



**T.C.
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
2023-2024 Eğitim Öğretim Yılı Güz Dönemi
İç Hastalıkları Hemşireliği
Ders Programı
B ŞUBESİ**

Hazırlayanlar

- ◆ Prof. Dr. Zeynep ÖZER
- ◆ Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ
- ◆ Doç. Dr. Fatma ARIKAN
- ◆ Doç. Dr. Selma TURAN KAVRADIM
- ◆ Dr. Öğr. Üyesi Şengül AKDENİZ
- ◆ Öğr. Gör. Dr. Semra GÜNDOĞDU
- ◆ Arş. Gör. Dr. Zeynep KARAKUŞ
- ◆ Arş. Gör. Dr. Ferya ÇELİK
- ◆ Öğr. Gör. Merve Gözde SEZGİN
- ◆ Arş. Gör. Nazlı ÖZTÜRK
- ◆ Arş. Gör. Mediha SERT
- ◆ Arş. Gör. Müge ALTINIŞIK
- ◆ Arş. Gör. Merve YÜKSEL
- ◆ Uzman Hemşire Kamile TOPCU

Antalya- 2023

İÇİNDEKİLER

- **LİSANS DERS TANITIM FORMU**
- **DERS PROGRAMI**
- **FİZİK MUAYENE LABORATUVAR PROGRAMI**
- **FİZİK MUAYENE BECERİ LİSTELERİ**
 - GENEL FİZİK MUAYENE
 - KARDİYOVASKÜLER SİSTEM MUAYENESİ
 - ABDOMİNAL MUAYENE
 - SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENESİ
 - SİNİR SİSTEMİ MUAYENESİ
- **GENEL BECERİ LİSTELERİ**
 - HASTA KABULÜ VE ANAMNEZ
 - KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ
 - KAN ŞEKERİ ÖLÇÜMÜ VE KAN ŞEKER TAKİBİ
 - NAZAL KANÜL VE MASKE İLE OKSİJEN UYGULAMA
 - NEBÜLİZATÖRLE İLAÇ UYGULAMA
 - İZOLASYON ÖNLEMLERİ
 - ALDIĞI-ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ
 - BASINÇ ÜLSERİ TAKİBİ VE BAKIMI
 - DÜŞME RİSKİ TAKİBİ
- **KLİNİK UYGULAMA PLANLARI**
- **DERS KONULARININ VİZE SINAVLARINA GÖRE DAĞILIMI**

LİSANS DERS TANITIM FORMU

DERSİN ADI	İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
DERSİN ALAN KODU	HMF 201
DERSİN PROGRAMDAKİ YERİ / SAATI / KREDİSİ	Bu ders, II. Yıl I. Dönem Güz Yarıyılında, haftada 4 saat teorik, 2 saat laboratuvar ve 10 saat uygulama ile toplam 224 saatten oluşan 16 kredilik bir derstir.
DERSİN TANIMI	Bu ders öğrencilere; sağlığın geliştirilmesi, korunması, erişkin bireylerde kronik hastalıkların önlenmesi, erken tanı, tıbbi tedavinin ve hemşirelik bakımının sağlanması, hasta/aile eğitimi ve rehabilitasyon konusunda bilgi ve uygulama becerisi kazandırmaya yöneliktir.
DERSİN AMAÇLARI	İç Hastalıkları Hemşireliği dersinin amacı öğrencinin bu derste öğrendiği teorik bilgiyi hemşirelik süreci doğrultusunda klinik uygulama alanına aktarması, sağlıklı/hasta birey ve ailenin bakım gereksinimlerini kanıta dayalı bilgiyi kullanarak karşılaması, sağlık ekibiyle etkili iletişim kurmasıdır.
DERSİN HEDEFLERİ	<ul style="list-style-type: none">İç hastalıkları hemşireliği kapsamında yer alan hastalıkların fizyopatolojisini, etki mekanizmalarını, komplikasyonlarını, tanı-tedavi sürecini ve hemşirelik bakımını açıklar.Kanıta dayalı bilgiler ve hemşirelik süreci doğrultusunda sağlık ekibiyle etkili iletişim ve iş birliği kurarak, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında birey ve ailenin bakım gereksinimlerini planlar ve uygular.
DERSİN ÖĞRENME ÇIKTILARI	<ol style="list-style-type: none">İç hastalıkları hemşireliği ile ilgili tanı-tedavi sürecine yönelik temel bilgiye sahip olma, hastalıkların fizyopatolojisi, etki mekanizmalarını bilme ve sistemler arası bağlantı kurabilmeBirey, aile ve toplumun koruyucu, geliştirici tedavi ve rehabilite edici bakım gereksinimlerini etkin veri toplama yöntemleri ve fizik muayene becerileri kullanarak saptayabilmeHastalıklarla ilgili olarak risk faktörlerini ve risk gruplarını tanıyıp, sorunları belirleyebilme ve gelişebilecek komplikasyonları göz önünde bulundurarak hemşirelik bakımı verebilmeGüvenli ilaç uygulayabilme ve uyguladığı ilacın endikasyon, kontrendikasyon ve komplikasyonlarını değerlendirebilmeBireyin bakım gereksinimlerinin karşılanmasında bütüncül bir yaklaşımla kanıt temelli hemşirelik bakımını planlayabilme, uygulayabilme ve değerlendirebilmeHemşirelik bakımını bilimsel problem çözme süreci doğrultusunda eleştirel düşünme ve iletişim becerilerini kullanarak uygulayabilme
DERSİN ÖĞRETİM YÖNTEMLERİ	Teorik ve uygulamalı eğitimlerde; anlatım, soru-cevap, tartışma, kavram haritası, beyin fırtınası, demonstrasyon, vaka tartışması, grup çalışması, ters-yüz öğrenme, örnek olay yönetimi, öz yönelimli öğrenme ve hemşirelik süreci basamakları kullanılmaktadır.
DERSTEN SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANLARI	<ul style="list-style-type: none">Prof. Dr. Zeynep ÖZERProf. Dr. Hicran BEKTAŞDoç. Dr. Fatma ARIKANDoç. Dr. Selma TURAN KAVRADIMDr. Öğr. Üyesi Şengül AKDENİZ

	<ul style="list-style-type: none">• Öğr. Gör. Dr. Semra GÜNDOĞDU• Arş. Gör. Dr. Zeynep KARAKUŞ• Arş. Gör. Dr. Ferya ÇELİK• Öğr. Gör. Merve Gözde SEZGİN• Arş. Gör. Nazlı ÖZTÜRK• Arş. Gör. Mediha SERT• Arş. Gör. Müge ALTINIŞIK• Arş. Gör. Merve YÜKSEL• Uzman Hemşire Kamile TOPCU
DEVAM ZORUNLULUĞU VE DERSİN DEĞERLENDİRİLMESİ	<p>Dersin değerlendirilmesi ve devam zorunluluğu, Akdeniz Üniversitesi Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nde yer alan esaslara göre yapılır.</p> <p>Dersin teorigine en az %70, uygulamasına en az %80 katılım zorunludur. Dersin değerlendirmesinde kullanılan ölçüm araçları</p> <ul style="list-style-type: none">• Ara sınav (2) %20• Laboratuvar Sınavı %5• Uygulama %35 (%5 Uygulama Sınavı+ %30 Klinik Uygulama)• Yarıyıl Sonu Sınavı %40

HMF 201 İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERS PROGRAMI

Hafta/Gün/ Tarih/Saat		Sorumlu Öğretim Elemanı
1.Hft: Çrş (04.10.2023) 08.30-09.20	<ul style="list-style-type: none"> Tanışma Beklentilerin Paylaşılması Dersin ve Kaynakların Tanıtılması 	H. BEKTAŞ
09.30-11.20	Sıvı-Elektrolit Dengesi ve Dengesizliklerinde Hemşirelik Bakımı <ul style="list-style-type: none"> Sıvı-elektrolit Dengesi ve Dengesizliğinde Hemşirelik Bakımı (Su-Sodyum, Potasyum, Kalsiyum, Magnezyum) 	S. T. KAVRADIM
11.30- 12.20	Asit-Baz Dengesi ve Dengesizliklerinde Hemşirelik Bakımı <ul style="list-style-type: none"> Asit-baz Dengesi ve Dengesizliklerinde Hemşirelik Bakımı (Hidrojen İyonu Dengesizlikleri ve Kompansasyon Mekanizmaları, Asidoz, Alkaloz) 	S. T. KAVRADIM
13.30-15.20	Şok ve Hemşirelik Bakımı <ul style="list-style-type: none"> Şokun Tanımı, Şokun Etiyolojisi ve Sınıflandırılması, Şokun Belirti ve Bulguları, Şokun Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı 	H. BEKTAŞ Z. KARAKUŞ
15.30-16.20	Yaşlılık ve Yaşlı Hastanın Hemşirelik Bakımı	S. GÜNDOĞDU N. ÖZTÜRK
16.30-17.20	Palyatif Bakım Hemşireliği	H. BEKTAŞ
1.Hft: Prş (05.10.2023) 08.30-10.20	ENDOKRİN SİSTEM HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI <ul style="list-style-type: none"> Endokrin Sistemin Yapı ve Fonksiyonları Hipotalamus Fonksiyonları 	H. BEKTAŞ M. YÜKSEL
10.30-12.20	<ul style="list-style-type: none"> Hipofiz Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Hiperpitüiterizm, Hipopitüiterizm, Hiperprolaktinemi, Akromegali) Nörohipofiz hastalıkları (Diyabetes İnsipitus) Tiroid Bezi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Hipertiroidizm, Hipotiroidizm, Tiroiditisler, Nodüler Guatr, Tiroid Tümörleri) 	H. BEKTAŞ
13.30-15.20	<ul style="list-style-type: none"> Paratiroid Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Hiperparatiroidizm- Hipoparatiroidizm) Kortikosteroidler, etki ve yan etkileri Adrenal Bez Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Addison Hastalığı, Cushing Hastalığı, Feokromasitoma) Pankreas Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Diyabetes Mellitus) 	H. BEKTAŞ
15.30-16.20	<ul style="list-style-type: none"> Genel Fizik Muayene Teorik Sunu 	F. ÇELİK
16.30-17.20	<ul style="list-style-type: none"> Ağrı (Ağrının Tanımı, Ağrının Değerlendirilmesi, Ağrı Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yöntemler) 	Z. ÖZER M. SERT

