



*Süleyman Demirel  
Üniversitesi*

# **MESLEKİ BECERİ UYGULAMA REHBERİ**

İlham veren üniversite



SÜLEYMAN DEMİREL  
ÜNİVERSİTESİ

# Mesleki Beceri Uygulama Rehberi

*Prof. Dr. Alim KOŞAR (Dekan)*

*Prof. Dr. TOLGA ATAY (Dekan Yardımcısı)*

*Doç Dr. Kanat GÜLLE (Dekan Yardımcısı)*

*Doç. Dr. Mustafa SAYGIN  
(Mesleki ve İletişim Becerileri Kurulu  
(MİBEK) Başkanı)*



SÜLEYMAN  
DEMİREL  
ÜNİVERSİTESİ

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Beceri Uygulama Rehberi Editörler:

Doç. Dr. Mustafa SAYGIN

Dr. Öğr. Üyesi Funda YILDIRIM BAŞ

Dr. Öğr. Üyesi Hamit Hakan ARMAĞAN

Dr. Öğr. Üyesi İnci KOLCU

Dr. Öğr. Üyesi Mehtap SAVRAN

Dr. Öğr. Üyesi İlkay ARMAĞAN

Dr. Öğr. Üyesi Cennet AK

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet DURSUN

Dr. Öğr. Üyesi Adnan KARAIBRAHİMOĞLU

Dr. Öğr. Üyesi Selman Hakkı ALTUNTAŞ

Dr. Öğr. Üyesi Gökçe İŞCAN

Dr. Öğr. Üyesi Rahime ASLANKOÇ

Dr. Öğr. Üyesi Özgür ÖNAL

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Çağdaş KUMBUL

Dr. Öğr. Üyesi Giray KOLCU

Dr. Öğr. Üyesi Eyyüp Sabri ÖZDEN

*Grafik Tasarım:* Elif TÜRK

*Kapak Tasarım:* Elif TÜRK

*Teşekkür:* Kitabın düzenlenmesine değerli görüş ve önerileri ile katkıda bulunan Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyelerine teşekkür ederiz.

*Basım Yılı:* Eylül 2020

*Basım Yeri:* Süleyman Demirel Üniversitesi Matbaası

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Doğu Kampüsü Çünür/Isparta Isparta Türkiye  
<https://tip.sdu.edu.tr/tr/>

## İÇİNDEKİLER

Süleyman Demirel Üniversitesi Mesleki Beceri Laboratuvarı Kuralları	4
<b>Mesleki ve İletişim Becerileri - Dönem 1</b>	<b>5</b>
1. Hijyenik El Yıkama Becerisi	6
2. Bone Giyme-Maske Takma-Önlük Giyme ve Çıkarma Becerisi	7
3. Steril Eldiven Giyme ve Çıkarma Becerisi	8
4. Cerrahi El Yıkama Becerisi	9
4. Vücut Sıcaklığı Ölçme Becerisi	10
5. Nabız Sayma Becerisi	13
6. Solunum Sayma Becerisi	14
7. Pediatrik Temel Yaşam Desteği Sağlayabilme Becerisi	15
8. Erişkin Temel Yaşam Desteği Sağlayabilme Becerisi	16
Değerlendirme Rubriği (Performans Değerlendirme Ölçeği)	17
<b>Mesleki ve İletişim Becerileri - Dönem 2</b>	<b>18</b>
1. Ders. Parmak Ucundan Kan Alma Becerisi	19
1. Ders. Glukometre İle Kan Şekeri Ölçümünün Kazandırılması	20
2. Ders. Erişkinlerde Kan Basıncı Ölçme Becerisi	21
3. Ders. Venöz Kan Alma Becerisi	23
4. Ders. Ampul Ve Flakon Formunda İlaç Uygulama, İm Enjeksiyon Yapma	24
5. Ders Damar Yolu Açma ve İntravenöz Sıvı Tedavisi	26
6. Ders Damar Yolu Açma ve İntravenöz Sıvı Tedavisi	29
Değerlendirme Rubriği (Performans Değerlendirme Ölçeği)	29
<b>Mesleki ve İletişim Becerileri - Dönem 3</b>	<b>30</b>
Ders 1. Erişkin İleri Yaşam Desteği Becerisi	31
Ders 2. Pediatrik İleri Yaşam Desteği Beceri Kılavuzu	32
Ders 3. Nazogastrik Sonda Uygulama Becerisi	33
Ders 4. İdrar Kateteri Takma Becerisi	34
Ders 5. Sütür Uygulama Becerisi	36
Değerlendirme Rubriği (Performans Değerlendirme Ölçeği)	37

## SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ MESLEKİ BECERİ LABORATUVARI KURALLARI

Laboratuvarda özellikle kanla çalışan kişilerin kendilerini kan yoluyla bulaşması mümkün olan hastalıklara karşı koruması çok önemlidir. Bu hastalıklara örnek olarak günümüzde büyük önemi olan AIDS ve Hepatit B verilebilir. Kan yoluyla bulaşan hastalıklardan laboratuvar çalışanlarının korunması için dikkat edilmesi gereken kurallar aşağıda verilmiştir.

1. Mesleki beceri laboratuvar için ders öncesinde hazırlık yapılarak istenilen materyaller öğrenci tarafından temin edilir.
2. Derslere devam, uygulamalara katılım ve birebir uygulamaların yapılmasından tüm öğrenciler sorumludur.
3. Uygulamada kullanılan tüm malzeme ve maketler kullanım amacına uygun bir şekilde zarar verilmeden kullanılmalıdır. Herhangi bir eğitim materyaline zarar verdiği tespit edilen kişiden verdiği zarar tazmin edilir.
4. Lateks eldiven mutlaka giyilmelidir. Bu eldivenler mümkünse pudra içermeyen eldivenler seçilmelidir. Yapılan araştırmalar kalsiyum içeren pudralı eldivenlerin, hasta kan örneğine bulaşması halinde, özellikle kalsiyum değerlerinin hatalı okunmasına neden olabileceğini göstermiştir. Ayrıca, lateks eldiven kullanıcılarının eldiven kullanmadan önce cilt koruyucularını kullanmamaları gerekmektedir. Bu maddeler lateks yapısını bozarak koruyuculuğunu azaltmaktadır. Lateks eldivenlere karşı allerjik reaksiyon geliştiren kişilere, önce pamuklu eldiven giyip daha sonra lateks eldiven giymeleri önerilebilir. Kısaca lateks eldivenler, kan, vücut sıvıları mukoza membranları ile temastan kaçınmak için mutlaka kullanılmalıdır.
5. Eldivenler her uygulama için örnek alımından önce değiştirilmeli ve eldiven giyilmeden önce eller yıkanmalıdır.
6. Kan örneği alımı sırasında mutlaka önlük giyilmeli ve önlüğün düğmeleri kapalı olmalıdır. Laboratuvar önlüğü ile laboratuvar dışında (yemekhane, çay salonu v.b) bulunulmamalıdır.
7. Kan örneği alımı sırasında görevli kişi ağızına herhangi bir şey (kalem, yiyecek v.b) almamalıdır.
8. Görevli kişiler tırnak yememeli ve gözlerini ovalamamalıdır ve mümkünse kozmetikler kullanılmalıdır.
9. Uzun saçların toplanması alınan örneklerle değmemesi açısından şarttır.
10. Kimyasal madde dökülmesi ve cam malzeme kazalarına karşı laboratuvar şartlarında açık ayakkabı giyilmemesi gereklidir.
11. Kullanılmış enjektör, lanset gibi kesici aletler özel kutularda biriktirilip daha sonra imha edilmelidirler.
12. Örnek alımı sırasında kullanılan tüm aletler iş bitiminde mutlaka temizlenmelidir.
13. Alınan tüm önlemlere rağmen kullanılan enjektör, lanset gibi kesici aletlerin batması halinde, hemen o bölge isopropil alkolle temizlenmeli ve yara bandı ile kapatılmalıdır. Görevli kişi HIV ve Hepatit B taraması yaptırılmalıdır.
14. Laboratuvarda kan ve diğer vücut sıvıları ile çalışan kişilere Hepatit B aşısı yaptırımları önerilir.

**Doç. Dr. Mustafa SAYGIN**

**MİBEK Başkanı**

# MESLEKİ ve İLETİŞİM BECERİLERİ

Dönem 1 Sorumlusu

**Dr. Öğr. Üyesi**  
**Özgür ÖNAL**

Dönem 1

## 1. HİJYENİK EL YIKAMA BECERİSİ

**Amaç:** Hijyenik el yıkama becerisini kazanmak

**Gerekli Malzemeler:** Lavabo, temiz su, sabun, kağıt havlu

### Değerlendirme:

Basamağın hiç uygulanmaması veya yanlış uygulanması	Geliştirilmesi gerekir	1 puan
Basamağın doğru olarak, sırasında ancak eksik uygulanması veya basamağın doğru olarak, fakat sırasında uygulanmaması	Yeterli	2 puan
Basamağın doğru olarak sırasında eksiksiz ve duraksamadan yapılması	Ustalaşmış	3 puan

Basamaklar
1. Musluk açılarak eller bir miktar su ile ıslatılır.
2. Ele 3-5 ml sıvı sabun alınır.
3. Bir miktar su ile sabun köpürtülür.
4. Avuç içi avuç içine alınarak ovalama hareketi yapılır.
5. Sağ avuç içine sol el sırtı gelecek şekilde yerleştirilir ve ovalanarak beş kez tekrarlanır. Aynı hareket diğer el için de tekrarlanır.
6. Sağ el sol el sırtına koyarak parmak araları birbirinin içine gelecek şekilde beş kez ovalanır. Aynı hareket diğer el için de tekrarlanır.
7. Sağ el parmak sırtlarının sol elin avuç içine gelecek şekilde yerleştirilir ve beş kez ovalanır. Aynı hareket diğer el için de tekrarlanır.
8. Sağ el başparmağı sol avuç içine alınarak rotasyonel olarak beş kez ovalanır. Aynı hareket diğer el için de tekrarlanır.
9. Sağ el parmak ucu iç kısımları sol el avuç içine gelecek şekilde konur ve beş kez ovalanır. Aynı hareketlerin diğer el parmak uçları için de yapılır.
10. Eller akan bir musluk altında iyice durulanır.
11. Musluk vidası durulanır ve musluk kapatılır.
12. Eller tek kullanımlık kağıt havlu ile kurulanır.
13. Kullanılan kağıt havlu uygun olarak çöpe atılır.

## 2. BONE GİYME–MASKE TAKMA–ÖNLÜK GİYME VE ÇIKARMA BECERİSİ

**Amaç:** Bone giyme – maske takma-önlük giyme ve çıkarma becerisi kazanmak

**Gerekli Malzemeler:** Bone-Maske-Cerrahi Önlük

### Değerlendirme:

Basamağın hiç uygulanmaması veya yanlış uygulanması	Geliştirilmesi gerekir	1 puan
Basamağın doğru olarak, sırasında ancak eksik uygulanması veya basamağın doğru olarak, fakat sırasında uygulanmaması	Yeterli	2 puan
Basamağın doğru olarak sırasında eksiksiz ve duraksamadan yapılması	Ustalaşmış	3 puan

Basamaklar
<b>Bone Giyme-Maske Takma-Önlük Giyme</b>
1. Saçlar uygun şekilde toplanır.
2. Kapalı durumdaki bonenin lastik kısmından iç tarafı her iki elle açılır.
3. Her iki el 1. ve 2. parmakları ile bonenin lastiği kafaya uygun olacak şekilde gerdirilir.
4. Baş hafifçe öne eğilerek bone önden arkaya doğru başa geçirilir.
5. Dışarıda saç teli görünmeyecek şekilde alın ve kulak üzerinden geçecek şekilde başa yerleştirilir.
6. Maskenin sert metal kısmı burun üzerine gelecek şekilde konumlandırılır ve tel burnun şeklini alacak şekilde eğilerek şekillendirilir.
7. Maskenin üst bağları, kulak üzerinden geçecek şekilde arkadan bağlanır.
8. Alt bağlar, çene altını ve boyun çevresini kaplayacak şekilde bağlanır.
9. Metal şerit burun kenarları üzerinde iyice sıkıştırılarak sabitlenir.
10. Önlük vücudun önünde tutularak kollar önlüğün kollarından sokulur.
11. Önlüğün kolları sırayla düzeltilir ve bilekler düzgün şekilde yerleştirilir.
12. Önlüğün arka ve yan kısımları kıyafeti tam kapatacak şekilde düzeltilir.
13. Önlüğün ense ve bel bağcıkları bağlanır.
<b>Önlük-Maske-Bone Çıkarma</b>
1. Önlüğün ense ve bel bağcıkları çözülür.
2. Aktif elle diğer kol önlük kolundan tutularak aşağıya doğru çekilir.
3. Önlükle örtülü olan el tarafından diğer el yardımı ile önlük kolu çıkarılır.
4. Önlük omuzlardan öne doğru kaydırılarak çıkarılır.
5. Önlük tersten tutularak kirli torbasına atılır.
6. Maskenin bağları çözülür. (Öncelikle alt bağ)
7. Maske yüzden uzaklaştırılır.
8. Maske iç yüzeye doğru ortadan katlanır.
9. Bone dış yüzeyden tutularak çıkarılır.
10. Maske ve bone tıbbi atık kutusuna atılır.



