



T.C.

NUH NACI YAZGAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

HEM 445 HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERSİ UYGULAMA YÖNERGESİ

2025–2026 EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI GÜZ YARIYILI

IV. SINIF

ÖĞRENCİ ADI SOYADI

NUMARASI

İMZA

Dersin Koordinatörü: Doç. Dr. Zeliha KAYA ERTEN

Dersin Sorumlu Öğretim Görevlileri:

Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde KORKMAZ

Arş. Gör Cansu YAŞAR

PDF dosyasının adı 'ÖĞRENCİ NO – AD SOYAD' formatında olmalıdır. Bu formata uygun olmayan dosyalar değerlendirilmeye alınmayacaktır.

DÖNEM SONU DOSYA İÇERİĞİ KONTROL LİSTESİ	VAR	YOK
1. Her Öğrenci Dosyasının 1. Sayfasına Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi Uygulama Değerlendirme Çizelgesini eklemelidir. (Ek 1)		
2. Her Öğrenci Dosyasının 2. Sayfasına Akran Vaka Çalışması Değerlendirme Formunu Eklemelidir. (Ek 2)		
3. Her Öğrenci Dosyasının 3. Sayfasına Alan Hemşiresi Değerlendirme Formunu Eklemelidir. (Ek 3)		
4. Uygulama Kuralları Belgesi (İmzalı)(3. Ve 4. Sayfa)		
5. Günlük Uygulama Raporları (Ek 4)		
6. Gebe İzlem Formları (Ek 5 – En Az 3 Adet)		
7. Bebek İzlem Formları (Ek 6 – En Az 3 Adet)		
8. Yaşlı İzlem Formları (Ek 7 – En Az 3 Adet)		
9. Ketem Günlük Uygulama Raporları (Ek 8– Ketem’e Çıkan Öğrenciler İçin)		
10. Halka Yönelik Eğitim Raporları (Her Eğitim İçin Ayrı Rapor)		
11. Omaha Sistemine Göre Hazırlanan Veri Toplama Formu ve Bakım Planı (Ek 9-Ek 10) (Bireysel Vakanız)		
12. Vaka Sunumuna Ait Aile Bakım Planı Özeti/Sunum Çıktısı (Grup Vakanız)		
13. Toplumsal Katkı Etkinliği RAPORU (EK 11)		
14. Eğitim Raporu (EK 12)		

Dönem sonunda dosyanın 1., 2. ve 3. sayfalarının çıktısı alınarak sorumlu öğretim elemanına imza karşılığı teslim edilecektir.

Diğer tüm sayfalar ve eğitim raporları tek bir PDF dosyası hâlinde Classroom’a yüklenecektir.

HEM 445 HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERSİ UYGULAMA KURALLARI

1. Her öğrenci dosyasının 1. Sayfasına **Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi Uygulama Değerlendirme Çizelgesini** eklemelidir. Bu formun çıktısını alıp bana teslim edeceklerdir. Diğer tüm belgeler çevrim içi olarak Classroom'a yüklenecektir. (EK 1).
2. Her öğrenci, dosyasının 2. sayfasına **Akran Vaka Çalışması Değerlendirme Formunu** eklemelidir. Bu formun çıktısını alıp bana teslim edeceklerdir. Diğer tüm belgeler çevrim içi olarak Classroom'a yüklenecektir (EK2).
3. Her öğrenci dosyasının 3. Sayfasına **Akran Vaka Çalışması Değerlendirme Formunu eklemelidir**. Bu formun çıktısını alıp bana teslim edeceklerdir. Diğer tüm belgeler çevrim içi olarak Classroom'a yüklenecektir. (EK3)
4. Uygulamaya **temiz, düzenli ve dikkat çekmeyen kıyafetle** gelinmelidir. (Makyaj konusunda ölçülü olunması beklenmektedir.)
5. **Erkek öğrenciler** uygulamaya **sakal tıraşı** olmuş şekilde gelmelidir.
6. Uygulama sırasında **beyaz önlük** giyilmesi zorunludur.
7. **Yaka kartları** mutlaka takılı olmalıdır.
8. **Her türlü takı (küpe, yüzük, bileklik, kolye vb.) takmak ve tespih bulundurmak veya kullanmak kesinlikle yasaktır.**
9. **Sağlık personeli veya diğer çalışanlarla tartışmaya girilmemeli**, herhangi bir sorun yaşanması halinde ilgili **öğretim elemanına derhal bilgi verilmelidir**.
10. **Öğrenciler çıktıkları** her gün için **bireysel günlük rapor** hazırlanacaktır. (EK 4)
11. Öğrenciler, **3 gebe izlemine, 3 bebek izlemine ve 3 yaşlı izlemine** katılım sağlanacak ve her biri raporlanacaktır. Evde Sağlık Birimindeki öğrenciler en az 9 izlem (yaş grubu farketmez) yapmalıdır. (EK 5, EK 6, EK 7)
12. **KETEM uygulamasına çıkan öğrenciler**, her gün için **bireysel rapor** hazırlayacaklardır. (EK 8)
13. Her Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) halka yönelik **eğitim etkinlikleri** düzenlenecektir.
14. Her öğrenci, bir **aile tespit edecek** ve bu aileye ilişkin verilerin toplanması ve **hemşirelik bakım planını OMAHA Sistemine göre** hazırlayacaktır (KETEMLER dahil). (EK 9 ve EK 10)
15. Gerektiğinde ASM sorumlu hekimi ve hemşiresi ile görüşülerek, **aile güvenliği uygun ise ev ziyareti** yapılabilir. **Ev ziyareti mümkün değilse, aile ASM'ye davet edilerek görüşme sağlanacaktır.**
16. Her öğrenci bir **vaka grubunda** yer alacak, uygun aile belirlenip bakım planı hazırlandıktan sonra **sınıf sunumu** yapılacaktır, her grubun sunum süresi 20 dakikadır.(yani her öğrencinin bir adet bireysel vakası ve bakım planı, bir adet grup vakası ve grup bakım planı olmalıdır.)
17. **Ulaşım ve öğle yemeği giderleri** öğrencinin sorumluluğundadır.
18. Öğrencinin **geliş ve gidiş saatleri**, uygulama yapılan kurumun çalışma saatleri ile aynı olacaktır.