<p>2.Hft: Çrş (11.10.2023) 08.30-12.20</p> <p>13.30-15.20</p> <p>15.30-16.20</p> <p>16.30- 17.20</p>	<p>KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kardiyovasküler Sistemin Yapı ve Fonksiyonları • Kardiyovasküler Hastalıkların Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı İşlemleri ve Hemşirelik Bakımları • Kardiyovasküler Sistem Hastalıklarında Genel Belirtiler • Koroner Arter Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Angina Pektoris, Miyokard Enfarktüsü) <ul style="list-style-type: none"> • Kalbin Kazanılmış Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Endokardit, Miyokardit, Perikardit, Akut Eklem Romatizması) • Kalp Kapağı Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Mitral Stenoz-Mitral Yetmezlik, Aort Stenozu-Aort Yetmezliği, Triküspit Stenozu-Triküspit Yetmezliği) • Kalp Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı • Periferel Vasküler Hastalıklar ve Hemşirelik • Kalp ve Damar Hastalıklarından Korunma ve Hemşirenin Rolü <ul style="list-style-type: none"> • Kardiyovasküler Muayene Teorik Sunu <ul style="list-style-type: none"> • Kronik Hastalıklarda Tamamlayıcı Tedaviler 	<p>Z. ÖZER</p> <p>S.T. KAVRADIM</p> <p>M. SERT</p> <p>Z. ÖZER M.SERT</p>
<p>2.Hft: Prş (12.10.2023) 08.30-17.20</p>	<p>FİZİK MUAYENE LABORATUVAR UYGULAMASI* (Kardiyovasküler+Beceri+Genel)</p>	<p>GRUP</p>
<p>3. Hft: Çrş (18.10.2023) 08.30-10.20</p> <p>10.30-12.20</p> <p>13.30-15.20</p> <p>15.30-16.20</p> <p>16.30-17.20</p>	<p>SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solunum Sisteminin Yapı ve Fonksiyonları • Solunum Sistemi Hastalıklarında Genel Belirtiler <ul style="list-style-type: none"> • Solunum Sistemi Hastalıklarının Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı İşlemleri ve Hemşirelik Bakımları • Üst Solunum Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Enflüanza, Nezle, Sinüzit, Faranjit, Tonsilit, Laranjit) • Bronş Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Bronşit, Bronşiyal Astım, Bronşektazi) • Plevra Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Plöreziler, Pnömotoraks, Hemotoraks, Piyotoraks) <ul style="list-style-type: none"> • Akciğer Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Pnömoniler, Tüberküloz, Akciğer Apsesi, Akciğer Kistleri, Akciğer Tümörleri, Atelektazi, Akciğer Embolisi) • Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Amfizem, Korpulmonale, ARDS) • İnhalasyon Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Pnömokonyozis, Silikozis, Asbestozis) • Solunum Sistemi Hastalıklarından Korunma <ul style="list-style-type: none"> • Solunum Sistemi Muayenesi Teorik Sunu <ul style="list-style-type: none"> • Kronik Hastalıklarda Evde Bakım 	<p>S. GÜNDOĞDU M. ALTINIŞIK</p> <p>S. GÜNDOĞDU</p> <p>S. GÜNDOĞDU</p> <p>M. ALTINIŞIK</p> <p>F. ARIKAN M. ALTINIŞIK</p>

<p>3.Hft: Prş (19.10.2023) 08.30-10.20</p> <p>10.30-12.20</p> <p>13.30-15.20</p> <p>15.30-16.20</p> <p>16.30-17.20</p>	<p>SİNDİRİM SİSTEMİ HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sindirim Sisteminin Yapı ve Fonksiyonları • Sindirim Sistemi Hastalıklarının Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı İşlemleri ve Hemşirelik Bakımları • Ağız-Diş Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Periodontal Hastalıklar, Stomatit, Herpes Simplex, Tükürük Bezi Bozuklukları) • Özefagus Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Gastroözofajial Reflü Hastalığı, Akalazyza, Özefajit) • Mide Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Gastrit, Peptik Ülser) • İnce Bağırsak Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Duodenal Ülser, Crohn Hastalığı, Çölyak Hastalığı) • Kalın Bağırsak Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Ülseratif Kolit, Hemoroid) • Pankreas Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Akut Pankreatit) • Safra Kesesi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Kolelitiazis, Kolesistit) • Karaciğer Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Hepatitler, Karaciğer Sirozu) • Abdominal Muayene Teorik Sunu • Koruyucu Temel Sağlık Hizmetleri 	<p>H. BEKTAŞ F. ÇELİK</p> <p>H. BEKTAŞ</p> <p>H. BEKTAŞ</p> <p>S. GÜNDOĞDU</p> <p>H. BEKTAŞ M. YÜKSEL</p>
<p>4.Hft: Çrş (25.10.2023) 08.30-10.20</p> <p>10.30-12.20</p> <p>13.30-15.20</p> <p>15.30-17.20</p>	<p>SİNİR SİSTEMİ HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinir Sisteminin Yapı ve Fonksiyonları • Nörolojik Hastalıkların Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı İşlemleri ve Hemşirelik Bakımları • Bilinçsiz Hasta ve Hemşirelik Bakımı • Kafa İçi Basıncı Artma Sendromu (KİBAS) ve Hemşirelik Bakımı • Serebrovasküler Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı • Merkezi Sinir Sisteminin Enfeksiyon Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Meningitler, Poliomyelitis, Ensefalitler) • Nörolojinin Özel Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımları (Nöropatiler, Myastenia Graves, Parkinson Hastalığı, Multiple Skleroz, Epilepsi, Alzheimer, Demans) • Nörolojik Muayene Teorik Sunu 	<p>F. ARIKAN</p> <p>F. ARIKAN N. ÖZTÜRK</p> <p>F. ARIKAN</p> <p>F. ARIKAN</p>
<p>4.Hft: Prş (26.10.2023) 08.30-17.20</p>	<p>FİZİK MUAYENE LABORATUVAR UYGULAMASI* (Solunum+Abdomen+Sinir)</p>	<p>GRUP</p>

<p>5.Hft: Çrş (01.11.2023) 08.30-10.20</p>	<p>ÜRİNER SİSTEM HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Üriner Sistemin Yapı ve Fonksiyonları • Üriner Sistem Hastalıklarının Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı İşlemleri ve Hemşirelik Bakımları 	<p>Z. ÖZER Z. KARAKUŞ</p>
<p>10-30-12.20</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renal Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımları • Sistit • Akut- Kronik Piyelonefrit • Akut- Kronik Glomerulonefrit • Nefrotik Sendrom 	<p>Z. ÖZER</p>
<p>13-30-15.20</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Akut- Kronik Böbrek Yetmezlikleri • Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi 	<p>Z. ÖZER</p>
<p>15.30-17.20</p>	<p>İMMÜN SİSTEM HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • İmmün Sistemin Yapı ve Fonksiyonları • Bağışıklık Tipleri • İmmün Sistemi Etkileyen Faktörler • İmmün Sistem Hastalıklarının Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı İşlemleri ve Hemşirelik Bakımları • İmmün Sistem Yetersizliği ve Hemşirelik Bakımı (AIDS) <p>Allerjik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı (Anafilaktik Şok, Allerjik Astım, Allerjik Rinit, İlaç Allerjisi)</p>	<p>S. T. KAVRADIM M. SERT</p>
<p>5.Hft: Prş (02.11.2023) 08.30-10.20</p>	<p>HEMATOLOJİK HASTALIKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan Elemanlarının Yapı ve Fonksiyonları • Hematolojik Hastalıkların Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı İşlemleri ve Hemşirelik Bakımları 	<p>S. T. KAVRADIM M. YÜKSEL</p>
<p>10.30-12.20</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eritrosit Hastalıkları (Anemiler, Talasemiler, Polisitemia Vera) • Lökosit Hastalıkları (Granülostopeni, Lösemiler) • Multiple Myeloma 	<p>S. T. KAVRADIM</p>
<p>13.30-15.20</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lenfoid Sistem Hastalıkları (Hodgkin Lenfoma, Nonhodgkin Lenfoma) • Kanama Bozuklukları (Trombositopeni, İdiopatik Trombositopenik Purpura, Dissemine Intravasküler Koagülasyon, Hemofili) <p>Kan Transfüzyonu ve Transfüzyon Reaksiyonları</p>	
<p>15.30-17.20</p>	<p>EKLEM-BAĞ DOKUSU HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eklem- Bağ Dokusunun Yapı ve Fonksiyonları • Eklem- Bağ Dokusu Hastalıklarının Değerlendirilmesinde Kullanılan Tanı İşlemleri ve Hemşirelik Bakımları • Eklem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Artritler, Romatoid Artrit, Osteoartrit, Gut Artriti) • Bağ Dokusu Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Sistemik Lupus Eritematozus, Skleroderma) <p>Eklem- Bağ Dokusu Hastalıklarından Korunma ve Hemşirenin Rolü</p>	<p>F.ARIKAN F. ÇELİK</p>

6.Hft: Çrş (08.11.2023) 08.30-12.20	ONKOLOJİK HASTALIKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI <ul style="list-style-type: none"> Kanserin Tanımı ve Önemi Kanserin Epidemiyolojisi Tümörlerin Sınıflandırılması Kanserden Korunma, Erken Tanı ve Hemşirenin Rolü Kanserde Tanı İşlemleri ve Hemşirelik Bakımları Kanserde Belirti ve Bulguları Kanser Tedavileri ve Hemşirelik Bakımı (Kemoterapi, Radyoterapi, İmmünoterapi, Brakiterapi, Termoterapi) Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolü- Palyatif Bakım 	F. ARIKAN
13.30-15.20	ONKOLOJİK HASTALIKLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI <ul style="list-style-type: none"> Onkolojik Aciller 	F. ARIKAN Z. KARAKUŞ
15.30-17.20	KLİNİK HAZIRLIK TOPLANTISI <ul style="list-style-type: none"> Klinik Beklentilerin Paylaşılması Uygulama Formlarının ve Kavram Haritasının Tanıtılması 	F. ARIKAN
6.Hft: Prş (09.11.2023) 08.30-17.20	LABORATUVAR SINAVI	GRUP
7. Hafta (13-17.11.2023)	VİZE HAFTASI	
8. Hafta Çrş (22.11.2023) 08.00-12.00	KLİNİK UYGULAMA	GRUP
13.30-17.20	Örnek Vaka Tartışması <ul style="list-style-type: none"> Tip 2 Diyabet Vakası Dahiliye Kliniklerinde Sık Kullanılan İlaçlar <ul style="list-style-type: none"> Dahiliye kliniklerinde en sık kullanılan ilaçlar, kullanım amaçları ve hemşirelerin dikkat etmesi gereken ilkeler. 	
8. Hafta Prş (23.11.2023)	KLİNİK UYGULAMA	GRUP
9. Hafta (29-30.11.2023)	KLİNİK UYGULAMA	GRUP
10. Hafta (06-07.12.2023)	KLİNİK UYGULAMA	GRUP
11. Hafta (13-14.12.2023)	KLİNİK UYGULAMA	GRUP
12. Hafta Çrş (20.12.2023) 08.30-09.20	II. VİZE (20.12.2023- 08.30-09.20)	GRUP
10.00-16.00	KLİNİK UYGULAMA	
12. Hafta Prş (21.12.2023)	KLİNİK UYGULAMA	GRUP

13. Hafta Çrş (27.12.2023) 08.30-09.00	UYGULAMA SINAVI (27.12.2023-08.30-09.00)	GRUP
	KLİNİK UYGULAMA	
09.30-16.00	KLİNİK UYGULAMA	GRUP
13. Hafta Prş (28.12.2023)	KLİNİK UYGULAMA	GRUP
14. Hafta Çrş (03.01.2024)	KLİNİK UYGULAMA	GRUP
14. Hafta Prş (04.01.2024) 08.00-15.20	KLİNİK UYGULAMA	GRUP TÜM GRUPLAR
	İç Hastalıkları Hemşireliği Ders Değerlendirmesi	
15.30-17.20		

* Laboratuvar açıklaması 11. ve 12. sayfalarda yer alan Fizik Muayene Laboratuvar Programları doğrultusunda yürütülecektir.