### 3. STERİL ELĐİVEN GİYME VE ÇIKARMA BECERİSİ

**Amaç:** Steril eldiven giyme ve çıkarma becerisini kazanmak

**Gerekli Malzemeler:** Steril Eldiven Paketi

#### Değerlendirme:

Basamağın hiç uygulanmaması veya yanlış uygulanması	Geliştirilmesi gerekir	1 puan
Basamağın doğru olarak, sırasında ancak eksik uygulanması veya basamağın doğru olarak, fakat sırasında uygulanmaması	Yeterli	2 puan
Basamağın doğru olarak sırasında eksiksiz ve duraksamadan yapılması	Ustalaşmış	3 puan

Basamaklar
<b>Eldiven Giyme</b>
1. Steril eldiven paketinin dış ambalajı açılarak iç paket temiz bir yere konur.
2. Eller yıkanır. (bk. Hijyenik el yıkama becerisi)
3. İç paket açılır.
4. Aktif el eldiveninin kıvrılmış bilek kısmından pasif el ile tutulur.
5. Aktif el eldiven içine yerleştirilir.
6. Aktif elin 2. 3. 4. parmakları ile diğer eldiven tutulur.
7. Diğer el eldiven içine yerleştirilir.
8. Her iki el kenetlenerek eldivenler parmaklara tam oturtulur.
<b>Eldiven Çıkarma</b>
1. Bir el ile diğer elin eldiveni avuç içinden tutulur.
2. Tutulan eldiven çıkarılır.
3. Çıkarılan eldiven eldivenli elin avuç içine bırakılır.
4. Boştaki elle diğer elin eldiveni bilekten ters çevrilip, diğer eldiven içinde kalacak şekilde çıkarılır.
5. Kontaminasyona sebebiyet vermeden eldivenlerin tıbbi atık kutusuna atılır.
6. Eller yıkanır. (bk. Hijyenik el yıkama becerisi)

## 4. CERRAHİ EL YIKAMA BECERİSİ

**Amaç:** Cerrahi el yıkama becerisini kazanmak

**Gerekli Malzemeler:** Lavabo, temiz su, dezenfektan, kağıt havlu, steril fırça

### Değerlendirme:

Basamağın hiç uygulanmaması veya yanlış uygulanması	Geliştirilmesi gerekir	1 puan
Basamağın doğru olarak, sırasında ancak eksik uygulanması veya basamağın doğru olarak, fakat sırasında uygulanmaması	Yeterli	2 puan
Basamağın doğru olarak sırasında eksiksiz ve duraksamadan yapılması	Ustalaşmış	3 puan

Basamaklar
1. Yıkamaya başlamadan önce ellerdeki tiki, oje ve benzeri yabancı cisimler çıkarılır ve tırnakların uzun olmamasına dikkat edilir.
2. Cerrahi kıyafetin kolları dirsekler açıkta kalacak şekilde katlanır.
3. Musluk açılarak suyun ısı ve debisi ayarlanır.
4. Eller akan suyun altında dirseklere kadar ıslatılır ve yıkama solüsyonu pompasına sağ dirsekle basılarak sol avuca solüsyon alınır.
5. Eller başlanıp dirsekleri de içine alacak şekilde tüm ön kol yıkanır, parmak araları, avuç içi ovulur, bu işlem sırasında dirsekler aşağıda, ellerin yukarıda olacak şekilde pozisyon alınır.
6. Yıkanan kollar, önce sağ elden başlanarak hiçbir yere dokunulmadan musluğun altında durulanır ve durulama işleminin eller yukarıda dirsekler aşağıda olacak şekilde, dirseklere kadar yapılır.
7. Aynı yıkama işlemi ikinci kez yapılarak steril fırçayla tüm tırnak dipleri, parmak araları bileğe kadar fırçalanır ve usulüne uygun şekilde durulanır.
8. Aynı yıkama işlemi fırçasız olarak üçüncü kez tekrarlanır ve usulüne uygun şekilde durulanır.
9. Son yıkama işleminden sonra musluk sağ dirsekle kapatılır.
10. Eller yukarıda, dirsekler aşağıda olacak şekilde pozisyon alınır ve steril havlu ile eller dirseklere kadar kurulanır.

## 4. VÜCUT SICAKLIĞI ÖLÇME BECERİSİ

**Amaç:** Vücut sıcaklığı ölçme becerisini kazanmak

**Gerekli Malzemeler:** Uygun termometre, Eldiven, Alkollü pamuk tamponlar, Kuru gazlı bez, Kalem, Kayıt için gerekli formlar (derece kâğıdı, hasta gözlem kâğıdı)

### Değerlendirme:

Basamağın hiç uygulanmaması veya yanlış uygulanması	Geliştirilmesi gerekir	1 puan
Basamağın doğru olarak, sırasında ancak eksik uygulanması veya basamağın doğru olarak, fakat sırasında uygulanmaması	Yeterli	2 puan
Basamağın doğru olarak sırasında eksiksiz ve duraksamadan yapılması	Ustalaşmış	3 puan

Basamaklar
<b>Aksiller yolla vücut sıcaklığı ölçme uygulaması</b>
1. Eller yıkanıp eldiven giyilir. (Bkz. El yıkama/Eldiven Giyme)
2. Kişinin aksiller bölgesi değerlendirilerek çok zayıf olup olmadığına bakılır. Çok zayıfsa aksiller yolla vücut sıcaklığı ölçülmez.
3. Koltuk altında kızarıklık, açık yara vb. enfeksiyon belirtisi olup olmadığı kontrol edilir. Yara ve enfeksiyon varsa aksiller yoldan vücut sıcaklığı ölçülmez.
4. Kişiye, oturur ya da sırtüstü yatış pozisyonu verilir. Koltuk altının açıkta kalması sağlanır.
5. Koltuk altının nemli olup olmadığı kontrol edilir. Nemli ise gazlı bezle tampon edilerek kurulanır.
6. Dijital termometrenin düğmesine basılarak gösterge hazır hâle getirilir.
7. Termometre kişinin koltuk altına yerleştirilir.
8. Termometrenin alıcı olan bölümü, kişinin koltuk altına iki deri arasında kalacak şekilde yerleştirilir ve kol dirsekten katlanarak göğsünün üzerine konur.
9. Termometre koltuk altına konulduktan sonra dijital termometre sinyal verene kadar beklenir.
10. Hastanın kolu gevşetilerek termometre alınır ve dijital göstergedeki değer okunur.
11. Eldiven çıkarılır ve eller yıkanır. (Bkz. El yıkama/Eldiven Çıkarma)
12. Ölçüm yapılan bölge ve ölçüm sonucu hasta gözlem kâğıdına kaydedilir.

Basamaklar
<b>Oral yolla vücut sıcaklığı ölçme uygulaması</b>
1. Eller yıkanıp eldiven giyilir. (Bkz. El yıkama/Eldiven Giyme)
2. Kişiye, oturur ya da yatar pozisyon verilir.
3. Elektronik termometrenin alıcı kısmı kişinin dil altına sağ ya da sol boşluğa yerleştirilir.
4. Ölçüm süresince hastanın dudaklarının kapalı olması sağlanır. Termometreyi ısırması, konuşmaması hatırlatılır.
5. Elektronik termometre sinyal verinceye kadar beklenir.
6. Dijital göstergedeki değer okunur.
7. Eldiven çıkarılır ve eller yıkanır. (Bkz. El yıkama/Eldiven Çıkarma)
8. Ölçüm yapılan bölge ve ölçüm sonucu hasta gözlem kâğıdına kaydedilir

## Basamaklar

**İnfrared (kızıl ötesi) termometre ile vücut sıcaklığı ölçme uygulaması**

1. Eller yıkanıp eldiven giyilir. (Bkz. El yıkama/Eldiven Giyme)
2. Kişiye, oturur ya da yatar pozisyon verilir.
3. Temassız vücut kızılötesi termometresi açılarak vücut moduna getirilir
4. Cihaz 5 cm'lik mesafeden ölçüm düğmesine basılarak kişinin alınına tutulur, sıcaklık derecesi hemen görülecektir. Alında saç, ter, kozmetik ürün olmamasına veya şapka takılmamasına dikkat edilmelidir.
5. Dijital göstergedeki değer okunur.
6. Eldiven çıkarılır ve eller yıkanır. (Bkz. El yıkama/Eldiven Çıkarma)
7. Ölçüm yapılan bölge ve ölçüm sonucu hasta gözlem kâğıdına kaydedilir.



## Basamaklar

## Timpanik Membran Yoluyla Vücut Sıcaklığı Ölçme

1. Eller yıkanıp eldiven giyilir. (Bkz. El yıkama/Eldiven Giyme)
2. Termometre alınır ve şarj durumundan ölçüm durumuna getirilir. Termometreye tek kullanımlık prob takılır.
3. Kişinin başı, kendinizden uzak tarafa yan döndürülür ve rahat bir pozisyon alması sağlanır.
4. Kulak yolunu düz hâle getirmek için yetişkinlerde kulak kepçesi yukarı ve geri; çocuklarda ve bebeklerde aşağı ve geri çekilir.
5. Timpanik termometrenin sapı, çeneyi gösterecek şekilde kişinin kulağına yerleştirilir ve kulak serbest bırakılır. Timpanik membran termometrenin alıcı ucu dış kulak kanalının 1/3 dış bölümüne yerleştirilerek vücut sıcaklığı ölçülür. Prob, kulağa yerleştirildiğinde termometre sabit tutulur.
6. Elle tutulan kısımdaki sıcaklık değerini okumayı başlatacak düğmeye basılır. Aletin ekranında vücut sıcaklığı değerinin görülmesi beklenir. Genellikle 2 sn. içinde sinyal sesi duyulur.
7. Alet kulaktan dikkatli bir şekilde alınır ve alet üzerindeki vücut sıcaklığı değeri okunur.
8. Aletin prob ucunu çıkartan düğmeye basılır ve prob ucu atık kutusuna atılır.
9. Eldiven çıkarılır ve eller yıkanır. (Bkz. El yıkama/Eldiven Çıkarma)
10. Ölçüm yapılan bölge ve ölçüm sonucu hasta gözlem kâğıdına kaydedilir.

## Rektal Yolla Vücut Sıcaklığı Ölçme

Bebeklerde, çocuklarda, bilinçsiz ve zayıf hastalarda vücut sıcaklığı rektal yolla ölçülebilir. Erişkinde lateral veya prone pozisyonda, bebekte ise supine pozisyonda ayak bileklerinden tutularak kaldırılır ve derece sokulur.

**Dikkat edilecek noktalar**

- Rektum ameliyatı olanlarda, ishali durumlarda, perianal bölgede kızarıklık, yara vb. durumlarda, defekasyondan hemen sonra bu yolla ölçüm yapılmaz.
- Rektal yolla vücut sıcaklığı ile ölçülecekse elektronik termometre varsa kendine özgü tek kullanımlık kılıfa yerleştirilmelidir. Kılıfa kayganlaştırıcı jel uygulanmamalıdır çünkü doğru sonuç alınmasını engeller.

