve uvulaya değmeyecek şekilde ileri, sonra aşağıya ve arkaya doğru başparmak ve işaret parmağı arasında yuvarlanarak ilerletilir.			
20.	Sonda özefagusa doğru ilerletilirken hastaya pipet ile yudum yudum su içmesi ya da sıvı alamıyorsa yutkunması söylenir.			

21.	Hastada öğürme, öksürük varsa sondanın ilerletilmesi durdurulur.			
22.	Dil basacağı ve ışık kaynağı ile sondanın yerleşimi kontrol edilir.			
23.	Hastada nefes darlığı, öksürük, siyanoz, konuşmada zorluk gibi solunum sıkıntısı belirtileri varsa sonda geri çekilerek işlem sonlandırılır.			
24.	İşaretlenen yere gelinceye kadar birey her yutkunduğunda sonda döndürülerek ilerletilir.			
25.	Sonda flaster ile geçici olarak tespit edilir.			
26.	Kontrol için 3 yöntem vardır. 1. a. Sondanın midede olup olmadığının kontrolü için sondanın dışarıda kalan ucuna enjektör yerleştirilerek 10-20 ml kadar mide içeriği aspire edilir. b. Mide içeriği gelmiyorsa, hastaya sol lateral pozisyon verilir ve mide içeriği tekrar aspire edilir. c. Sonda klemplenir ve kapağı kapatılır. d. Ph çubuğu ile aspire edilen içeriğin Ph'ı ölçülür. Mide sıvısının pH'ı 4'ün altındadır (0-4). e. Mide içeriği tekrar mideye verilir. 2. a. Enjektör içine 5-10 ml hava çekilir. b. Stetoskopun alıcısı epigastrik bölgeye yerleştirilir. c. Enjektördeki hava yavaş yavaş mideye verilirken mide sesleri dinlenir. d. Gurultuya benzer bir ses duyulursa sonda midededir. 3. a. Röntgen çekilerek sondanın yeri belirlenir. Sondanın midede olduğu saptandığında; 1. Sondanın distal ucu kapatılır. 2. Havlu/Su geçirmez örtü alınır. 3. Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
27.	Sonda kalıcı olarak hastanın omzuna tespit edilir.			
28.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
29.	Malzemeler toplanır.			
30.	Eller yıkanır.			
31.	Yapılan uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BESLENME POMPASI İLE DEVAMLI/SÜREKLİ BESLENME

AMAÇ: Beslenme pompası ile devamlı/sürekli beslenme yapabilme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, böbrek küvet (2 adet), oda sıcaklığında enteral besin, tek kullanımlık beslenme torbası ve seti, beslenme pompası, Ph çubuğu, içme suyu, çam uçlu enjektör (50 ml'lik 2 adet), etiket, stetoskop, havlu/su geçirmez örtü, klemp, el antiseptiği, kirli kab, hemşire gözlem formu

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Hastaya fowler, semi-fowler pozisyonu ya da sedye başı 30°ye yükseltilerek sağ lateral pozisyon verilir.			
7.	Hastanın göğsünün üzerine havlu/su geçirmez örtü yerleştirilir.			
8.	El hijyeni sağlanır.			
9.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
10.	Sondanın yerleşiminin doğruluğundan emin olmak için; Sondanın ucuna çam uçlu enjektör takılır.			
11.	Sondanın klempi açılır.			
12.	Mide içeriği aspire edilir.			
13.	Aspire edilen içeriğin Ph'ı ölçülür.			
14.	Rezidüel volüm ölçülür.			
15.	Aspire edilen içerik mideye geri verilir.			
16.	Sonda klemplenir.			
17.	Çam uçlu enjektör sondanın ucundan çıkarılır.			
18.	Sonda 30 ml. içme suyu ile yıkanır.			
19.	Sonda klemplenir.			
20.	Sondanın distal ucu kapatılır.			
21.	Havlu/ Su geçirmez örtü atık kutusuna atılır.			
22.	Beslenme torbasının klempi kapatılır.			
23.	En fazla 4-6 saatte verilmesi gereken enteral besin beslenme torbasına boşaltılır.			
24.	Beslenme torbası, serum askısına asılır.			
25.	Beslenme torbasının üzerine besin türü, miktarı, tarihi, başlangıç ve bitiş zamanını içeren bilgi etiketi yapıştırılır.			
26.	Beslenme torbası setinin havası çıkarılır.			
27.	Beslenme seti, beslenme pompasına yerleştirilir, sonda ile bağlantısı yapılır.			
28.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
29.	Beslenme torbasının klempi açılır.			

30.	Beslenme pompasında besinin akış hızı ayarlanır.			
31.	Her 4-6 saatte bir 30 ml içme suyu ile sonda yıkanır.			
32.	Beslenme süresince hastanın fowler/semifowler pozisyonda kalması sağlanır.			
33.	Malzemeler toplanır.			
34.	Eller yıkanır.			
35.	Yapılan uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BESLENME TORBASI İLE ARALIKLI BESLENME

AMAÇ: Beslenme torbası ile aralıklı beslenme yapabilme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, böbrek küvet (2 adet), oda sıcaklığında enteral besin, tek kullanımlık beslenme torbası ve seti, Ph çubuğu, içme suyu, çam uçlu enjektör (50 ml'lik 2 adet), etiket, stetoskop, havlu/su geçirmez örtü, klemp, el antiseptiği, kirli kabı

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Hastaya fowler, semi-fowler pozisyonu ya da sedye başı 30°ye yükseltilerek sağ lateral pozisyon verilir.			
7.	Hastanın göğsünün üzerine havlu/su geçirmez örtü yerleştirilir.			
8.	El hijyeni sağlanır.			
9.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
10.	Sondanın yerleşiminden emin olmak için; Sondanın ucuna çam uçlu enjektör takılır.			

11.	Sondanın klempi açılır.			
12.	Mide içeriği aspire edilir.			
13.	Aspire edilen içeriğin Ph'ı ölçülür.			
14.	Rezidüel volüm ölçülür.			
15.	Aspire edilen içerik mideye geri verilir.			
16.	Sonda klemplenir.			
17.	Çam uçlu enjektör sondanın ucundan çıkarılır.			
18.	Sonda 30 ml. içme suyu ile yıkanır.			
19.	Sonda klemplenir.			
20.	Sondanın distal ucu kapatılır.			
21.	Beslenme torbasının klempi kapatılır.			
22.	En fazla 4-6 saatte verilmesi gereken enteral besin beslenme torbasına boşaltılır.			
23.	Beslenme torbası, hastanın mide seviyesinden 30-45 cm yüksekte olacak şekilde serum askısına asılır.			
24.	Beslenme torbasının üzerine besin türü, miktarı, tarihi, başlangıç ve bitiş zamanını içeren bilgi etiketi yapıştırılır.			
25.	Beslenme torba setinin havası çıkarılır.			
26.	Beslenme torbasının sonda ile bağlantısı sağlanır.			
27.	Sondanın klempi açılır.			
28.	Besinin 30-60 dakikada yavaş yavaş boşalması sağlanır.			
29.	Beslenme bitince sonda klemplenir.			
30.	Beslenme seti sondadan ayrılır.			
31.	Sonda, 30-60 ml içme suyu ile yıkanır.			
32.	Sonda klemplenir.			
33.	Sondanın distal ucu kapatılır.			
34.	Su geçirmez örtü atık kutusuna atılır.			
35.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
36.	Beslenmeden sonra en az 30 dk. hastanın fowler/semifowler pozisyonda kalması sağlanır.			
37.	Malzemeler toplanır.			
38.	Eller yıkanır.			
39.	Yapılan uygulamalar hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

ENJEKTÖR İLE ARALIKLI BESLENME

AMAÇ: Enjektör ile aralıklı beslenme yapma becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, böbrek küvet (2 adet), oda sıcaklığında enteral besin, Ph çubuğu, içme suyu, çam uçlu enjektör (50 ml'lik 2 adet), stetoskop, su geçirmez örtü, klemp, el antiseptiği, kirli kabı

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Hastaya fowler, semi-fowler pozisyonu ya da sedye başı 30°ye yükseltilerek sağ lateral pozisyon verilir.			
7.	Hastanın göğsünün üzerine havlu/su geçirmez örtü yerleştirilir.			
8.	El hijyeni sağlanır.			
9.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
10.	Sondanın yerleşiminin doğruluğundan emin olmak için; Sondanın ucuna çam uçlu enjektör takılır.			
11.	Sondanın klempi açılır.			
12.	Mide içeriği aspire edilir.			
13.	Aspire edilen içeriğin Ph'ı ölçülür.			
14.	Rezidüel volüm ölçülür.			
15.	Aspire edilen içerik mideye geri verilir.			
16.	Sonda klemplenir.			
17.	Çam uçlu enjektör sondanın ucundan çıkarılır.			
18.	Sondanın distal ucuna pistonu çıkarılmış olan çam uçlu enjektör yerleştirilir.			
19.	Enjektör, hastanın mide seviyesinden 30-45 cm. yüksekte tutulur.			
20.	Enjektörün içine 30 ml. içme suyu verilir.			
21.	Sondanın klempi açılır.			
22.	Enjektördeki içme suyunun yavaş yavaş boşalması sağlanır.			
23.	Sonda klemplenir.			
24.	Verilecek miktarda enteral besin enjektöre boşaltılır.			
25.	Sondanın klempi açılır.			
26.	Enjektördeki besinin yaklaşık 30 dakikada yavaş yavaş boşalması sağlanır.			
27.	Beslenme bitince sonda klemplenir.			
28.	Enjektörün içine 30 ml. içme suyu verilir.			
29.	Sondanın klempi açılır.			
30.	Enjektördeki içme suyunun yavaş yavaş boşalması sağlanır.			

31.	Sonda klemplenir.			
32.	Enjektör çıkarılır.			
33.	Sondanın distal ucu kapatılır.			
34.	Havlu/Su geçirmez örtü atık kutusuna atılır.			
35.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
36.	Beslenmeden sonra en az 30 dk. hastanın fowler/semifowler pozisyonda kalması sağlanır.			
37.	Malzemeler toplanır.			
38.	Eller yıkanır.			
39.	Yapılan uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

NAZOGASTRİK SONDADAN İLAÇ VERME

AMAÇ: Nazogastrik sondadan ilaç verebilme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, böbrek küvet (2 adet), Ph çubuğu, içme suyu, çam uçlu enjektör (50 ml'lik 2 adet), havlu/su geçirmez örtü, ilaç, ilaç kartı, tablet ezici veya havan, ilaç kabı/bardak, el antiseptiği, kirli kabı

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	İlaç kartı ile hemşire gözlem formundaki bilgiler karşılaştırılır.			
7.	Hastaya fowler, semi-fowler pozisyonu ya da sedye başı 30°ye yükseltilerek sağ lateral pozisyon verilir.			
8.	Hastanın göğsünün üzerine havlu/su geçirmez örtü yerleştirilir.			
9.	El hijyeni sağlanır.			
10.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
11.	Sondanın yerleşiminin doğruluğundan emin olmak için; Sondanın ucuna çam uçlu enjektör takılır.			
12.	Sondanın klempi açılır.			
13.	Mide içeriği aspire edilir.			

