



T.C.

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİNDE BAKIM

KLİNİK UYGULAMA REHBERİ

ÖĞRENCİ AD SOYAD:

BOLU

KLİNİK/SAHA UYGULAMALARINA İLİŞKİN UYULMASI GEREKEN GENEL KURALLAR

Öğrenci;

1. Uygulamaya çıktıkları kurumların kurallarına uymakla yükümlüdür.
2. Uygulamaya çıktıkları kurumlar tarafından istenen belgeleri zamanında tamamlayıp teslim etmekle yükümlüdür.
3. Sorumlu/klinik hemşirenin bilgisi ve gözetiminde uygulama yapabilir.
4. Delici-Kesici Alet Yaralanması durumunda kurumda yetkiliye haber vermek ile sorumludur.
5. Uygulama saatlerinde misafir kabul edemez.
6. Uygulama saatleri dışında öğrenci olarak hastanede bulunamaz.
7. Uygulama sırasında görüntü ve ses kaydı alamaz.*
8. Edindiği hasta ve kurum/hastane bilgilerini eğitim dışında hiçbir platformda (asansör, kantin, ulaşım araçları, telefon, internet, sosyal medya vb.) kullanamaz ve açıklayamaz.*
9. Hiçbir belge, araç ve gereci klinik/kurum dışına çıkaramaz.
10. Hastane/Kurum içinde ve çevresinde tütün ve alkol vb. tüketemez.**
11. Giriş ve çıkış imzalarını/sisteme girişlerini uygulama yaptığı kurumun belirlediği yerde ve zamanında atmak zorundadır.
12. Bir başkasının yerine imza atamaz /giriş yapamaz ve kendi yerine başkasına imza attıramaz.
13. Uygulama saatleri içerisinde sorumlu/hemşirenin ve öğretim elemanının bilgisi olmadan kliniği/kurumu terk edemez.
14. Uygulamaya geç kalmasını ya da uygulama alanından erken ayrılmasını gerektiren olağanüstü bir durum yaşadığında sorumluya/hemşireye ve öğretim elemanına bilgi vermek zorundadır.
15. Uygulamasına ilişkin ders değerlendirmesinin yapılabilmesi için BAİBÜ eğitim-öğretim lisans yönetmeliğine göre uygulamanın %80'ine devam etmek zorundadır. Raporlu olduğu günler devamsızlığa dahildir.
16. Uygulamanın bütünlüğü açısından günü bölerek devamsızlık yapamaz.
17. Klinik/saha uygulaması boyunca öğrenci kimlik kartını görünür biçimde üzerinde taşımak zorundadır.
- 18. Öğrenci üniformasının altı lacivert, üstü beyaz rente ve "Zarf " yaka olacak şekilde olmalıdır. Ayakkabı olarak sadece beyaz/lacivert spor ayakkabı olması gerekmektedir. Üst formanın içine ihtiyaç halinde sadece uzun kollu body veya forma üstüne tek renk lacivert hırka giyilebilir. Eşarp kullanan öğrenciler beyaz/lacivert renk kullanmalıdır ve şal formunda olmamalıdır. Bone kullanıyor ise formaya uygun lacivert renkte olmalıdır. Öğretim elemanlarının uygun gördüğü alanlarda öğrenciler beyaz önlük giyebilir. **Belirtilen forma bütünlüğüne ve görünümüne uyulmadığı takdirde öğrenci uygulamaya alınmayacaktır.****
19. Öğrenciler uygulama formasıyla hastane/kurum dışına çıkamaz.

**Türk Ceza Kanunu Madde 135 ve 136 (Okuyunuz.)*

***27(05/2008 tarih ve 26888 Sayılı Resmi Gazete (Okuyunuz.)*

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri**Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi Örüntüsü:**

Sağlığını nasıl tanımlar? (Küçük yaş grubu için ebeveyni çocuğunun sağlığını nasıl tanımlıyor)

İyi Orta Kötü

Nedenini açıklayınız?

Düzenli olarak sağlık kontrolleri yaptırılıyor mı?

Hayır Evet

Hayır ise nedenini açıklayınız

Çocuğunuzun sağlık ve aşı ile ilgili takipleri yaptırıyor musunuz?

Hayır Evet

Hayır ise nedenini açıklayınız

Aşıları yapıldı mı?

Aşı Adı	Tarih	Aşı Adı	Tarih
BCG		OPA (1)	
Hepatit B (1)		OPA (2)	
Hepatit B (2)		KKK (1)	
Hepatit B (3)		Td (1)	
DaBT- IPA- Hib (1)		Hepatit A (1)	
DaBT – IPA-Hib (2)		Hepatit A (2)	
DaBT- IPA- Hib (3)		Su Çiçeği	
KPA (1)		DaBT- IPA-Hib (Rapel)	
KPA (2)		DaBT- IPA (Rapel)	
KPA (3)		KKK-Rapel	
		KPA- Rapel	

Özel aşılar yapıldı mı?

Hayır Evet..... Hangi aşılar yapıldı yazınız:

Çocuğun hareketlilik durumu veya egzersiz yapar yapma durumu?