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ 2023-2024 EĞİTİM ÖĞRETİM YILI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ B ŞUBESİ FİZİK MUAYENE LABORATUVAR PROGRAMI (12.10.2023)

Laboratuvar	1 Nolu Lab.	2 Nolu Lab.	3 Nolu Lab.	4 Nolu Lab.	5 Nolu Lab.	6 Nolu Lab.
SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI	Genel Fizik Muayene-1 Arş.Gör. M. YÜKSEL	Kardiyovasküler Muayene-1 Doç.Dr. S.T. KAVRADIM	Beceri Laboratuvarı-1* Arş.Gör. N. ÖZTÜRK	Genel Fizik Muayene-2 Arş.Gör. F. ÇELİK	Kardiyovasküler Muayene-2 Arş.Gör.Dr. Z. KARAKUŞ	Beceri Laboratuvarı-2* Arş.Gör. M. SERT
08.30-09.00	Laboratuvar Hazırlık Süreci					
09.00-09.40	I. Grup	II. Grup	IV. Grup	V. Grup	III. Grup	VI. Grup
09.40-09.50	ARA					
09.50-10.30	I. Grup	II. Grup	IV. Grup	V. Grup	III. Grup	VI. Grup
10.30-10.40	ARA					
10.40-11.20	I. Grup	II. Grup	IV. Grup	V. Grup	III. Grup	VI. Grup
11.20-11.30	ARA					
11.30-12.20	II. Grup	I. Grup	III. Grup	IV. Grup	VI. Grup	V. Grup
12.20-13.30	ÖĞLE YEMEĞİ					
13.30-14.10	II. Grup	I. Grup	III. Grup	IV. Grup	VI. Grup	V. Grup
14.10-14.20	ARA					
14.20-15.00	II. Grup	I. Grup	III. Grup	IV. Grup	VI. Grup	V. Grup
15.00-15.10	ARA					
15.10-15.50	III. Grup	V. Grup	I. Grup	VI. Grup	IV. Grup	II. Grup
15.50-16.00	ARA					
16.00-16.40	III. Grup	V. Grup	I. Grup	VI. Grup	IV. Grup	II. Grup
16.40-16.50	ARA					
16.50-17.20	III. Grup	V. Grup	I. Grup	VI. Grup	IV. Grup	II. Grup

*Beceri laboratuvarı 1 ve 2 'de kullanılacak olan genel beceri listeleri her saat üçer beceri listesi olmak üzere sırası ile işlenecektir (Hasta Kabulü ve Anamnez, Kan Basıncı Ölçümü, Kan Şeker Ölçümü ve Kan Şeker Takibi, Nazal Kanül ve Maske ile Oksijen Uygulama, Nebülizatörle İlaç Uygulama, İzolasyon Önlemleri, Aldığı-Çıkardığı Sıvı Takibi, Basınç Ülseri Takibi ve Bakımı, Düşme Riski Takibi).

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ 2023-2024 EĞİTİM ÖĞRETİM YILI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ B ŞUBESİ FİZİK MUAYENE LABORATUVAR PROGRAMI (26.10.2023)

Laboratuvar	1 Nolu Lab.	2 Nolu Lab.	3 Nolu Lab.	4 Nolu Lab.	5 Nolu Lab.	6 Nolu Lab.
SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI	Nörolojik Muayene-1 Doç.Dr. F. ARIKAN	Abdominal Muayene-1 Öğr.Gör.Dr. S. GÜNDOĞDU	Solunum Sistemi Muayene-1 Arş.Gör. M. ALTINIŞIK	Nörolojik Muayene-2 Arş.Gör. N. ÖZTÜRK	Abdominal Muayene-2 Arş.Gör. M. SERT	Solunum Sistemi Muayene-2 Öğr.Gör. M. G. SEZGİN
08.30-09.00	Laboratuvar Hazırlık Süreci					
09.00-09.40	I. Grup	II. Grup	IV. Grup	V. Grup	III. Grup	VI. Grup
09.40-09.50	ARA					
09.50-10.30	I. Grup	II. Grup	IV. Grup	V. Grup	III. Grup	VI. Grup
10.30-10.40	ARA					
10.40-11.20	I. Grup	II. Grup	IV. Grup	V. Grup	III. Grup	VI. Grup
11.20-11.30	ARA					
11.30-12.20	II. Grup	I. Grup	III. Grup	IV. Grup	VI. Grup	V. Grup
12.20-13.30	ÖĞLE YEMEĞİ					
13.30-14.10	II. Grup	I. Grup	III. Grup	IV. Grup	VI. Grup	V. Grup
14.10-14.20	ARA					
14.20-15.00	II. Grup	I. Grup	III. Grup	IV. Grup	VI. Grup	V. Grup
15.00-15.10	ARA					
15.10-15.50	III. Grup	V. Grup	I. Grup	VI. Grup	IV. Grup	II. Grup
15.50-16.00	ARA					
16.00-16.40	III. Grup	V. Grup	I. Grup	VI. Grup	IV. Grup	II. Grup
16.40-16.50	ARA					
16.50-17.20	III. Grup	V. Grup	I. Grup	VI. Grup	IV. Grup	II. Grup

FİZİK MUAYENE BECERİ LİSTELERİ

GENEL FİZİK MUAYENE	UYGULAMA
1. Eller yıkanır, malzemeler hazırlanır.	
2. İşleme başlamadan önce hastaya muayene hakkında bilgi verilir.	
3. Hastanın tanısına özel evrensel koruyucu önlemler alınır ve hasta izolasyon kuralları sürdürülür.	
4. Muayene ortamı hazırlanır ve hastanın mahremiyetine dikkat edilir.	
5. Yaşamsal bulguları değerlendirilir.	
6. Genel durumu, bilinç durumu, postürü, yürüyüş ve motor aktivitesi, fiziksel yapısı, hijyen durumu, uyanıklık, oryantasyon, kooperasyon ve iletişim becerileri değerlendirilir.	
7. Cilt renk, görünüm, doku yapısı, nemlilik, pigmentasyon, lezyon, kıl dağılımı yönünden gözlenir.	
8. Boy, kilo ve karın çevresi ölçülür, beden kitle indeksi (BKİ) hesaplanır.	
9. Baş büyüklük, bütünlük, şekil bozukluğu, travma öyküsü, kitle, skar, döküntü, pullanma, ödem açısından; saçları hijyen, kepeklenme ve dökülme açısından değerlendirilir.	
10. Göz küreleri şekil, simetri, renk ve akıntı açısından değerlendirilir. Gözyaşı bezlerinin fonksiyonu değerlendirilir.	
11. Kulaklarda şekil, simetri, hassasiyet, akıntı, dış kulak yolu ve duyma (üç adım uzaklıktan fısıltıyı duyabilmeli) değerlendirilir.	
12. Burunda simetri, akıntı, mukoza, nflamasyona, kokuları ayırt etme durumu ve burnun açıklığı değerlendirilir.	
13. Ağız abeslang yardımıyla hijyen, dişlerin durumu, sayısı, çürük, diş kaybı, dolgu varlığı, dudakların görünümü, dil, ağız, yanak mukozası ve damak, renk, eritem, ödem, ıslaklık, akıntı ve ülserler açısından değerlendirilir.	
14. Lenf bezleri değerlendirilir. <ul style="list-style-type: none"> ❖ Preoriküler ❖ Suboksipital ❖ Posterior servikal ❖ Submandibuler ❖ Tonsiller ❖ Aksillar ❖ Servikal ❖ İngiunal 	
15. Sinüsler değerlendirilir.	
16. Hidrasyon ve turgor kontrolü yapılır.	
17. Siyanoz, sarılık, anemi ve ödem kontrolü yapılır.	
18. Tüm vücut lezyon, ülser, hassasiyet, renk değişikliği, deformite, peteşi, ekimoz, hematom açısından gözlenir.	
19. Eklemler, büyüklük, şekil, renk, simetri ve hareket yönünden karşılaştırılır.	
20. Hastaya güvenli ve vücut bütünlüğünü koruyucu pozisyon verilir.	
21. Tüm muayene süresince iletişim sürdürülür ve geri bildirim verilir.	
22. Eller yıkanır ve bulgular kaydedilir.	