BÖLGELER	NORMAL DEĞERLER	ORTALAMA
Oral	36,5– 37,5 °C	37 °C
Rektal	37– 38 °C	37,5 °C
Aksiller	36– 37 °C	36,5 °C
Timpanik yol	36,5– 37,5 °C	37 °C

## 5. NABIZ SAYMA BECERİSİ

**Amaç:** Nabız sayma becerisini kazanmak

**Gerekli Malzemeler:** Eldiven

### Değerlendirme:

Basamağın hiç uygulanmaması veya yanlış uygulanması	Geliştirilmesi gerekir	1 puan
Basamağın doğru olarak, sırasında ancak eksik uygulanması veya basamağın doğru olarak, fakat sırasında uygulanmaması	Yeterli	2 puan
Basamağın doğru olarak sırasında eksiksiz ve duraksamadan yapılması	Ustalaşmış	3 puan

Basamaklar
<b>Radial arterden nabız sayma uygulaması</b>
1. Eller yıkanıp eldiven giyilir. (Bkz. El yıkama/Eldiven Giyme)
2. Kişiye, oturur ya da sırtüstü yatış pozisyonu verilir.
3. Nabız sayımı yapılacak bölge, açıkta bırakılır.
4. Kişiye, yatar pozisyonda ise nabız sayımı yapılacak kol gövdeye paralel olacak biçimde vücudun yanına uzatılır.
5. Oturur pozisyonda ise nabız ölçümü yapılacak kol, göğüs üzerine yerleştirilir.
6. Nabız almak için işaret, orta ve yüzük parmak uçları radial arter üzerine konur. Nabız atışlarını hissedinceye kadar parmak uçları arter üzerine bastırılır.
7. Atımlar net hissedildiği anda nabız ritmi ve dolgunluğu değerlendirilir.
8. Saatin saniye göstergesi kontrol edilir. Atımlar düzenli ise 30 sn. sayılır ve 2 ile çarpılır. Nabız düzensizse ya da ilk defa sayılıyorsa 1 dk. süresince sayılır.
9. Hangi yolla nabız sayımı yapıldığı belirtilerek gerekli belgelere kaydedilir (derece kâğıdı, hasta gözlem kâğıdı).
10. Eldiven çıkarılır ve eller yıkanır. (Bkz. El yıkama/Eldiven Çıkarma)

Basamaklar
<b>Karotis arterden nabız sayma uygulaması</b>
1. Eller yıkanıp eldiven giyilir. (Bkz. El yıkama/Eldiven Giyme)
2. Kişiye, oturur ya da sırtüstü yatış pozisyonu verilir.
3. Nabız sayımı yapılacak bölge, açıkta bırakılır.
4. Başın orta hatta ve hafif ekstansiyon pozisyonunda olması sağlanır.
5. Sağ elin ikinci ve üçüncü parmağının tiroid kıkırdak üzerine konur.
6. Bu parmaklar trakea ve sternokleidomastoid kasa doğru laterale kaydırılır.
7. Sternokleidomastoid kasın iç kısmında karotis nabız atışlarını hissedilinceye kadar parmak uçları arter üzerine bastırılır.
8. Atımlar net hissedildiği anda nabız ritmi ve dolgunluğu değerlendirilir.
9. Saatin saniye göstergesi kontrol edilir. Atımlar düzenli ise 30 sn. sayılır ve 2 ile çarpılır. Nabız düzensizse ya da ilk defa sayılıyorsa 1 dk. süresince sayılır.
10. Hangi yolla nabız sayımı yapıldığı belirtilerek gerekli belgelere kaydedilir (derece kâğıdı, hasta gözlem kâğıdı).
11. Eldiven çıkarılır ve eller yıkanır. (Bkz. El yıkama/Eldiven Çıkarma)

## 6. SOLUNUM SAYMA BECERİSİ

**Amaç:** Solunum sayma becerisini kazanmak

**Gerekli Malzemeler:** Eldiven

### Değerlendirme:

Basamağın hiç uygulanmaması veya yanlış uygulanması	Geliştirilmesi gerekir	1 puan
Basamağın doğru olarak, sırasında ancak eksik uygulanması veya basamağın doğru olarak, fakat sırasında uygulanmaması	Yeterli	2 puan
Basamağın doğru olarak sırasında eksiksiz ve duraksamadan yapılması	Ustalaşmış	3 puan

Basamaklar
<b>Solunum sayma uygulaması</b>
1. Eller yıkanıp eldiven giyilir. (Bkz. El yıkama/Eldiven Giyme)
2. Nabız alınacak radial arter üzerine el parmakları yerleştirilir. Nabız sayma işlemi bittikten sonra hastanın göğüs kafesinin yükselip alçalması gözlemlenir.
3. Her soluk alıp verme bir solunum olarak sayılır.
4. Solunum hızını alırken derinliği de gözlemlenir.
5. Alınan değerler gerekli formlara kaydedilir.

BÖLGELER NORMAL DEĞERLER	
YAŞ	NORMAL DEĞER
Erişkin	12-20/dakika
Çocuk	20-25/dakika
Yenidoğan	30-50/dakika

## 7. PEDIATRİK TEMEL YAŞAM DESTEĞİ SAĞLAYABİLME BECERİSİ

**Amaç:** Pediatrik Temel yaşam desteği sağlayabilme becerisinin kazandırılması

**Gerekli Malzemeler:** Pediatrik CPR maketi

### Değerlendirme:

Basamağın hiç uygulanmaması veya yanlış uygulanması	Geliştirilmesi gerekir	1 puan
Basamağın doğru olarak, sırasında ancak eksik uygulanması veya basamağın doğru olarak, fakat sırasında uygulanmaması	Yeterli	2 puan
Basamağın doğru olarak sırasında eksiksiz ve duraksamadan yapılması	Ustalaşmış	3 puan

Basamaklar
1. Kurtarıcının ve pediatrik hasta/yaralının güvenliğinden emin olunması
2. Hasta/yaralının omuzlarına hafifçe sarsarak ve “iyi misin?” “nasılsın?” diye sorarak bilincinin kontrol edilmesi
3. Tıbbi yardım istenmesi. Kendisinin veya çevreden birisinin net ifadelerle 112’yi araması için görevlendirilmesi
4. Yaralı/hastanın sert bir zemin üzerinde, sırt üstü yatar pozisyona getirilmesi
5. Hava yolunu açmak için yaşam desteği uygulayan kişinin bir elini hasta/yaralının altına, diğer elinin parmak uçlarını çene altına yerleştirilmesi, çenenin öne doğru çekilerek solunum yolunun açık tutulması
6. Ağız içinin kontrol ederek hava yolu tıkanıklığına neden olan cisim varsa çıkarılması
7. Bak-dinle-hisset yöntemiyle hasta/yaralının solunumunun 5 saniye süre ile kontrol edilmesi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Göğüs kafesinin inip-kalktığına BAK</li> <li>• Eğilerek hastanın solunum sesini DİNLE</li> <li>• Hastanın nefesini yanağında HİSSET</li> </ul>
8. Düzensiz ve yetersiz nefes alıyor ya da hiç solunumu yok ise her 3- 5 saniyede bir veya dakikada 12-20 kurtarıcı soluk verilmesi
9. 10 saniye yaşam belirtilerinin değerlendirilip yaşam belirtileri yoksa (zayıf perfüzyon veya KTA (kalp tepe atımı) $\leq$ 60/dk) kardiyopulmoner resüsitasyona (KPR) başlanması ( tek kurtarıcı:30 kalp masajı / 2 solunum; iki kurtarıcı: 15 kalp masajı / 2 solunum)
10. Hastada spontan solunum varsa hastaya derlenme (yan yatış pozisyonu) pozisyonu verilip yardım gelene kadar düzenli aralıklarla kontrollerinin yapılması
<b>Kompresyon için;</b>
11. • Göğüs kafesinin tam ortasına ( ksifoid-iki meme başının birleştirdiği çizginin tam ortası avuç içleri gelecek şekilde yerleştirilmesi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diğer elin avuç içinin üzerine konması ve ellerin kenetlenmesi (8 yaş üstü için)</li> <li>• Pediatrik hasta/yaralının gövdesine dik olacak şekilde, kollar dirsekten bükülmeden göğüs kafesini en az 1/3 çöktürecek şekilde veya bebekte 4 cm, çocukta 5 cm, adolesan dönemde 5-6 cm çöktürecek şekilde bası uygulanması</li> <li>• Kompresyonun dakikada en az 100 (100-120) olacak şekilde 30 kez uygulanması</li> <li>• Her bir basmada sonra göğsün tam geri çekilmesinin beklenmesi</li> </ul>
<b>Ventilasyon için</b>
12. • Alnın üzerine konulan elin baş ve işaret parmağını kullanarak hasta/yaralının burnunu kapatılması <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baş geriye doğru eğilmiş pozisyonda iken yaralının ağızını içine alacak şekilde “kurtarıcı soluk” verilmesi</li> <li>• Yaralının göğsünü yükseltmeyi sağlayacak kadar, her biri 1 saniyenin üzerinde 2 “kurtarıcı soluk” verilmesi</li> </ul>
13. 30 kalp masajı / 2 solunum siklusunu 5 kez yaptıktan sonra, karotis nabızı palpe edilmesi veya yaşam belirtilerinin aranması (hareket etme, göz nefes alma, öksürme gibi) Nabız yok ise 30 kalp masajı / 2 etkili solunum siklusuna 2 dk. boyunca (5 kez) devam edilmesi
14. Temel yaşam desteğine pediatrik hasta/yaralının yaşamsal refleksleri veya yardım gelene kadar kesintisiz devam edilmesi



## 8. ERİŞKİN TEMEL YAŞAM DESTEĞİ SAĞLAYABİLME BECERİSİ

**Amaç:** Erişkin Temel yaşam desteği sağlayabilme becerisinin kazandırılması

**Gerekli Malzemeler:** Erişkin KPR maketi

### Değerlendirme:

Basamağın hiç uygulanmaması veya yanlış uygulanması	Geliştirilmesi gerekir	1 puan
Basamağın doğru olarak, sırasında ancak eksik uygulanması veya basamağın doğru olarak, fakat sırasında uygulanmaması	Yeterli	2 puan
Basamağın doğru olarak sırasında eksiksiz ve duraksamadan yapılması	Ustalaşmış	3 puan

Basamaklar
1. Kurtarıcının ve hastanın güvenliğinden emin olunması
2. Hastanın omuzlarına hafifçe sarsarak ve “iyi misin?” “nasılsın ?” diye sorarak bilincinin kontrol edilmesi
3. Havayolunun açılması. Hava yolunu açmak için yaşam desteği uygulayan kişinin bir elini hasta/yaralının altına, diğer elinin parmak uçlarını çene altına yerleştirmesi, çenenin öne doğru çekilerek solunum yolunun açık tutulması
4. Solunumun değerlendirilmesi. Bak-dinle-hisset yöntemiyle hasta/yaralının solunumunun 10 saniye süreyi aşmayacak şekilde kontrol edilmesi
5. Hasta yanıtız ve normal solunumu yok ise; 112'nin aktive edilmesi
6. OED (Otomatik Eksternal Defibrilatör) aranması/temin edilmesi
7. Dolaşım yoksa, Göğüs kompresyonuna başlanması Kompresyon için; <ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın yanına diz çökülmesi</li> <li>Elinizin ayasının hastanın göğüsünün merkezine yerleştirilmesi(Hastanın sternumunun alt yarısı)</li> <li>Diğer elin iç kısmının ilk elin üzerine yerleştirilmesi</li> <li>Parmakların birbirine geçirilmesi, basıncın kaburgalara değil sternuma yapıldığından emin olunması</li> <li>Hastanın gövdesine dik olacak şekilde, kollar dirsekten bükülmeden sternumun 5 cm çöktüğünden emin olacak şekilde göğüs basısı uygulanması(&gt;6 cm olmamalı)</li> <li>Kompresyonun 100-120/dk olacak şekilde uygulanması</li> <li>Her bir basmadan sonra göğsün genişlemesine izin verilmesi</li> </ul>
8. Kurtarıcı eğitilmiş ve yapabilecek gibiyse; Göğüs kompresyonlarının kurtarıcı soluk ile kombine edilmesi. <ul style="list-style-type: none"> <li>Alın üzerine konulan elin baş ve işaret parmağını kullanarak hasta/yaralının burnunun kapatılması</li> <li>Baş geriye doğru eğilmiş pozisyonda iken yaralının ağzını içine alacak şekilde “kurtarıcı soluk” verilmesi</li> <li>Yaralının göğsünü yükseltmeyi sağlayacak kadar, her biri 1 saniye sürecek şekilde 2 “kurtarıcı soluk” verilmesi</li> <li>Sonra tekrar başa dönüp 30 kalp masajı / 2 solunum olacak şekilde kardiyopulmoner resüsitasyona (KPR) devam edilmesi</li> </ul>
9. Kurtarıcı eğitimsiz ve yapamayacak gibiyse; Sadece göğüs kompresyonu ile devam edilmesi
10. OED (Otomatik Eksternal Defibrilatör) geldiğinde; <ul style="list-style-type: none"> <li>OED'yi (Otomatik Eksternal Defibrilatör) açın ve elektrotları yerleştirin</li> <li>Görsel ve sözlü yönlendirmeleri takip edin</li> <li>Şok endike ise şok verin</li> <li>Şok endike değilse KPR'ye devam edilmesi</li> </ul>
11. OED (Otomatik Eksternal Defibrilatör) yoksa KPR'ye devam edilmesi 30 kalp masajı / 2 solunum siklusunu 5 kez yaptıktan sonra, karotis nabzının palpe edilmesi veya yaşam belirtilerinin aranması (uyanma, hareket etme, göz açma, nefes alma, öksürme gibi) Temel yaşam desteğine hastanın yaşamsal refleksleri veya tıbbi yardım gelene kadar kesintisiz devam edilmesi
12. Hasta yanıtız ancak normal solunumu varsa hastanın derlenme pozisyonuna alınması