Hareketli/egzersiz yapıyor Hareketsiz/egzersiz yapmıyor
 Ara sıra/sürekli egzersiz yapıyor ise tipini, sıklığını, süresini açıklayınız:

Tütün/sigara kullanımı? (Okul çağı ve Ergen grubu için çocuğa sorulacak. Daha küçük çocuklar için ebeveynlerin tütün kullanımı sorulacak)

Hayır Bıraktı
 Evet paket/gün içiyor ve evde nerede içiyor

Sigara/alkol kullanıyorsa bırakmak ister mi? Hayır Evet

Hijyen

El hijyeni:

Tırnak bakımı:

Diş fırçalama:

Banyo alışkanlığı:

Beslenme-Metabolik Örüntüsü:

Boy: (Persantil değeri de yazılmalıdır)

Kilo: (Persantil değeri de yazılmalıdır)

BKİ (2 yaştan sonra)

[Ağırlık / (boy)²]: (Persantil değeri de yazılmalıdır)

Aşırı zayıf: 5. Persantilin altı Aşırı kilolu: 85.-95.Persantilin arası

Normal ya da sağlıklı kiloda: 5.-85. Persantil arası **Obezite:** 95. Persantilin üstü

Baş çevresi: (Persantil değeri de yazılmalıdır)
Göğüs çevresi:

Beslenme şekli () Oral () Parenteral () Enteral () Gastrostomi

Anne sütü/ek besin:

İştah durumu: Normal Artmış Azalmış
 Bulantı Kusma İştahsızlık Tat değişikliği

Günlük alması gereken sıvı miktarı (m² göre hesaplanacak):

Özel diyet: Yok Tuzsuz Diyabetik Proteinden fakir Diğer :

Son 1 ayda kilo değişimi: Yok Artmış Azalmış

Boşaltım Örüntüsü:

Tuvalet alışkanlığı kazanma durumu: Henüz kazanmamış Kazanmış(kaçıncı ayda tuvalet eğitimi verilmiş)

İdrara çıkma sıklığı: kez/günde

İdranın özellikleri (rengi, kokusu, dansitesi):.....

- Oligüri Anüri Poliüri Pollaküri
 Yanma Dizüri Hematüri Noktüri
 Enürezis İdrar inkontinansı
 Mesane Kataterizasyonu Kaçıncı günü:.....

Bağırsak Boşaltımı

En son bağırsak boşaltım tarihi: Barsak sesleri:/dk

Gaitanın özelliklerini (kokusu, rengi, kıvamı) yazınız:

- Diyare : kez/günde
 Konstipasyon : kez/haftada
 Lavman Laksatif kullanma Enkomprezis:
 Melena Fekal inkontinans

Aktivite-Egzersiz Örüntüsü:

Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri	Bağımsız	Yarı Bağımlı	Bağımlı	GYA sürdürmede enerji düzeyi <input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz
Düzenli yürüme				Aktivite sırasında yaşanan şikayetler
Merdiven inip çıkma				<input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Çarpıntı
Beslenme				<input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> Yorgunluk
Giyinme				<input type="checkbox"/> Diğer
Kendine bakım				Kullanılan yardımcı araçlar
Banyo yapma				<input type="checkbox"/> Walker
Tuvaleti kullanma				<input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye
İdrar boşaltımı				<input type="checkbox"/> Diğer
Bağırsak boşaltımı				