19. Halk Sağlığı Hemşireliği dersi kapsamında her öğrenci, dönem boyunca **en az bir toplumsal katkı etkinliği** gerçekleştirecektir. Bu etkinliğin raporu 25 Aralık 2025 tarihinde teslim edilecektir (EK 11).

20. Her eğitim için ayrı bir **Eğitim Rapor Formu** doldurulacak (EK 12), katılımcı sayısı, eğitim süresi, kullanılan materyaller ve geri bildirimler belgelenecektir. Eğitim konuları, toplumun mevcut **sağlık ihtiyaçlarına** ve ASM bölgesinin öncelikli sorun alanlarına göre, **her öğrenci tarafından bireysel olarak** hazırlanacaktır.

Örnek konular:

- Bulaşıcı hastalıklardan korunma
- Ağız ve diş sağlığı
- Anne ve bebek beslenmesi
- Kronik hastalıklarda yaşam tarzı değişiklikleri
- Akılcı ilaç kullanımı
- Fiziksel aktivitenin önemi
- Sigara ve madde kullanımının zararları
- Kadın sağlığı ve meme kanseri farkındalığı
- İlk yardımın temel ilkeleri
-

21. Her öğrenci, uygulama yapılan kurumda sorumlu hemşireye giriş ve çıkışlarda **mutlaka imza vermelidir.**

- **İmza atma sorumluluğu tamamen öğrenciye aittir.**
- **İmzası bulunmayan öğrenci o gün yok sayılacaktır.**

18. Dönem sonunda, tüm belgeler ve raporlar içeren **uygulama dosyası**, ilgili öğretim elemanına imza karşılığı teslim edilecektir.

AD SOYAD

İMZA

EK 4

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ / GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ

GÜNLÜK UYGULAMA RAPOR FORMU

1. Öğrenci Bilgileri

Bilgi Alanı

Adı Soyadı:

Öğrenci Numarası:

Uygulama Alanı:

Uygulama Tarihi:

Uygulama Günü :

2. Günlük Faaliyet Özeti

Bu bölümde gün içinde gözlemlenen ve uygulanan işlemler ayrıntılı biçimde yazılmalıdır.

- **Gözlemlenen İşlemler:**

.....
.....

- **Katılım Sağlanan / Yapılan İşlemler:**

.....
.....

- **Eğitim / Danışmanlık Faaliyetleri:**

.....
.....

3. Öğrenme Deneyimleri

Gün içinde edinilen yeni bilgi, beceri ve gözlemler buraya yazılır.

- Bugün öğrendiğim yeni bilgi ve beceriler:

.....
.....

- Karşılaşılan güçlükler ve çözüm yolları:

.....
.....

4. Halk Sağlığı Hizmetleri Kapsamında Yapılan Uygulamalar

İzlem, aşılama, gebe-bebek izlem, danışmanlık vb. işlemler belirtilecektir.