## Değerlendirme Rubriği (Performans Değerlendirme Ölçeği)

### Basamakların Değerlendirilmesi

	Puan Değeri	Basamaklar için süreç değerlendirme Önerisi
Basamağın hiç uygulanmaması veya yanlış uygulanması	0 puan	Geliştirilmesi gerekir (Kısa vadede beceri eğitimini tekrar fırsatı sunulur)
Basamağın doğru sırasında ancak eksik uygulanması veya basamağın doğru olarak, fakat sırasında uygulanmaması	1 Puan	Geribildirim verilir (Beceri eğitimini tekrar fırsatı önerilir)
Basamağın doğru olarak sırasında eksiksiz ve duraksamadan yapılması	2 Puan	Yeterli (Uzun vadede beceri eğitimini tekrar fırsatı sunulur)

### Sonuç Değerlendirme için:

\*Değerlendirme Formülü: Öğrencinin aldığı puan/ Basamak Sayısı x50

\*\*60 puan altı puan: Geliştirilmesi gerekir (Kısa vadede beceri eğitimini tekrar fırsatı sunulur.)

\*\*60 ve üzeri puan: Yeterli (Uzun vadede beceri eğitimini tekrar fırsatı sunulur.)

# MESLEKİ ve İLETİŞİM BECERİLERİ

Dönem 2 Sorumlusu

**Dr. Öğr. Üyesi**  
**Rahime ASLANKOÇ**

Dönem 2

## 1. Ders. Parmak Ucundan Kan Alma Becerisi

Uygulama Adı:	Parmak Ucundan Kan Alma Becerisi
<b>Hedef:</b>	Parmak ucundan kan alma becerisinin kazandırılması
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkol</li> <li>• Pamuk</li> <li>• Eldiven</li> <li>• Lanset, iğne ucu</li> <li>• Tıbbi atık kutusu</li> </ul>
<b>İşlem Basamakları</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eller yıkanıp eldiven giyilir. (bkz. el yıkama becerisi)</li> <li>2. Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.</li> <li>3. Hasta rahat pozisyonda oturtulur.</li> <li>4. Kan alınacak bölgenin belirlenmesi; kapiller kan erişkinlerde parmak ucu (tercihen orta ve yüzük parmağı) veya kulak memesi, küçük çocuklarda ise ayak başparmağının ucu veya topuktan alınır.</li> <li>5. Kan alınacak parmak, iki parmak arasında distal boğumdan sıkıca tutulup alkollü pamukla silinir ve kuruması beklenir. Bu işlem kanın daha çabuk ve hızlı çıkmasını sağlar.</li> <li>6. Parmak, kan alınmasını kolaylaştıracak ve yer çekiminden yararlanılacak şekilde tutulmalıdır.</li> <li>7. Lanset açılarak keskin olmayan tarafından tutulur.</li> <li>8. Steril lanset hızlı bir şekilde parmak ucuna batırılır. Kesinin derinliği 2.5 mm'yi geçmemelidir. Delinecek bölgenin rengi normal ve sağlıklı olması gerekir, ödemli ve siyanozlu olmamalıdır.</li> <li>9. Kan alınırken örneğe doku sıvısının karışmasını önlemek amacıyla, delinen yerin etrafına basınç veya masaj yapılmamalıdır.</li> <li>10. Hastanın kanayan parmak ucu, kuru bir pamuk ile kapatılır.</li> <li>11. Kullanılan lanset tıbbi atık kutusuna atılır.</li> <li>12. Eller yıkanır.</li> </ol>

## 1. Ders. Glukometre ile kan şekeri ölçümünün kazandırılması

<b>Hedef:</b>	Glukometre ile kan şekeri ölçümünün kazandırılması
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glukometre,</li> <li>• Kan şekeri ölçme çubuğu (strip)</li> <li>• Eldiven</li> <li>• Alkol, - Pamuk</li> <li>• Lanset, kalem lansetler, iğne ucu</li> <li>• Tıbbi atık kutusu</li> </ul>
<b>İşlem Basamakları</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eller yıkanıp eldiven giyilir.</li> <li>2. Malzemeler hazırlanır.</li> <li>3. Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.</li> <li>4. Hasta rahat pozisyonda oturtulur.</li> <li>5. Glukometre cihazının kalibrasyon kontrolü için aşağıdaki işlem basamaklarını takip ediniz. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kullanılacak kalibrasyon çubuğu ile ölçüm çubuğu kutusu üzerindeki kod numarasının aynı olup olmadığını kontrol ediniz.</li> <li>• Glukometre cihazının açma düğmesine basıp kalibrasyon çubuğunu yerleştiriniz.</li> <li>• Cihaz otomatik olarak kalibrasyon yapacaktır. Cihaz ekranından izleyiniz.</li> <li>• Cihaz ekranında görülen kod numarası, kullanılan kalibrasyon çubuğu ve ölçüm çubuğu kutusu üzerindeki kod numarasını karşılaştırın. Hepsinin aynı olduğuna dikkat ediniz.</li> </ul> </li> <li>6. Ölçüm çubuğunun ok işareti veya çizgili bölümleri üste gelecek şekilde cihaza yerleştirilir.</li> <li>8. Cihazın ekranında damla (💧) simgesinin yanıp söndüğünü izleyiniz.</li> <li>9. Kan alınacak parmak, iki parmak arasında distal boğumdan sıkıca tutulup alkollü pamukla silinir ve kuruması beklenir.</li> <li>10. Parmak, kan alınmasını kolaylaştıracak ve yer çekiminden yararlanılacak şekilde tutulmalıdır.</li> <li>11. Lanset açılarak keskin olmayan tarafından tutulur.</li> <li>12. Steril lanset hızlı bir şekilde parmak ucuna batırılır. Kesinin derinliği 2.5 mm'yi geçmemelidir.</li> <li>13. İlk damla kan kuru bir pamuk ile silinir.</li> <li>14. İkinci damla kanın, cihaza takılı olan ölçüm çubuğunun üzerindeki ölçüm bölgesine temas ettirilmesi. Çubuğun ucundaki bölgenin tamamen kanla doldurulması gerekir.</li> <li>15. Parmak ucuna kuru pamukla tampon uygulanır.</li> <li>17. Cihaz ekranında uyarı ışığının sönmeye ya da cihazın sesli uyarısına kadar beklenir (yaklaşık 5 saniye kadar). Bu esnada ölçüm çubuğunu cihazdan ayırmayınız.</li> <li>18. Cihazın ekranında çıkan ölçüm sonucunun okunur.</li> <li>19. Kullanılmış ölçüm çubuğunun cihazdan çıkarılır.</li> <li>20. Kullanılan strip, pamuk, lanset gibi sarf malzemelerini tıbbi atık ilkelerine göre uygun atık kaplarına atılır.</li> <li>21. Hastaya, ölçüm sonuçları hakkında bilgi verilir.</li> <li>22. Eller yıkanır.</li> </ol>

## 2. Ders. Erişkinlerde Kan Basıncı Ölçme Becerisi

Uygulama Adı:	Erişkinlerde Kan Basıncı Ölçme Becerisi
<b>Hedef:</b>	Erişkinlerde kan basıncı ölçme becerisinin kazandırılması
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Steteskop</li> <li>• Tansiyon aleti (yetişkin)</li> <li>• Kayıt formu</li> </ul>
<b>İşlem Basamakları</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eller yıkanır (bkz. el yıkama becerisi)</li> <li>2. Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.</li> <li>3. Hasta herhangi bir aktivitede bulunmuş ise 5-10 dk dinlenmesi sağlanır.</li> <li>4. Rahat edebileceği şekilde supine (sırt üstü yatar) veya fowler (oturur) pozisyonuna getirilir.</li> <li>5. Supine pozisyonunda kolun avuç içi yukarı bakacak şekilde vücudun yanına uzatılır.</li> <li>6. Fowler pozisyonunda kol, kalp düzeyinde olacak şekilde desteklenir ve kolun avuç içi yukarı bakacak şekilde yerleştirilir.</li> <li>7. Hastanın ölçüm yapılacak kolu koltuk altına kadar açılır. Giysileri sıkıyorsa çıkarılır.</li> <li>8. Kullanılacak manşetin (manşon) hasta için uygun büyüklükte olmasına dikkat edilir.</li> <li>9. Tansiyon aletinin manşeti kolun üst bölgesine, antekubital boşluktan 2,5cm yukarı gelecek şekilde sarılır. (Manşetin altında hastanın kıyafetleri olmamalıdır)</li> <li>10. Antekubital bölgede brakial arter işaret, orta ve yüzük parmakları ile palpe edilir.</li> <li>11. Steteskop diyaframı brakial arterin üzerine, kulaklığı kulağa yerleştirilir. (Diyafam soğuk olmamalıdır)</li> <li>12. Steteskopun sesleri net ilettiğinden ve diyaframın giysilerle temas etmediğinden emin olunur.</li> <li>13. Manometre göstergesinin sıfır noktasına getirilir.</li> <li>14. Tansiyon aleti (sphingomanometre) puarı kapatılır.</li> <li>15. Puarı elle sıkılarak manşet içerisine hava verilir.</li> <li>16. Nabzın duyulmayacağı düzeye (180 mm Hg üzerine) üzerine kadar manşet şişirilir.</li> <li>17. Puar yavaşça açılarak, manşet içerisindeki hava 2-3 mmHg/sn olacak şekilde boşaltılır.</li> <li>18. Manşetin havası boşaltılırken net bir şekilde ilk duyulan ses sistolik kan basıncını gösterir. (manometre üzerinden izlenir)</li> <li>19. Manşetin havası indirilmeye devam edilir. Seslerin kaybolduğu ilk nokta diyastolik kan basıncı olarak belirlenir. (manometre üzerinden izlenir)</li> <li>20. Diyastolik basınç belirlendikten sonra manşetin havası hızla boşaltılır.</li> <li>21. Manşet hastanın kolundan çıkarılır.</li> <li>22. Sistolik ve diyastolik basınçları kaydedilir.</li> <li>23. Hastaya bulunan değer hakkında bilgi verilir.</li> <li>24. Tansiyon aleti toplanır.</li> <li>25. Eller yıkanır.</li> </ol>