Uyku-Dinlenme Örüntüsü:																											
Gece uyku süresisaat			Uyku düzenini bozan faktörler:																								
<input type="checkbox"/> Uykuya dalmada zorluk <input type="checkbox"/> Gece sık uyanma <input type="checkbox"/> Erken Uyanma <input type="checkbox"/> Uykudan sonra dinlenmiş hissetme <input type="checkbox"/> Diğer			<input type="checkbox"/> Psikolojik sorunlar <input type="checkbox"/> Gece sık idrara çıkma <input type="checkbox"/> Gündüz uyuma <input type="checkbox"/> Rüya (kabus) görme <input type="checkbox"/> Diğer																								
Gün boyunca yaşadığı yorgunluğun şiddeti:																											
<table style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Hiç yorgun değilim</td> <td colspan="6">Çok yorgunum</td> </tr> </table>						0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Hiç yorgun değilim					Çok yorgunum					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																	
Hiç yorgun değilim					Çok yorgunum																						
Bilişsel – Algısal Örüntü:																											
<input type="checkbox"/> Görme yetersizliği		<input type="checkbox"/> Miyop		<input type="checkbox"/> Hipermetrop		<input type="checkbox"/> Astigmatizm		<input type="checkbox"/> Gözlük																			
		<input type="checkbox"/> Katarakt		<input type="checkbox"/> Glokom		<input type="checkbox"/> Lens		<input type="checkbox"/> Şaşılık																			
<input type="checkbox"/> İşitme Yetersizliği		<input type="checkbox"/> Sağ		<input type="checkbox"/> Kısmi		<input type="checkbox"/> Sol		<input type="checkbox"/> Kısmi																			
		<input type="checkbox"/> Tam				<input type="checkbox"/> Tam		<input type="checkbox"/> İşitme cihazı																			
<input type="checkbox"/> Konuşma yetersizliği		<input type="checkbox"/> Kekeme		<input type="checkbox"/> Anlamsız kelimeler		<input type="checkbox"/> Tercüman gereksinimi																					
Oryantasyon						<input type="checkbox"/> Zaman				<input type="checkbox"/> Yer				<input type="checkbox"/> Kişi				<input type="checkbox"/> Oryante Değil									
Glaskow Koma Skalası																											
En iyi göz açma				Puan		En iyi sözlü cevap				Puan		En iyi motor yanıt				Puan											
Amaçlı ve spontan				4		Oryante				5		Emirlere uyuyor				6											
Sese				3		Oryantasyon bozuk				4		Ağrının yerini belirtme				5											
Ağrıya				2		Tutarsız kelimeler				3		Ağrıya çekerek cevap verme				4											
Cevap yok				1		Anlamsız sözler				2		Ağrıya fleksiyonla cevap verme				3											
						Cevap yok				1		Ağrıya ekstansiyonla cevap verme				2											
												Cevap yok				1											
* Hastanın Bilinç düzeyini Glaskow Koma Skalası ile her üç alanı ayrı ayrı inceleyip hastanın cevabına karşılık gelen puanı yuvarlak içine alarak ve toplam puan üzerinden değerlendiriniz.																											
Aktivite-Oyun																											
Yaşına uygun oyun/aktivite durumu:																											
Ağrının Değerlendirilmesi																											
Ağrı : <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok																											
Ağrının olduğu vücut bölümü:																											
Ağrının başlama zamanı ve süresi:																											
Ağrının niteliği: <input type="checkbox"/> Zonklayıcı				<input type="checkbox"/> Yanııcı				<input type="checkbox"/> Batıcı				<input type="checkbox"/> Yangı															
<input type="checkbox"/> Künt				<input type="checkbox"/> Bıçak saplanır tarzda				<input type="checkbox"/> Diğer-----																			
Ağrının Şiddeti: (Ağrı Skalası): Yaşa uygun skala ile değerlendirilmelidir																											
Skala								Yaş grubu																			
Yenidoğan Bebek Ağrı Skalası (NIPS)								Preterm ve term yenidoğanlar																			
Yenidoğan Postoperatif Ağrı Skalası (CRIES)								Miadında doğmuş yenidoğanlar (32-60 gestasyon haftası)																			
Yenidoğanın Postoperatif Davranışsal Ağrı Tanılama Skalası (FLACC)								2 ay-7 yaş arası çocuklar																			
Sözel derecelendirme ölçekleri								4-17 yaş arasındaki çocuklar ve adölesanlar																			
Yüz ağrı ölçekleri								3 yaşından büyük çocuklar																			

Sayısal ağrı ölçekleri	Genellikle 5 yaşından büyük çocuklar
Görsel analog skala	7 yaş ve üzeri çocuklar
Yüz ağrı ölçeği	
Sayısal ağrı ölçeği	
Ağrıyı Azaltan Faktörler: <input type="checkbox"/> Ortam değişikliği <input type="checkbox"/> Hareket <input type="checkbox"/> Pozisyon <input type="checkbox"/> Masaj <input type="checkbox"/> İlaç <input type="checkbox"/> Diğer----- Ağrıyı Arttıran Faktörler: <input type="checkbox"/> Oturma <input type="checkbox"/> Masaj <input type="checkbox"/> Hareket <input type="checkbox"/> Pozisyon <input type="checkbox"/> Diğer----- Hastanın ağrıyı azaltmak için yapılanlar: Ağrının yaşam kalitesine etkisi: Eşlik eden bulgular: <input type="checkbox"/> Bulantı-kusma <input type="checkbox"/> Uykusuzluk <input type="checkbox"/> İştahsızlık <input type="checkbox"/> Fizik aktivitede azalma <input type="checkbox"/> Sosyal aktivitede azalma <input type="checkbox"/> Terleme	
Kendini Algılama – Benlik Kavramı Örüntüsü:	
Emosyonel Durumu <input type="checkbox"/> Sakin <input type="checkbox"/> Endişeli <input type="checkbox"/> Sinirli <input type="checkbox"/> İçine kapanık Genel görünümü <input type="checkbox"/> Bakımlı <input type="checkbox"/> Bakımsız	
-Bu bölüm daha küçük çocuklar için ebeveynine şu sorular sorularak değerlendirilecektir; * Hastalık nedeniyle çocuğunuz huyunda değişim oldu mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız:	
-Bu bölümde 6 yaşından sonraki çocukların değerlendirilmesi için hastane ve kendisi ile ilgili resim çizdirtilecektir ve bu resim veri toplama formuna eklenecektir.	
-Aşağıda yer alan sorular sadece adölesanlara sorulacaktır.	
*Hastalık nedeniyle kendiniz ile ilgili düşüncelerinizde değişim oldu mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız:	
*Hastalık nedeniyle kendinize olan saygınızda değişim oldu mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız:	
*Hastalık nedeniyle bedeniniz hakkındaki düşüncelerinizde değişim oldu mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız:	
Aile içindeki rol/rolleriniz nelerdir?	
Hastalık nedeniyle aile içindeki rolleri üstlenmekte sorun yaşıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Açıklayınız.....	