14.	Aspire edilen içeriğin Ph'ı ölçülür.			
15.	Aspire edilen içerik mideye geri verilir.			
16.	Çam uçlu enjektör sondanın ucundan çıkarılır.			
17.	Sondanın distal ucu kapatılır.			
18.	Her bir ilaç aşağıdaki şekilde hazırlanır ve farklı ilaç kaplarında 10-15 ml içme suyu ile dilüe edilir. 1. Tabletler havanda veya tablet ezici kullanılarak toz haline gelinceye kadar ezilir ve ilaç kabına/bardağa konulur. 10-15 ml içme suyu ile dilüe edilir. 2. Uzun salınımlı ve enterik kaplı olmayan kapsüllerin içi ilaç kabına/bardağa boşaltılır. 10-15 ml içme suyu ile dilüe edilir. 3. Sıvı ilaçlar ilaç kabına/bardağa konur. 10-15 ml içme suyu ile dilüe edilir.			
19.	Pistonu çıkarılan çam uçlu enjektör ile sondanın bağlantısı sağlanır.			
20.	Enjektörün içine 30 ml içme suyu verilir.			
21.	Sondanın klempi açılır.			
22.	Enjektördeki içme suyunun yavaş yavaş boşalması sağlanır ve sonda klemplenir.			
23.	Hazırlanan ilaç enjektörün içine boşaltılır.			
24.	Sondanın klempi açılır.			
25.	Birden fazla ilaç verilecek ise; iki ilaç arasında 10-15 ml içme suyu verilir.			
26.	İlaçlar bitince enjektöre 30-60 ml içme suyu verilir.			
27.	Sonda klemplenir.			
28.	Enjektör sondanın ucundan çıkartılır.			
29.	Besin veriliyor ise beslenme seti ile sondanın bağlantısı sağlanır, verilmiyor ise sondanın distal ucu kapatılır.			
30.	Su geçirmez örtü atık kutusuna atılır.			
31.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
32.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
33.	Malzemeler toplanır.			
34.	Eller yıkanır.			
35.	Yapılan uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

NAZOGASTRİK SONDANIN ÇIKARILMASI

AMAÇ: Nazogastrik sondanın çıkartılması becerisini kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, böbrek küvet, havlu/su geçirmez örtü, klemp, el antiseptiği, kirli kabı

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Hastaya fowler/semi-fowler pozisyonu verilir.			
7.	Hastanın göğsünün üzerine havlu/su geçirmez örtü yerleştirilir.			
8.	El hijyeni sağlanır.			
9.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
10.	Sonda klemplenir.			
11.	Hastanın bir eline kağıt havlu diğer eline böbrek küvet verilir.			
12.	Hastanın burun etrafındaki ve giysisindeki flaster/tespit materyali çıkarılır.			
13.	Sonda buruna en yakın noktadan tutulur.			
14.	Hastadan derin nefes alıp tutması istenir.			
15.	Hasta nefesini tuttuğu sırada, sonda dikkatli ve seri bir şekilde burun tabanına paralel olarak dışarı çekilir.			
16.	Sonda avuç içinde toplanır.			
17.	Su geçirmez örtü atık kutusuna atılır.			
18.	Sonda, eldivenin içinde kalacak şekilde tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
19.	Ağız/burun bakımı verilir.			
20.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
21.	Malzemeler toplanır.			
22.	Eller yıkanır.			
23.	Yapılan uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM VI
ÜRİNER BOŞALTIM GEREKSİNİMİ
KADIN HASTADA GEÇİCİ ÜRİNER KATATER UYGULAMASI

AMAÇ: Kadın hastada geçici üretral kateterizasyon uygulama becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, steril eldiven, steril delikli (kompres), gazlı bez, çarşaf, antiseptik solüsyon, forceps, tek kullanımlık eldiven, steril kayganlaştırıcı, uygun nolu steril nelaton kateter, steril küvet, kirli kabı, ışık kaynağı, su geçirmez örtü, perine temizliğinde gerekli olduğunda kullanılmak üzere malzeme (sabun, ılık su dolu küvet, sabunlama bezi, tek kullanımlık eldiven)

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Hastanın altına su geçirmez bir örtü serilir.			
7.	Hasta mümkünse dorsal rekümbent, mümkün değilse lateral pozisyonda yatırılır.			
8.	Çarşafın bir köşesi hastanın genital bölgesini örtecek şekilde köşegen biçimde yerleştirilir ve çarşafın diğer iki köşesi hastanın ayak bileklerine kadar sarılır.			
9.	Genital bölge iyice görünecek şekilde ışık kaynağı yerleştirilir.			
10.	Hastanın genital alanı çok kirli ise, tek kullanımlık eldiven giyilerek, önce sabun ve ılık su ile temizlenir, eldivenler çıkarılır.			
11.	Steril forseps paketi açılır.			
12.	Steril eldiven giyilir.			
13.	Antiseptik solüsyonla ıslatılmış gazlı bez forseps ile alınır.			
14.	Önce uzaktaki, sonra yakındaki labia majörler önden arkaya doğru, her tampon bir kez kullanılarak silinir ve kirli kabına atılır.			
15.	Önce uzaktaki, sonra yakındaki labia minörler önden arkaya doğru, her tampon bir kez kullanılarak silinir ve kirli kabına atılır.			
16.	Üretral meatus klitoristen başlanarak anüse doğru tamponla silinir ve kirli kabına atılır.			
17.	Forseps kirli kabına bırakılır.			
18.	Steril kompres, delikli olan kısmı perine bölgesine gelecek şekilde örtülür.			
19.	Kateterin ucuna steril kayganlaştırıcı sürülür.			
20.	Steril tampon kullanılarak bir elle labia minörler ayrılır. Aktif elle tutulan kateter 5-7.5 cm. ve idrar akmaya başlayıncaya kadar üretraya ilerletilir.			
21.	Eğer idrar örneği alınacaksa, idrar steril kaba alınır.			
22.	İdrar steril küvete boşaltılır.			
23.	Kateterin ucu döndürülerek yavaşça geri çekilir ve kirli kabına atılır.			
24.	Hastanın üzerindeki steril kompres ve çarşaf alınır.			
25.	Eldivenler çıkarılır.			
26.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
27.	Malzemeler toplanır.			

28.	Eller yıkanır.			
29.	Yapılan uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

ERKEK HASTADA GEÇİCİ ÜRİNER KATATER UYGULAMASI

AMAÇ: Erkek hastada geçici üretral kateterizasyon uygulama becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Işık kaynağı dışında, kadın hastalar için kullanılan araç ve gereçler erkek hastalar için de kullanılır.

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Hastanın altına su geçirmez bir örtü serilir.			
7.	Hastaya supine pozisyonu verilir.			
8.	Çarşaf, genital bölge açıkta kalacak şekilde hastanın uylukları üzerine örtülür.			
9.	Steril eldiven giyilir.			
10.	Antiseptik solüsyonla ıslatılmış gazlı bez forseps ile alınır.			
11.	Üretral meatustan başlanarak penis başı dairevi hareketlerle silinerek temizlenir.			
12.	Kateterin ucuna steril kayganlaştırıcı sürülür.			
13.	Penis hastanın vücuduna dik olarak tutularak, kateter yaklaşık 17.5-20 cm. ve ucundan idrar gelinceye kadar üretraya sokulur.			
14	Eğer idrar örneği alınacaksa, idrar steril kaba alınır.			
15.	Kateter bir elle tutularak, idrar steril küvete boşaltılır.			
16.	Kateterin ucu döndürülerek yavaşça geri çekilir ve kirli kabına atılır.			
17.	Hastanın üzerindeki steril kompres ve çarşaf alınır.			
18.	Eldivenler çıkarılır.			
19.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
20.	Malzemeler toplanır.			
21.	Eller yıkanır.			
22.	Yapılan uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

KALICI ÜRİNER KATATERİN TAKILMASI

AMAÇ: Kalıcı üretral kateterizasyon uygulama becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Geçici üretral kateterin takılmasında kullanılan araç ve gereçlere ek olarak; Enjektör, balonu şişirmek için, kateterin üzerinde belirtilen balon ölçüsü kadar serum fizyolojik veya steril distile su, flaster, idrar torbası

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Kalıcı kateter aynen geçici kateterizasyonda olduğu gibi takılır.			
7.	İdrar geldikten sonra, balon, kateterin üzerinde belirtilen miktarda serum fizyolojik veya steril distile su ile şişirilir.			
8.	Balonun yeteri kadar şiştiğini kontrol etmek için kateter yavaşça geri çekilir.			
9.	Kateter idrar torbasına bağlanır ve flasterle kadınlarda uyluğun iç yüzüne, erkeklerde karına ve gerilmeyecek şekilde tespit edilir.			
10.	Eldivenler çıkarılır.			
11.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
12.	Malzemeler toplanır.			
13.	Eller yıkanır.			
14.	Yapılan uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

KALICI ÜRİNER KATATERİN ÇIKARILMASI

AMAÇ: Kalıcı üretral kateterin çıkarılması uygulamasını yapabilme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, su geçirmez örtü, kateterin üzerinde belirtilen balon hacmi kadar steril enjektör, kirli kabı.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Hasta kateterizasyon yapılırken kullanılan pozisyonda yatırılır.			
7.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
8.	Hastanın altına su geçirmez örtü serilir.			
9.	Flaster çıkarılır.			
10.	Enjektörün ucu balon şişirme girişine sokulur ve solüsyon geri çekilerek balon boşaltılır.			
11.	Kateterin ucu döndürülerek yavaşça geri çekilir ve kirli kabına atılır.			
12.	Eldivenler çıkarılır.			
13.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
14.	Malzemeler toplanır.			
15.	Eller yıkanır.			
16.	Yapılan uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM VII
BAĞIRSAK BOŞALTIM GEREKSİNİMİ

REKTAL TÜP UYGULAMA

AMAÇ: Rektal tüp uygulama becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, koruyucu örtü, tek kullanımlık eldiven, suda eriyen kayganlaştırıcı, 22-30 Fr Rektal tüp, böbrek küvet, perianal bölge temizliği için gerekli malzemeler, kirli kabı

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			

4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Eldiven giyilir.			
7.	Hastaya sol lateral ya da sim's pozisyonunu verilir.			
8.	Hastanın kalçalarının altına koruyucu örtü yerleştirilir.			
9.	Bireyin rektal bölgesi açık kalacak şekilde üzeri örtülür.			
10.	Rektal tüpün ucu suda eriyen kayganlaştırıcı ile yağlanır.			
11.	Pasif el ile hastanın kalçaları aralanır.			
12.	Hastaya derin bir nefes alması söylenir.			
13.	Rektal tüp, aktif el ile anüsten içeriye doğru yavaşça 7.5-10 cm kadar ilerletilir.			
14.	Rektal tüpün açık olan ucu böbrek küvete yerleştirilir. Tüpün ucu tamamen gömülecek biçimde küvet su ile doldurulur.			
15.	Distansiyonun fazla durumlarda hastaya sol lateral, sırt üstü, sağ lateral pozisyon verilebilir.			
16.	Uygulamaya 20 dk devam edilir. Bu sürede gaz çıkışı izlenir.			
17.	Rektal tüp çıkartılır.			
18.	Anal bölge temizlenir.			
19.	Eldivenler çıkarılır.			
20.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
21.	Malzemeler toplanır.			
22.	Eller yıkanır.			
23.	Yapılan uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

LAVMAN UYGULAMASI

AMAÇ: Lavman uygulama becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Düşük Volümlü Lavman Uygulaması için; Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, suda eriyen kayganlaştırıcı, su geçirmez örtü, tuvalet kağıdı, sürgü, sabun, bez, havlu, kirli kabı
Yüksek Volümlü Lavman Uygulaması için; Malzeme tepsisi, lavman seti (tek kullanımlık eldiven, su geçirmez örtü, lavman torbası, suda eriyen kayganlaştırıcı), doğru miktarda ılık solüsyon (37.7°C) tuvalet kağıdı, böbrek küvet, su termometresi, perianal bölgenin temizliği için gerekli malzemeler, sürgü, kirli kabı.