Sorumlu Öğretim Elemanları

Arş. Gör. Dr. F. ÇELİK

Arş. Gör. M. YÜKSEL

KARDİYOVASKÜLER MUAYENE	UYGULAMA
1. Eller yıkanır, malzemeler (steteskop, tansiyon aleti, saat, cetvel) hazırlanır.	
2. İşleme başlamadan önce hastaya muayene hakkında bilgi verilir.	
3. Muayene ortamı hazırlanır (uygun sıcaklık, aydınlık, sessizlik) ve hastanın mahremiyeti sağlanır.	
4. Bilişsel ve emosyonel durumu (bilinç, oryantasyon, duygu durum) değerlendirilir.	
5. Hastaya uygun pozisyon verilir.	
6. İnceleme ile değerlendirilir.	
❖ Hastanın genel görünümü obezite, kaşeksi, al yanak mor dudak açısından değerlendirilir.	
❖ Postür incelemesi yapılarak hastanın yatak içerisindeki pozisyonu, bir yerini tutma gibi ağırlı ya da sıkıntılı görünüm olup olmadığı değerlendirilir.	
❖ Derinin incelemesi yapılarak cilt rengi, siyanoz, periferik damar alanlarında renk değişikliği değerlendirilir, apikal pulsasyonlar gözlenir.	
❖ Periferik venler ve ekstremiteler tromboz, ödem, variköz venler açısından değerlendirilir.	
❖ Tırnaklar çomak parmak açısından ve siyanoz açısından değerlendirilir.	
❖ Jugüler venlerin incelemesi yapılarak boyun ven dolgunluğu ve pulsasyonlar değerlendirilir.	
❖ Toraks ve prekordiyal bölgenin incelemesi yapılarak solunumun niteliği, göğüs kafesinin şekli, fiç göğüs, pektus karinatus, pektus ekskavatus değerlendirilir.	
7. Palpasyon ile değerlendirilir.	
❖ Cildin ısı ve sıcaklığı değerlendirilir.	
❖ Ödem varlığı ve ödemin derecesi değerlendirilir.	
❖ Odak noktalarında palpasyon ile tril, üfürüm ve pulsasyon varlığı değerlendirilir.	
❖ Odak noktalarında pulsasyon (vuru) değerlendirilir.	
❖ Apeks vuruşu elle hissedilerek kalp tepe atımının varlığı, sayısı, atım aralıklarının eşit olup olmaması, yer değiştirip değiştirmediği değerlendirilir	
❖ Kapiller dolgunluk kontrolü yapılır.	
❖ Periferik nabızların, karotis arterin palpasyonu yapılır.	
❖ Alt ekstremitelerde tromboflebit kontrolü yapılır (<i>Homan's bulgusu</i>).	
8. Oskültasyon ile değerlendirilir.	
❖ Birinci kalp sesi (S1) atriyoventriküler (mitral ve triküspit) kapakların kapanması ile oluşan "lab" sesi ve ikinci kalp sesi (S2) sistol sonunda aort ve pulmoner kapaklar kapanırken oluşan "dap" sesi odaklardan dinlenir.	
•Aort dinleme odağı: Sternumun hemen sağında ikinci interkostal aralık	
•Pulmoner dinleme odağı: Aort odağının karşıtı ikinci interkostal aralık	
•Triküspit dinleme odağı: Sternumun hemen solunda dördüncü interkostal aralık	
•Mitral odağı: Sternumun solunda midklavikular hizada beşinci interkostal aralık	
❖ Arteriyel kan basıncı ölçülür.	
9. Manuel olarak jugüler venöz basınç ölçümü yapılır.	
❖ Jugüler basınç değerlendirmesinde hastanın başı 30-45 derece yükseltilir ve hastanın başını gözlem yapılacak tarafın aksi yönüne doğru çevirmesi istenir.	
❖ Hastada sağ internal jugüler vende pulsasyonun gözlenebildiği en üst nokta belirlenir.	
❖ Sternumun manubrium kısmının gövde kısmıyla eklem yaptığı lous açısı belirlenir.	
❖ İki cetvel birbiriyle dik açı yapacak biçimde sternal açı, sağ atriyum mesafesi hesaplanır.	
❖ Jugüler venlerin distansiyonu ve pulsasyonların gözlenmesi ile cetvelle ölçülen sternal açıdan yüksekliğin 3-4 cm'den daha az olması gerekir.	
10. Tüm muayene süresince iletişim sürdürülür ve geri bildirim verilir.	
11. Eller yıkanır ve bulgular kaydedilir.	

Sorumlu Öğretim Elemanları

Doç. Dr. S. TURAN KAVRADIM

Arş. Gör. Dr. Z. KARAKUŞ

SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENESİ	UYGULAMA
1. Eller yıkanır, malzemeler hazırlanır (steteskop).	
2. İşleme başlamadan önce hastaya muayene hakkında bilgi verilir.	
3. Muayene ortamı hazırlanır ve hastanın mahremiyetine dikkat edilir.	
4. Hastaya oturur pozisyon verilir	
İnspeksiyon ile değerlendirilir.	
❖ Solunum sistemine ait semptomların (siyanoz, dispne, öksürük, balgam, ağrı vb.) olup olmadığı	
❖ Burun kanatlarının solunuma katılıp katılmadığı,	
❖ Yardımcı solunum kaslarının kullanılıp kullanılmadığı değerlendirilir.	
❖ Hastanın yüz ifadesi, görünümü, pozisyonu, göğüs kafesinin şekli, omurga anomalleri, göğüs duvarı deformiteleri, solunum sıkıntısı olup olmadığı değerlendirilir.	
❖ Solunum hızı, şekli, sesleri, ritmi, derinliği değerlendirilerek açıklanır (Hız: Bradipne, Taşipne Şekil: Cheynes-Stokes solunum, Kussmaul solunum, Biot solunum, Apne Derinlik: Hiperpne, Hipopne)	
❖ Trakeanın orta hatta olup olmadığı değerlendirilir.	
Palpasyon ile değerlendirilir.	
❖ Eller göğüs duvarı üzerine yerleştirilir, hastadan 99, 1,2,3 veya E demesini istenir ve titreşimi hissedilir.	
❖ Tüm göğüs bölgesi kontrol edilir ve her iki taraf karşılaştırılır.	
❖ Posteriordan her iki avuç içini hastanın sırtına yerleştirilir,	
❖ Parmaklar yelpaze biçiminde açılır, her iki başparmak birleştirilir.	
❖ Hastadan derin nefes alması istenir	
❖ Parmakların arasının eşit açılıp kapanmadığı değerlendirilir.	
❖ Trakeayı muayene sırasında kayma ve hareketlilik açısından değerlendirilir (Muayene sırasında işaret parmağımızı sternokleidomastoidin medialindeki ve trakeanın lateral yüzeyindeki keseye yerleştirerek değerlendirilir).	
Perküsyon ile değerlendirilir.	
❖ Tüm akciğer alanları üstten alta doğru değiştirerek perküte et ve her iki taraf karşılaştırılır	
❖ Perküsyon sırasında parmaklar interkostal boşlukta, orta parmak göğüs duvarı üzerinde olmalıdır.	
❖ Perküsyon işlemini en az 2-3 kez yapılır.	
❖ Perküsyonla elde edilen sesler (normal ses rezonans) değerlendirilir.	
Oskültasyon ile değerlendirilir.	
❖ Steteskopun diyafram kısmı ile en az bir solunum siklusu süresince akciğerin her iki tarafını dinlenir ve karşılaştırmaları yapılır.	
❖ Akciğerlerin tüm dinleme noktaları belli bir sıra dahilinde değerlendirilir.	
❖ Normal solunum sesleri değerlendirilerek açıklanır (Trakeal, Bronşial (tübüler), Bronkovesiküler, Veziküler)	
❖ Anormal solunum sesleri değerlendirilerek açıklanır (Wheezing, Stridor, Ronküsler, Crackles ve raller, Plevral sürtünme sesi)	
5. Tüm muayene sürecinde iletişim sürdürülür ve geribildirim verilir	
6. Eller yıkanır ve bulgular kaydedilir.	

Sorumlu Öğretim Elemanları
Arş. Gör. M. ALTINIŞIK

Öğr. Gör. M. Gözde SEZGİN

ABDOMİNAL MUAYENE	UYGULAMA
1. Eller yıkanır, malzemeler hazırlanır (steteskop).	
2. Fizik muayene başlamadan önce hastanın mesanesinin boş olması sağlanır, hastaya sırt üstü pozisyon verilir, kollar yanda ya da göğüs üzerinde birleştirilmiş biçimde durması ve fizik muayene sırasında yavaş yavaş, derin, ağızdan nefes alması sağlanır.	
3. Fizik muayeneye başlamadan önce hastanın ağrısı ya da abdomende hassasiyet hissedip hissetmediği sorgulanır. Muayene sırasında hastanın sağ tarafında durulmalıdır. Muayene için abdominal bölge topografik olarak dört veya dokuz kadrana ayrılır (<i>Sağ üst/alt ve sol üst/alt kadrana olmak üzere dört veya sağ/sol hipokondriyal, epigastrik, sağ/sol lomber, umblikus, sağ/sol inguinal ve hipogastrik olmak üzere dokuz kadrana ayrılabilir</i>).	
4. İnspeksiyon ile değerlendirilir.	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hastanın abdomeni ve göğsü şekil, skar, lezyon, distansiyon, hassasiyet, kitle, herni, döküntü, peteşi, ekimoz (<i>Cullen, Grey Turner vb.</i>), renk değişikliği, venöz dolgunluklar ve bütünlük açısından değerlendirilir. ❖ Abdomenin konturu, simetrisi, hareketi ve karın solunumu, deri- göbek- karın çevresi- peristaltizmi-pulsasyon varlığı değerlendirilir. 	
5. Oskültasyon ile değerlendirilir.	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bağırsak sesleri her kadrandan en az 1 dakika boyunca dinlenir, normaktif (5-10/dk), hipoaktif (<5/dk) veya hiperaktif (>10/dk) olup olmadığı belirlenir. ❖ Vasküler sesler (<i>aorta, renal arterler, iliak arterler, femoral arterler</i>) steteskobun çan kısmı ile dinlenir, üfürüm veya sürtünme sesleri varlığı değerlendirilir. 	
6. Perküsyon ile değerlendirilir.	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tüm abdomenin işınsal hatta perküsyonu yapılarak gaz- asit- karın içi kitle- varlığı değerlendirilir (<i>Mide/ bağırsak gibi içi boş organlarda ve karın boşluklarında timpanik, karaciğer, dalak gibi dolu organlarda ise matite ses işitilmelidir. Yaygın timpanik ses asiti düşündürmelidir</i>). ❖ Karında asit değerlendirilir (<i>Asit az ise hasta diz dirsek pozisyonunda umblikus çevresinde, orta ise hasta sağ ve sol lateral yatırıldığında her iki tarafta altlarda matite ses işitilir. Fazla miktarda asit varsa pasif el ayası karnın bir yanına konulup, aktif el ile diğer yandan fiske vurulduğunda pasif elde dalgalanan titreşim hissedilir</i>). ❖ Karaciğer ve dalak perküsyonu yapılır. Perkütasyon organların başlama/bitiş sınırının daha üstünden/altından başlatılarak aşağıya/yukarıya doğru paralel olarak sürdürülmelidir. Perküsyonla her iki organın başlangıç ve bitiş sınırları belirlenir (<i>Karaciğer sağ 6. interkostal aralıktan, kosta yayı bitişinden 4-5cm aşağıya kadar, dalak için ise sol 9. ve 11. interkostal aralıkta matite sesle perküte edilebilir</i>). 	
7. Palpasyon ile değerlendirilir.	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tüm abdomene yüzeysel palpasyon ve derin palpasyon yapılır. Karın içi kitle, hassasiyet, karın kaslarının durumu, çalkantı varlığı, peritoneal inflamasyon ve rebound hassasiyeti değerlendirilir (<i>Rebound hassasiyeti sağ alt kadrana yapılan derin basıdan sonra aniden basının sonlanması ile gelişen hassasiyetle belirlenir</i>). ❖ Karaciğer ve dalak palpasyonu yapılır. Palpasyon organların alt bitiş sınırından daha aşağıda başlatılarak yukarıya doğru sürdürülmelidir. Organlar solunumla hareket ettiği için aktif el inspiyum sırasında sabit tutulmalı, ekspiyum sırasında hareket ettirilmelidir. Aktif el ayası yanı ya da her iki elin parmaklarının çengel şeklinde tutulması yöntemleri ile gerçekleştirilebilir. Palpasyonla organların sınırları ile yüzeylerinin pürüzsüz olup olmadığı belirlenir (<i>Karaciğer alt sınırı sağ tarafta kosta yayı bitişinden 4-5cm alta, dalak alt sınırı ise sol tarafta 11. interkostal aralıkta hissedilmelidir. Dalak kosta yayını aşmadığından çoğunlukla palpe edilmesi zordur</i>). 	
8. Tüm muayene süresince iletişim sürdürülür ve geri bildirim verilir.	
9. Eller yıkanır ve bulgular kaydedilir.	