Hastalık aile içi ilişkilerinizi/iletişiminizi etkiledi mi?

Hayır Evet Açıklayınız.....

Hastalık sizin hayatınızı etkiledi mi?

Hayır Evet Açıklayınız.....

Hastalık çocuğunuz hayatınızı etkiledi mi?

Hayır Evet Açıklayınız.....

Hastalık arkadaş/komşu/akrabalar ile ilişkilerinizi/ iletişiminizi etkiledi mi?

Hayır Evet Açıklayınız.....

Yardıma ihtiyacınız olduğunda size destek olabilecek kişiler var mı?

Hayır Evet Açıklayınız.....

Cinsellik – Üreme Örüntüsü:

Erkekler için;

Seste kalınlaşma var mı? Hayır Evet

Koltuk altı kıllanma var mı? Hayır Evet

Pubik kıllanma var mı? Hayır Evet

Skrotumda ağrı var mı? Hayır Evet

Kızlar için menarş oldu mu? Hayır Evet (Ne kadar süredir menstrual siklus yaşıyor.....)

Hastalık sürecinde menstrual siklusta değişim oldu mu? Hayır Evet Açıklayınız:.....

Pubik kıllanma var mı? Hayır Evet

Koltukaltı kıllanma var mı? Hayır Evet

Göğüslerde büyüme var mı? Hayır Evet

Vajinal akıntı var mı? Hayır Evet (Özelliklerini yazınız.....)

Başetme-Stres Toleransı Örüntüsü:

Hastalığın ortaya çıkmasına neden olan bir olay/durum yaşadınız mı? (yaşı uygun olan çocuklara sorulacak)

Hayır Evet Açıklayınız.....

Stresli olduğunuzda sakinleşmek için ne yaparsınız? (yaşı uygun olan çocuklara sorulacak)

Çocuğunuz hastalığının ortaya çıkmasına neden olan bir olay/durum yaşadınız mı? (Ebeveyne sorulacak)

Hayır Evet Açıklayınız.....

Çocuğunuz stresli olduğunuzda sakinleşmek için ne yaparsınız? (Ebeveyne sorulacak)

Değer-İnanç Örüntüsü:

Aşağıdaki sorular ebeveynlere yöneltilecektir. Çocuğun yaşı uygunsa (adölesanlar) çocuğa da sorulacak.

Hastalık tedavisini etkileyen dinsel/kültürel inançlarınız var mı?

Hayır Evet Açıklayınız.....

Hastalığımız değer ve inançlarımızı etkiledi mi?

Hayır Evet Açıklayınız.....

Geleceğe ilişkin hedefleriniz nelerdir?

Büyüme- Gelişme Örüntüsü

Çocuk aşağıda yer alan gelişim alanları açısından yaşına uygun gelişim gösterip göstermedi açık bir şekilde yazılacak

Motor gelişim (Yaşa uygun):

Sosyal gelişim (Yaşa uygun):

Bilişsel gelişim (Yaşa uygun):

Seksüel gelişim (Yaşa uygun):

Ahlak gelişimi (Yaşa uygun):

Fiziksel Değerlendirme**Derinin ve eklerinin değerlendirilmesi**

Renk:
Tonüs:
Lezyon:
Skar:
Kuruluk:
Döküntü:
Kaşıntı:
Sıcaklığı:
Kızarıklık:

Kaşık tırnak:
Çomak parmak:
Siyanoz:
Ödem:
Peteşi:
Ekimoz:
Aydede yüz
Fasial paralizi
Tüp/Dren/katater:
Diğer bulgular.....

Baş

Saçlı deride kuruluk:
Saç dökülmesi:
Saç tellerinde incelme
Saçlarda renk değişimi:
Hijyen durumu:

Fontaneler (büyüklükleri, çöküntü, pulsasyon veya kabarıklık):
Kraniotabes:
Kitle:
Baş şekli:
Ağrı:
Diğer bulgular.....

Gözler

Konjonktiva rengi:
Skleraların rengi:
Strabismus:
Pitozis:
Nistagmus:

Egzoftalmus
Diplopi
Fotofobi
Pupiller refleks:
Anizokori:
İzokori:
Periorbital ödem:
Diğer bulgular.....