Uygulama Türü

Açıklama

Gebe İzlemi:

Bebek/Çocuk İzlemi:

Aşılama / Bağışıklama:

Yaşlı İzlemi:

Ev Ziyareti / Aile Görüşmesi:

Eğitim / Bilgilendirme Konusu:

EK 5

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ GEBE İZLEMİ RAPORU / VERİ TOPLAMA FORMU

1. Kimlik Bilgileri

Adı Soyadı

Yaşı

TC Kimlik No (isteğe bağlı)

Eşi / Partneri Adı

Adres / Mahalle

Eğitim Düzeyi

Mesleği

Sosyal Güvencesi

Telefon Numarası

2. Obstetrik Öykü

Bilgi Alanı

Açıklama

Gravida (Toplam Gebelik Sayısı)

Parite (Canlı Doğum Sayısı)

Düşük / Küretaj Sayısı

Ölü Doğum / Yenidoğan Ölümü

Son Gebelik Tarihi (Doğum Yılı)

Son Menstrüel Periyot (LMP)

Tahmini Doğum Tarihi (EDD)

3. Gebeliğe İlişkin Genel Bilgiler

Gebelik Haftası:

Gebeliğin Planlı Olup Olmadığı

Evet Hayır

Gebeliğe Karşı Tutumu

İstekli Kararsız İsteksiz

Eşi / Ailesi Gebeliğe Destek Veriyor mu? Evet Hayır

Psikososyal Durum / Kaygı Düzeyi

4. İzlem Bulguları

İzlem Tarihi	Kan Basıncı (mmHg)	Nabız	Ateş	Kilo (kg)	Fundus Yüksekliği (cm)	Fetal Kalp Atımı	Ödem	Şikâyet / Bulgular	Yapılan Eğitim / Danışmanlık	Öğrenci Adı - Soyadı
--------------	--------------------	-------	------	-----------	------------------------	------------------	------	--------------------	------------------------------	----------------------

5. Yapılan Eğitim ve Danışmanlık Konuları (Yapılan Her Eğitim İçin Eğitim Raporu Eklenecek)

- Gebelikte beslenme
 - Gebelikte egzersiz
 - Demir ve folik asit kullanımı
 - Gebelikte tehlike belirtileri
 - Doğuma hazırlık ve doğum çantası
 - Emzirme ve yenidoğan bakımı
 - Aile planlaması danışmanlığı
 - Psikososyal destek
-

EK 6

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ BEBEK İZLEM FORMU / VERİ TOPLAMA FORMU

1. Kimlik Bilgileri

Bebeğin Adı Soyadı
Doğum Tarihi
Yaşı (Ay)
Cinsiyeti
Anne Adı Soyadı
Baba Adı Soyadı
Adres / Mahalle
Telefon Numarası

2. Doğum ve Beslenme Bilgileri

Doğum Şekli (Normal / Sezaryen)
Doğum Ağırlığı (g)
Doğum Boyu (cm)
Emzirme Durumu (Sadece Anne Sütü /
Karma / Mama)
Anne Sütü Alma Sıklığı
Ek Gıda Başlama Durumu (Evet/Hayır,
Ay)
Vitamin D Desteği (Evet/Hayır)

3. Aşı ve Gelişim Bilgileri

Aşı Takvimi Uygunluğu
Son Yapılan Aşı
Aşı Sonrası Reaksiyon
Motor Gelişim Bulguları
Dil / Sosyal Gelişim Bulguları
Duyusal Tepkiler (Görme / İşitme)

4. İzlem Bulguları

İzlem Tarihi	Ağırlık (kg)	Boy (cm)	Baş Çevresi (cm)	Ateş	Solunum / Nabız	Şikâyet / Bulgular	Yapılan Eğitim / Danışmanlık	Öğrenci Adı - Soyadı
--------------	--------------	----------	------------------	------	-----------------	--------------------	------------------------------	----------------------

5. Yapılan Eğitim ve Danışmanlık Konuları (Yapılan Her Eğitim İçin Eğitim Raporu Eklenecek)

- Anne sütüyle beslenmenin önemi
- Emzirme teknikleri
- Bebeğin kilo takibi
- Aşı takvimi bilgilendirmesi
- Bebeğin gelişimsel izlemi
- Ek gıda bilgilendirmesi
- Hijyen ve bebek bakımı
- Güvenli uyku pozisyonu
- Aile içi iletişim ve anne desteği

EK 7

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ YAŞLI İZLEM FORMU

1. Kimlik Bilgileri

Adı Soyadı
Yaşı
Cinsiyeti
Medeni Durumu
Adres / Mahalle
Telefon Numarası
Yakınlık Derecesi (Refakatçi)
Eğitim Düzeyi

2. Sağlık Durumu Bilgileri

Kronik Hastalıklar
Kullandığı İlaçlar
Alerjiler
Son Doktor Kontrol Tarihi
Bağımlılık Durumu (Sigara / Alkol vb.)
Fiziksel Aktivite Düzeyi
Beslenme Durumu
Uyku Düzeni

3. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)

- Yemek yeme
- Giyinme
- Tuvalet ihtiyacını karşılama
- Yıkanma
- Hareket etme
- Alışveriş yapma
- Ev işleri yapma
- İlaçlarını düzenli alma
- Para işlerini yönetme

4. İzlem Bulguları

İzlem Tarihi	Kan Basıncı	Nabız	Ateş	Kilo (kg)	Şikayet / Bulgular	Yapılan Eğitim / Danışmanlık	Öğrenci Adı - Soyadı
--------------	-------------	-------	------	-----------	--------------------	------------------------------	----------------------

5. Yapılan Eğitim ve Danışmanlık Konuları (Yapılan Her Eğitim İçin Eğitim Raporu Eklenecek)

- Sağlıklı beslenme
- İlaçların doğru kullanımı
- Düşme riskinden korunma
- Kronik hastalık yönetimi
- Egzersiz önerileri
- Ağız ve diş sağlığı
- Sosyal destek ve yalnızlıkla baş etme
- Uyku hijyeni
- Hijyen ve kişisel bakım

EK 8

KETEM GÜNLÜK UYGULAMA RAPORU

1. Öğrenci Bilgileri

Adı Soyadı
Numara
Uygulama Günü ve Tarihi
Uygulama Alanı:
Öğretim Elemanı

2. Merkez Bilgileri

Kurum Adı
Çalışılan Birim
Sorumlu Hemşire / Personel

3. Günlük Faaliyet Özeti

Gözlemlenen işlemler:

Katılım sağlanan işlemler:

Bireysel olarak gerçekleştirilen uygulamalar:

Eğitim, danışmanlık veya bilgilendirme faaliyetleri:

4. Öğrenme Deneyimleri

Bugün öğrendiğim yeni bilgi ve beceriler:

Karşılaşılan güçlükler ve çözüm yolları:

Sağlık ekibiyle iletişim ve iş birliği değerlendirilmesi:

5. KETEM’de Gerçekleştirilen Hizmetler

Meme kanseri taraması (Kendi kendine meme muayenesi, mamografi bilgilendirmesi):

Bu bölümde; meme kanseri farkındalığı eğitiminin nasıl yapıldığını, kendi kendine meme muayenesinin nasıl öğretildiğini, bilgilendirmeye katılımınızı ve gözlemlerinizi açıklayınız. Rahim ağzı kanseri taraması (Smear testi bilgilendirmesi / numune alımı):

Smear testi öncesi yapılan bilgilendirme sürecini, bireylerin rıza alma sürecini, testin nasıl uygulandığını veya nasıl yönlendirildiğini açıklayınız.

Kolon kanseri taraması (Gaitada gizli kan testi, bilgilendirme):

Gaitada gizli kan testi sürecinde yapılan bilgilendirmeleri, test materyalinin nasıl verildiğini, bireylere yapılan açıklamaları ve gözlemlerinizi yazınız.

Akciğer kanseri farkındalık eğitimi:

Akciğer kanseri ile ilgili verilen eğitimleri, özellikle sigara kullanımıyla ilgili yapılan farkındalık çalışmalarını ve danışmanlık sürecini açıklayınız.

Sağlıklı yaşam danışmanlığı (beslenme, fiziksel aktivite, tütün bırakma):

Açıklayınız

Diğer yapılan uygulamalar:

Açıklayınız

EK 9



**T.C.
NUH NACİ YAZGAN ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
2025-2026 GÜZ YARIYILI
HEM 445 HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
BİREY/HASTA VERİ TOPLAMA FORMU**

Öğrenci Adı Soyadı/Numarası:
Klinik/Servis:

BİREY/HASTA BİLGİLERİ

Hasta Adı-Soyadı:
Tanısı/ Ön Tanısı:
Veri Toplama Tarihi:../.../.....
Bilgi Alınan Kişi:
Hasta İle İlgilenen Kişi:
Aktivitelerinde Bağımlılık Durumu: Bağımsız () Yarı Bağımlı () Bağımlı ()
Alerjisi var mı?: Yiyecek İlaç..... Diğer.....

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Yaşı:
Medeni Hali:
Mesleği:
Cinsiyeti:
Eğitim Durumu:
Boy:
Kilo:
Sosyal Güvencesi: SGK () Yeşil Kart () Özel Sigorta () Sosyal Güvence Yok ()
Adres:
Tel no:
Aile tipi: (çekirdek/ geniş aile):.....
Ailede kalıtsal hastalık var mı? Varsa Açıklayınız.
.....