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			

2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Eldiven giyilir.			
7.	Hastaya sol lateral ya da sim's pozisyonunu verilir. Çocuklara dorsal rekümbent pozisyonu verilebilir.			
8.	Hastanın altına su geçirmez örtü serilir.			
9.	Hastanın rektal bölgesi açık kalacak şekilde üzeri örtülür.			
10.	Sürgü kolay ulaşılabilir bir yere yerleştirilir.			
	Düşük Volümlü Lavman Uygulaması (Fleet Enema);			
11.	Tüpün kapağı çıkarılır.			
12.	Tüpün ucu suda eriyebilen kayganlaştırıcı ile kayganlaştırılır.			
13.	Tüpteki hava çıkartılır.			
14.	Kalçalar nazik bir şekilde ayırılarak, anüs görülür.			
15.	Hastadan derin nefes alması istenir.			
16.	Lavman tüpünün ucu anüsten ilerletilir. Bebekte: 2.5-3.75 cm Çocukta: 5-7.5 cm Adölesanda: 7.5-10 cm Yetişkinde: 7.5-10 cm			
17.	Bütün solüsyon boşalana kadar tüp sıkılır.			
18.	Lavman tüpü çıkarılır.			
19.	Hastaya solüsyonu defekasyon hissi gelene kadar, yaklaşık 5-15 dk tutması söylenir.			
	Yüksek Volümlü Lavman Uygulaması;			
20.	Lavman setinden çıkan lavman torbasının klempi kapatılır.			
21.	Lavman sıvısının sıcaklığı ayarlanır (37.7°C). Isı, su termometresi yolu ile ya da termometre yoksa bileğin iç kısmına damlatılarak kontrol edilir.			
22.	Gerekli miktarda lavman sıvısı torbaya boşaltılır.			
23.	Lavman torbası, eğer yüksek basınçlı lavman yapılacak ise 30-45 cm, normal basınçlı lavman yapılacak ise 30 cm, düşük basınçlı lavman uygulanacak ise 7.5 cm yüksekliğe asılır.			
24.	Lavman torbasının klempi açılarak, setin havası çıkarılır.			
25.	Lavman torbası setinin klempi kapatılır.			
26.	Lavman solüsyonu lavman sıvısına eklenir.			
27.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
28.	Lavman setinin ucunun 5-7 cm.'lik kısmına suda eriyen kayganlaştırıcı sürülür.			
29.	Kalçalar nazik bir şekilde ayırılır ve anüs görülür.			

30.	Hastadan derin bir nefes alması istenir.			
31.	Lavman tüpünün ucu anüsten ilerletilir. Bebekte: 2.5-3.75 cm Çocukta: 5-7.5 cm Adölesanda: 7.5-10 cm Yetişkinde: 7.5-10 cm			
32.	Lavman setinin klempi açılır.			
33.	Lavman sıvısı bitene kadar tüp rektumda tutulur.			
34.	Hasta kramp/ağrıdan şikayet ederse ya da sıvı, rektal tüp dışından sızmaya başlarsa lavman torbasının yüksekliği azaltılır, klemp kapatılır.			
35.	Hastaya, yatar pozisyonda bekleyip, solüsyonu mümkün olduğunca içinde tutmasını söylenir (bebek ve çocuklarda kalçalar birbirine doğru birkaç dakika bastırılır) (Hastaya abdominal krampların olabileceğini söylenir).			
36.	Lavman solüsyonu bitince, klemp kapatılarak tüp çıkartılır.			
37.	Lavman seti atık kutusuna atılır, eldiven çıkarılır.			
38.	Hastanın tuvalete gitmesine ya da sürgüye oturmasına yardım edilir.			
39.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
40.	Hastanın perianal bölgesi temizlenir.			
41.	Eldivenler çıkarılır.			
42.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
43.	Malzemeler toplanır.			
44.	Eller yıkanır.			
45.	Yapılan uygulama hemşire gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM VIII

OLAY YERİ DEĞERLENDİRME

AMAÇ: Olay yeri güvenliği ve değerlendirmesini yapma

GEREKLİ MALZEMELER: sert zemin

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Kendi ve hasta/yaralının güvenliği sağlanır.			
2.	Hasta/yaralıların arasında ise önce kendi durumunu gözden geçirir			
3.	Kendi can güvenliği için gerekli önlemleri alır			

4.	Sakin olunur telaş yapılmaz			
5.	Ortamda sağlık personeli varsa etkinliği ele alıp çevredeki sağlıklı kişiler organize edilir.			
6.	Çevrede etkisini sürdüren bir tehlike kaynağı olup olmadığı değerlendirilir ve gerekli önlemler alınır • Kontak anahtarını kapatma • Üçgen reflektör ve uyarı işaretlerini koyma Yakıt kaçağını kontrol etme			
7.	Sağlık kuruluşu, itfaiye ve polise haber verilmesi sağlanır			
8.	Hasta/yaralı ile sakin dilde konuşulur, hasta/yaralı sakinleştirilir, şikayetleri öğrenilir.			
9.	Olay ortamında sigara içilmesi önlenir			
10.	Patlama, zehirlenme tehlikesi yoksa hasta/yaralıyı yerinden kıpırdatılmaz			
11.	Patlama, zehirlenme tehlikesi olan olay yerinden herkesin uzaklaşması sağlanır			
12.	Hasta/yaralının etrafındaki gereksiz kalabalık önlenir			
13.	Olay yerindeki tüm hasta/yaralıların durumu hızla değerlendirilir ve nakil organizasyonu sağlanır			
14.	Olay ve hasta/yaralı hakkında bilgiler kaydedilir			
15.	Yardım ekibi gelene dek olay yerini terk edilmez ve yardım ekibine ilgili bilgiler aktarılır			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BİRİNCİ DEĞERLENDİRME

AMAÇ: Hasta/yaralıda birinci değerlendirme yapabilme ve gerekli müdahaleyi planlayabilme

GEREKLİ MALZEMELER: Kişisel koruyucu ekipmanlar, sert zemin

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Kişisel koruyucu ekipmanlar uygun şekilde giyilir.			
2.	İlk yardım için gelen kişi kendi ve hastanın güvenliğinden emin olur.			
3.	Hasta güvenli ve sert bir zemine sırt üstü yatırılır.			
4.	İlk yardımcı hastanın yanına diz çöker.			
5.	Hastaya "iyi misiniz" diye sesli bir şekilde sorulur.			
6.	Hastanın cevap verip vermediği kontrol edilir.			
7.	Hastanın omuzlarından sarsılarak uyaran verilir ve tepkisi kontrol edilir.			

8.	Çevre güvenlik önlemleri alınırken adli bir durum mevcut ise hastaya müdahale ederken olay yerindeki delillerin korunmasına dikkat edilir.			
9.	Hastaya AVPU skalası uygulanır. • Hastanın bilinci ve oryantasyonu değerlendirilir. • Sesli uyarana yanıtı değerlendirilir. • Hastanın dokunsal /ağrılı uyarana tepkisi değerlendirilir			
10.	Hastanın göğüsü açılır. Sıkan giysileri gevşetilir.			
11.	Hava yolu açıklığı değerlendirilir.Yabancı cisim yönünden ağız içi değerlendirilir. Görünen bir cisim varlığında tek parmak C şeklinde olacak şekilde cisim çıkartılır.			
12.	İlk yardımcının bir elinin üç parmağı hastanın alnına diğer eli ise çenesinin altında olacak şekilde Baş-Çene pozisyonu verilerek hastanın rahat hava yolu rahatlatılır.			
13.	Solunum seslerini dinlenir, solunum hareketlerini izlenir ve solunumunu hissedilmeye çalışılarak solunumun olup olmadığı değerlendirilir (Bak-dinle-hisset yöntemi).			
14.	• Bilinci kapalı; fakat solunum ve nabzı var ise ikinci değerlendirmeye geçilir. • Bilinci yok; solunumu var ise koma pozisyonuna getirilir • Hastanın bilinci ve solunumu yok ise derhan Temel Yaşam Desteğine başlanır.			
	Hastanın bilinci yerine geldiğinde ve solunumu normalleştiğinde koma pozisyonuna getirilir.			
15.	Hastanın en hızlı ve doğru şekilde uygun sağlık kuruluşuna transportunu sağlanır.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

İKİNCİ DEĞERLENDİRME

AMAÇ: Hasta/yaralılarda ikinci değerlendirme ile tüm sistem muayenesi yapma

GEREKLİ MALZEMELER:

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Sağlık personeli hasta/yaralıya kendini tanıtır.			
2.	Hasta/yaralının adı öğrenilerek adıyla hitap edilir.			
3.	Hastaya hoşgörülü, nazik ve sakin davranılarak hastanın endişeleri giderilmeye çalışılır.			
4.	Hasta ya da yakınları ile görüşülerek öykü alınır. Olayın oluş şekli En son ne yediği Kullandığı ilaçlar Mevcut hastalıkları Alerji durumu sorgulanır.			