Kulaklar

Çınlama

Akıntı: Hassasiyet: Kızarıklık:	Kulak düşüklüğü: İşitme cihazı: Hijyen durumu: Diğer bulgular.....
Burun Tıkanıklık: Akıntı: Kanama:	Burun kanadı solunumu: Koku alma fonksiyonu: Deformite: Diğer bulgular.....
Boyun Yutma güçlüğü Tortikolis	Ense sertliği Lenf nodu palpasyonu: Hipertroid Diğer bulgular.....
Ağız Ağız hijyeni: Ağız içi mukoza rengi: Kuruluk: Lezyon: Dil üzerinde plak: Halitozis: Dudaklarda siyanoz: Diş sayısı: Diş çürüğü: Diş kaybı:	Diş etinde kanama: Diş etinde ödem: Diş etinde çekilme: Yarı damak: Yarı dudak: Dil kökü yapışıklığı: Peroral siyanoz: Tonsil büyüklüğü ve rengi: Tonsiller üzerinde plak: Diğer bulgular.....
Solunum Sistemi Solunum sayısı: Solunum tipi: Dispne: Öksürük: Sekresyon: Raller: Stridor: Wheezing: İnterkostal retraksiyon: Takipne Bradipne Apne Raşitik rosary:	Egzersiz intoleransı Göğüs ağrısı: Hemoptizi: Pektus ekscavatus: Pectus carinatus: Göğüste asimetri: Meme başında ödem: Meme başında akıntı: Meme başında asimetri: Aksiller lenf nodu palpasyonu: İnhaler kullanma: Oksijen kullanma: Diğer bulgular.....
Kardiyovasküler Sistem Kalp atım hızı: Nabız özelliği: Taşikardi: Bradikardi: Aritmi: Üfürüm: Kalp ritmi:	Sağ ve sol dorsal ayak nabızı: Kapiller dolum: Boyun venlerinde dolgunluk: Kan basıncı: Hipertansiyon: Hipotansiyon: Varis: Diğer bulgular.....
Abdomen Asimetri: Distansiyon: Umblikall herni: Umblikal bölgede akıntı: Umblikal bölgede kızarıklık:	Assit: Hepatomegali Stria: Kolostomi: İleostomi: Bağırsak sesleri:..../dk Hipoaktif: Hiperaktif:

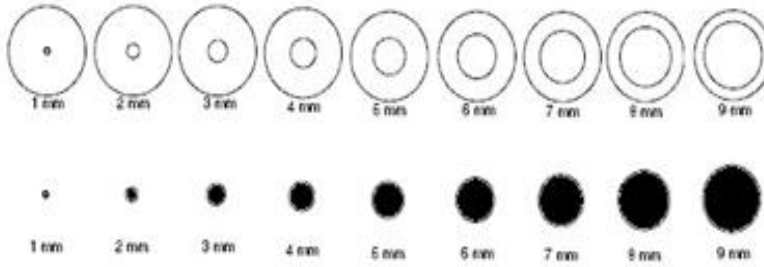
İnguinal Herni	Diğer bulgular.....
Genital Gölge Genital hijyen: Anal anomali: Hemoroid: Fissür: Fistül: Vajinal enfeksiyon: Klitoriste ödem:	Labia majör ve minör ödem: Fimozis: Hipospadis: Epispadias: Hidrasel: Kriptorşitizm: Sünnet olma durumu: Diğer bulgular.....
Kas-İskelet Sistemi Kas tonüsü: Ağrı: Tibial ödem: DKÇ: Kollarda asimetri: Spastisite Rijidite: Eklem hareket açıklığında kısıtlılık: Eklemlerde kızarıklık: Eklemlerde Şişlik: Eklemlerde Hassasiyet: Hemortraz: Kitle: Ekstremitelerin ısısı:	Kontraktür Pes planus: Sindaktili: Polidaktili: Adaktili: Sandal açıklığı: Simian çizgi: Tırnak hijyeni: Tırnaklarda beyaz çizgi: Skolyoz: Kifoz: Lordoz: Spina bifida: Diğer bulgular.....
Nörolojik Değerlendirme Apati: Ataksi: Denge kaybı: Tremor: Nöropati: Konuşma ve anlama fonksiyonu:	Ellerde uyuşma: Ayaklarda uyuşma: Karıncalanma: Hafıza: Vertigo: Hemipleji: Parapleji: Diğer bulgular.....
Reflekslerin Değerlendirilmesi Arama refleksi Emme refleksi Babinski refleksi Adımlama refleksi Yakalama refleksi	Gövdenin içe eğilme refleksi Moro refleksi Tonik boyun refleksi Göz kırpma refleksi Aksırma ve öksürme refleksi Esneme ve hıçkırık refleksi Diğer bulgular.....
<u>Değerlendirmeye ilişkin yukarıda ver alan bulgular dışında sizin gördüğünü ve ele aldığımız bul varsa lütfen bu alana açıklayıcı bir şekilde yazınız?</u>	
Hastalığın ve hastanede yatmanın çocuk üzerindeki psikososyal etkilerini nelerdir? (sizin	

değerlendirdiğiniz ve gözlemediğiniz)

Hastalığın ve hastanede yatmanın aile üzerindeki psikososyal etkilerini nelerdir? (sizin değerlendirdiğiniz ve gözlemediğiniz)

Aşağıda değerlendirmenize yardımcı olacak bazı görseller yer almaktadır.