SAĞLIK ÖYKÜSÜ

Şikayetleri:

Daha Önce Hastaneye Yatma Öyküsü:

.....
Kullandığı Protezler: Diş () Gözlük () Baston () İşitme Cihazı () Diğer ()

Kan Grubu:

Transfüzyon Öyküsü: Evet () Hayır () Açıklayınız.....

Bilinen Bulaşıcı Hastalık: Hayır () Evet () Açıklayınız.....

Geçirilmiş Hastalıklar

Geçirilmiş hastalık yok Kalp hastalıkları KBB hastalıkları Enfeksiyon hastalıkları Böbrek hastalıkları
 Konjenital anomaliler Kanser Konvülsiyon Diş hastalıkları Üriner sistem hastalıkları Hepatit Göz hastalıkları

Deri hastalıkları Diğer.....

Yukarıda işaretli bir hastalık varsa süresi ve sonucu ile ilgili açıklama yapınız:

Kronik Hastalıklar

Kronik hastalık yok Diyabet Hipertansiyon KOAH Böbrek yetmezliği Kalp yetmezliği Astım

Diğer.....

HASTALIK/TANI HAKKINDA BİLGİ (AYRINTILI AÇIKLAYINIZ):

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇLAR:

İlaç Ticari İsmi	Etken Maddesi	Kullanım Amacı

BİYOKİMYA:(Normal dışı bütün bulguları yazınız.)

TETKİK (KAN, İDRAR,GAİTA....)	SONUÇ	NORMAL REFERANS ARALIĞI	ÖĞRENCİNİN YORUMU (sonucun hastalıkla ilişkisi)	TETKİK TARİHİ

ÖĞRENCİ HEMŞİRE GÖZLEM FORMU

VİTAL BULGULAR: Hastanızla ilgili vital bulguları eksiksiz aşağıdaki tabloya yazınız.

TARİH	SAAT	VÜCUT SICAKLIĞI C°	NABİZ dk	KAN BASINCI mmHg	SAT. %	ÖĞRENCİ HEMŞİRE GÖZLEM NOTU

PROBLEM SINIFLAMA LİSTESİ

"Notlar" kısmına hastayla ilgili ayrıntılı bilgileri yazınız.

I. ÇEVRESEL ALAN

1. Gelir kaynağı:

- () Maaşlı iş
() Serbest meslek
() Sosyal yardım
() Diğer: _____
• Hane halkı kişi başına düşen gelir miktarı:
_____ TL

- Aile bireylerinden çalışan kişi sayısı:

• Ekonomik zorluklar yaşanıyor mu?
() Evet () Hayır
• Zorluk türü: () Beslenme () Konut giderleri () Sağlık hizmetleri () Eğitim
• Sosyal yardım/ destek hizmetlerinden faydalıyor mu?
() Evet () Hayır
• Notlar:

2. Sanitasyon (Hijyen ve Temizlik Koşulları)

- Bireysel hijyen düzeyi nasıl?
() İyi () Orta () Yetersiz
• Ağız bakımı yeterli mi?
() İyi () Orta () Yetersiz
• Perine hijyeni yeterli mi?
() İyi () Orta () Yetersiz
• Vücut hijyeni yeterli mi?
() İyi () Orta () Yetersiz
• El hijyeni yeterli mi?
() İyi () Orta () Yetersiz
• Notlar:

4. Yaşam Alanı /Hastane Alanı/ İş Ortamı Güvenliği

- Yaşam Alanı /Hastane Alanında çocuklar ve yaşlılar için güvenlik önlemleri mevcut mu?
() Evet () Hayır
• Önlemler: () Kapı kilitleri () Merdiven korkulukları () Elektrik priz koruyucuları () Diğer: _____
• İş ortamı güvenli mi?
() Evet () Hayır
• Çalışma saatleri ve koşulları sağlık açısından uygun mu?
() Evet () Hayır
• Notlar:

II. PSİKOSOSYAL ALAN

5. Toplum Kaynakları ile İletişim

- Birey/aile toplum kaynaklarını (sosyal hizmetler, sağlık hizmetleri, destek grupları) kullanabiliyor mu?
() Evet () Hayır
• Toplum kaynaklarına ulaşımında engeller var mı?
() Evet () Hayır
• Engellerin türü: () Ekonomik () Bilgi eksikliği () Fiziksel engeller () Diğer: _____
• Destekleyici hizmetlere ihtiyaç var mı?
() Evet () Hayır
• Notlar:

6. Sosyal İlişki

- İletişime açık mı?
() Evet () Hayır
• Etkili iletişim kurabiliyor mu?
() Evet () Hayır
• Aile ve arkadaş desteği yeterli mi?
() Evet () Hayır
• Sosyal izolasyon yaşıyor mu?
() Evet () Hayır
• Notlar:

7. Rol Değişimi

- Bireyin veya ailenin rol değişikliği yaşadığı bir durum var mı? (Örneğin, işsizlik, boşanma, emeklilik, ebeveyn kaybı)
() Evet () Hayır
• Detaylar:

- Rol değişikliğine uyumu hangi düzeyde?
() İyi () Orta () Zayıf
• Rol değişikliği ile baş etme düzeyi:
() İyi () Orta () Zayıf
• Desteğe ihtiyaç var mı?
() Evet () Hayır
• Notlar:

8. İnanç

- İnanç ve manevi değerler sağlığına yönelik olumlu etkiler sağlıyor mu?
() Evet () Hayır
• Manevi destek ihtiyacı var mı?
() Evet () Hayır
• Notlar:

9. Üzüntü

- Birey yakın zamanda kayıp yaşadı mı?
() Evet () Hayır
• Yas sürecindeyse destek alıyor mu?
() Evet () Hayır
• Üzüntü ve yas belirtileri gözlemleniyor mu?
() Hafif () Orta () Şiddetli
• Profesyonel desteğe ihtiyaç var mı?
() Evet () Hayır
• Notlar:

10. Mental Sağlık

- Sorun yok
- Stres
- Anksiyete
- Depresyon
- OKB
- Somatik Yakınmalar
- Duygu durumunda dalgalanma
- Psikotik belirtiler
- Diğer:.....

- Ruhsal sağlık durumu nasıl değerlendiriliyor?
() İyi () Orta () Kötü
- Psikolojik destek alıyor mu?
() Evet () Hayır

- Notlar(psikiyatrik sorunu mevcutsa hastalıkla ilgili ayrıntıları ekleyiniz):_____

11. Cinsellik

- Cinsel sağlık ile ilgili herhangi bir sorun bildirildi mi?
() Evet () Hayır
- Cinsel sağlık danışmanlığı ihtiyacı var mı?
() Evet () Hayır
- Notlar:_____

12. Bakım Verme/Ebeveynlik

- Birey bakım veren bir kişi mi? (Örneğin, çocuk, yaşlı, hasta bakımı)
() Evet () Hayır
- Bakım verme sürecinde zorlanıyor mu?
() Evet () Hayır
- Ebeveynlik becerileri yeterli mi?
() Evet () Hayır
- Notlar:_____

13.İhmal

- Birey veya aile ihmal riski taşıyor mu?
() Evet () Hayır
- Çocuk veya yaşlı bakımı ile ilgili ihmal belirtileri var mı?
() Evet () Hayır
- Yetkili mercilere bildirilmesi gereken bir durum var mı?
() Evet () Hayır
- Notlar:_____

14. İstismar

- Fiziksel, duygusal veya ekonomik istismar bulguları mevcut mu?
() Evet () Hayır
- Birey istismara uğrama riski taşıyor mu?
() Evet () Hayır

- Yetkili mercilere bildirim yapılması gerekiyor mu?

() Evet () Hayır

- Notlar(ihmal istismar bulguları/riski varsa ayrıntıları

ekleyiniz):_____

15. Büyüme/Gelişme

- Hangi gelişim döneminde?
 0-1 yaş= Temel güven-güvensizlik
 1-3 yaş= özerklik-kuşku ve utanç
 3-6 yaş= girişkenlik-suçluluk
 6-12 yaş= başarı/çalışkanlık-aşağılık
 12-20 yaş= kimlik kazanma-rol karmaşası
 20-40 yaş=yakınlık kurma-yalnızlık
 40-65 yaş=üretkenlik-durağanlık
 65 sonrası= benlik bütünlüğü-umutsuzluk
- Bireyin fiziksel ve zihinsel gelişimi yaşına uygun mu?
() Evet () Hayır
- Gelişimsel gecikme veya gerilik belirtileri var mı?
() Evet () Hayır
- Özel eğitim veya destek hizmetlerine ihtiyaç var mı?
() Evet () Hayır
- Notlar(çocuklar için persentil eğrisi değerlendirmesi yapılmalıdır):_____

16. Kişilerarası İlişkiler

- Aile içi ilişkiler nasıldır?
() Güçlü () Orta () Zayıf
- Birey kişilerarası ilişkilerinde zorlanıyor mu?
() Evet () Hayır
- Çatışma yönetimi becerileri:
() İyi () Orta () Zayıf
- Notlar:_____

III. FİZYOLOJİK ALAN

17.İşitme

- İşitme kaybı mevcut mu?
() Evet () Hayır
- İşitme cihazı kullanılıyor mu?
() Evet () Hayır
- Kulakta çınlama, ağrı veya enfeksiyon var mı?
() Evet () Hayır

Sağ Kulak O Normal O İşitme Kaybı%.....
Sol Kulak O Normal O İşitme Kaybı %.....