5.	Bilinç düzeyi değerlendirilir.			
	Hastanın kan basıncı (tansiyon aleti ile) değerlendirilir.			
6.	Solunum sayısı ve ritmini değerlendirilir.			
7.	Nabız sayısı, ritmi ve dolgunluğu değerlendirilir.			
8.	Hastanın vücut sıcaklığı, nemlilik durumu ve rengi değerlendirilir.			
9.	**BAŞ/BOYUN MUAYENESİ** Baş: inspeksiyon ve palpasyon eşliğinde muayene yapılarak kaydedilir. **1. Kafatası;** deformite, çökme, ekzostoz, kafatası büyüklüğü ve şekil, kırık, ezilme ve travma açısından değerlendirilir. **2. Saç ve saçlı deri**; saç dağılımı, saçların yapısal özelliği, saçlı deride duyarlılık, şişlik, travma açısından değerlendirilir. **3. Yüz görünümü** (aydede yüz, maske yüz, malar rash, diskoid rash vb) ödem ve kitle, travma açısından değerlendirilir. **4. Gözler:** Exoftalmus, enoftalmus, göz kapaklarının durumu (pitozis, kapanma güçlüğü, ödem), skleraların durumu (sarılık, hemoraji), konjonktival durum (solukluk, peteşi, hiperemi vb.), korneal patolojiler (skar, ülserasyon, vb.), pupillaların durumu (çapı, şekli, eşitliği, ışık refleksi ve akomodasyon), göz hareketleri, görme ve görme keskinliği, renk algılaması, nistagmus, gözde yabancı cisim, kanama açısından değerlendirilmelidir **5. Kulaklar**: Dış kulak yolu, kulak zarı, işitme değerlendirilir. Kulak kepçesi yana yukarı doğru çekilerek hastanın dış kulak yolu yabancı cisim, buşon, travma, sıvı ve enfeksiyon açısından değerlendirilir. 6. **Burun ve Sinüsler**: Dış görünüm, septum, travma, akıntı, kanama açısından değerlendirilmelidir. **7. Ağız ve boğaz:** kanama, yabancı cisim, ağız kokusu, dudakların durumu (renk, siyanoz, çatlaklar, yaralar vb), dişler (kırık, travma) mukoza değerlendirilir. **8. Boyun:** Hareket kısıtlılığı, trakeanın pozisyonu ve çekilme olup olmadığı, kitle, travma, kanama açısından değerlendirilir. Ağrı, hassasiyet, şişlik ve şekil bozukluğu değerlendirilir. Baş-boyun-gövde hizasını korunmaya çalışılır.			
10.	**SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENESİ** Muayene sırasında hastanın vücudunun üst yarısı çıplak ve uygun posizyonda olması sağlanır. ***İnspeksiyon ile***; • Göğüs kafesi travma, yabacı cisim ile yaralanma açısından değerlendirilir. • Göğüs kafesindeki şekil bozuklukları (kifoz, skolyoz, vb), travma, ekimoz, cilt rengindeki değişiklikler (siyanoz varlığı), göğüs kafesi ve karın hareketlerinin uyumu) kontrol edilip kaydedilir. • Hastada dispne, ortopne, takipne, interkostal çekilmelerin olup olmadığı değerlendirilir., • Hastanın solunumunun yüzeyel, derin veya hızlı olup olmadığı değerlendirilir. ***Palpasyon ile;*** • Göğüs kafesinde ağrılı yerler hastanın güğüs kafesi üzerinde ellerin teması ile belirlenir. • Göğüs hareketleri değerlendirilirken bir el göğüs kafesi üstüne konur ve			

	her iki akciğerin havalanma durumu değerlendirilir. ***Perküzyon ile;*** • Apekslerden başlayarak, simetrik ve karılaştırmalı olarak toraksın perküsyonu yapılır. • Perküsyonla sinüslerin açıklığı ve diyafragma hareketlerinin değerlendirilmesi ***Oskültasyon ile;*** • Akciğer oskültasyonu yukarıdan aşağıya doğru yapılır. • Hastanın solunum sesleri dinlenir ve dakikadaki solunum sayısı kaydedilir. • Ekspiryum uzaması olup olmadığı tespit edilir. • Ek seslerin olup olmadığı ve anormal solunum sesleri (raller, ronküs, whezing vb) değerlendirilir. • Oskültasyon sırasında zaman kazanmak adına kalp sesleri de bu aşamada dinlenir ve kaydedilir.			
11.	**BATIN MUAYENESİ** Karın bölgesi hayali olarak yukarıdan aşağıya ve sağdan sola keşisen iki doğru parçası ile 4 kadrana ayrılır. Her kadran ayrı ayrı palpasyon, inspeksiyon, oskültasyon ve perküzyon ile değerlendirilerek saplanmış cisim, açık yara, şişlik, morlukları, ağrı, duyarlılık, sertlik, bağırsak sesleri açısından değerlendirilir. Kalça kemikleri travma ve kırık açısından muayene edilir.			
12.	**KOL VE BACAK MUAYENESİ** Tıbben herhangi bir sakınca yoksa her iki kol ve her iki bacak aynı anda kanama, yabancı cisim ile yaralanma, morluk, hareket kısıtlılığı açısından değerlendirilir. Palpasyon ile ağrı ve nabız değerlendirmesi yapılır. Hastaya belirli komutlar verilerek (elimi sıkar mısınız?, kolunuzu kaldırır mısınız gibi) kuvvet ve his kaybı olup olmadığı değerlendirilir. İnspeksiyon ile ekstremitelerde şişlik ve şekil bozukluğu olup olmadığı, kırık, burkulma, çıkıp olup olmadığı değerlendirilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

KOMA POZİSYONU

AMAÇ: Koma pozisyonu verme

GEREKLİ MALZEMELER: sert zemin

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Sesli uyaran ve dokunma ile bilinci kontrol edilir			
2.	Tıbbi yardım istenir			
3.	Sıkan giysiler gevşetilir			
4.	Ağız içinde yabancı cisim olup olmadığı kontrol edilir.			

5.	Bak-dinle-hisset yöntemi ile solunumu değerlendirilir.			
6.	Ortam koşulları dikkate alarak hasta/yaralının hangi tarafa döndüreceğine karar verilir ve o tarafa geçerek diz çökülür.			
7.	Hasta/yaralının karşı taraftaki kolu gövdesinin üzerine konur.			
8.	Hasta/yaralının karşı taraftaki bacağı diğer bacağının yanına dik açı yapacak şekilde kıvırılır.			
9.	İlkyardımcı hastanın kolunu kendine yakın baş hizasında yukarı uzatır.			
10.	Hastanın/yaralının karşı taraf omzu ve karşı taraf kalçasından kavranarak yavaşça, tek hareketle kendine doğru çevrilir.			
11.	Hasta/yaralı yan yatar pozisyonda iken üstteki bacak kalça ve dizden bükülerek destek alınır.			
12.	Üstteki kol öne getirilerek el hastanın/yaralının yanağının altına yerleştirilir.			
13.	Hastanın/yaralının başı uzatılan kolun üzerine yan pozisyonda yatırılır.			
14.	Alttaki bacak dizden bükülerek arkaya destek yapılır.			
15.	Tıbbi yardım gelinceye kadar yan pozisyonu korunur.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

SERVİKAL KOLAR TAKMA

AMAÇ: Hastaya servikal boyunluk takma

GEREKLİ MALZEMELER: : Maket ve farklı boylarda boyunluklar (çocuk ve erişkin için)

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Öncelikle kendi güvenliği ve çevre güvenliği sağlanır.			
2.	Eldiven giyilir.			
3.	Hastaya işlem açıklanır ve hastanın baş ucuna geçilir			
4.	Hastayı yerinden oynatılmaz, boynu hareket ettirilmez ve hastaya hareketsiz kalması söylenir.			
5.	Uygun boyuttaki boyunluk hazırlanır			
6.	Yardımcı bir kişi ile hastanın başı ve boynu sabit tutulur.			

7.	Boyunluk açılarak çene bölgesi önde kalacak şekilde ilk önce boynun arkasına yerleştirilir.			
8.	Boyunluğun çene oyuntusu çeneye oturacak şekilde yerleştirilir.			
9.	Boyunluk çok gevşek olmayacak ve çok sıkmayacak şekilde sabitlenir.			
10.	Boyunluk altında kalan kulak memesi ve kulak kepçesi çıkartılarak işlem tamamlanır.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

YETİŞKİN TEMEL YAŞAM DESTEĞİ

AMAÇ: Hastayı hayata döndürmek için kalp masajı uygulama ve suni solunum yaparak temel yaşam desteği sağlama

GEREKLİ MALZEMELER: : Yetişkin TYD maketi

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Kendisinin ve hasta/yaralının güvenliğinden emin olunur			
2.	Hasta/yaralıya uzaktan "iyi misiniz?" sorusu sorularak bilinci değerlendirilir. Yanıt yok ise; Hastanın omuzlarından hafif sarsarak "iyi misiniz?" sorusu tekrar edilir. Bilinç var ise kişi kendini tanıtarak iletişime geçilir			
3.	Bilinç yok ise çevreden yüksek sesle 112 aratılır ve otomatik şok cihazı istenir.			
4.	Hasta/yaralı sert bir zemin üzerine yatırılır			
5.	Hasta/yaralının yanına diz çökülür			
6.	Ağız içi kontrol ederek hava yolu tıkanıklığına neden olan cisim varsa kör dalış yapılmadan serçe parmak ile "c" pozisyonunda çıkarılır			
7.	Hasta/yaralının kravat, kemer ve yaka düğmesi gibi sıkan giysileri gevşetilir			
8.	Hava yolunu açmak için bir elini hasta/yaralının alnına, diğer elinin parmak uçlarını çenesinin altına yerleştirerek çene kemiğinin uzun kenarı yere dik gelecek şekilde baş çene pozisyonu verilir.			
9.	Hasta/yaralının solunum yapıp yapmadığı bak-dinle-hisset yöntemiyle 10 saniye süre ile kontrol edilir. • Göğüs kafesinin solunum hareketlerini gözlenir • Eğilerek yüzünü hastanın ağzına yaklaştırarak solunumu dinleme ve soluğu yanağında hissetmeye çalışılır • El ile göğüs kafesinin hareketleri hissedilmeye çalışılır.			
10.	Hasta soluk alıp veriyor ise beyin fonksiyonları korumak için hastaya koma(derlenme/koruma/kurtarma) pozisyonu verilir.			
11.	Hasta/yaralı soluk alıp vermiyorsa; Hastaya temel yaşam desteği uygulanır.			
12.	Kalp basısı uygulamak için göğüs kemiğini ortalayarak (göğüs kemiğinin üst ve alt			

	ucunun ortası) göğüsün merkezini tespit etme, alt yarısına bir elin topuğu yerleştirilir			
13.	Diğer eli bu elin üzerine yerleştirilir			
14.	Her iki elin parmakları birbirine kenetlenir			
15.	Parmakları göğüs kafesiyle temas ettirmeden, dirsekleri bükmeden, göğüs kemiği üzerine vücuda dik olacak şekilde tutulur			
16.	Göğüs kemiği 5 cm aşağı inecek şekilde 30 bası uygulanır ve bu işlem dakikada 100 bası olacak şekilde uygulanır			
17.	Baş geri çene yukarı pozisyonunu tekrar verilerek hava yolu açıklığı sağlanır			
18.	Alın üzerine konulan elin baş ve işaret parmağını kullanarak hasta/yaralının burnu kapatılır.			
19.	Normal bir soluk alınarak hastanın ağzı bütünüyle ağız içine alınarak hastaya soluk verilir. içine alacak şekilde ağzını yerleştirme			
20.	Hasta/yaralının göğsünü yükseltmeye yarayacak kadar her biri 1 saniye süren 2 kurtarıcı soluk verilir; İlk soluktan sonra havanın geriye çıkması için 1 saniye zaman verilir.			
21.	OED geldiğinde uygun şekilde hastaya bağlanır (bakınız OED uygulama basamakları)			
22.	Hasta/yaralıya 30 kalp masajından sonra 2 kurtarıcı soluk verilir ve bu döngüye; Hastada spontan dolaşım sağlanana kadar 112 gelene kadar İlkyardımcı yorulana kadar devam edilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

ÇOCUKLARDA (1–8 YAŞ) TEMEL YAŞAM DESTEĞİ

AMAÇ: 1-8 yaş grubu çocuklarda doğru ve hızlı temel yaşam desteği verme becerisi kazandırmak