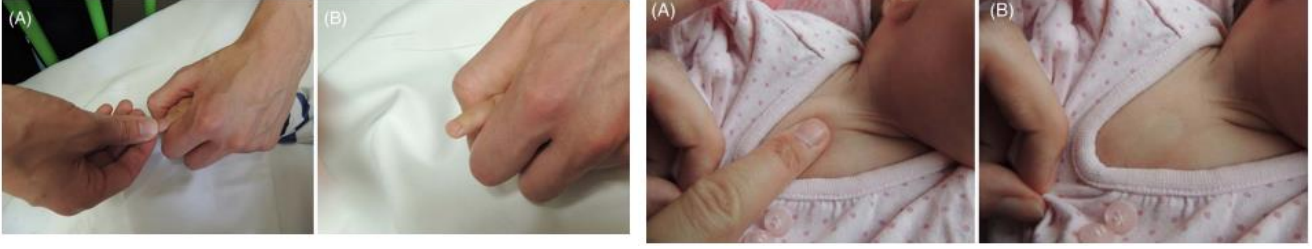
Örneğin; hastanızın pupilleri ışığa tepki olarak küçülüyor ve çapı 3 mm



Ödem derecesini resimde gösterildiği gibi belirleyiniz.



Kapiller geri dolumu değerlendiriniz (Tırnak yatağındaki renk değişimi değerlendirilir. Yenidoğanlarda ise sternum uzerinden değerlendirilir)



Deri turgorunun değerlendirilmesi



Laboratuvar Çalışmaları	Referans aralığı	Tarih..... Hastanın Sonuçları	*Yorumunuz
Hemogram			
WBC			
RBC			
HGB			
HCT			
PLT			
MCV			
MCH			
MCHC			
Biyokimya			
Klor			
Kalsiyum			
Sodyum			
Potasyum			
Fosfor			
Demir			
Demir bağlama			
Total demir bağlama kapasitesi			
AST			
ALT			
ALP			
GGT			
LDH			
Açlık kan şekeri			
Tokluk kan şekeri			
Albumin			
Total Protein			
Total Bilirubin			
Direkt Bilirubin			
BUN			
Kreatinin			
Üre			
Ürik asit			

Sıvı-İzlem Formu							Tarih.....				
$\text{Damla Sayısı (DDS)} = \frac{\text{Total Sıvı Miktarı} \times 20}{60 \text{ dk} \times \text{Verilecek Saat Süresi}}$							Saatte Gidecek Sıvı Miktarı=				
GİREN SIVILAR ÖNCEKİ TOPLAM:							ÇIKAN SIVILAR ÖNCEKİ TOPLAM:				
SAAT	GİDEN SIVILAR						ÇIKAN SIVILAR				
	Oral	Kan ve kan ürünü	IV sıvılar (cinsi)				İdrar	Dışkı	Kusma	NG Tüp	Dren (ler)
Şişe Seviyesi			Giden miktar	Şişe Seviyesi	Giden miktar						
08.00											
09.00											
10.00											
11.00											
12.00											
13.00											
14.00											
15.00											
16.00											
ARA TOPLAM											
17.00											
18.00											
19.00											
20.00											
21.00											
22.00											
23.00											
24.00											
ARA TOPLAM											
01.00											
02.00											
03.00											
04.00											
05.00											
06.00											
07.00											
08.00											
ARA TOPLAM											
GENEL TOPLAM											

Total Alınan Sıvı :

Total Çıkarılan sıvı:

Balans :

TANILAMA

(Veri toplama şamasından sonra verilerin analizi ile NANDA tanı listesi kullanılarak hemşirelik tanıları belirlenir. Tanılar NANDA formatına göre yazılır)

PLANLAMA AŞAMASI

(Hemşirelik tanıları, öncelik sırasına göre sıralanarak bu forma yazılır. Her bir hemşirelik tanısı için amaç ve beklenen sonuç kriterlerine karar verilir. Hasta hemşirelik tanısına yönelik yapılması gereken tüm hemşirelik girişimlerine karar

UYGULAMA AŞAMASI

(Planlanan girişim uygulandı ise Evet (+) uygulanmadı ise Hayır (-) şeklinde belirtilir)

DEĞERLENDİRME AŞAMASI

(Belirlenen beklenen sonuç kriterleri değerlendirilerek amaca ulaşıp ulaşılmadığına ilişkin karar verilir)

Tarih	Etiyolojik Faktör/Neden	Tanı	Tanımlayıcı Özellikler	Amaç: Beklenen Sonuç Kriterleri:	Girişimler	Evet (+) / Hayır (-) ise nedeni açıkla	Değerlendirme

BU FORM İŞLETMELERDE MESLEKİ EĞİTİM DERSİNİ ALAN ÖĞRENCİLER İÇİNDİR

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI
HAFTALIK RAPOR**

Çalıştığı Birim/Servis :	Tarih :
Hemşirelik Bakımı ve İlgili Hizmetler:	
İntörlük Stajı Yapan Öğrencinin İmzası:	Staj Yapılan Birimin Sorumlu Hemşiresini İmzası:

*Ayaktan tedavi ünitesi, acil, kan alma gibi birimlerde yukarıdaki form doldurulacaktır. Bu form haftalık doldurulacak ve haftanın son günü birimdeki sorumlu hemşireye onaylatılmalıdır. Her hafta için ayrı çıktı alınız.