Duymayı etkileyen bir sorun var mı? (akıntı, kaşıntı, çınlama vb.): O Yok

O Var.....

- Notlar:_____

18.Görme

- Görme bozukluğu mevcut mu?
() Evet () Hayır
- Gözlük veya lens kullanılıyor mu?
() Evet () Hayır
- Göz enfeksiyonu veya rahatsızlığı (örneğin, kızarıklık, kaşıntı):
() Mevcut () Yok

Sağ Göz: O Normal O Anormal.....

Sol Göz: O Normal O Anormal.....

- Notlar:

19.Konuşma ve Dil

- Konuşma güçlüğü var mı?
() Evet () Hayır
- Dil ve iletişim becerilerinde zorluk (örneğin, kekemelik, artikülasyon bozukluğu....):
() Mevcut () Yok
- Notlar:

20.Ağız Sağlığı

- Diş veya dişeti sorunları mevcut mu?
() Evet () Hayır
- Ağız hijyeni düzenli sağlanıyor mu?
() Evet () Hayır
- Günde kaç kere:.....
- Protez kullanılıyor mu?
() Evet () Hayır
- Notlar:

21.Algılama

- Bilişsel Durum:
Oryantasyonda Bozulma
Konsantrasyonda Azalma
Muhakeme Yeteneğinde Azalma
Yakın Zamandaki Olayları Hatırlamada Yetersizlik
Diğer ...
- NOT: ...
- Algılama bozukluğu (örneğin, dikkat, bellek sorunları):
() Evet () Hayır
- Bilişsel değerlendirme yapılmış mı?
() Evet () Hayır
- Notlar:

22. Genel Bilinç Değerlendirmesi

(Bireyin bilincini Glasgow Koma Skalasıyla değerlendiriniz).

Skala Skoru:.....

- Açıklama:

- Bilinç seviyesi değişimi ne zaman başladı?
() Ani başlangıç () Yavaş gelişen

23.Ağrı

O Yok

O Var

(Birey ağrısı olduğunu belirtiyorsa Ağrı Tanılama ve Tedavi Formunu(formun sonunda) doldurup raporunuza ekleyiniz)

24.Deri

Derinin genel görünümü:

O Sıcak O Soğuk O Nemli O Kuru

Turgor: O Normal O Dehidrate O

Diğer.....

Renk: O Soluk O Pembe O Siyanotik O Sarı

O Diğer.....

Basınç Yarası: O Yok O Var

Yeri:.....Büyükülüğü:.....

Görünümü:.....Evresi:.....

(Basınç yarası mevcutsa Norton Basınç Yarası Riskini Değerlendirme Skalası doldurup raporunuza ekleyiniz)

Ödem: O Yok O Var Yeri:.....

Derecesi:.....

Tanıladığınız Diğer Deri Sorunları/Lezyonları:

Yeri:.....Büyükülüğü:.....

Görünümü:.....

Deri sorunları:

O Peteşi O Dermatit O Pruritus O Psoriasis

O Skar

25.Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu

Sorun yok

Kaslarda Sorun Var

Eklemlerde Sorun Var

Duyuda Sorun Var

Dengede Sorun Var

• Hareket kısıtlılığı mevcut mu?

() Evet () Hayır

• Kas gücü değerlendirmesi:

() Normal () Zayıf () Yok

- Notlar:

26.Solunum

Solunum Şekli

O Spontan

O Nazal Kanül

O Mekanik Ventilasyon

O Oral Maske.....lt/dk

Solunum Hızı :/dk

O Abdominal O Diyafragmatik

• Solunum düzenli mi? () Evet () Hayır

Solunum sayısı/dk:

Saturasyon:

Solunum Türü:

O Normal

O Apne

O Bradipne

O Takipne

O Hipopne

O Hiperpne

O Dispne

O Hipoksi

- Hiperventilasyon
 - Hipoventilasyon
 - Kusmaull
 - Cheyne-Stokes
 - Anoksi
- Notlar:
-

27.Dolaşım

- Nabız ritmi ve hızı: _____
 - Kan basıncı: _____ / _____ mmHg
 - Periferik dolaşımda bozukluk (örneğin, ödem, soğukluk, siyanoz):
() Mevcut () Yok
 - Kapiller Dolum.....
 - Notlar:
-

28.Sindirim ve Hidrasyon

- Sindirim şikayetleri (örneğin, bulantı, kusma):
() Mevcut () Yok
 - Günlük sıvı alımı yeterli mi?
() Evet () Hayır
 - Günlük sıvı alımı: _____ /lt
 - Notlar:
-