GEREKLİ MALZEMELER: : (çocuk TYD maketi

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Kendisinin ve hasta/yaralının güvenliğinden emin olunur			
2.	Hasta/yaralıya uzaktan "iyi misiniz?" sorusu sorularak bilinci değerlendirilir. Yanıt yok ise; Hastanın omuzlarından hafif sarsarak "iyi misiniz?" sorusu tekrar edilir. Bilinç var ise kişi kendini tanıtarak iletişime geçilir			
3.	Bilinç yok ise çevreden yüksek sesle 112 aratılır ve otomatik şok cihazı istenir.			
4.	Çocuğun bilinci yok/yanıt alınamıyor ise kişi **tek başına** ise ve telefon varsa 112 acil yardım numarasını ilkyardımcı			

	tarafından aranır ve varsa hoparlörü açıp yardım çağırma ve Temel Yaşam Desteği basamaklarını eşzamanlı olarak yürütülür yandan telefondaki sağlık görevlisinin yönlendirmeleri dinlenir ve uygulanır			
5.	Çocuğu sert bir zemine yatırılır			
6.	Çocuğun yanına diz çökülür			
7.	Ağız içi kontrol ederek hava yolu tıkanıklığına neden olan cisim varsa kör dalış yapılmadan serçe parmak ile "c" pozisyonunda çıkarılır			
8.	Hasta/yaralının kravat, kemer ve yaka düğmesi gibi sıkan giysileri gevşetilir			
9.	Hava yolunu açmak için bir elini hasta/yaralının alnına, diğer elinin parmak uçlarını çenesinin altına yerleştirerek çene kemiğinin uzun kenarı yere dik gelecek şekilde baş çene pozisyonu verilir.			
10.	Hasta/yaralının solunum yapıp yapmadığı bak-dinle-hisset yöntemiyle 10 saniye süre ile kontrol edilir. • Göğüs kafesinin solunum hareketlerini gözlenir • Eğilerek yüzünü hastanın ağzına yaklaştırarak solunumu dinleme ve soluğu yanağında hissetmeye çalışılır • El ile göğüs kafesinin hareketleri hissedilmeye çalışılır.			
11.				
12.	**Solunumu varsa:** Beyin fonksiyonlarını korumak için çocuğa koma (iyileşme, derlenme, koruma) pozisyonu verilir. 112 acil yardım numarası daha önce aranmadıysa arama ya da aratma			
13.	**Solunum yoksa:** Çocuğun alnının üzerine koyduğu elin baş ve işaret parmağını kullanarak hasta/yaralının burnu kapatılır			
14.	Baş geri çene yukarıya pozisyonda iken hasta/yaralının ağzı ağzının içine alacak şekilde yerleştirilir			
15.	Çocuğun göğsünü yükseltmeye yarayacak kadar her biri 1 saniye süren 2 kurtarıcı soluk verilir ve ilk soluktan sonra havanın geriye çıkışına izin verilir.			
16.	Kalp basısı uygulamak için göğüs kemiğini ortalayarak (göğüs kemiğinin üst ve alt ucunun ortası) göğüsün merkezini tespit edilir; Bir elin topuğunu göğsün merkezine yerleştirilir; **Dikkat! Çocuklarda kalp masajı için tek elin kullanılması tavsiye edilmektedir. Ancak ilk yardımcı uygulama sırasında hedeflenen derinliklere ulaşamıyorsa, tek el yerine çift elini kullanabilir. Çift el ile uygulamada diğer el alttaki elin üzerine gelecek şekilde yerleştirilir ve parmaklar kilitlenir.**			
17.	Parmakları göğüs kafesiyle temas ettirmeden, dirsekleri bükmeden, göğüs kemiği üzerine vücuda dik olacak şekilde tutulur			
18.	Göğüs kemiği 5 cm aşağı inecek şekilde 30 bası uygulanır ve bu işlem dakikada 100 bası olacak şekilde uygulanır			
19.	**İki ve üzeri ilk yardımcı varlığında**, basıların kalitesindeki düşmeyi engellemek için göğüs basısı yapan ilk yardımcının iki dakikada bir (veya kalp masajı suni solunum oranı 30:2 olacak şekilde her 5 döngü sonunda) değiştirme			
20.	OED geldiğinde uygun şekilde hastaya bağlanır (bakınız OED uygulama basamakları)			
21.	Hasta/yaralıya 30 kalp masajından sonra 2 kurtarıcı soluk verilir ve bu döngüye; Hastada spontan dolaşım sağlanana kadar 112 gelene kadar			

	İlkyardımcı yorulana kadar devam edilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BEBEKTE TEMEL YAŞAM DESTEĞİ

AMAÇ: 0-12 ay grubu bebeklerde doğru ve hızlı temel yaşam desteği verme becerisi kazandırmak

GEREKLİ MALZEMELER: : Bebek TYD maketi

	UYGULAMA BASAMAKLARI	**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Kendisinin ve bebeğin güvenliğinden emin olunur			
2.	Bebeğin ayak tabanına hafifçe vurularak bilinç durumu kontrol edilir			
3.	Bebek ağlayarak ya da hareket ederek tepki veriyorsa bilinci var kabul edilir.			
4.	Bebekten uyaran ile yanıt alınamıyor ise Etraftaki bir kişiden 112 aranması ve bir başka kişiden otomatik şok cihazı bulması istenir.			
5.	**İlkyardımcı tek başına** ise ve telefon varsa 112 acil yardım numarası ilkyardımcı tarafından aranır ve yardım çağırma ve Temel Yaşam Desteği basamaklarını eşzamanlı olarak yürütülür.			
6.	Bebeği sert bir zemine yatırılır			
7.	Bebeğin yanına diz çökülür			
8.	Ağız içi kontrol edilerek hava yolu tıkanıklığına neden olan cisim varsa kör dalış yapılmadan serçe parmak ile "c" pozisyonunda çıkarılır			
9.	Bebeği sıkan giysileri gevşetilir			
10.	Hava yolunu açmak için bir elini bebeğin alnına, diğer elinin parmak uçlarını çenesinin altına yerleştirerek çene kemiğinin uzun kenarı yere dik gelecek şekilde baş çene pozisyonu verilir. (Bebeklerin boynu kısa olduğu için hafif baş çene pozisyonu verilir)			
11.	Bebeğin solunum yapıp yapmadığı bak-dinle-hisset yöntemiyle 10 saniye süre ile kontrol edilir. • Göğüs kafesinin solunum hareketlerini gözlenir • Eğilerek yüzünü hastanın ağzına yaklaştırarak solunumu dinleme ve soluğu yanağında hissetmeye çalışılır • El ile göğüs kafesinin hareketleri hissedilmeye çalışılır.			
12.	**Solunumu varsa:** Beyin fonksiyonlarını korumak için bebeğe koma (iyileşme, derlenme, koruma) pozisyonu verilir.			

13.	**Solunum yoksa:** Bebeğin baş çene pozisyonunda ağzı ve burnu aynı anda ilkyardımcının ağzına alınarak 2 kurtarıcı soluk verilir ve ilk soluktan sonra havanın geriye çıkışına izin verilir			
14.	***<u>İki basparmak kullanılarak kalp masajı tekniği</u>;*** İki ilkyardımcı varlığında önerilen tekniktir. (Tek ilk yardımcı tarafında da uygulanabilir.) İki meme çizgisi arasından çizilen hayali çizginin iman tahtasını kestiği noktanın hemen alt kısmına başparmakları yerleştirilir. (Eller çocuğun gövdesini sarmış olur.) ***<u>İki parmak kullanılarak kalp masajı tekniği</u>;*** Tek kurtarıcının hem solunum hem kalp masajı yapması gerektiği durumlarda tercih edilen tekniktir. İki meme çizgisi arasından çizilen hayali çizginin iman tahtasını kestiği noktanın hemen alt kısmına işaret ve orta parmak (2 ve 3. parmaklar) veya 3 ve 4. parmakları yan yana yerleştirilir			
15.	Parmaklar ve dirseği bükmeden, göğüs kemiği üzerine vücuda dik olacak şekilde tutulut			
16.	Göğüs kemiği **4 cm** aşağı inecek şekilde bası uygulanır ve bu işlem dakikada 100-120 bası uygulanacak şekilde tekrar edilir.			
17.	OED geldiğinde uygun şekilde hastaya bağlanır (bakınız OED uygulama basamakları)			
18.	Hasta/yaralıya 30 kalp masajından sonra 2 kurtarıcı soluk verilir ve bu döngüye; Hastada spontan dolaşım sağlanana kadar 112 gelene kadar İlkyardımcı yorulana kadar devam edilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

ERİŞKİNDE OED (OTOMATİK EKSTERNAL DEFİBRİLATÖR) UYGULAMASI

AMAÇ:	Temel yaşam desteği sırasında erişkin bireye doğru OED uygulanması
GEREKLİ MALZEMELER: : OED	

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Müdahale öncesi olay yerinin, hasta/yaralı ve çevredeki insanlar açısından risk taşıyıp taşımadığını değerlendirme bakınız: Temel Yaşam Desteği			
2.	Hasta/yaralının göğsünde ıslaklık var ise pedler yerleştirilmeden önce göğüsü kurulama			
3.	Hasta/yaralının göğsünün kıllı olması, boyun ve/veya göğüste takı vb. şeylerin bulunması pedlerin iletiminde sorun yaratabilir. Bu durumlarda cihazın yanında bulunan ilk yardım kiti içerisindeki makas, eldiven, tıraş bıçağı vb. malzemeler kullanılabilir.			
4.	Takı ve benzerleri çıkartma ve ayrı bir poşet içerisinde muhafaza etme.			

5.	Pedlerin yapıştırılacağı bölgede açık yara var ise, pedler yara üzerine yapıştırılmamalıdır.			
6.	OED'yi hastanın yanına uygun şekilde (yatay konumda) yerleştirme.			
7.	OED kapağı açıldığında otomatik olarak açılan bir model değil ise açma düğmesine basarak cihazı çalıştırma.			
8.	Cihazın yaptığı sesli ve/veya görsel komutları takip ederek yetişkin hasta pedlerini paketinden çıkarma.			
9.	Pedler OED'ye takılı değil ise takma.			
10.	Göğüs bölgesinde yapıştırılmış ilaç bantları var ise öncelikle bantları çıkarma ve sonra pedler yapıştırma.			
11.	Pedlerden birini göğüs kemiğinin sağına, köprücük kemiğinin hemen altına ve sağ meme başının üstüne, diğer pedi ise göğsün sol tarafına, meme başının soluna ve alt kaburga sınırının üzerine yerleştirme.			
12.	Pedlerin birbirine değmemesine özen gösterilir.			
13.	İki ilk yardımcı var ise; birisi göğse pedleri yerleştirirken diğeri "Temel Yaşam Desteği" uygulamasına devam etmelidir.			
14.	Pedlerin hasta/yaralının göğsünde birbirine değmediğinden emin olma.			
15.	OED kalp ritmini analiz ederken, hasta/yaralıya dokunmama ve kimsenin de dokunmasına izin vermeme.			
16.	Hasta/yaralının bulunduğu yüzey iletken özellikte ise temas etmeme.			
17.	Çevredekileri hasta/yaralıya dokunmamaları için yüksek sesle uyarma.			
18.	***Şok verilecek ise:*** -OED tam otomatik ise şoku kendisi verir, yarı otomatik ise sizin bir düğmeye basmanız istenir. Cihazın yönlendirmelerini takip etme. ***Şok gerekli değil ise;*** -Cihazın yönlendirmelerini takip etme. -"Temel Yaşam Desteğine" başlama.			
19.	OED ve Temel Yaşam Desteği uygulamasından sonra yaşam belirtisi (hareket, öksürük veya normal soluk alıp verme, gözlerin açılması gibi) gösteren hasta/yaralıya kurtarma (iyileşme, derlenme) pozisyonu verme. Cihaz kapatılmaz ve pedler çıkarılmaz.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