Uygulama Adı:	Çocukta Kan Basıncı Ölçme becerisi
Hedef:	Çocuklarda kan basıncı ölçme becerisinin kazandırılması
Malzemeler	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Steteskop</li> <li>• Tansiyon aleti (çocuk)</li> <li>• Kayıt formu</li> </ul>
İşlem Basamakları	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eller yıkanır (bkz. el yıkama becerisi)</li> <li>2. Hastanın ebeveynine işlem hakkında açıklama yapılır.</li> <li>3. Çocuğa uygun tansiyon aleti manşonu seçilir.</li> <li>4. Çocuk aktivitede bulunmuş ise dinlendirildikten sonra uygulamaya başlanır.</li> <li>5. Çocuğa yatar veya oturur pozisyonun verilir.</li> <li>6. Çocuğun kıyafetlerinin üst kol açıkta kalacak şekilde açılır.</li> <li>7. Manşonun, kolun üst bölgesine antekübital boşluğun hemen yukarısına gelecek şekilde manşon sarılır.</li> <li>8. Manometre göstergesinin sıfır noktasına getirilir.</li> <li>9. Tansiyon aleti (sphingomanometre) puarının kapatılır.</li> <li>10. Steteskobun diyaframının brakial arter üzerine diyaframı yerleştirilir. (Diyafram soğuk olmamalıdır)</li> <li>11. Antekübital boşlukta brakial arter nabız atışının sol elin işaret, orta ve yüzük parmağıyla hissedilir.</li> <li>12. Steteskopun kulaklığının kulak kanalına yerleştirilir.</li> <li>13. Steteskobun diyaframının brakial arter hissedildiği alana koyulur.</li> <li>14. Tansiyon aletinin manşonunun, nabzın duyulamayacağı düzeye (150 mmHg üzerine) kadar şişirilir.</li> <li>15. Puar yavaşça açılarak, manşet içerisindeki hava 2-3 mmHg/sn olacak şekilde boşaltılır.</li> <li>18. Manşetin havası boşaltılırken net bir şekilde ilk duyulan ses sistolik kan basıncını gösterir. (manometre üzerinden izlenir)</li> <li>19. Manşetin havası indirilmeye devam edilir. Seslerin kaybolduğu ilk nokta diyastolik kan basıncı olarak belirlenir. (manometre üzerinden izlenir)</li> <li>20. Diyastolik basınç belirlendikten sonra manşetin havası hızla boşaltılır.</li> <li>21. Manşet hastanın kolundan çıkarılır.</li> <li>22. Sistolik ve diyastolik basınçları kaydedilir..</li> <li>23. Tansiyon aleti toplanıp yerleştirilir.</li> <li>24. Eller yıkanır.</li> </ol>

### 3. Ders. Venöz Kan Alma Becerisi

Uygulama Adı:	Venöz Kan Alma Becerisi
<b>Hedef:</b>	Venden enjektöre kan alma becerisinin kazandırılması
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kol Maketleri</li> <li>• Tedavi Tepsisi</li> <li>• Non Steril Eldiven</li> <li>• 2-5 ml'lik Tek Kullanımlık Enjektörler ya da Vacutainer (Kapalı Kan Alma Sistemi )</li> <li>• Turnike</li> <li>• Antiseptik Solüsyon (Povidon İyot % 10 Luk, % 70'lik Alkol, Batikon Vb.)</li> <li>• Pamuk</li> <li>• Uygun Kan Tüpleri</li> </ul>
<b>İşlem Basamakları</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eller yıkanır</li> <li>2. Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.</li> <li>3. Tüplerin üzerine hastanın bilgileri yazılır</li> <li>4. Antekübital bölge açık kalacak şekilde kol açılır.</li> <li>5. Seçilen venin 10 cm proksimaline turnike bağlanır (fazla sıkılmamalı, nabız alınabilmeli )</li> <li>6. Kan alınacak ven palpe edilir ve bölge merkezden periferde doğru dairesel hareketlerle antiseptik solüsyonla silinir</li> <li>7. Steril enjektör paketi, pistonun bulunduğu uçtan açılır ve iğne ucu enjektöre takılır</li> <li>8. Palpe edilen venin 1 cm altından 30-45° derecelik açıyla cilde girilir ve 15 °lik açıyla damar hizasında vene girilir.</li> <li>9. Kan alma işlemi bittikten sonra önce turnike açılır daha sonra iğne damardan çıkarılır ve iğnenin çıktığı yere basınç uygulanır.</li> <li>10. Eldivenler çıkartılıp tıbbi atık (kırmızı poşet) kovasına atılır</li> <li>11. Eller yıkanır</li> </ol>



## 4. Ders. Ampul ve Flakon Formunda İlaç Uygulama, IM enjeksiyon yapma

Becerinin Adı:	Ampul Formunda İlaç Uygulama
<b>Hedef:</b>	Öğrenciye ampul formundaki ilacı hazırlama becerisinin kazandırılması
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İlaç kartı</li> <li>• Tedavi tepsisi</li> <li>• Enjektör ve iğne</li> <li>• Ampul</li> <li>• Keski</li> <li>• Pamuk tampon</li> <li>• Tıbbi atık kutusu</li> <li>• Antiseptik solüsyon</li> </ul>
<b>İşlem Basamakları</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eller yıkanır</li> <li>2. İlaç kartı ile ampul karşılaştırılır.</li> <li>3. Ampulün baş kısmında kalan ilaç, doz kaybını önlemek amacıyla parmakla vurularak indirilir.</li> <li>4. Ampulün boyun kısmı antiseptik solüsyon ile bir defa silinir.</li> <li>5. Pamukla ampulün boyun kısmına destek verilerek ampul kırılır. Ampul kırılmıyorsa boyun kısmı keski ile inceltilerek ampul kırılır.</li> <li>6. İstenilen doz iğne ampulün kenarlarına değdirilmeden enjektöre çekilir.</li> <li>7. İlaç enjektöre çekildikten sonra iğne ucu değiştirilir. Enjektördeki hava çıkartılır ve koruyucu başlığı takılır.</li> <li>8. Hazırlanan ilaç tedavi tepsisine yerleştirilir.</li> <li>9. Malzemeler temizlenerek kaldırılır.</li> <li>10. Eller yıkanır.</li> </ol>

Becerinin Adı:	Flakon Formunda İlaç hazırlama
<b>Hedef:</b>	Flakon formunda ilaç hazırlama tekniklerinin kazandırılması
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İlaç kartı</li> <li>• Enjektör ve iğne</li> <li>• Pamuk tampon</li> <li>• Tıbbi atık kutusu</li> <li>• Flakon (ilaç)</li> <li>• Distile su bulunan ampul</li> <li>• Keski</li> <li>• Tedavi tepsisi</li> </ul>
<b>İşlem Basamakları</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eller yıkanır.</li> <li>2. İlaç kartı ile flakon karşılaştırılır.</li> <li>3. Flakonun tepesindeki metal kapağı keskinin ucu ile kaldırılıp lastik tıpada antiseptik solüsyonlu pamukla silinir.</li> <li>4. Flakon sıvı formunda ise flakondaki ilaç enjektöre çekilir.</li> <li>5. Flakon toz formunda ise; ampuldeki itici mayi 'ampul formundaki ilacın hazırlanma standardına' göre enjektöre çekilir.</li> <li>6. İğnenin ucu yukarıya bakarken, enjektör zemine dik pozisyonda tutulur. Pistonu geri çekerek hava kabarcıklarının üst kısmında toplanması sağlanır. İğneye doğru piston itilerek hava çıkartılır.</li> <li>7. Enjektörde bulunan eritici sıvı flakon içerisine boşaltılır ve iğne flakondan çıkartılır. Koruyucu başlığı iğneye takılır.</li> <li>8. Flakonun kapağı kapatılır. Tozun erimesi için avuç içinde dairesel hareketlerle çevrilir.</li> <li>9. Toz ilaç tamamen eridikten sonra flakondaki ilaç enjektöre çekilir.</li> <li>10. Enjektörün iğnesi değiştirilir. Kontaminasyona dikkat edilerek havası çıkartılır ve koruyucu başlığı takılır.</li> <li>11. Hazırlanan ilaç tedavi tepsisine yerleştirilir.</li> <li>12. Eğer çok dozluk bir flakon kullanıldıysa, flakonun üzerinde kaç ml ve ne kadar dozda ilaç bulunduğunu belirten bir flaster yapıştırılır. Flakon uygun şekilde saklanır.</li> <li>13. Malzemeler temizlenerek kaldırılır.</li> <li>14. Eller yıkanır.</li> </ol>

Becerinin Adı:	İntramüsküler Enjeksiyon Tekniği
<b>Hedef:</b>	İntramüsküler enjeksiyon yapma becerisinin kazandırılması
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İlaç</li> <li>• İlaç kartı</li> <li>• Steril enjektör ve iğne</li> <li>• Alkollü pamuk</li> </ul>
<b>İşlem Basamakları</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eller yıkanır.</li> <li>2. İlaç enjektöre çekilir ve 0,2 ml hava enjektöre bırakılır.</li> <li>3. Enjeksiyon hangi kasa yapılacaksa ona göre pozisyon verilir.</li> <li>4. Enjeksiyon yapılacak bölge hassasiyet, şişlik ve nodül açısından kontrol edilir.</li> <li>5. Alkollü pamuk ile içten dışa doğru friksiyonel hareketle bölgenin temizliği yapılır.</li> <li>6. İğnenin steril başlığı çıkarılır.</li> <li>7. Daha az kullanılan elin yardımıyla deri ve deri altı tabakası bastırılarak gerilir. Hastaya gevşemesi ve derin nefes alması söylenir.</li> <li>8. Enjektör kullanılan elin baş ve işaret parmağı arasında tutulur. 90 derecelik açıyla ve hızla iğne batırılır.</li> <li>9. İğne yerine ulaştıktan sonra, deriyi gerdirmekte olan el kaldırılır ve bu elle enjektörün alt ucundan sıkıca tutulur.</li> <li>10. Enjektörün pistonu geriye çekilerek kan gelip gelmediği kontrol edilir ve enjektörle ilaç yeniden değiştirilir. Kanın gelmesi iğnenin damara girdiğini gösterir. Bu durumda işleme tekrar baştan başlanır ve bu kez başka bir bölge seçilir.</li> <li>11. Eğer kan gelmediyse piston yavaşça itilerek ilaç kasa verilir.</li> <li>12. İğne hızla çıkartılır.</li> <li>13. Enjeksiyon alanı alkollü pamuk ile hafifçe bastırarak masaj yapılır. Masaj kan akımını hızlandırarak ilacın kolay absorbe olmasını sağlar.</li> <li>14. İğnenin kapağı üzerine geçirilerek kaza ile yaralanmalar önlenir.</li> <li>15. Hastanın rahat pozisyon alması sağlanır.</li> <li>16. Eller yıkanır.</li> <li>17. İşlem kaydedilir.</li> <li>18. Hasta enjeksiyondan sonraki ilk 15-30dk içinde gözlenir.</li> </ol>

Becerinin Adı:	İntramüsküler 'Z' Tekniği İle Enjeksiyon
<b>Hedef:</b>	'Z' tekniği ile enjeksiyon yapma becerisinin kazandırılması
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İlaç</li> <li>• İlaç kartı</li> <li>• Enjektör ve iğnesi</li> <li>• Alkollü pamuk</li> </ul>
<b>İşlem Basamakları</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IM enjeksiyon tekniğindeki ilkeler aynen uygulanırken buradaki fark, az kullanılan el ile deri ve deri altı dokunun bir yana çekilmesi ve enjeksiyon süresince bu pozisyonda kalmasıdır.</li> <li>2. İlaç verildikten ve iğne çekildikten hemen sonra doku serbest bırakılır.</li> <li>3. İlacın kas dokusundan geri sızmasını önlemek için masaj yapılmaz.</li> </ol>