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ALANI BECERİ LİSTESİ

Beceriler	Yeterli	Geliştirilmeli	Yetersiz	Uygulama kaç kez yapıldı
1-Çocuk ile iletişim				
2-Çocuğu işlemlere hazırlama				
3-Çocukta ağrıyı yönetimi				
4-Terapötik oyunu kullanma				
5-Yaşamsal bulguları alma ve değerlendirme				
6-Oksijen saturasyonunu ölçme				
7-Fizik muayene yapma				
8-Boy ölçümü yapma ve persantilini belirleme				
9-Kilo ölçümü yapma ve persantilini belirleme				
10-Baş çevresi ölçümü yapma ve persantilini belirleme				
11-Ödem değerlendirmesi yapma				
12-Pupil reaksiyonunu değerlendirme				
13-Fontanelleri değerlendirme				
14-Refleksleri değerlendirme				
15-Deri turgoru değerlendirme				
16-IV sıvılarını takip etme				
17-AÇT yapma ve değerlendirme				

18-Barsak seslerini dinleme ve değerlendirme				
19-Akciğer seslerini dinleme ve değerlendirme				
20-IV ilaç hazırlama ve uygulama				
21-Lokal ilaç (göze, kulağa, deriye, burna) hazırlama ve uygulama				
22-Rektal ilaç hazırlama ve uygulama				
23-Oral ilaç hazırlama ve uygulama				
24-IM ilaç hazırlama ve uygulama				
25-SC ilaç hazırlama ve uygulama				
26-İnhaler ilaç hazırlama ve uygulama				
27-İntravenöz sıvı tedavisi hazırlama, başlatma ve izleme				
28-Oksijen uygulama				
29-İdrar örneği alma (küçük çocuklarda idrar torbası ile)				
30-İlaç dozu hesaplama				
31-İlaçların güvenli dozunu hesaplama				
32-Günlük sıvı gereksinimini m ² cinsinden hesaplama				
33-Ağız bakımı yapma				
34-Soğuk uygulama yapma				
35-Lavman uygulaması yapma				
36-Nazogastrik tüp ile besleme yapma				
37-Nazogastrik tüp ile ilaç verme				
38-Postural drenaj uygulama				

Her bir uygulama en az 2 kez yapılmalıdır

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ALANI
ÖĞRENCİ KLİNİK UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı:

Klinik:

	Puan	Öğretim Elemanı
A. PROFESYONELLİK/BİREYSEL	24	
Kıyafet yönetmeliğine ve mesleki davranış ilkelerine uyma	2	
Mesleki iletişim ilkelerine uyma (sağlık profesyonelleri ve hasta ve ailesi)	4	
Öğrenme ve araştırmaya istekli olma	3	
Sorumluluk alma ve yerine getirme	2	
Uygulama saatlerine uyma	2	
Hasta teslimi yapma	2	
Rotasyon uygulama alanlarından yeterince yararlanma, yönlendirme kılavuzlarına uygun rapor hazırlama ve teslim etme	4	
Tüm işlemlerde hasta ve çalışan güvenliği ilkelerini uygulama	2	
Mesleki/etik ilkelerine ve çocuk haklarına göre çalışma	3	
B. HASTA BAŞI ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRMESİ	26	
Hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında kuramsal bilgiye sahip olma	2	
Hastalığın klinik bulguları ile hastadaki klinik bulguları karşılaştırma	2	
Hastanın fiziksel muayenesini yapma	2	
Hastanın laboratuvar ve görüntüleme bulgularını bilme ve yorumlama	2	
Yaşına uygun büyüme gelişme özelliklerini değerlendirme	2	
Aile merkezli bakımı uygulama	3	
Atravmatik bakımı uygulama	3	
Hastayı (veriler doğrultusunda) analitik bir şekilde değerlendirme	2	
Hastanın tedavisinde yer alan ilaçları bilme ve dozlarını hesaplama	2	
Hastanın tedavisinde yer alan ilaçların güvenlik dozlarını hesaplama	2	
Hastanın ve ailesinin sağlık eğitim gereksinimlerini belirleme ve eğitim yapma	2	
Hastaneye yatmanın ve hastalığın hasta üzerindeki psikososyal etkilerinin farkında olma	2	

C. HEMŞİRELİK SÜRECİ	50	
VERİ TOPLAMA	9	
Tüm veri toplama kaynaklarını kullanarak sağlık gereksinimlerine uygun, bütüncül ve sistematik veri toplama	3	
Veri toplama formlarını eksiksiz doldurabilme	3	
Verileri analiz edebilme	3	
TANILAMA	9	
Verilere uygun hemşirelik tanılarını ve kolaboratif problemleri belirleme	3	
Hemşirelik tanısının etiyolojik/iliőekli faktörünü doğru bir şekilde belirleme	3	
Hemşirelik tansının tanımlayıcı özelliklerini belirleme	3	
PLANLAMA	12	
Hemşirelik tanılarını öncelik sırasına göre sıralama ve ele alma	3	
Her hemşirelik tanısı için amaç belirleme	3	
Her hemşirelik tanısı için sonuç kriterlerini belirleme	3	
Hemşirelik tanılarına yönelik uygun girişimlerini belirleme	3	
UYGULAMA	10	
Belirlediği girişimleri öncelik sırasına göre uygulama	5	
Girişimleri kanıta dayalı olarak uygulama	5	
DEĞERLENDİRME	10	
Her bir hemşirelik tasını için belirlenen sonuç kriterlerine göre değerlendirme yapma	5	
Değerlendirme sonucuna göre hemşirelik sürecini tekrar planlama	5	
ALDIĞI TOPLAM PUAN		
GELİŐTİRİLMESİ GEREKEN YÖNLER:		