Sorumlu Öğretim Elemanları
Öğr. Gör. Dr. S. GÜNDOĞDU

Arş. Gör. M. SERT

NÖROLOJİK MUAYENE	UYGULAMA
1. Eller yıkanır, malzemeler (pamuk, künt uçlu iğne, ışık kaynağı, refleks çekici, tahriş edici olmayan bir koku) hazırlanır.	
2. İşleme başlamadan önce hastaya muayene hakkında bilgi verilir.	
3. Muayene ortamı hazırlanır ve hastanın mahremiyete sağlanır.	
4. Mental durum değerlendirilir.	
❖ Glaskow Koma Skalası kullanılarak bilinç düzeyi değerlendirilir. - En iyi göz yanıtı, en iyi motor yanıt ve en iyi sözlü yanıt/konuşma yeteneği değerlendirilir.	
- Bilinç düzeylerinin (deliryum, konfüzyon, letarji, stupor, koma) değerlendirmesi yapılır.	
❖ Oryantasyon değerlendirilir (Kişi, yer, zaman).	
❖ Hafıza değerlendirilir. - Yakın ve uzak geçmişle ilgili sorularla test edilir. Kısa süreli hafıza testi; hastaya 2-3 kelime söylenir, birkaç dakika sonra ne oldukları sorulur.	
❖ Duygu durumu değerlendirilir.	
❖ Entellektüel performansı değerlendirilir. - Güncel olaylar basit sorular sorulabilir. Basit matematiksel işlemler yaptırılabilir.	
5. Kranial sinirler değerlendirilir (N. Olfactorius).	
❖ Koku alma değerlendirilir. - Hastanın gözleri kapalı olmalıdır. Burun deliklerinden biri parmak ile kapatılarak (burun mukozasını tahriş etmeyen ve herkesçe bilinen kokular) açık olanın önüne yaklaştıran kokulu pamuk veya maddeyi (kahve, nane, limon gibi) bir iki kez koklaması istenir.	
6. Kranial sinirler değerlendirilir (N. Opticus).	
❖ Görme keskinliği ve görme alanı değerlendirilir. - Görme keskinliği: Snellen panosundan harfler gösterilir ya da bir göz kapatılıp 5m uzaktan parmak saydırılır.	
- Görme alanı: Hasta ile paralel olarak gözünün birini kapatıp, hastadan diğer göz ile işaret parmağını göremeyene kadar takip etmesi istenir.	
7. Kranial sinirler değerlendirilir (N. Oculomotorius, N. Trochlearis, N. Abducens).	
❖ Oküler motor sinirler değerlendirilir. - Karanlık bir alanda pupillaya ışık kaynağı ile ışık verilerek ışık refleksi, pupil büyüklükleri değerlendirilir.	
- Hastanın başı sabitken H harfi çizildiğinde kalemi takip etmesi istenir, göz hareketleri, ekstra oküler hareketler değerlendirilir.	
- Göz kapağı düşüklüğü (pitozis varlığı) değerlendirilir.	
8. Kranial sinirler değerlendirilir (N. Trigeminus).	
❖ Trigeminal siniri değerlendirilir. - Yüz sinirlerinin fonksiyonu için ıslak pamuk sırayla frontal, maksillar ve mandibular bölge üzerinden aşağı doğru dokundurulur ve tepki verip vermediği gözlemlenir.	
- Hastadan dişlerini sıkması, gözlerini sıkıca kapatması istenir ve hasta gözlemlenir.	
Kranial sinirler değerlendirilir (N. Facialis).	
❖ Fasial sinir değerlendirilir. - Hastanın gülümsemesi, dişlerini göstermesi, kaşlarını çatması istenir. Mimik ve yüz çizgileri gözlemlenir.	
- Dile (2/3 ön kısmına) tuzlu, şekerli maddeler sürülerek tat alması beklenir.	
9. Kranial sinirler değerlendirilir (N. Stato-acusticus).	
❖ Akustik sinir değerlendirilir. - İşitme muayenesi hastanın arkasına geçerek fısıltılı bir konuşmayı duyması test edilerek veya kulağa yaklaştırılan saatin sesi dinletilerek test edilir.	
- Denge muayenesi için hasta normal olarak yürütülür, parmak burun testi yapılır.	

<p>10. Kranial sinirler değerlendirilir (N. Glossopharyngeus, N. Vagus).</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Yutma ve öğürme refleksi kontrolü yapılır. - Abeslangla dil üzerine bastırılır (öğürme refleksi kontrolü). 	
<ul style="list-style-type: none"> - Hasta oturur pozisyonda bir yudum su alır, krikoid çıkıntının hareketi izlenir (yutma refleksi kontrolü). 	
<p>11. Kranial sinirler değerlendirilir (N. Accessorius).</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Omuz ve boyun kaslarının hareketi ve gerilmesi değerlendirilir. Boyunda zayıflık, dönme hareketinde zayıflama, omuz silkme hareketini yapamama durumu değerlendirilir. - Hastanın omuzlarına bastırılarak omuzlarını yukarı doğru kaldırması istenir. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Başını sağa sola çevirmesi istenir. 	
<p>12. Kranial sinirler değerlendirilir (N. Hypoglossus).</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Dil hareketleri değerlendirilir. - Hastadan dilini çıkarması ve yuvarlaması istenir. 	
<p>13. Duyusal fonksiyonlar değerlendirilir.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Yüzeysel duyu değerlendirilir. - Bir pamuk parçası sürterek test edilir. Yüzeysel ağrı, keskin ve künt uçlu bir uyararla test edilir. 	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Derin duyu değerlendirilir. - Pozisyon duyu değerlendirilir. Hastanın gözleri kapatılır. Ekstremitelerden biri belli bir pozisyona getirilerek hastadan karşı ekstremitayı de benzer duruma getirmesi istenir. 	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pasif hareket duyu değerlendirilir. - Gözler kapatılır. Hastanın el veya ayak parmaklarından biri iki yandan tutularak yukarıya veya aşağıya doğru hareket ettirilir. Bu sırada hastadan hareketin yönünü belirtmesi istenir. 	
<p>14. Periferik nöropati değerlendirilir.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ellerde ve ayaklarda uyuşma, karıncalanma, yanma, ağrı, bacaklarda ağırlık hissi değerlendirilir. 	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Yüzeyleri ayırt etmede zorluk, kavrama gücünün (butona basarken, düğme iliklerken, yazı yazarken, fermuar çekerken ya da kavanoz açarken zorlanma yaşayıp yaşamadığı) değerlendirilir. 	
<p>15. Motor (Kas-İskelet) sistem muayenesi yapılır.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Muayeneye başlamadan önce hastada eklem deformitesi, ağrı veya başka bir nedenle hareket kısıtlılığı, kas kontraktürü varlığı değerlendirilir. 	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hastanın dikkatini çekmeden ekstremitelerin tonusu değerlendirilir. 	
<p>16. Motor (Kas-İskelet) sistem muayenesi yapılır.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ İstemli ve istem dışı hareketler gözlemlenir. 	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alt ekstremitelerde kas gücünün eşit olup olmadığını değerlendirir. 	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hastanın yaşı ve hastalık durumunu dikkate alarak majör kas gruplarında direnç karşısındaki kas kuvvetleri (1-5) ölçülür. 	
<p>17. Denge ve koordinasyon değerlendirilir.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hasta ayağa kaldırılır. Ayakta rahatça durup durmadığına, bir tarafa doğru yıkılma eğilimi gösterip göstermediğine bakılır. Durabiliyorsa, ayaklarını bitişirmesi istenir. 	
<p>18. Patella refleksi değerlendirilir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yöntem I*: Hasta muayene masasının kenarına oturarak ayaklarını sarkıtmış durumdayken patella tendonuna vurulur. - Yöntem II*: Hasta sırtüstü yatar durumdayken, sağlık profesyoneli kolunu her iki dizin arkasından geçirerek bacakları hafif fleksiyonda tutar ve patella tendonlarına sırasıyla vurur. Normal cevap bacağın ekstansiyonudur. <p><i>*Öğrencinin iki yöntemden birini kullanması yeterlidir.</i></p>	
<p>19. Tüm muayene süresince iletişim sürdürülür ve geri bildirim verilir.</p>	
<p>20. Eller yıkanır ve bulgular kaydedilir.</p>	