## Ders 5. Damar yolu açma ve İntravenöz Sıvı Tedavisi

Uygulamanın Adı:	Damar yolu açma ve İntravenöz Sıvı Tedavisi
<b>Hedef:</b>	Damar yolunu açarak intravenöz sıvı tedavisini yapabilme becerisini kazanma
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İntra venöz solüsyon</li> <li>• Sıvı seti</li> <li>• Sıvı askısı</li> <li>• Uygun numarada iğne veya katater</li> <li>• Tedavi tepsisi</li> <li>• Enjektör</li> <li>• Providone-iyot solüsyon</li> <li>• Pamuk</li> <li>• Turnike</li> <li>• Eldiven</li> <li>• Serum fizyolojik</li> <li>• Flaster</li> <li>• Dosiflow (Dozimetre)</li> <li>• Üçlü musluk</li> <li>• Uygulanacak ilaç</li> </ul>
<b>İşlem Basamakları</b>	<p><b>1. Malzemelerin hazırlanması</b></p> <p>1. Sıvı istemine bakılır. Doğru ilaç uygulama ilkeleri yönünden kontrol edilir.</p> <p>a) Gerekli malzemeler hazırlanır.</p> <p>b) Eller yıkanır.</p> <p>c) Sıvı şişesine sıvı askısı geçirilir.</p> <p><b>2. Sıvı setinin serum şişesine takılması:</b></p> <p>a) Solüsyon şişesinin metal kapak ve metal diski çıkarılır.</p> <p>b) Sıvı setinin paketi açılır.</p> <p>c) Sıvı setinin solüsyon şişesine girecek bölümün ucundaki koruyucu kılıfı çıkarılır.</p> <p>d) Kılıfın altında kalan uç kısmı, kontamine edilmeden şişenin lastik tıpasının ortasından içeriye doğru itilir.</p> <p>e) Sıvı setinin metal kısıacı veya akış ayarlayıcı makarası kapatılır.</p> <p><b>3. Torba serum hazırlama:</b></p> <p>a) Kullanılacak torbanın dış koruyucu kısmı işaretli yerden yırtılarak açılır.</p> <p>b) Setin takılacağı yerdeki koruyucu kapak açılır, serum setini kontamine etmeden takılır.</p> <p><b>4. Dosiflow ve üçlü musluk takılması (eğer kullanılacaksa):</b></p> <p>a) Sıvı setinin serbest ucuna önce dosiflow takılır (dosiflow açık konuma ayarlanır).</p> <p>b) Sonra üçlü musluk dosiflowun serbest ucuna takılır (üçlü musluğun kelebeği sıvı akışını sağlayacak konuma getirilir).</p> <p><b>5. Sıvı setinin havasının çıkarılması:</b></p> <p>a) Sıvı setinin havalandırma kapağı açılır.</p> <p>b) Sıvı setinin damlalığı baş ve işaret parmağı arasında önce sıkılır, sonra gevşetilir ve yarısına kadar solüsyon doldurulur.</p> <p>c) Sıvı setinin metal kısıacı veya akış ayarlayıcı makarayı açıp solüsyonun akması sağlanır. Sıvı setinin içindeki hava kabarcıkları tamamen çıkana dek sıvı akışı sürdürülür.</p> <p>d) Sıvı setinin içerisinde hava kabarcığı kalmayınca setin metal kısıacı ya da akış ayarlayıcı makara tekrar kapatılır.</p> <p>e) Sıvı setinin iğne veya katetere bağlanacak uç kısmında çıkarılan koruyucu kılıfı kontamine edilmeden tekrar yerine takılır.</p> <p><b>6. Hasta yanında malzemelerin düzenlenmesi/kayıtların kontrolü:</b></p> <p>a) Malzeme tepsisi ile hasta odasına gidilir.</p> <p>b) Flasterler hazırlanır.</p> <p>c) Kelebek iğne veya katateri tepside kolay ulaşılabilecek yere konulur.</p> <p>d) İstem kağıdındaki sıvı istemi tekrar gözden geçirilir.</p> <p>e) Diğer malzemeler işlem sırasına göre kolaylıkla kullanılabilecek şekilde tepsi içerisinde düzenlenir.</p> <p>f) İşlem hakkında hastaya açıklamada bulunulur.</p>

İşlem Basamakları	<p><b>7. Ven seçimi:</b></p> <p>a) Hastaya ekstremitayı rahatça kullanabileceğimiz pozisyon verilir.  b) Kullanılacak ven belirlenir.  c) Belirlenen bölgenin altına tedavi bezi yerleştirilir.  d) Tek kullanımlık eldiven giyilir.  e) Turnike vene gireceğiniz alanın 10-15 cm yukarısına tek halkalı fiyonk şeklinde bağlanır.  f) Turnike bağlanmasına rağmen vende yeterli dolgunluk hissedilmiyorsa şunlar yapılır:  - Hastaya elini yumruk yapıp sonra açmasını ve bu hareketi hızlıca tekrarlaması söylenir.  - Vene gireceğiniz alanın distalinden venöz kan akımı yönünde kalbe doğru damar boyunca sıvazlama biçiminde masaj yapılır.  - Parmak uçları ile üzerine hafifçe vurulur.</p> <p><b>8. Girişim yapılacak bölgenin dezenfeksiyonu:</b></p> <p>a) Povidon-iyodine solüsyonu ile pamuk tampon ıslatılır ve işlem yapılacak alan damar boyunca yukarıdan aşağıya doğru bir tamponla silinir. Alan bir daha palpe edilmez.</p> <p><b>9. Venin tespit edilmesi:</b></p> <p>a) İğne veya kateteri tutmayacağınız elin baş parmağı ile deri, damara gireceğiniz alan biraz alttan sıkıca çekilerek gerilir.</p> <p><b>10. Kelebek iğne ile vene girme:</b></p> <p>a) Yetişkin hastada iğne boyu 2,5 cm olan 20-23 numara arasında kelebek iğne seçilir.  b) Kelebek iğneyi ve seti kontamine etmeden paket açılır.  c) Sıvı setinin ven ile bağlantıyı sağlayan ucundaki koruyucu kılıfı çıkarılır ve kelebek setin ucu ile birleştirilir.  d) Kelebek iğnenin koruyucu kılıfı çıkarılmadan, setin metal kıskaçı veya akış ayarlayıcı makarayı açarak sıvı akışı sağlanır. Kelebek setin iğnesi böbrek kuvete yüksekte tutularak kelebek iğnenin içerisindeki hava çıkartılır.  e) Kelebek iğnenin plastik kanatları baş ve işaret parmağıyla bir araya getirilerek tutulur ve kelebek iğnenin kılıfı çıkarılır.  f) İğne ile kateteri tutmayacağınız elin baş parmağı ile deriyi, damara gireceğiniz alanın biraz altından sıkıca çekerek gerilir.  g) Diğer eldeki kelebek iğneyle vene girilir.  h) Doğrudan teknik: eğer kullanılacak ven büyükse, iğneyi ven üzerinden, iğnenin açık ağzı yukarı bakacak şekilde (deri ve veni aynı anda) hızlıca iterek vene girilir. Bu sırada iğne ile deri arasında 15-20 derecelik açı olmalıdır.  i) Dolaylı teknik: eğer kullanılacak ven küçük ve kaygansa ilk aşamada iğnenin açık ucu yukarıya bakacak şekilde ve 30-45 derece açı ile deri delinir. (deriye girilen nokta, vene girmek için belirlenen alanın yaklaşık 1cm altında ve vene paralelidir). Deriye girildikten sonra ikinci aşamada iğnenin deriyle yaptığı açığı 15 dereceye kadar küçültülerek vene girilir.  j) Vene girdiğiniz iğnenin boşlukta ilerlediği hissedilir. İğne vene giriş noktasında kan akımı yönüne doğru ilerletilir. Bu arada kan kelebek setin içine doğru dolmaya başlar. Kan sete kendiliğinden dolmadığında sıvı setinin ucundaki yumuşak kauçuk kısmının, emme hareketi yapılacak şekilde deriye sabitlenen el baş ve işaret parmakları arasında sıkıştırıp gevşetilir ve kelebek sete kan gelip gelmediği gözlemlenir. Kanın sette görülmesi iğnenin damara yerleştiğini gösterir.  k) Kelebek sete kan geldiği görüldüğünde hemen turnike açılır.  l) Sıvı setinin metal kıskaçı ya da akış ayarlayıcı makara açılarak solüsyonun akışı ayarlanır.</p> <p><b>11- Vene kateter ile girme:</b></p> <p>a) Vene girildiğinde kataterin bir boşlukta ilerlediği hissedilir. Bu arada kataterin içerisine kan dolacaktır. Katater, vene giriş noktasından kan akımı yönüne doğru 0,6 cm kadar ilerletilir. Turnike açılır.  b) Sıvı setinin katater ile bağlantıyı sağlayacak uçtaki koruyucu kılıfı çıkartılır. Ucu sterilitesini koruyarak takmak üzere elde hazır bulundurulur.  c) Kataterin dışında kalan ucu tutulur, deriyi sabitlediğimiz elin baş ve işaret parmağı ile kataterin içerisindeki çelik iğne dışarı doğru çekerek çıkarılır ve kataterin ven içerisinde kalacak plastik iğnesi kan akımı yönünde ilerletilerek bağlantıyı sağlayan ucu tamamen ven içerisine yerleştirilir.  d) Kataterin bağlantı ucuna sıvı setinin ucu birleştirilir (üç yollu musluk takılı ise; üç yollu musluğun ucu katetere birleştirilir).  e) Sıvı setinin kıskaçı açılarak solüsyonun akışı sağlanır.</p> <p><b>12- Kelebek setin veya kataterin bölgeye tespiti:</b></p> <p>a) Tespit işlemini yapmadan önce birkaç dakika solüsyon gönderilir ve bu arada ven gözlenir. Eğer herhangi bir sorun gözlenirse kelebek iğne ve kateter hemen çıkarılır ve farklı bir alandan işlem tekrar edilir.  b) Herhangi bir sorun gözlenmediyse kelebek iğne veya kateter bölgeye tespit edilir.  c) En son yapıştırılacak flaster üzerine takılma tarihi yazılmalıdır.  d) Vene girilen bölge bilek, dirsek gibi eklemlere yakınsa eklem hareketini engellemek için tespit tahtası kullanılmalıdır.</p>
----------------------	---

İşlem Basamakları	<p><b>13. Sıvı akışının ayarlanması:</b></p> <p>a) Dosiflow takılı ise saatte kaç ml gitmesi gerektiği hesaplanmalıdır. Dosiflowun makarası bulunan rakama göre ayarlanır.</p> <p><b>14. Seruma ilaç ekleme:</b></p> <p>a) İlaç, ampul veya flakondan çekilir.</p> <p>b) Serum şişesinin veya serum torbasının plastik kısmı povidon-iodine yada alkol ile silinir.</p> <p>c) Enjektördeki hazır ilaç serum şişesinin içerisine boşaltılır.</p> <p>d) İlacın ismi, dozu, uygulama saati etiket üzerine yazılarak serum şişesi veya torbasının üzerine yapıştırılır.</p> <p><b>15. Serum setinden ilaç uygulama</b></p> <p>a) Uygulanacak ilaç için doğru ilaç uygulama kuralları yapılır.</p> <p>b) Sıvı setinin metal kısıncı veya akış ayarlayıcı makası kapatılır.</p> <p>c) Sıvı setinin hubu povidone-iodine solüsyonu ile temizlenir.</p> <p>d) Enjektöre çekilen serum fizyolojik hubtan verilir, arkasından ilaç uygulanır, en son yine serum fizyolojik verilerek sıvı setinin metal kısıncı veya akış ayarlayıcı makarası açılır.</p> <p><b>16. Kayıt:</b></p> <p>a) İşlem sıvı izlem çizelgesine kaydedilir.</p> <p><b>17. Son işlemler:</b></p> <p>a) Malzemeler temizlenir ve kaldırılır.</p> <p>b) Eller yıkanır.</p>
-------------------	---

<b>Uygulamanın Adı:</b>	<b>İntravenöz İlaç Uygulama</b>
<b>Hedef:</b>	Öğrenciye İntravenöz ilaç uygulama becerisinin kazandırılması
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Order</li> <li>• Uygulanacak ilaç</li> <li>• Turnike</li> <li>• Tedavi tepsisi</li> <li>• Tedavi bezi</li> <li>• Pamuk</li> <li>• Eldiven</li> <li>• Enjektör</li> <li>• Povidone-iodine solüsyon veya alkol</li> </ul>
<b>İşlem Basamakları</b>	<p><b>11.</b> Belirlediğimiz bölgenin altına tedavi bezi yerleştirilir.</p> <p><b>12.</b> Tek kullanımlık eldiven giyilir.</p> <p><b>13.</b> Turnike vene gireceğiniz alanın 10-15 cm yukarısına, tek halkalı fiyonk şeklinde bağlanır.</p> <p><b>14.</b> Turnike bağlanmasına rağmen ven de yeterli dolgunluk hissedilmiyorsa şunlar yapılır:</p> <p>a) Hastaya elini yumruk yapıp sonra açmasını ve bu hareketi hızlıca tekrarlaması söylenir.</p> <p>b) Vene gireceğiniz alanın distalinden venöz kan akımı yönünde kalbe doğru damar boyunca sıvazlama biçiminde masaj yapılır.</p> <p>c) Parmak uçları ile üzerine hafifçe vurulur.</p> <p><b>15.</b> Povidone-iodine ya da alkol solüsyonu ile pamuk tampon ıslatılır ve işlem yapılacak alan damar boyunca yukarıdan aşağıya doğru bir tamponla silinir. Alan bir daha palpe edilmez.</p> <p><b>16.</b> Enjektör iğnesinin kapağı açılır. İğnenin keskin ucu yukarı bakacak şekilde enjektör aktif ele alınır.</p> <p><b>17.</b> İğne veya kateteri tutmayacağınız elin baş parmağı ile deri, damara gireceğiniz alan biraz alttan sıkıca çekilerek gerilir. Ven tespit edilir.</p> <p><b>18.</b> Damarın çok yakınındaki dokudan 30-40 derecelik açı ile girilir. İğne 15 derece açıya getirilerek ven içerisine sokulur, ilerletilir.</p> <p><b>19.</b> Enjektörün pistonu geri çekilir, kan gelip gelmediği kontrol edilir.</p> <p><b>20.</b> Enjektöre kan geldiyse turnike çözülür ve ilaç yavaş bir şekilde tamamı hastayı gözlemleyerek ve iğnenin ven içerisinde olup olmadığını da kontrol ederek enjekte edilir. Eğer enjektöre kan gelmediyse o venden çıkılır, enjektör iğnesi değiştirilerek farklı bir alanda işlem tekrar edilir.</p> <p><b>21.</b> İlaç verme işleminden sonra iğne yavaşça venden çıkartılır ve bölgeye kuru pamuk tampon koyulur. Tampon edilir.</p> <p><b>22.</b> İşlem kaydedilir.</p> <p><b>23.</b> Malzemeler temizlenir ve kaldırılır.</p> <p><b>24.</b> Eller yıkanır.</p>