ÇOCUKTA (1-8 YAŞ) OED UYGULAMASI

AMAÇ:	Temel yaşam desteği sırasında çocuğa doğru OED uygulanması
GEREKLİ MALZEMELER: : OED	

	UYGULAMA BASAMAKLARI	Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Müdahale öncesi olay yerinin, hasta/yaralı ve çevredeki insanlar açısından risk taşıyıp taşımadığını değerlendirme bakınız: *Temel Yaşam Desteği Uygulaması*			
2.	Çocuğun göğsünde ıslaklık var ise pedler yerleştirilmeden önce göğüsü kurulama			
3.	OED ve Ped seçimini doğru yapma			
4.	1-8 yaş arası çocuklar için çocuk (pediatrik) pedleri ve çocuk özelliği olan OED'leri kullanılabilir. Ancak OED'nin çocuk modu veya çocuk pedleri yoksa, standart yetişkin OED ve pedlerini kullanma.			
5.	OED'yi hastanın yanına uygun şekilde (yatay konumda) yerleştirme.			
6.	OED kapağı açıldığında otomatik olarak açılan bir model değil ise açma düğmesine basarak cihazı çalıştırma.			
7.	OED'nin yaptığı sesli ve/veya görsel komutları takip ederek pedleri paketinden çıkarma.			
8.	Pedler OED'ye takılı değil ise takma.			
9.	**Eğer çocuk 8 (sekiz) yaşın üzerinde ise**; pedlerden birini göğüs kemiğinin sağına, köprücük kemiğinin hemen altına ve sağ meme başının üstüne, diğer pedi ise göğsün sol tarafına, meme başının soluna ve alt kaburga sınırının üzerine yerleştirme.			
10.	İki ilkyardımcı var ise; birisi göğse pedleri yerleştirirken diğeri "Temel Yaşam Desteği" uygulamasına devam etmelidir.			
11.	Pedlerin çocuğun göğsünde birbirine değmediğinden emin olma.			
12.	Pedleri çıplak göğse sıkıca yapıştırma.			
13.	OED kalp ritmini analiz ederken, hasta/yaralıya dokunmama ve kimsenin de dokunmasına izin vermeme.			
14.	Çevredekileri çocuğa dokunmamaları için yüksek sesle uyarma.			
15.	***Şok verilecek ise:*** -OED tam otomatik ise şoku kendisi verir, yarı otomatik ise sizin bir düğmeye basmanız istenir. Cihazın yönlendirmelerini takip etme. ***Şok gerekli değil ise;*** -Cihazın yönlendirmelerini takip etme. -"Temel Yaşam Desteğine" başlama.			
16.	OED ve Temel Yaşam Desteği uygulamasından sonra yaşam belirtisi (**bebekler ve çocuklar için; hareket, öksürük veya normal soluk alıp verme, gözlerin açılması** gibi) gösteren çocuğa kurtarma (iyileşme, derlenme) pozisyonu verme. Cihaz kapatılmaz ve pedler çıkarılmaz.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BEBEKTE (0-12 AY) OED UYGULAMASI

AMAÇ:	Temel yaşam desteği sırasında bebeğe doğru OED uygulanması
GEREKLİ MALZEMELER: : OED	

	UYGULAMA BASAMAKLARI	Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Müdahale öncesi olay yerinin, hasta/yaralı ve çevredeki insanlar açısından risk taşıyıp taşımadığını değerlendirme bakınız: *Temel Yaşam Desteği Uygulaması*			
2.	Bebeğin göğsünde ıslaklık var ise pedler yerleştirilmeden önce göğüsü kurulama			
3.	OED ve Ped seçimini doğru yapma			
4.	1 (bir) yaşından küçük bebeklerde (0-12 Ay) :uluslararası kabul gören otorite veya kuruluşlara göre çocuk (pediatrik) pedleri ve çocuk özelliği olan OED'lerin kullanımı önerilir. Ancak bunlar da yoksa standart yetişkin OED ve pedlerinin kullanımı kabul edilebilir.			
5.	OED'yi hastanın yanına uygun şekilde (yatay konumda) yerleştirme.			
6.	OED kapağı açıldığında otomatik olarak açılan bir model değil ise açma düğmesine basarak cihazı çalıştırma.			
7.	OED'nin yaptığı sesli ve/veya görsel komutları takip ederek pedleri paketinden çıkarma.			
8.	Pedler OED'ye takılı değil ise takma.			
9.	Pedler çok büyükse; birbirine değme riski varsa; ön-arka pozisyonu kullanma. Pedlerden birini üst arkaya (kürek kemikleri arasına) ve diğer pedi ise göğsün ön kısmına hafif sola doğru yerleştirme.			
10.	İki ilkyardımcı var ise; birisi göğse pedleri yerleştirirken diğeri "Temel Yaşam Desteği" uygulamasına devam etmelidir.			
11.	Pedlerin bebeğin göğsünde birbirine değmediğinden emin olma.			
12.	Pedleri çıplak göğse sıkıca yapıştırma.			
13.	OED kalp ritmini analiz ederken, hasta/yaralıya dokunmama ve kimsenin de dokunmasına izin vermeme.			
14.	Çevredekileri bebeğe dokunmamaları için yüksek sesle uyarma.			
15.	***Şok verilecek ise:*** -OED tam otomatik ise şoku kendisi verir, yarı otomatik ise sizin bir düğmeye basmanız istenir. Cihazın yönlendirmelerini takip etme. ***Şok gerekli değil ise;*** -Cihazın yönlendirmelerini takip etme. -"Temel Yaşam Desteğine" başlama.			

16.	OED ve Temel Yaşam Desteği uygulamasından sonra yaşam belirtisi (**bebekler ve çocuklar için; hareket, öksürük veya normal soluk alıp verme, gözlerin açılması** gibi) gösteren bebeğe kurtarma (iyileşme, derlenme) pozisyonu verme. Cihaz kapatılmaz ve pedler çıkarılmaz.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

RENTEK MANEVRASI

AMAÇ:	RENTEK Manevrası (Araç İçindeki Yaralıyı Taşıma Yöntemi)
GEREKLİ MALZEMELER:	Sandalye, Tam vücut maketi

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Kaza ortamı değerlendirilir; patlama, yangın tehlikesi belirlenir, çevre ve ilkyardımcının kendi güvenliği sağlanır.			
2.	Hasta/yaralının omuzlarına hafifçe dokunarak ve "iyi misiniz?" diye sorarak bilinci kontrol edilir, çevrede birileri varsa 112'yi araması istenir.			
3.	Hasta/yaralının solunum yapıp yapmadığı gözlemlenir (göğüs hareketleri izlenir).			
4.	Eğer solunum yok ise, Araba çalışır vaziyette ise kontak anahatarı kapatılır ve el freni çekilir.			
5.	Hasta/yaralının ayaklarının pedala sıkışmadığından emin olunur; emniyet kemeri açılır.			
6.	Hasta/yaralıya yan tarafından yaklaşılır ve bir elle kolu diğer elle de çenesi kavranarak boynu tespit edilir (Hafif hareketle) 			
7.	Baş-boyun-gövde hizasını bozmadan araçtan dışarı çekilir,			
8.	Hasta/yaralı yavaşça yere veya sedyeye yerleştirilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

İLERİ YAŞAM DESTEĞİ UYGULAMASI

AMAÇ: İleri yaşam desteği uygulaması becerisini kazanmak

GEREKLİ MALZEMELER: Balon valf maske, Endotrakeal tüp, Oral airway, Enjektör 10 cc, Steril eldiven, İlaçlar, Defibrilatör, Monitör

	UYGULAMA BASAMAKLARI	**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Müdahale öncesi olay yerinin, hasta/yaralı ve çevredeki insanlar açısından risk taşıyıp taşımadığı değerlendirilir (Bakınız: Temel Yaşam Desteği)			
2.	Airway takılır ve ileri yaşam desteği için preoksijenasyon uygulanır. (BVM ile %100 O_2 en az 30 saniye kadar)			
3.	Hasta monitörizte edilir, ritim değerlendirmesi yapılır, acil ilaç uygulaması için IV yol açılır. (IV yol sağlanamazsa IO yol sağlanmalıdır)			
4.	Defibrilatör getirilip pedler/kaşıklar yerleştirilene kadar KPR'ye devam etme			
5.	Şoklanamayan ritimlerde (**Nabızsız Elektriksel Aktivite (NEA)/Asistoli**) ara vermeden 2 dakika boyunca göğüs basısına devam etme adrenalin 1 mg doz uygulama **(3-5/dk bir)** **NEA genellikle geri döndürülebilir sebepleri vardır ve tedaviye başlarken bu sebepler araştırılmalıdır. Bunlar 6 H ve 6 T olarak gruplandırılmıştır.** **6 H** **• Hipovolemi** **• Hipoksi** **• Hidrojen iyonu (Asidoz)** **• Hipo/Hiperkalemi** **• Hipoglisemi** **• Hipotermi** **6 T** **• Toksinler** **• Tamponad, kardiyak** **• Tansiyon pnömotoraks** **• Tromboz koroner** **• Tromboz pulmoner** **• Travma** NEA 'de monitördeki kalp hızı 60/dak altında ise tedavide Atropin verilir. Monitörde görülen nabız 60/dak üzerindeyse Atropin uygulanmaz.			
6.	Şoklanabilir ritim (**VF/ Nabızsız VT**) mümkün olan en erken zamanda hastanın şoklanması ve adrenalin 1 mg doz uygulama **(3-5/dk bir)**			
7.	Kaşıkların/pedlerin yerleştirilmesi. Sağ kaşık: sternumun sağ yanı, klavikulanın altı. Sol kaşık: Sol anterior aksiller hat, 5-6. İnterkostal aralık.			
8.	Çevredekileri hasta/yaralıya dokunmamaları için yüksek sesle uyarma			
9.	**1 Şok uygulaması** (Erişkin; 5 Joule/kg bifazik için yaklaşık 120-200J, Monofazik yaklaşık 360 J, çocuk; 4Joule/kg)			
10.	Hasta hala arrest ise temel yaşam desteği uygulamasına devam etme (5 Tur)			

11.	Adrenalin 1 mg doz uygulama (3-5/dk bir devam etme)			
12.	Hastayı entübe etme (Bakınız: endotrakeal entübasyon uygulaması)			
13.	Nabız değerlendirmesi yapma (2/dk)			
14.	**Üçüncü şok uygulaması sonrası** Amiodaron **IV/IO 300 mg bolus** uygulama 			
15.	**Dördüncü defibrilasyon sonrası** Amiodaron **IV/IO 150 uygulama**			
16.	Spontan dolaşım döndüğünde hastanın hemodinamik dengesine göre ilaç uygulaması ve monitörizasyon sürecini takip etme			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

HAVA YOLU VE ENTÜBASYON
ENDOTRAKEAL ENTÜBASYON UYGULAMASI

AMAÇ: Endotrakeal entübasyon becerisini kazanmak

GEREKLİ MALZEMELER: Balon valf maske, Endotrakeal tüp, Aspiratör ve aspiratör sondası, Laringoskop ve blade'leri, Oral airway, Sabitleme bandı, Enjektör 10 cc, Steril eldiven, Oksijen tüpü, İlaçlar (acil, anestezik), Steteskop, Kılavuz tel (Stile, mandrin, guide).