Sorumlu Öğretim Elemanları
Doç. Dr. Fatma ARIKAN

Arş. Gör. N. ÖZTÜRK

GENEL BECERİ LİSTELERİ

HASTA KABULÜ VE ANAMNEZ	UYGULAMA
1. Hasta kabulünde ilk olarak hastaya ait temel bilgiler kaydedilir ve hasta için açılan dosyaya konulur.	
2. Hastanın bileğine tanıtıcı bilgiler yazılı bir bileklik takılır.	
3. Hastanın servise kabulü sırasında hastayı bilgilendirmek amacıyla; <ul style="list-style-type: none">• Hastane düzeni, hasta hakları ve sorumlulukları,• Ziyaret saatleri, refakat koşulları ve kısıtlamaları,• Vizit saatleri,• Yatağın çalışma şekli, tuvalet/banyonun yeri, televizyon, telefon ve ışığın kullanımı,• Çağırma zilin yeri ve kullanımı,• Doktor ve hemşire odalarının yerleri,• Karşılaştığı problemleri kime bildireceği hakkında bilgi verilir.	
4. Hastanın yanında getirdiği kişisel eşyalar dışında kalan eşyalar, hastanın ailesine imza karşılığında teslim edilir. Eğer hastanın eşyalarını ailesi götüremiyor ise hastane idaresi eşyaları düzenli ve temiz saklamaktan sorumludur. Bunun için “hasta eşyaları teslim formu” doldurularak klinik sorumlu hemşiresine teslim edilir.	
5. Anamnez almak için uygun ortam sağlanır.	
6. Anamnezin ilk aşamasında hastanın kimlik ve kişisel bilgileri alınır.	
7. Hastanın öz geçmişi, soy geçmişi ve şikayetleri hakkında bilgi alınır.	
8. Semptomlar başlangıçtan itibaren kronolojik olarak sıralanır.	
9. Sorular sorularak tüm semptomlarla ilgili detaylı bilgi edinilir. Semptomlarla ilgili; <ul style="list-style-type: none">• Süre,• Başlangıç (ani veya yavaş),• Başlangıçtan sonrası (sürekli veya periyodik, sıklığı, iyileşme veya kötüleşmeleri, artıran veya azaltan faktörler, ilişkili diğer semptomlar),• Eğer semptom ağrıysa; ağrının yeri, yayılımı, karakteri, şiddeti ile ilgili detaylı bilgi alınır.	
10. Anamnez alırken bütün sorular basit ve anlaşılır şekilde sorulur ve sorularda tıbbi terimlerden kaçınılır.	
11. Hastanın güvenli veya yeterli anamnez veremediği durumlarda gerekli bilgi hasta yakınlarından veya arkadaşlarından alınır. Tarih ve anamnezin kimden alındığı da notlara eklenir.	
12. Yapılan her işlem kayıt altına alınır.	

KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ*	UYGULAMA
1. Malzemeler hazırlanır (kalem, sfıgmomanometre, steteskop, alkol, pamuk, kirli kap, kayıt formu vb.)	
2. Eller yıkanır.	
3. Hastanın egzersiz, yorgunluk, yemek yeme, sigara, egzersiz vb. durumlar değerdendirilir. Eğer bu aktiviteler varsa 15-20 dakika beklenir.	
4. Hastaya uygulama hakkında bilgi verilir ve ölçüm sırasında konuşmaması söylenir.	
5. Bireye rahat edebileceği supine pozisyonu ya da fowler pozisyon verilir. <i>Uygun olmayan ortamın (sessiz, sakin, uygun ısı) kan basıncını artmasına neden olacağı anlatılır.</i>	
6. Kolu; düz olarak, kalbin apeksi seviyesine kadar kaldırılır ve avuç içi yukarı bakacak şekilde alttan desteklenir.	
7. Ölçüm yapılacak kol tamamen açık olacak şekilde giysileri açılır ve giysilerin kolu sıkmadığından emin olunur.	
8. Dirsek ön çukurunda brakial arteri parmak uçları ile hissedilir.	
9. Brakial arterin palpe edildiği bölgeden 2.5 cm ya da dirsekten 3 cm yukarıda olacak şekilde manşet kola sarılır. Bağlantı borusunun ön kolun üst yüzünde olmasına ve manşonun tamamen boş olmasına dikkat edilir.	
10. Palpasyon tekniği kullanılacak ise; <i>(Palpasyon tekniği; nabız atımları zayıf olan, şiddetli kanaması olan hastalar ya da miyokardın kasılma gücünün zayıfladığı durumlarda kan basıncının ölçülmesi için kullanılır ya da bireyin daha önceki kan basıncı bilinmiyorsa manşona uygulanacak basıncın belirlenebilmesi için kullanılır.)</i> Nabız brakial, radial ya da popliteal arterden hissedilir.	
11. Puvar avuç içine alınır, baş ve işaret parmağı kullanılarak ayar düğmesi kendinize doğru çevrilir ve kapatılır.	
12. Bir elle nabız hissederken, diğer elle avuç içindeki puvar düzenli ve hızlı bir biçimde şişirmeye başlanır.	
13. Nabız atımlarının hissedilmediği noktaya kadar şişirmeye devam edilir. Manometrede nabız atımlarının hissedilmediği nokta belirlenir ve bu değerdan 30 mmHg daha fazla manşon şişirilir. (Örnek: Nabız atımlarını hissetmediğiniz nokta 130 mmHg ise, bu değere 30 mmHg daha ekleyerek 160 mmHg ye kadar manşo şişirilir).	
14. Bir elle nabız hissederken diğer elle puvarın ayar düğmesi kendinizden uzak tarafa doğru çevirerek açılır ve manşonun havası yavaş ve düzenli bir şekilde boşaltılır.	
15. Manşonun havasının boşalma hızı manometrede 2-3 mmHg/saniye düşme olacak biçimde yapılır.	

*Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı formlarından revize edilmiştir.

KAN ŞEKERİ ÖLÇÜMÜ VE KAN ŞEKERİ TAKİBİ*	UYGULAMA
1. Hasta işlem hakkında bilgilendirilir.	
2. Malzemeler hazırlanır (Tek kullanımlık eldiven, alkol, lanset veya otomatik kesme cihazı, pamuk/ gazlı bez, reaktif Őeritler/stript, kan Şekeri ölçüm cihazı/glukometre).	
3. Hastanın diyabet tipi ve ilaçlar için tıbbi geçmişi gözden geçirilir.	
4. Testin özel zamanlama gerektirip gerektirmediği belirlenir; örneğin, yemeklerden önce veya sonra. Kan Şekeri izlemesi genellikle yemeklerden ve antidiyabetik ilaçların verilmesinden önce yapılır.	
5. Kan Şekeri ölçüm cihazının kalibre edilmesi gerekip gerekmediği belirlenir.	
6. Cildin delinecek bölgesi değerlendirilir.	
7. El hijyeni sağlanır.	
8. Cilt delinmeden önce delinme alanının tamamen kuru olduğundan emin olunur. Delinme bölgesini temizlemek için yalnızca su yerine alkollü bir bez kullanımını gerektirebilir.	
9. Reaktif Őeridi kaptan çıkarılır ve kap kapağı tekrar kapatılır. Reaktif Őeridin test pedi kısmına dokunulmaz.	
10. Kan Şekeri ölçüm cihazını üretici firma talimatlarına göre açılır.	
11. Reaktif Őeridi glukometreye veya temiz, kuru bir yüzeye (örn. Kâğıt havlu) test pedi yukarı bakacak Şekilde yerleştirilir.	
12. Tek kullanımlık eldivenler giyilir.	
13. Delinecek alanı sabit bir Şekilde tutulur. Parmak bölgesine masaj yapılmaz.	
14. Uygun bölge seğilir ve cildi delinmesi gerçekteŐirilir.	
15. Büyük bir damlacık kanı üretmek için bölgenin üzerinde yavaşça sıkılır.	
16. İlk kan damlası alkollü pamuk ile silinir. İkinci kan reaktif Őeride aktarılır.	
17. Sayaç üzerindeki zamanlayıcıya hemen basılır (reaktif Őerit takılıyken otomatik olarak başlamazsa). Kan reaktif Őeridin üzerine damlatılır.	
18. Birim ekranındaki sonuçlar okunur. Her sayacın okunması için belirli bir süresi vardır.	
19. Pamuk ya da gazlı bez tıbbi atık poŐetine, kullanılan lanset delici/kesici atık kutusuna atılır.	
20. Eldivenler çıkartılır. Antiseptik solüsyon ile temizlenir.	
21. Hastanın sağlık hizmetlerine katılımını teŐvik etmek amacıyla test sonuçlarını hastayla birlikte gözden geçirilir.	
22. Birim ekranında görölen/ölçölen değer kan Şekeri izlem formuna kaydedilir.	

*Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı formlarından revize edilmiştir.

NAZAL KANÜL VE MASKE İLE OKSİJEN UYGULAMA*	UYGULAMA
1. Hastaya yapılacak işlem açıklanır ve malzemeler hazırlanır (Tek kullanımlık eldiven, nazal kanül ya da oksijen maskesi, flowmetre, oksijen kaynağı (oksijen tüpü vb.), distile su (yaklaşık 100ml), adaptör, humidifer).	
2. Eller yıkanır.	
3. Hastaya işlem açıklanır ve onayı alınır.	
4. Hekim istemi tekrar kontrol edilir.	
5. Güvenlik açısından oda kontrol edilir. Isıtıcı vb. araçlar kapatılır ya da odadan uzaklaştırılır.	
6. Regülatör ile oksijen tüpü ya da merkezi sistem bağlantısı yapılır ve çalışır durumda olduğu kontrol edilir.	
7. Humidiferin sıvı seviyesi kontrol edilir (2/3'sini distile su ile doldurulur).	
8. Hastaya semi-fowler pozisyonu verilir.	
9. Eldivenler giyilir.	
10. Kanül ya da maske kılıfından çıkarılır.	
11. Kanül/maske ile oksijen çıkış ucu birleştirilir.	
12. Kanül uygulanacak ise; çıkıntıları burun deliklerine yerleştirilir, diğer uçları (gözlük gibi) kulak arkasına yerleştirilir. Maske uygulanacak ise; maskeyi hastanın ağız ve burnunu kaplayacak biçimde yerleştirilir ve uçları hastanın başının arkasından sabitlenir.	
13. Oksijen vanası açılır, flowmetreden istenen oksijen akış hızı ayarlanır.	
14. Hastaya rahat nefes alıp almadığı, kanül/kateterden oksijen alıp almadığı sorulur.	
15. Tedavinin süresi ve durdurulması gereken durumlar hakkında hastaya bilgi verilir.	
16. Eldivenler çıkarılır. Eller yıkanır.	
17. Uygulama, gözlemleri ve anormal bulgular kaydedilir. Kayıtta oksijen tedavisinin hızını, tedavinin süresi ve hastanın tepkileri yazılır.	
18. Oksijen uygulanan bölgede olası yangınları söndürmek amacı ile mutlaka yangın söndürme cihazı bulundurulur.	

*Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı formlarından revize edilmiştir.

NEBULİZATÖRLE İLAÇ UYGULAMA*	UYGULAMA
1. Hasta işlem hakkında bilgilendirilir.	
2. Malzemeler hazırlanır (ilaç kartı, nebul ilaç, nebulizatör).	
3. İlacı öneren hekimin istemi, hastanın adı, ilacın adı, şekli, yolu, dozu ve uygulama zamanı bakımından incelenir.	
4. Eller yıkanır.	
5. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır	
6. Bireye ve ailesine uygulamaya yönelik açıklamalar yapılır.	
7. Nebulizatör cihazının ekleri, uygun şekilde monte edilir.	
8. İstem yapılan ilaç, nebulizatörün haznesine boşaltılır ve ağızlık/maske hazneye monte edilir. -Nebulize edilecek ilaç hacmi 2-4 ml, maksimum 10 ml olmalıdır. Seyreltme gerekiyorsa her hasta için ayrı bir serum fizyolojik ampul kullanılmalı ve aseptik tekniğe uyulmalıdır. Hava akım hızı 6-8 L/dk olmalıdır. - Birden fazla inhaler ilaç uygulanacağına ilk olarak kısa sürede etki eden bronkodilatörler uygulanmalıdır. Böylece “önleyiciler” olarak tanımlanan inhaler steroidlerin akciğerlere daha verimli nüfuz etmesine izin verilir.	
9. Mümkünse hasta dik oturur pozisyona getirilir.	
10. Ağızlık/maske hastanın ağızına yerleştirilir.	
11. Nebul uygulamasında maske yüze düzgün yerleştirilir, maskenin yüze tam oturması sağlanır.	
12. Hastaya yavaş ve derin nefes alması, kısa bir süre tutması ve sonra yavaşça vermesi söylenir. Aldığı her nefesi, 1–2 saniye kadar tutmalıdır. Haznedeki ilaç tamamen bitinceye (yaklaşık 10–15 dakika) kadar öğretilen şekilde nefes alması söylenir.	
13. Nebulizatör cihazı açılır ve yeterli buhar oluşup oluşmadığı kontrol edilir. İdeal nebulizasyon süresi 5-10 dakika olmalıdır. - Taşikardi, titreme, şiddetli öksürük başladığında nebulizasyona ara verilmeli, ilaçların kontraendikasyonları uygulayıcılar tarafından bilinmeli ve takip edilmelidir.	
14. Haznedeki ilaç bitince cihaz kapatılır ve hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi’ nin belirlediği kurallar doğrultusunda temizlenir.	
15. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.	
16. Steroid veya antibiyotik nebulize edildiyse, hastaya sonrasında ağızını çalkalaması ya da maske kullanımı durumunda yüzünü yıkaması tavsiye edilir.	
17. Uygulamanın etki ve yan etkileri gözlenir.	
18. Malzemeler kaldırılır. Eller yıkanır.	
19. İşlem kaydedilir.	

*Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı formlarından revize edilmiştir.

İZOLASYON ÖNLEMLERİ	UYGULAMA
1. Hastaneye başvuran bütün hastalar potansiyel enfeksiyöz kabul edilerek hastalara uygulanacak tüm girişimlerde standart izolasyon önlemleri uygulanır.	
Standart İzolasyon Önlemleri	
2. Standart izolasyon önlemleri kan, tüm vücut sıvıları (ter hariç), sekresyonlar, eksresyonlar, mukoz membranlar, bütünlüğü bozulmuş deri ile bulaşabilecek etkenlere yönelik uygulanan önlemlerdir.	
3. Girişimlerden önce ve sonra el hijyeni sağlanır.	
4. Girişimlerden önce ve sonra hastane prosedürleri doğrultusunda eldiven kullanılır.	
5. Hastalar, diğer hastaları kontamine etme potansiyeline göre odalara yerleştirilir.	
6. Bulaştırıcılığı yüksek olan hastalar tek kişilik odalara yerleştirilir.	
7. Yapılacak uygulamalarda kan veya diğer vücut sıvılarının sıçrama olasılığı varsa maske, gözlük önlük gibi kişisel koruyucu ekipmanlar kullanılır.	
8. Hastaya uygulanan girişimlerden sonra ortaya çıkan atıklar hastane prosedürleri doğrultusunda imha edilir.	
9. Kullanım sonrasında iğne uçları enjektörden ayrılmaz, hiçbir zaman yeniden kılıfına geçirilmez, kıvrılıp bükülmez.	
10. İğne uçları her zaman delinmeye dirençli kesici-delici alet kutularına atılır.	
11. Kesici-delici aletlerin kesici-delici uçları vücudun herhangi bir bölümüne dönük olarak elden ele transfer edilmez.	
12. Kan, vücut sıvıları, salgılar ve çıkartılar ile kirlenen tüm malzemeler kırmızı renkte çöp poşetinde toplanır.	
13. Kanıtlanmış veya şüpheli bulaşıcı hastalığı olan hastalar için standart önlemler ile birlikte bulaşma yoluna yönelik izolasyon önlemleri uygulanır.	
Temas İzolasyonu Önlemleri	
14. Hastalar tek kişilik odalara yerleştirilir.	
15. Tek kişilik oda yoksa, aynı mikroorganizmayla kolonize ve/veya enfekte olan hastalar aynı odaya alınır.	
16. Hasta odasına girmek isteyenleri uyarmak için oda kapısına izolasyon kategorisini belirten “İzolasyon Kartı” asılmalıdır. Temas izolasyonu için “yıldız işareti” kullanılmalıdır.	
17. Odaya giriş ve çıkışlarda eller yıkanmalıdır.	
18. Odaya girerken temiz, steril olmayan eldivenler giyilmeli, çıplak elle hasta temasından veya odadaki yüzeyler ile temastan kaçınılmalıdır.	
19. Hasta bakımı sırasında hastanın vücut sıvıları ya da dışkı gibi yoğun kontaminasyona neden olabilecek bulaşlar sonrasında eldiven değiştirilir.	
20. Odadan çıkmadan önce eldiven çıkarılmalı, eller antimikrobiyal içeren solüsyonla yıkanmalı ya da su içermeyen alkollü el antiseptikleri ile el hijyeni sağlanır.	
21. Eldiven çıkarıldıktan ve el hijyeni sağlandıktan sonra odada hiçbir yere dokunulmaz.	
22. Gaita ve idrar inkontinansı, ileostomi ya da kolostomisi olan veya yara drenajı olan hastaların odasına girmeden önce temiz, steril olmayan önlük giyilir.	
23. Önlük odadan çıkmadan hemen önce çıkarılır.	
24. Hasta için kullanılan tıbbi araç ve gereçler (tansiyon aleti, derece vb.), mümkünse hastaya özel olmalıdır	
25. Ortak kullanılan tıbbi cihazlar kullanıldıktan sonra hemen dezenfekte edilir.	

26. Hasta tekerlekli sandalye ya da sedye kullanılarak transfer edilecekse bu cihazların üzerine temiz çarşaf serilerek hasta transfer edilir.	
27. Hasta odasında kırmızı renkli çöp poşeti bulunur ve hasta ile temas eden tüm malzemeler odadan çıkartılmadan bu çöp kovalarına atılır.	
Solunum İzolasyonu Önlemleri	
28. Hastalar tek kişilik odalara yerleştirilir.	
29. Odalarda sürekli olarak negatif basınç ve saatte 6-12 kez hava değişimi sağlanır.	
30. Hasta odasının kapısı ve pencereleri kapalı tutulur.	
31. Hasta odasına girmek isteyenleri uyarmak için oda kapısına izolasyon kategorisini belirten "İzolasyon Kartı" asılır. Solunum izolasyonu için "sarı yaprak" işareti kullanılır.	
32. Hasta zorunlu haller dışında odadan çıkarılmaz.	
33. Odaya giriş ve çıkışlarda eller yıkanmalıdır.	
34. Hastanın odasına girerken cerrahi maske takılır.	
35. Pulmoner tüberkülozlu olduğu bilinen ya da şüphe edilen hastanın odasına girerken N95 solunum maskesi takılır.	
36. Hasta transferinde hastaya cerrahi maske takılır ve odasına dönene kadar çıkarmaması sağlanır.	
37. Hasta odasında kırmızı renkli çöp poşeti bulunur ve hasta ile temas eden tüm malzemeler odadan çıkartılmadan bu çöp kovalarına atılır.	
Damlacık İzolasyonu Önlemleri	
38. Hastalar tek kişilik odalara yerleştirilir.	
39. Odanın özel bir havalandırma sisteminin olmasına ve kapının kapalı tutulmasına gerek yoktur.	
40. Enfekte hasta ile diğer hastalar ve ziyaretçiler arasında en az 1m mesafe olmalıdır.	
41. Hasta zorunlu haller dışında odadan çıkarılmaz.	
42. Odaya giriş ve çıkışlarda eller yıkanmalıdır.	
43. Hasta transferinde hastaya cerrahi maske takılır ve odasına dönene kadar çıkarmaması sağlanır.	
44. Hastaya 1m veya daha yakın yaklaşması gereken herkes normal cerrahi maske takmalıdır.	
45. Hasta odasına girmek isteyenleri uyarmak için oda kapısına izolasyon kategorisini belirten "İzolasyon Kartı" asılmalıdır. Damlacık izolasyonu için "mavi çiçek" işareti kullanılmalıdır.	
46. Hasta odasında kırmızı renkli çöp poşeti bulunur ve hasta ile temas eden tüm malzemeler odadan çıkartılmadan bu çöp kovalarına atılır.	