## Ders 6. Damar yolu açma ve İntravenöz Sıvı Tedavisi

<b>Uygulamanın Adı:</b>	<b>İntradermal Enjeksiyon Uygulama Becerisi</b>
<b>Hedef:</b>	İntradermal enjeksiyon uygulayabilme becerisinin kazandırılması
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İlaç</li> <li>• Enjektör ve iğnesi</li> <li>• Alkollü pamuk</li> </ul>
<b>İşlem Basamakları</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enjeksiyonun yapılacağı alan alkollü pamuk ile silinir.</li> <li>2. Daha az kullanılan el ile hastanın cildi gerdirilir.</li> <li>3. Enjektör 5-15 derecelik açıyla batırılır. İğnenin ucu dışarıdan gözlenebilmelidir.</li> <li>4. İlaç bir mercimek tanesi kadar bombe yapacak miktarda verilir.</li> <li>5. İğne girilen açıda ve hızla çekilir.</li> <li>6. Bölgeye masaj yapılmaz. Çünkü verilen ilaç geri çıkabilir.</li> <li>7. Enjeksiyon sahası gözlenir. Hastaya da bu sahayı koruması ve gözlememesi söylenir.</li> <li>8. Eller yıkanır ve işlem kaydedilir.</li> </ol>

<b>Uygulamanın Adı:</b>	<b>Subkutan Enjeksiyon Uygulama Becerisi</b>
<b>Hedef:</b>	Subkutan enjeksiyon uygulama becerisinin kazandırılması
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İlaç</li> <li>• Enjektör ve iğnesi</li> <li>• Alkollü pamuk</li> </ul>
<b>İşlem Basamakları</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enjektör kullanılan ele alınır, diğer el ile hastanın derisi çekilerek kaldırılır.</li> <li>2. 45 derecelik açıyla bu çekilen sahaya girilir.</li> <li>3. İlaç enjekte edilmeden önce piston geriye çekilerek kan gelip gelmediği kontrol edilir. Gelmiyorsa ilaç enjekte edilir.</li> <li>4. Enjektör çekildikten hemen sonra bölgeye hafif baskı yapılır.</li> <li>5. Eller yıkanır ve işlem kaydedilir.</li> </ol>

## Değerlendirme Rubriği (Performans Değerlendirme Ölçeği)

### Basamakların Değerlendirilmesi

	<b>Puan Değeri</b>	<b>Basamaklar için süreç değerlendirme önerisi</b>
Basamağın hiç uygulanmaması veya yanlış uygulanması	0 puan	Geliştirilmesi gerekir (Kısa vadede beceri eğitimini tekrar fırsatı sunulur)
Basamağın doğru sırasında ancak eksik uygulanması veya basamağın doğru olarak, fakat sırasında uygulanmaması	1 Puan	Geribildirim verilir (Beceri eğitimini tekrar fırsatı önerilir)
Basamağın doğru olarak sırasında eksiksiz ve duraksamadan yapılması	2 Puan	Yeterli (Uzun vadede beceri eğitimini tekrar fırsatı sunulur)

### Sonuç Değerlendirme için:

\*Değerlendirme Formülü: Öğrencinin aldığı puan/ Basamak Sayısı x50

\*\*60 puan altı puan: Geliştirilmesi gerekir (Kısa vadede beceri eğitimini tekrar fırsatı sunulur.)

\*\*60 ve üzeri puan: Yeterli (Uzun vadede beceri eğitimini tekrar fırsatı sunulur.)

# MESLEKİ ve İLETİŞİM BECERİLERİ

Dönem 3 Sorumlusu

**Dr. Öğr. Üyesi**  
**Mehtap SAVRAN**

Dönem 3

## Ders 1. Erişkin İleri Yaşam Desteği Becerisi

1.	Hastanın bilinç durumu değerlendirilir.	
2.	Dolaşım ve solunum fonksiyonu değerlendirilir.	
3.	Bilinci kapalı ve arrest olmuş hastaya yardım çağrılarak resüsitasyona başlanır.	
4.	30 kompresyon ve 2 kurtarıcı solunum ile resüsitasyon yapılır. (yapılabilirse hasta entübe edilir)	
5.	Defibrilatör getirilerek hastaya bağlanır.	
6.	Hasta monitörize edilir.	
7.	Ritim kontrolü yapılır.	
8.	Şoklanabilir ve şoklanamaz ritim ayrımı yapılır.	
9.	Şoklanabilir ritim (VF/nabızsız VT) ise defibrilatör bifazik ise 150-360J, monofazik ise 360J ayarlanarak ilk şok uygulanır.	
10.	Defibrilatör kullanırken kendi ve çevre güvenliği sağlanmalıdır.	
11.	Şok sonrası ritim kontrolü yapmadan 5 saniye içinde kompresyonlara devam edilmeli.	
12.	2 dakika kesintisiz kompresyonlar uygulanır.	
13.	2 dakika sonra ritim değerlendirilir. Bu sırada kompresyon yapan kişi değiştirilir.	
14.	Şoklanabilir ritim ise 2. Şok verilir.	
15.	2 dakika kompresyon sonrası ritim değerlendirilir.	
16.	Şoklanabilir ritim ise 3. Şok verilir.	
17.	3. Şoktan sonra 1 mg adrenalin ve 300 mg amiodaron yapılır. Amiodaron yoksa 100 mg lidokain yapılabilir.	
18.	2 dakika kompresyon sonrası ritim değerlendirilir.	
19.	Şoklanabilir ritim ise 4. Şok verilir.	
20.	2 dakika kompresyon sonrası ritim değerlendirilir.	
21.	Şoklanabilir ritim ise 5. Şok verilir.	
22.	5. Şoktan sonra 150 mg amiodaron yapılır	
23.	Şoklanamaz ritim ( Asistoli / Nabızsız elektriksel aktivite (NEA)) var ise	
24.	Her 2 dakikada bir kompresyon yapan kişi değiştirilir.	
25.	Her 3-5 dakikada bir 1 mg adrenalin uygulanır.	
26.	Resüsitasyona devam ederken geri döndürülebilir nedenler (4H-hipoksi,hipovolemi,hipotermi,hipo/hiperkalemi ve 4T-tansiyon pnomotoraks, tamponad, tromboz,toksinler) düşünülerek tedavi edilmeye çalışılır.	



## Ders 2. PEDIATRİK İLERİ YAŞAM DESTEĞİ BECERİ KILAVUZU

<p><b>Gerekli malzemeler:</b></p> <p><b>Monitör, defibrilatör</b> ( Defibrilatör için önerilen kaşık çap ölçüleri: infantlar ve &lt;10 kg çocuklar için 4.5 cm, &gt;10 kg çocuklar (1 yaşından büyük) 8-12 cm IV ve intraosseöz yol için uygun kanül ve kateterler</p> <p><b>İlaçlar :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adrenalin 10 mg/kg . Maksimum tek doz 1 mg</li> <li>• Adenozin 0.1 mg/kg yanıt alınmazsa 0.2 mg/kg</li> <li>• Amiodoron 5 mg/kg dirençli fibrilasyonda puşe diğer durumlarda 10-20 dk infüzyon</li> <li>• Lidokain yükleme dozu 1 mg/kg (max. 100 mg/doz) sonrası 20-50 mg/kg/dk.</li> <li>• Atropin sık kullanılan doz 20 mg/kg</li> </ul>			
<p><b>ÖN BİLGİ:</b> Çocuklarda arrest etiolojisinde aritmiden ziyade solunum ve dolaşım yetmezliği daha ön plandadır. Genç çocuklarda asfiksik arrest ya da respiratuar arrest daha yaygındır.</p>			
UYGULAMA BASAMAKLARI		Yetersiz	Yeterli
<p><b>1.</b> Hareket/cevap yok, nefes almıyor veya sadece iç çekiyor ise güvenliğe önem ver 112'nin aranmasını sağla,</p> <p>OED (Otomatik Eksternal Defibrilatör) / defibrilatör temin et.</p> <p><b>TEK KURTARICI:</b> Ani kollaps, 112'yi ara, AED temin et</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kalp masajı: 100/dk</li> <li>• Kalp masajına ara verme</li> <li>• Hiperventilasyondan kaçın</li> </ul>			
<p><b>2.</b> Nabızı kontrol et: 10 sn içinde nabızı(±) tanımla.</p> <p>Nabız (+) ise; Her 3-5 sn'de bir solunum ver, 12-20/dk</p> <p>Nabız 2 dk'da bir kontrol et.</p> <p>Acil Yardımı aktive et,</p> <p>Kalp hızı &lt;60/dk ise, kötü perfüzyon varsa kalp masajına başla.</p>			
<p><b>3.</b> Nabız (-) ise; Bir kurtarıcı: 30 komp/2 solunum İki kurtarıcı : 15komp/2 solunum uygula.</p> <p>Eğer hasta dönmediyse, 2 dakikanın sonunda 112'yi aktive et. OED (Otomatik Eksternal Defibrilatör) / defibrilatör temin et.</p>			
<p><b>4.</b> Mümkün olduğunda OED (Otomatik Eksternal Defibrilatör) / defibrilatör kullan.</p> <p>Ritmi kontrol et, Şok uygulanabilir ritim mi?</p>			
<p><b>5.</b> Şok uygulanabilir ritim ise 1 kez (4 j/kg) şok ver hemen CPR'a başla 5 döngü 2 dk. devam et.</p> <p>Ritmi kontrol et şoklanabilir ritim ise 2. kez (4 j/kg) şok ver hemen CPR'a başla 5 döngü 2 dk. devam et.</p> <p>3. şok gerekliyse IV yol aç adrenalin 0,01 mg/kg uygula, Amiodoron 5 mg/kg uygula.</p>			
<p><b>6.</b> Şok uygulanamaz ritim ise hızlıca CPR'a tekrar başla 5 siklus devam et, Her 5 siklusta bir ritmi kontrol et, her 3-5 dk. Da bir 0,01 mg/kg Adrenalin IV uygula, ileri yaşam desteği için hastayı gerekirse taşı.</p>			