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Entübasyon için malzemeler hazırlanarak hastanın yanına getirilir.			
2.	Uygun boyutta tüp seçilir (Yetişkin Kadın: 7,0-8,0 mm, Erkek: 7,5-8,5 mm).			
3.	Tüpü kontrol edilir, kafı boş enjektöre hava çekilerek şişirilip hava kaçağının olup olmadığı değerlendirilir.			
4.	Gerekli görülüyorsa tüp içine kılavuz tel yerleştirilerek tüpe uygun kavis hareketi yaptırılır.			
5.	Hasta için uygun blade seçilir ve laringoskopa takılarak ampülünün yanıp yanmadığı kontrol edilir.			
6.	Entübasyon öncesi hasta maksimum seviyede oksijenize edilir. (BVM ile %100 O_2 en az 30 saniye kadar) yapma			
7.	Hastaya baş çene pozisyonu vermek için boyna hafif fleksiyon, başına ekstansiyon uygulanır.			
8.	Sol el ile laringoskop tututulur.			
9.	Laringoskop bıçağı hastanın ağzının sağ tarafından giriş yapılarak ilerletilir.			
10.	Dilin orta hatta toplanması sağlanır (Laringoskop bıçağını kaydırarak yapılır).			
11.	Dil kökünün görülmesiyle birlikte bıçak epiglotisin yuvarlak tepesine kadar ilerletilir.			

12.	Seçilen uygun tüp sağ ele alınır, sağ taraftan ilerletilir			
13.	Vokal kordların önüne gelindiğinde açıklık yukarı bakacak şekilde tüp döndürülür ve tüpün kaf kısmı vokal kordları geçinceye kadar ilerletilir.			
14.	Sağ elle tüp sabit tututulut ve laringoskop ağızdan çıkarılır			
15.	Kılavuz tel takılmış ise klavuz tel entübasyon tüpünün içinden çıkarılır.			
16.	Kaf ortalama 2.5-3 cc hava ile şişirilerek tüpün trakeada sabitlenmesi sağlanır.			
17.	BVM ile tüpün akciğerlerde olup olmadığı kontrol edilir. Her iki akciğerin de havalanıp havalanmadığı stetoskop ile dinlenir. Tüpün içindeki solunan havanın buğu yapıp yapmadığı gözlenir. Tüpün midede olması durumunda midenin şişip şişmediği kontrol edilir.			
18.	Tüpün ısırılması vb. durumları önlemek için ağız içine tüpün hemen yanına orafaringeal airway yerleştirilir.			
19.	Tüp airway ile birlikte bir sargı bezi kullanılarak boyun ile birlikte sabitleme için bağlanır.			
20.	Yapılan işlemi ilgili forma kaydedilir.			
21.	Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

ALTERNATİF HAVA YOLU ARAÇLARI
LARENGİAL MASKE TAKMA

AMAÇ: larengial maske ile entübe edilemeyen hastaların sorulunum yolunu açma becerisini kazanmak

GEREKLİ MALZEMELER: Balon valf maske, larengial maske, Oral airway, Sabitleme bandı, Enjektör 10 cc, Oksijen tüpü, Steteskop,

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Anestezi gereken hastalarda anestezi havayolu reflekslerini baskılamaya ve LMA yerleştirilmesine imkan sağlayacak şekilde uygulanır Kontrol sonrası, kaf tam ve düzgün bir şekilde boşaltılır			
2.	Hastanın, vücut ağırlığına göre önerilen boyda seçilmiş olan laringeal maskenin kafı şişirilerek kontrol edilir.			
3.	LMA'nın arka yüzüne kayganlaştırıcı jel sürülür. Ön yüze kayganlaştırıcı jel kesinlikle sürülmez, çünkü kayganlaştırıcı madde aspirasyona ve öksürmeye neden olabilir			
4.	Baş ve boyun normal trakeal entübasyonda olduğu gibi (hastanın boynunu hafif fleksiyona ve başını ekstansiyona getirerek ağız-farinks-larinks hattının düzleşmesini sağlayan sniffing pozisyonu verilir) konumlandırılır. Hastaya en az 30 sanıye %100 oksijen uygulanır.			

5.	Maske yerleştirirken işaret parmağı bir kalem tutar gibi kaf ve tüpün birleştiği yerde önde tutulur.			
6.	Farenkse daha fazla itmeden önce uç kısmı sert damağa doğru bastırılır ve damağa karşı düz biçimde durduğuna ve uç kısmın katlanmadığına emin olunur.			
7.	İşaret parmağı kullanıp damağa karşı olan basıncı koruyarak maske arkaya doğru itilir.			
8.	Maske aşağıya doğru ilerletilirken işaret parmağı, epiglot ile çarpışmayı önlemek için arka farengeal kısma doğru basıncı devam ettirilir.			
9.	Yerleştirmeyi tamamlamak için işaret parmağı tamamen ağza sokulur. Diğer parmaklar ağzın dışında tutulur.			
10.	Yerleştirme sırasında birçok hareket yapmaktan veya direnç hissedildikten sonra maskeyi farenkste aşağı ve yukarı oynatmaktan kaçınılır			
11.	Direnç hissedildiğinde parmak hâlihazırda tamamen ağza yerleştirilir ve ağızdan parmak çıkarılırken tüp diğer elle tutulur.			
12.	Tüpteki siyah hattın üst dudağa baktığına emin olunduktan sonra kaf hızlı bir biçimde tüpü tutmadan şişirilir böylece LMA doğru konum alması sağlanır.			
13.	Kafın şişirilmesi LMA oksijen kaynağına bağlanmadan önce yapılır.			
14.	Düşük basınç sızdırmazlığı için kaf yeterli hava ile şişirilir. Kaf yeterli hava ile şişirildiğinde LMA'da 1,5 cm'ye kadar dışa doğru kayma hareketi meydana gelmesi normaldir.			
15.	Yanlış yerleştirmeyi önlemek için tüp tutularak oksijen kaynağına bağlanır.			
16.	Doğru yerleştirmeyi onaylamak için akciğerler yavaşça havalandırılır ve göğüs hareketleri değerlendirilir			
17.	İnspeksiyonla göğüs hareketleri ve tüpte buğulanma olup olmadığı gözlenir ve her iki akciğerin havalandığını görmek için bilateral midaksiller hat ve epigastriumun steteskopla dinlenir.			
18.	Isırmayı engellemek için hastanın ağzına oral airway ya da yeterli kalınlıkta gazlı bez rulosu yerleştirilir. Doğru yerde olduğu onaylandıktan sonra LMA yerine sabitlenir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

İĞNE KRİKOTİROTOMİ

AMAÇ: entübe edilemeyen hastaların solunum yolunu açma becerisini kazanmak

GEREKLİ MALZEMELER: Balon valf maske, balon-valf-endotrakeal tüp, iğne trakeostomi (12-14 G), Oral airway, Sabitleme bandı, Enjektör 10 cc, Oksijen tüpü, Steteskop, povidon iyot, ventilatör seti, ventilatör cihazı

UYGULAMA BASAMAKLARI	**Gözlem Kriterleri**		
	1	2	3

1.	Hastanın ve uygulayıcının güvenliği sağlanır.			
2.	Bir uygulayıcı hastanın baş ve boyun stabilizasyonunu sağlar.			
3.	Eldiven giyilir ve hastanın bilinç durumu değerlendirilir			
4.	Hastaya iğne krikotiroidotomi yapılacak alan povidon iyotla temizlenir			
5.	Trakeayı sabit tutmak için deri gerdirilir.			
6.	Dominant olmayan elin baş ve orta parmaklarıyla deri hafifçe gerilerek işaret parmağıyla tiroid ve krikoid kıkırdak arasındaki krikoid membran palpe edilir.			
7.	10 ml' lik enjektöre 12-14 G katater takıldıktan sonra, katater ucu ile krikoid membran arasında 45º açı olacak şekilde trakeaya giriş yapılır			
8.	Enjektöre serbest hava girişi olunca kanülün trakea ortasında olduğundan emin olmak için enjektörün pistonunu geri çekmeye devam ederek 5 mm daha ilerletilir			
9.	Kateterin iğnesi çıkarılarak serbest hava gelip-gelmediği kontrol edilir.			
10.	3ml enjektör, pistonu çıkartılmış şekilde, kateterin ucuna takılır.			
11.	Daha sonra ventilasyon uygulanacak sistem katetere bağlanır			
12.	7,5 mm çaplı balon-valf-endotrakeal tüp konnektörü enjektöre takılır			
13.	Balon-valf ile %100 O2 ile ventilasyon sağlanır			
14.	Oskültasyonla akciğerler 5 ayrı noktadan dinlenerek yeterli ventilasyon olup olmadığı kontrol edilir			
15.	Kateter flaster ile sabitlenir			
16.	Bu işlem sayesinde 45 dakika kadar bir zaman kazanılır.. Bu süre içinde cerrahi krikotiroidotomi veya trakeostomi planlanıp yapılmalıdır.			
17.	Hasta en rahat ettiği pozisyon getirilir.			
18.	İşlem hasta dosyasına kaydedilir			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

İĞNE DEKOMPRESYON

AMAÇ: Tansiyon pnömotoraks durumunda hasta/yaralının göğüs basıncını azaltarak ventilasyonun normale dönmesi

GEREKLİ MALZEMELER: 10-20 cc enjektör, 14-16 G intraket, steril eldiven, povidin iyot, gazlı bez,

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Kişisel koruyucu ekipmanlar giyilir.			
2.	10-20 cc' lik bir enjektöre 2-3 cc SF çekilerek hazırlanır..			
3.	Enjektörün ucuna en az 14-16 G kalınlığında intraket takılır.			
4.	Ucunda intraket olan enjektör, kesilmiş olan steril eldiven parmağının uç kısmından delerek geçirilir			

5.	Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
6.	Hasta sırt üstü yatırılarak işlem için pozisyon sağlanır.			
7.	Tansiyon pnömotoraks tarafında midklavikular hattın, ikinci interkostal aralık ile kesişme noktası bulunur (ya da midaksiller hattın 5-6. İnterkostal aralığı)			
8.	İşlem bölgesi merkezden perifere doğru dairesel hareketlerle povidin iyot ile dezenfekte edilir.			
9.	Tespit edilmiş olan noktadan üçüncü kostanın hemen üstünden 90^o açıyla göğüs duvarına girilip, enjektörde negatif basınç oluşturarak ve hava kabarcıkları görülünceye kadar kanül ilerletilir.			
10.	İntraketin mandreni sabit tutularak aynı anda kanül sonuna kadar ilerletilir.			
11.	Kanülü elle sabitleyerek hava çıkışı ve eldiven parmağının kollobe olarak hava girişine izin vermediği gözlemlenir.			
12.	Enjektörle birlikte mandren kanülden çıkartılır			
13.	Kanül etrafını gazlı bez ile destekleyerek flasterle sabitlenir			
14.	Yapılan işlem hasta dosyasına kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