Öğrenci Adı Soyadı:

Değerlendiren Öğretim Elemanı:

İmza

İmza

BU FORM 3. SINIF ÖĞRENCİLERİ İÇİNDİR**BAKIM/SAHA ÇALIŞMASI DERSLERİ UYGULAMA DEĞERLENDİRME FORMU
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRİLEĞİNDE BAKIM DERSİ HEMŞİRE
DEĞERLENDİRME FORMU**Öğrencinin Adı Soyadı:
Numarası :Uygulama Alanı:
Uygulama Tarihi:

Sorumlu Öğretim Elemanı:.....

MESLEKİ GELİŞİM VE İLETİŞİM	Çok Kötü: 1	Kötü: 2	Orta: 3	İyi: 4	Çok İyi: 5
1. Profesyonel görünüm ve davranış					
2. Uygulama alanına saatinde gelip/gitme					
3. Zamanı etkin kullanma					
4. Geribildirime açık olma					
5. Sorumluluk almada istekli olma					
6. Öğrenmeye istekli olma					
7. Hasta teslimine katılma/ uygun teslim alıp verme					
8. Hasta bakımına katılmada istekli olma					
9. Servis içi uygulamalarda aktif olma					
10. Hasta/hasta yakına eğitim yapma					
11. Teorik bilgisini uygulamada kullanma					
12. Hastada meydana gelen önemli değişikliklerin farkına varma; hemşire veya sorumlu hemşireye ya da öğretim elemanına bildirme					
13. Hastayı işlemlere hazırlama					
14. Hasta ile ilgili verileri toplama ve yorumlama					
15. Hastanın sorununu doğru belirleme					
16. Hastanın sorunlarına yönelik çözüm arayışında olma					
17. Hasta/sağlıklı bireyle iletişim					
18. Hasta yakını/aileyle iletişim					
19. Grup arkadaşlarıyla ve ekip üyeleriyle iletişim					
20. Hemşire ve sorumlu hemşire ile iletişim					
GENEL TOPLAM					

*Öğrenci bu formdan minimum 20 puan maksimum 100 puan alabilir.

Öğrenci Hakkındaki Diğer Görüşler

Değerlendiren Hemşirenin Adı Soyadı:

İMZA

BU FORM 4. SINIF ÖĞRENCİLERİ İÇİNDİR**İŞLETMELERDE MESLEKİ EĞİTİM DERSİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ UYGULAMA ALANI İÇİN HEMŞİRE DEĞERLENDİRME FORMU**

ÖĞRENCİNİN Adı ve Soyadı :		Fotoğraf
Okul No :		
Dersin Adı :		
Staj Yapılan Kurum/ Kuruluşun Adı :		
Çalıştığı Birim/ Servis(ler):	Tarih	Süresi (iş günü)

DEĞERLENDİRME	Çok Kötü (1)	Kötü (2)	Orta (3)	İyi (4)	Çok İyi (5)
1-Profesyonel görünüm ve davranışa sahip olma					
2-Uygulama saatlerine uyma (geliş-gidiş saatleri)					
3-Sorumluluk alma ve sorumluluklarını zamanında yerine getirme					
4-Öğrenme ve araştırmaya istekli olma					
5-Geribildirime açık olma					
6-Problem çözme becerisine sahip olma					
7-Ekibin bir üyesi gibi çalışma					
8-Sağlık ekibi ile iletişim					
9-Çocuk ve aile ile iletişim					
10-Hasta teslimine katılma/ uygun teslim alıp verme					
11-Yeterli teorik bilgiye sahip olma ve teorik bilgisini uygulamada kullanma					
12-Bakımında aile merkezli bakımı benimseme					
13-Çocukta hastalık ve hastanenin etkilerini azaltmaya yönelik uygulamalar yapma					
14-Bakımda hasta güvenliği ilkelerine uyma					
15-İlaç tedavisinde doğru doz hesaplama ve uygulama					
16-Çocuk ve ailesinin sağlık verilerini doğru bir şekilde toplama ve analiz etme					
17-Servis içi uygulamalarda ve bakımda aktif olma					
18-Acil durumlarda istenilen performansı gösterme					
19-Çocuğa ve ailesine eğitim yapma					
20-Sağlık ve bakım kayıtlarını uygun bir şekilde tutma					

Öğrenci Hakkındaki Genel Görüşler;

Değerlendirmeyi yapan Sorumlu Hemşirenin; Adı ve Soyadı **İmza** **Tarih**

*Öğrenci bu formdan minimum 20 puan maksimum 100 puan alabilir. Bu form servis sorumlu hemşiresi tarafından doldurulduktan ve onaylandıktan sonra uygulamanın sonunda kapalı zarf içerisinde devam çizelgesi ile birlikte teslim edilmelidir.