### Ders 3. Nazogastrik Sonda Uygulama Becerisi

Uygulamanın Adı:	Nazogastrik Sonda Takma Becerisi
<b>Hedef:</b>	Nazogastrik Sonda Uygulaması
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nazogastrik Sonda</li> <li>Uygun ışık kaynağı</li> <li>NonSteril Eldiven</li> <li>Topikal anestezi jel</li> <li>Böbrek küvet</li> <li>Boş şişe veya drenaj torbası</li> <li>Dil basacağı ya da bilinçsiz hastada airway</li> <li>Flaster</li> <li>Steteskop</li> <li>Çam uçlu enjektör</li> </ul>
<b>İşlem Basamakları</b>	<p>12. Eller yıkanır</p> <p>13. Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.</p> <p>14. Eldivenler giyilir.</p> <p>15. Nazogastrik sondanın uygunluk ölçümü yapılır.</p> <p>16. Sondanın uç kısmının jel ile kayganlaştırılır.</p> <p>17. Sondanın jel sürülen ucu bir burun deliğinden arkaya doğru yavaşça itilir.</p> <p>18. Hastaya sondayı boğazında hissettiğinde yutkunması söylenir.</p> <p>19. Bir sıkıntı yaşanmaz ise ölçüm yapılan hizaya kadar sonda ilerletilir.</p> <p>20. Sondada belirlenen seviye burun delikleri hizasına gelince sonda sabit tutması için bir kişiye verilir.</p> <p>21. Sondaya uygun enjektör sondanın ucuna takılarak aspire edilip mide içeriğinin gelip gelmediği kontrol edilir.</p> <p>22. Sıvı gelirse yavaşça aspire ederek tamamı boşaltılır.</p> <p>23. Sıvı gelmezse enjektöre hava çekilir.</p> <p>24. Steteskop hastanın epigastriumuna konularak dinlemeye başlanır.</p> <p>25. Dinlerken enjektördeki hava sondadan içeri verilir.</p> <p>26. Steteskoptan hava kabarcıklarının sesi duyuluyorsa sondanın midede olduğundan emin olabiliriz.</p> <p>27. Enjektörle verilen hava geri aspire edilir.</p> <p>28. Sonda flaster ile burun kanatları ve septuma baskı yapmadan tespit edilir.</p> <p>29. Sondanın ucuna drenaj torbası takılır.</p> <p>30. Tüm atıklar ve eldivenler uygun atık kutusuna dikkatli şekilde atılır.</p> <p>31. Eller yıkanır.</p>

## Ders 4. İdrar kateteri takma becerisi

### ÜRİNER KATETER TAKILMASI

- a. Yenidoğanda 6 Fr,
- b. 1- 3 yaş çocuklarda 6- 8 Fr,
- c. 4-10 çocuklarda 8-10 Fr,
- d. 12-16 yaş çocuklarda 10-12 Fr,
- e. Kadınlarda 14-16 Fr,
- f. Erkeklerde 16-18 Fr numaralı kateterler kullanılır.

### Üriner Kataterin Takılması İşlem Basamakları

1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır ve kullanılacak tüm malzemeler hazırlanır.
2. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır.
3. Hastanın bilinç ve kooperasyon durumu değerlendirilir.
4. Hasta/ hasta ailesine işlem hakkında bilgi verilir ve izin alınır. Hastada latex ya da iyot alerjisi olup olmadığı sorulur.
5. Hastanın mahremiyeti korunur, paravan/ perde çekilir, oda içindeki ziyaretçiler dışarı çıkarılır.
6. Malzemeler kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir. Eğer sağ el kullanılıyorsa, hastanın sol tarafında, sol el kullanılıyorsa hastanın sağ tarafında durulmalı malzemeler bu şekilde yerleştirilmelidir.
7. Genital bölge açıkta kalacak şekilde hastanın alt giysileri çıkarılır.
8. Hastanın yatağının altına koruyucu örtü serilir.
9. Hastanın mahremiyeti korunarak kadınlara dorsal rekumbent, erkeklere supine pozisyonu verilir. Bu pozisyonda sadece genital bölge açıkta kalacak şekilde hastanın üzeri örtülür. Eğer kadın hasta yatamıyorsa sim's pozisyonu verilir.
10. Nonsteril eldiven giyilir.
11. Perine anatomik deformasyon, hijyen durumu, enfeksiyon belirtileri (kızarıklık, sıcaklık, ağrı vb.) yönünden gözlenir.
12. Perine bölgesi bakımı perine bakımı standardına uygun şekilde yapılır. Temizleme işlemini hasta kendi yapabiliyorsa yapması için izin verilir.
13. Eldiven çıkarılır.
14. Işık yetersiz ise ışık kaynağı ayarlanır.
15. İdrar torbası hastanın kalçasının yakınında bulundurulur ve torbanın klempini kapatılır. Torbanın açılması sırasında steril uçların koruyucu kılıfları hafifçe gevşetilmeli, tamamen açılmayarak sterillik korunmalıdır.
16. Yatak üzerine steril bohça/ set yerleştirilir ve steril teknik kullanılarak dış katı açılır.
17. Dış kenarlarından tutarak bacak arasına steril örtü serilir.
18. Tüm steril malzemeler bu örtü üzerine steril bir şekilde açılarak bırakılır.
19. Serum fizyolojik (SF) ampulü kırılır ve düz bir alana yerleştirilir.
20. Steril eldiven giyilir

- 21.** Steril alan üzerindeki tüm malzemeler düzenlenerek kullanıma hazır hale getirilir.
- Serum Fizyolojik (SF) steril enjektöre çekilir.
  - Kateter ucu kadınlarda 2,5- 5 cm, erkeklerde 12, 5- 17, 7 cm kadar tek kullanımlık kayganlaştırıcı jel ile kayganlaştırılır.
  - Steril gazlı bez povidon iyot solüsyonu ile ıslatılır, bir tane steril gazlı bez kuru bırakılır.
  - Steril böbrek küvet hastanın bacakları arasına yerleştirilir.
  - Örnek alınacak ise örnek kabı açılır.
  - Meatüsü görmek için pasif el kullanılır. İşlem boyunca bu elin kontamine olduğu düşünülür, bu nedenle steril ekipmanı tutmak için kullanılmamalıdır.
- 22.** Perine temizliği yapılmış olan;
- Kadın hastalarda labia ve meatüs povidon iyotlu steril gazlı bez ile yukarıdan aşağıya tek hareketle silinir. Gerekirse farklı bir gazlı bez ile ikincisi tekrarlanır.
  - Erkek hastalarda, sünnet olamamışsa sünnet derisi geriye itilir ve penisin başı antiseptik solüsyon ile temizlenir. Üretraya tek kullanımlık 10-15 ml kayganlaştırıcı jel verilir.
- 23.** Kateterin alt ucu böbrek küvet içine yerleştirilir ve kateter meatüsten içeri doğru itilir. Kadınlarda; aktif el ile kateterin uç kısmına yakın yerden tutulur ve kateter 5- 7,5 cm ya da idrar gelinceye kadar kateter yavaşça içeri doğru ilerletilir. Yanlışlıkla vajinadan girilirse olduğu yerde bırakılır diğer kateterle işleme devam edilir. Erkeklerde; pasif el ile penis dik olarak tutulurken aktif el ile kateter ucuna yakın yerden tutulur. Kateter 15-17,5 cm ya da idrar gelinceye kadar kateter yavaşça ilerletilir.
- 24.** Kateterden idrar geldikten sonra 2,5- 5 cm daha ilerletilir.
- 25.** Direnç ile karşılaşılırsa kateter ilerlemesi için zorlanmaz ve nazıkçe kendi etrafında döndürülerek çekilir.
- 26.** Geçici kateterizasyonda; idrar örneği alıncaya ya da mesane boşalincaya kadar kateter içeride tutulur. Bir seferde 800- 1000 ml den fazla idrar boşaltılmamalıdır. İşlem sonrası kateter geri çekilir. Kalıcı kateterizasyonda; aktif el ile kateteri tutarken pasif el ile enjektördeki 8- 10 ml SF ile kateterin balonu şişirilir. Bu sırada hastada ani ağrı şikayeti olursa balon şişirilmez, kateter ilerletilir ve balon tekrar şişirilir.
- 27.** Kateter hafifçe geri çekilerek mesane içinde güvenli yerleşip yerleşmediği kontrol edilir.
- 28.** Kateter ucu ile idrar torbasının ucu birleştirilir, klemp açılır ve idrar akışı kontrol edilir.
- 29.** Kateter kadınlarda uyluğun yüzüne, erkek hastalarda uyluğun üzerine ya da alt abdomene tespit edilir.
- 30.** Erkek hastalarda sünnet derisi eski haline getirilir.
- 31.** İdrar torbası mesane seviyesinden aşağıya yatak kenarına asılır.

## Ders 5. Sütür uygulama becerisi

### BASİT CİLT DİKİŞİ (SÜTÜR) ATMA BECERİSİ

#### AMAÇ:

Basit cilt yaralarının dikişle kapatılması için dikiş atma konusunda beceri kazanmak

#### GEREKLİ MALZEMELER:

Steril eldiven, Antiseptik solüsyon, Serum fizyolojik yıkama solüsyonu, Steril spanç, Steril delikli örtü, Steril dikiş seti (Portegü, Penset, Makas), Steril ambalajlı sütür materyali.

#### DEĞERLENDİRME:

- Geliştirilmesi gerekir :** Basamağın hiç uygulanmaması veya yanlış uygulanması
- Yeterli :** Basamağın doğru olarak, sırasında ancak eksik uygulanması veya basamağın doğru olarak, fakat sırasında uygulanmaması
- Ustalaşmış :** Basamağın doğru olarak, sırasında, eksiksiz ve duraksamadan yapılır.

#### BASAMAKLAR

- Eller yıkanır. (\*bkz. el yıkama becerisi)
- Yapılacak işlemin hastanın anlayacağı şekilde anlatılır.
- Steril dikiş seti bohçası ve spanci açılır.
- Dikiş materyali steril olarak açılır.
- Steril eldiven giyilir.
- Kesi antiseptik solüsyon ile temizlenir.
- Kesi yeri delikli steril örtü ile örtülür.
- Sağ elin başparmağı ve yüzük parmağı ile portegü açılır.
- İğnenin portegünün ağzına 1/3'ü iplik tarafında kalacak şekilde yerleştirilir.
- Portegü kapatılır.
- İşaret parmağı portegünün sapına yerleştirilerek portegünün avuç içi ile kavranır.
- İğnenin, yaranın bir dudağından 2-3 mm uzağından 90 derece dik açı ile batırılması ve iğnenin dairevi yapısına uygun olarak ilerletilir.
- Pensetle iğne ucunun tutulması ve bu esnada portegünün başparmak ve 3.ve 4. parmakların birbirlerine zıt istikamette makaslama kuvveti oluşturularak açılır.
- Kesi içinde iğnenin sol elde tutulan penset veya sağ eldeki portegü ile yakalanıp eli bilekten 45 derece dairesel hareketle döndürerek iğnenin kesi içinden çıkarılır.
- İğnenin portegünün ağzına yine 1/3'ü iplik tarafında kalacak şekilde yeniden yerleştirilir.
- İğnenin yara dudağının diğer dudağının içinden batırılarak yine dairesel hareketle yara dudağının 2-3 mm uzağından pensetle cildin desteklenerek çıkarılır.
- İpin sol el ile çekilip uçta 6-8 cm kalacak şekilde ayarlanır.
- İpin portegü etrafında iki kez çevrilir.
- İpin portegü ucu açılarak yakalanır.
- İp ve portegü ters yönlere çekilerek düğüm oturtulur.
- İpin portegü etrafında 1 kez çevrilir ve işlem tekrarlanır.
- İpin uçları 5-8 mm olacak şekilde kesilir.
- Dikiş atılması bittikten sonra yaranın serum fizyolojik ile ıslatılmış spanç ile kan ve antiseptik solüsyondan arındırılır.
- Delikli steril örtünün kaldırılarak yaranın uygun pansumanla kapatılır.(bkz: pansuman yapma becerisi)
- Malzemeler toplanır.
- Eldiven çıkarılıp eller yıkanır.

## Değerlendirme Rubriği (Performans Değerlendirme Ölçeği)

### Basamakların Değerlendirilmesi

	Puan Değeri	Basamaklar için süreç değerlendirme Önerisi
Basamağın hiç uygulanmaması veya yanlış uygulanması	0 puan	Geliştirilmesi gerekir. (Kısa vadede beceri eğitimini tekrar fırsatı sunulur)
Basamağın doğru sırasında ancak eksik uygulanması veya basamağın doğru olarak, fakat sırasında uygulanmaması	1 Puan	Geribildirim verilir. (Beceri eğitimini tekrar fırsatı önerilir)
Basamağın doğru olarak sırasında eksiksiz ve duraksamadan yapılması	2 Puan	Yeterli (Uzun vadede beceri eğitimini tekrar fırsatı sunulur)

### Sonuç Değerlendirme için:

\*Değerlendirme Formülü: Öğrencinin aldığı puan/ Basamak Sayısı x50

\*\*60 puan altı puan: Geliştirilmesi gerekir (Kısa vadede beceri eğitimini tekrar fırsatı sunulur.)

\*\*60 ve üzeri puan: Yeterli (Uzun vadede beceri eğitimini tekrar fırsatı sunulur.)