MEKANİK VENTİLATÖR KULLANIMI

AMAÇ: Mekanik ventilatör kullanabilmek

GEREKLİ MALZEMELER: Mekanik ventilatör

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Mekanik ventilatör fişe takılır.			
2.	Oksijen ve hava bağlantıları kontrol edilir.			
3.	Açma tuşuna basılarak çalıştırılır.			
4.	Hastanın ağırlığı seçilir.			
5.	Uygulanmak istenen mod seçilir. Mekanik ventilatatörün solunum desteğini başlatma şekline göre modlar üçe ayrılır; **1. Kontrollü mekanik ventilasyon:** Ventilatör belirli zaman aralıklarıyla solunum desteği verir. Hastanın solunum eforunun katkısı yoktur. • Kontrollü mekanik ventilasyon (CMV): İnspirasyonun başlaması, sürdürülmesi ve sonlanması makine kontrolündedir. Ventilatör belirlenen frekansta istenen sabit hacmi hastaya verir • Basınç kontrollü ventilasyon (PCV): Belirlenmiş aralıklarla istenen sabit basıncı sabit bir sürede uygular **2. Yardımcı (Asist) modlar:** Mekanik ventilasyon desteği hastanın spontan solunumu varsa onunla birlikte yoksa zaman dönüşümlü olarak verilir.			

	• Asist kontrol (A/C): Solunumu hasta veya makine başlatır. Hastanın solunum eforu varsa ventilatör hastanın her solunumunu önceden belirlenmiş sabit hacimle destekler. A/C modda yedek solunum sayısı belirlenir. • Senkronize aralıklı zorunlu ventilasyon (SIMV): Hastanın önceden belirlenen sayıdaki solunumu hasta eforuyla senkronize olarak istenen hacimle desteklenir. Hastanın solunum eforu yoksa zaman tetiklemeli olarak aynı sayıda kontrollü solunum oluşturulur. A/C mod sırasında hastanın tüm solunum eforu desteklenirken SIMV modunda sadece belirlenen sayıda solunum eforu desteklenir. Hastanın spontan solunum sayısı belirlenenden daha yüksekse hasta fazladan solunumlarını cihazdan destek almadan yapar. **3. Spontan modlar:** Sadece spontan solunuma basınç desteği verir, spontan solunum yoksa destek vermez. • **Basınç destek (PSV)** : Solunum hasta tarafından başlatılır, solunum süresince önceden belirlenen basınç uygulanır, inspiratuar akım belli eşik değere inince destek durdurulur. Modlardan birisini tercih ederken temel amaç, hastanın oksijenasyonunu ve ventilasyonunu hasta için olabilecek en konforlu ve en az travmatik şekilde gerçekleştirmektir.			
6.	Verilmek istenen basınç / tidal volüm seçilir.			
7.	PEEP basıncı seçilir. (**EKSPİRASYON SONU POZİTİF BASINÇ)** Solunumun sonunda hava yolu basıncının atmosferik basıncın üzerinde (0 cmH_2O) tutulmasıdır. Tek başına değil diğer modlarla birlikte kullanılır. Spontan soluyan bir hastada uygulanırsa buna devamlı pozitif hava yolu basıncı (CPAP) denir. PEEP uygulamasının iki temel endikasyonu vardır; 1. Refrakter hipoksemi 2. Fonksiyonel rezidüel kapasite ve akciğer kompliyansının azalması. PEEP uygulaması ile ortalama hava yolu basıncı artırılır, alveollerin kollabe olması önlenir ve akciğer kompliyansında düzelme sağlanır.			
8.	Solunum frekansı ayarlanır.			
9.	Verilmek istenen oksijen oranı ayarlanır.			
10.	Ventilatörün uygun çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.			
11.	Hasta ventilatöre bağlanır.			
12.	Alarm kontrol edilir / kapatılır.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

KISMİ TIKANMA

AMAÇ: Hastanın solunum yolunun etkin şekilde açılmasını sağlamak kazanmak
GEREKLİ MALZEMELER:

	UYGULAMA BASAMAKLARI	Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	**<u>Kısmi tıkanıklık durumunda</u>**: - Kişi kuvvetli öksürebilir ve konuşabilir. - Az da olsa nefes alabilir. - Nefes alırken ıslık sesi duyulabilir. - Tıkanıklığın devam etmesi halinde cildi mavimsi veya grimsi renge dönebilir. - Hastanın bu belirtileri gösterip göstermediği dikkatlice izlenir.			
2.	Hasta/yaralıya "Boğuluyor musun?" diye sorulur. "**Boğuluyorum**" diye cevap veriyorsa, kuvvetli öksürüyorsa ve solunumu varsa kısmi havayolu tıkanıklığı söz konusudur.			
3.	Öksürmeye devam etmesi söylenir.			
4.	Başka bir şey yapılmaz hastanın yabancı cisim ya da sekresyonu kendi çabası ile çıkarması beklenir.			
5.	Tam hava yolu tıkanıklığı gelişebileceğinden normal şekilde tekrar nefes alıncaya kadar kişiyle birlikte kalınır.			
6.	Hasta/yaralının solunum ve öksürüğü zayıflarsa ya da kaybolursa ve morarma saptanırsa tam havayolu tıkanıklığı olarak kabul edilir			
7.	Hastanın tam tıkanması durumunda heimlich manevrası uygulanır ve aynı zamanda 112 aranarak yardım istenir. (Bakınız heimlich manevrası uygulama)			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

TAM TIKANMA (HEİMLİCH MANEVRASI UYGULAMA) ERİŞKİN

AMAÇ: Hastanın solunum yolunun etkin şekilde açılmasını sağlamak kazanmak

GEREKLİ MALZEMELER:

	UYGULAMA BASAMAKLARI	Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	**Tam tıkanıklık durumunda**; - Kişi konuşma çabası içindedir, ancak konuşamaz. - Ellerini boynuna götürür. - Evrensel boğulma işareti yapar. - Öksüremez veya çok zayıf öksürmeye çalışır. - Nefes alamaz. - Cilt gri, mavi görünümde olabilir.			
2.	Hasta/yaralıya "Boğuluyor musun?" diye sorulur.			

	"**Boğuluyorum**" diye cevap verimiyorsa, kuvvetli öksüremiyorsa ve solunumu yoksa tam havayolu tıkanıklığı söz konusudur.			
3.	Hastanın tam tıkanması durumunda heimlich manevrası uygulanır ve aynı zamanda 112 aranarak yardım istenir.			
4.	Hasta/yaralının yan tarafında ve biraz arkasında durulur.			
5.	Hasta/yaralının göğsü bir el ile desteklenir ve öne doğru eğilir. Diğer elin topuğuyla kişinin iki skapula kemiğinin arasına (sırtına kürek kemiklerinin arasına) yönü ileri doğru olacak şekilde beş defa sert şekilde vurulur.			
6.	Cismin çıkıp çıkmadığı ve kişinin tekrar nefes alıp almadığı yere ve hastaya bakılarak kontrol edilir.			
7.	Ağız içinde cisim görülüyorsa elle çıkarılmaya çalışılır.			
8.	Ancak cisim görülmüyorsa körlemesine parmak süpürme hareketi yapılmaya çalışılmaz.			
9.	Hava yolu tıkanıklığını gidermek için beş sırt vurusu başarısız olursa karın basısı uygulanır.			
10.	**Karın basısı (Heimlich manevrası) uygulaması**: Hasta/yaralının arkasında durulur ve her iki kol da karnın üst kısmına yerleştirilir			
11.	Hasta/yaralı öne eğilir.			
12.	Bir el yumruk yapılır ve yumruğun başparmak tarafı göbek deliği ile sternumun ucu arasına yerleştirilir.			
13.	o Bu eli diğer el kavranır ve yumruk sıkıca içeri ve yukarı doğru keskin bir şekilde çekilir.			
14.	Beş defa karın basısı tekrarlanır.			
15.	Tıkanıklık hala devam ediyorsa, beş karın basısı ile beş sırt vurusuna dönüşümlü olarak devam edilir.			
16.	Cisim çıkana kadar veya kişi yanıtsız (tepkisiz) hale gelinceye kadar işlemler tekrarlanır.			
17.	112 aranır ve gerekirse hastaya temel yaşa desteği verilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

TAM TIKANMA (HEİMLİCH MANEVRASI UYGULAMA) BEBEK

AMAÇ: Hastanın solunum yolunun etkin şekilde açılmasını sağlamak kazanmak
GEREKLİ MALZEMELER:

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	**Tam tıkanıklık durumunda**; - Bebek ağlayamaz - Öksüremez veya çok zayıf öksürmeye çalışır. - Nefes alamaz.			

	- Cilt gri, mavi görünümde olabilir.			
2.	Bebek ağlıyamıyor, kuvvetli öksüremiyorsa ve solunumu yoksa tam havayolu tıkanıklığı söz konusudur.			
3.	bebeğin tam tıkanması durumunda heimlich manevrası uygulanır ve aynı zamanda 112 aranarak yardım istenir.			
4.	Bebeğin göğsü el, çenesi ise parmaklarla kavranarak başı vücudundan daha aşağıda olacak şekilde öne doğru eğilir.			
5.	İlkyardımcı oturarak bir dizinin üstüne bebeği yatırır			
6.	Ağız içini kontrol ederek cisme el ile ulaşabiliyorsa kör dalış yapmadan cismi çıkarmaya çalışır			
7.	Cisim çok ileride ve parmak ile alınamayacak kadar uzak ise zaman kaybetmemek için cisim elle çıkarılmaya çalışılmaz			
8.	Bebek el ve kol arasında kavranarak yüzü koyun ters çevrilir.			
9.	Serbest elin ayasıyla bebeğin sırtına, kürek kemiklerinin arasına hızlı ve kuvvetli şekilde 5 defa vurulur.			
10.	Daha sonra yer ve bebeğin ağzı kontrol edilerek cismin çıkıp çıkmadığı kontrol edilir.			
11.	Cisim çıkmadı ise bebek sırt üstü çevrilir.			
12.	İlkyardımcı tekrar oturduğu yerden bir bacağının üzerinde aşağıya doğru sırt üstü el ve kolla desteklenerek yatırırlır			
13.	Sternumun alt ucuna işsaret ve orta parka ile 5 defa bası uygulanarak tekrar cismin çıkıp çıkmadığı kontrol edilir.			
14.	Cisim çıkmadı ise bebek tekrar yüzü koyun çevrilerek işlem tekrralanır ve ardından cisi çıkmıyor bebek sırt üstü yatırılarak işlem tekrarlanır.			
15.	Cisim çıkana kadar veya bebek yanıtsız (tepkisiz) hale gelinceye kadar işlemler tekrarlanır.			
16.	112 aranır ve gerekirse hastaya temel yaşa desteği verilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**