ALDIĞI-ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ	UYGULAMA
1. Kullanılacak olan malzemeler (İdrar torbası, ürofix veya ölçü kabı) hazırlanır.	
2. Aldığı- çıkardığı sıvı takibi (AÇT) yapılacak hastanın, istemine göre vücut ağırlığı ölçülerek günlük alınması gereken sıvı ihtiyacı hesaplanır.	
3. AÇT sıklığı, hastanın durumuna göre ve hekim istemiyle, saat başı, dört, sekiz veya 24 saatlik olarak yapılabilir. Yoğun bakımda olan hastalarda genellikle saatlik yapılır.	
4. Serumlar saatlik olarak, diğer sıvılar ise alıp çıkardıkça cc/ml birimiyle hemşire takip ve tedavi formuna kaydedilerek gerçekleştirilir.	
5. Oral alınan sıvılar (su, meyve suyu, ayran, yoğurt, süt, çorba vb), intravenöz sıvılar (serum, kan, kan ürünleri vb) ve irrigasyon sıvıları alınan sıvılara dahil edilir.	
6. Hasta ve hasta yakınına oral alınan sıvıların bardak veya ölçme kaplarıyla yapıldığı, hastanın sürekli aynı ölçü kabını kullanması ve her içtiğini bir kağıda not etmesi gerektiği bildirilir.	
7. Ölçüm miktarları hakkında hasta ve hasta yakınına (bir bardak sıvı: 200 ml, bir plastik bardak sıvı: 150 ml, bir bardak yoğurt: 200 ml, bir kase çorba: 150 ml) bilgi verilir.	
8. Hastanın aldığı sıvılar sorularak hemşire takip formuna toplam miktar “+” şeklinde kaydedilir (örn: +1200ml).	
9. Alınan sıvı miktarı kaydedildikten sonra hastaya not etmeye tekrar baştan başlaması söylenir.	
10. İdrar, dren/parasentez/torasentez sıvısı, kusmuk, hematemez, melena, diyare, mide aspirasyonu, diyalizden çıkan sıvı, mensturasyon kanaması ve terleme çıkan sıvılara dahil edilir.	
11. Terlemenin ölçülmesi mümkün olmadığından giysi ya da yatağın ıslanması kadar terleme sayı olarak alınır. Menstrual kanamalarda da her ped için 30-50ml çıkan sıvıya dahil edilir.	
12. Hastaya çıkarılan sıvılar için hasta adı-soyadı ve oda numarası yazılı ölçü kabı verilir. Dren, nazogastrik sonda, ürofix veya idrar torbası kullanımında sıvı miktarı ölçülerek kaydedilir.	
13. Eğer 24 saatlik idrar istendiyse, hastanın sabah ilk idrarını tuvalete, ertesi sabah 08:00’e kadar olan tüm idrarını ölçü kabına yapması istenir. Ölçüm sonrası kaydedilen sıvı boşaltılır.	
14. Hastanın çıkardığı sıvılar hemşire takip formuna toplam miktar “-” şeklinde kaydedilir (örn: -1000ml). Ölçüm sonrası biriktirilen sıvı varsa boşaltılır.	
15. Her nöbet değişiminde ve 24 saat sonunda hastanın aldığı sıvıların tümü ve çıkardığı sıvıların tümü toplanarak toplam aldığı ve toplam çıkardığı rakamlarına ulaşılır.	
16. Hastanın aldığı sıvı ile çıkardığı sıvı miktarı arasındaki fark (balans değeri) ± 500 ml olduğunda AÇT dengede demektir. Dengede olmaması halinde hekime bilgi verilmelidir.	
17. ± 500 olan balans değerinin ödemi olma ya da cerrahi operasyon geçirmiş olma gibi özel durumu olan hastalarda hekim istemine göre değişiklik gösterebileceği bilinmelidir.	

BASINÇ ÜLSERİ TAKİBİ VE BAKIMI	UYGULAMA
1. Hasta yapılacak işlem hakkında bilgilendirilir.	
<p>2. Braden Skalasına göre (duygusal algılama durumu, nem, aktivite, beslenme) hastadaki risk durumları tanımlanır.</p> <p>*Duygusal Algılama Durumu: Hastanın bilinç durumu, çevresi ile iletişimi, sözel/ağrılı uyaranlara yanıt durumu değerlendirilir.</p> <p>*Nem: Hastanın derisinin neme maruz kalma durumu idrar/dışkı inkontinansı, aşırı terleme, yara drenajı, fazla tükürük salgısı, nazogastrik tüp çıktıkları, cerrahi dren çıktıkları da dikkate alınarak değerlendirilmelidir.</p> <p>*Aktivite: Hasta kendi başına kalkıp yürüebilmesi, tekerlekli sandalye kullanması veya yatağa bağımlı olması açısından değerlendirilir.</p> <p>*Beslenme: Hastanın ideal kilosuna göre bulunduğu kilo karşılaştırılır, beslenme şekli, besinleri yeme durumu, beslenme değerleri açısından kan değerleri ve aldığı çıkardığı sıvı miktarı değerlendirilir.</p>	
<p>3. Hastanın pozisyonuna göre basınç bölgelerindeki cilt değişiklikleri kontrol edilir.</p> <p>*Prone pozisyonunda basınç noktaları; yanak ve çene, omuz başları, kadında göğüsler, erkekte genital organlar, dizler ve ayak başparmağıdır.</p> <p>*Supine pozisyonunda basınç noktaları; oksipital bölge, skapula, dirsekler, sakrum, topuklar ve yatak takımlarının basıncı sonucu ayak başparmağıdır.</p> <p>*Lateral pozisyonunda basınç noktaları; kulaklar, omuz başları, dirsekler, kostaların yan kısımları, trokanterler, dizin, ayağın ve topuğun yan kısımlarıdır</p> <p>*Fowler pozisyonunda basınç noktaları; topuklar, sakrum bölgesi ve iskiyum bölgesidir.</p>	
<p>4. Braden Ölçeği'nden elde edilen risk puanına göre hemşirelik girişimleri planlanır.</p> <p>*Risk sınırında (15-8 puan): Pozisyon değiştirme, deri bakımı ve beslenme</p> <p>*Orta derecede risk (13-14 puan): Risk sınırındaki hastaya ek olarak hastaya köpük kenarlıklarla desteklenmiş 30° yan yatış pozisyonu verilir.</p> <p>*Yüksek risk (10-12 puan): Risk sınırındaki hastaya ek olarak pozisyon daha sık değiştirilmeli ve 15-20 dakikada bir küçük vücut hareketleri gerçekleştirilmelidir.</p> <p>*Çok yüksek risk (9 puan ve altı): Yüksek risk grubu hastalar için yapılan uygulamalara ek olarak hastanın ağrısı varsa azaltılmalıdır.</p>	
5. Hastada basınç yarası belirtileri varsa evresi ve yeri belirtilir.	
6. Hastanızda basınç yarası oluşmuşsa yara yeri, büyüklüğü, derecesi, yara yatağındaki doku tipi, tünelleşme ve yara çevresi değerlendirilir.	
<p>7. Basınç yarası evre ve yerine göre hemşirelik girişimleri planlanır.</p> <p>*Basınç yaralarının bakım ve tedavisi yaradan nekrotik dokuların uzaklaştırılması, yaranın temizlenmesi, uygun pansumanın uygulanmasını içermektedir.</p>	
8. Yapılan her işlem kayıt altına alınır.	

DÜŞME RİSKİ TAKİBİ	UYGULAMA
1. Hasta yapılacak işlem hakkında bilgilendirilir.	
<p>2. Risk durumları tanımlanır.</p> <p>-Hastada düşme riski İtaki II Düşme Riski Ölçeği ile değerlendirilir.</p> <p>-Yaş, bilinç durumu, düşme hikayesi, hastalıklar/komorbiteler, hareket kabiliyeti, boşaltım ihtiyacı, görme durumu, ilaç kullanımı, ekipman kullanımı açısından bakılır.</p>	
3. *İtaki II Düşme Riski Ölçeği ile yapılan değerlendirmede; toplam: 0-9 puan arası “ Düşük Risk ”, toplam puan: 10 puan üzerinde “ Yüksek Risk ” olarak kabul edilir.	
4. “ Yüksek Risk ” olarak kabul edilen hastanın odasının giriş kapısına ya da yatak başına “ Düşme Riski Yüksek Hasta ” sembolü yapıştırılır.	
<p>5. İtaki II Düşme Riski Ölçeği ile elde edilen “Yüksek Risk” puanına göre hemşirelik girişimleri planlanır.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta yatağı, hastanın boyuna uygun pozisyona getirilir ve korkulukları kaldırılır. • Hasta yatağı ve tekerlekli sandalyenin kilitleri ile güvenlik kemerleri kontrol edilir ve kilitlenir. • Hastaya yardımcı olunacağı zaman uygun destek ekipmanları (baston, walker, yürüteç vb) kullanılır. • Hemşire çağrı zili çalışıyor ve erişilebilir durumda, hastaya verilir. Kullanımı hakkında hasta ve hasta yakını bilgilendirilir. • Ortamda uygun aydınlatma sağlanır. • Hastanın sık kullandığı eşyalar ve içme suyu erişebileceği şekilde yerleştirilir. • Hastaya gereksinimleri uyanırken gidermesi için öneride bulunulur. • Zeminin kuru olması sağlanır. • Hastanın kaymayan terlik ya da çorap giymesi sağlanır. • Odadaki eşyaların yerleşimi hastanın mobilizasyonuna engel olmayacak şekilde yerleştirilir. • Telefon ve elektrik kabloları bir yaralanmaya sebep olmayacak şekilde yerleştirilir. • Hastanın durumuna göre; kas güçsüzlüğü ve tutulumu gidermek için belli aralıklarla yürüyüş gibi kondisyon artırıcı hareketler yaptırılır. • Gerekli ise; hastanın yakınının yanında kalması sağlanır. • Hasta ve yakınına düşme riski hakkında eğitim yapılır. • Hastanın işlem sonrası; sağlık çalışanı eşliğinde mobilize edilmesi gerektiği anlatılır. • Yakını olmayan hastaların hemşire bankosuna yakın bir odaya alınması sağlanır ve saat başı gözlemlenir. • Zorunlu durumlarda “Hasta Kısıtlama Talimatı” kullanılır. • Hastanın ayaktan tedavisi süresince hastaya yardımcı olunur. • Pencerelerin açık ve kapalı durumuna dikkat edilir. 	
6. Yapılan her işlem kayıt altına alınır.	

2023-2024 GÜZ DÖNEMİ İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
KONULARININ VİZE SINAVLARINA GÖRE DAĞILIMI

I. VİZEYE DAHİL OLAN KONULAR	II. VİZEYE DAHİL OLAN KONULAR
Sıvı-Elektrolit Dengesi ve Dengesizliklerinde Hemşirelik Bakımı Asit-Baz Dengesi ve Dengesizliklerinde Hemşirelik Bakımı Ağrı	Koruyucu Sağlık Hizmetleri
Şok ve Hemşirelik Bakımı	Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı
Ağrı	Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı
Yaşlılık ve Yaşlı Hastanın Hemşirelik Bakımı	İmmün Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı
Palyatif Bakım	Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı
Kardiyovasküler Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı	Eklem-Bağ Dokusu Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı
Endokrin Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	Hematolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı
Kronik Hastalıklarda Tamamlayıcı Tedaviler	Fizik Muayene
Solunum Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	
Kronik Hastalıklarda Evde Bakım	
Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	