29.Barsak Fonksiyonu

- Tuvalete çıkma sıklığı(gün):.....
- Boşaltıma ilişkin sorun var mı?
 Yok Hematüri Enürezis
 Pollaküri Anüri Hesitensi
 Oligüri İnkontinans Dizüri
 Noktüri Poliüri Retansiyon
() Boşaltıma ilişkin sorunu açıklayınız:

30.Üriner Fonksiyon

- İdrar çıkışı normal mi?
() Evet () Hayır
 - İdrar yolu enfeksiyonu belirtileri (örneğin, yanma, sık idrara çıkma):
() Mevcut () Yok
 - İdrar kateteri var mı?
• Notlar:
-

31.Üreme Fonksiyonu

- Cinsel sağlık ile ilgili sorunlar mevcut mu?
() Evet () Hayır
 - Notlar:
-

32.Gebelik

- Gebelik süresi: _____ hafta
- Gebelikte komplikasyonlar:
() Mevcut () Yok
- Prenatal bakım alınıyor mu?
() Evet () Hayır

- Notlar:
-

33.Postpartum

- Postpartum dönem süresi: _____ gün/hafta
 - Lohusalık dönemi problemleri (örneğin, kanama, enfeksiyon):
() Mevcut () Yok
 - Bebek bakımında zorluklar var mı?
Loşia miktarı/rengi: _____ / _____
() Evet () Hayır
 - Notlar:
-

34.Bulaşıcı/Enfeksiyon Durumu

- Enfeksiyon riski var mı?
() Evet () Hayır
 - Tanı konmuş enfeksiyon mevcut mu?
() Evet () Hayır
 - İzolasyon önlemleri gerekli mi?
() Evet () Hayır
 - Notlar:
-

IV. SAĞLIKLA İLGİLİ DAVRANIŞLAR

35.Beslenme Durumu

Beslenme Şekli:

Enteral

Nazogastrik

Orogastrik

PEG

Diğer

Parenteral

Periferal

Santral

• Günlük öğün sayısı: _____

• Öğünlerin düzenliliği:
() Düzenli () Düzensiz

• Yemek çeşitliliği yeterli mi?
() Evet () Hayır

• Beslenme ile ilgili belirgin bir sorun var mı?
() Evet () Hayır

•Diyeti:

• Detaylar:

(Aldığı-çıkardığı takibinin değerlendirmesinin uygun olduğu zamanlarda AÇT Formunu doldurup raporunuza ekleyiniz).

36.Uyku ve Dinlenme Düzeni

• Günlük uyku süresi: _____ saat

• Uyku kalitesi:

() İyi () Orta () Kötü

• Uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede sorun var mı?
() Evet () Hayır

• Gün içinde yorgunluk hissi mevcut mu?
() Evet () Hayır

• Notlar:

37. Günlük Fiziksel Aktivite Düzeyi

Mobilizasyon düzeyi:

- Bağımlı
- Bağımsız
- Yarı bağımlı
- Günlük ortalama hareket süresi: _____ saat
- Günlük adım sayısı: _____ (Eğer biliniyorsa)
- Günlük fiziksel aktivite seviyesi nasıl değerlendirilir?
() Yüksek () Orta () Düşük () Hareketsiz (Sedanter)
- Hareket etme konusunda kısıtlayıcı bir sağlık sorunu var mı?
() Evet () Hayır
- Açıklama: _____

(Bartel Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi kullanınız.)

38. Kişisel Bakım

- Günlük kişisel hijyen uygulamaları yeterli mi?
() Evet () Hayır
- Diş fırçalama ve ağız hijyeni düzenli mi?
() Evet () Hayır
- Kişisel bakım malzemelerine erişim var mı?
() Evet () Hayır
- Notlar: _____

39. Genel Madde Kullanım Durumu

- Birey herhangi bir madde kullanıyor mu?
() Evet () Hayır
- Kullanılan madde türü:
() Sigara
() Alkol
() Nargile
() Reçeteli ilaçlar (amfetamin, benzodiazepin vb.)
() Uyuşturucu maddeler (esrar, kokain, eroin vb.)
() Diğer: _____
- Kullanım sıklığı:
() Günlük () Haftalık () Aylık () Nadiren
- Kullanıma başlama yaşı: _____
- İlaç kullanımına bağlı yan etkiler gözleniyor mu?
() Evet () Hayır
- Yan etkiler: _____
- Bireyin ilaç tedavisini bırakma eğilimi var mı?() Evet () Hayır

- Kullanım süresi: _____ yıl
- Son 6 ay içinde kullanım miktarında artış oldu mu?
() Evet () Hayır

40. Aile planlaması yöntemi kullanılıyor mu?

- () Evet () Hayır
- Kullanılan yöntem: _____
- Aile planlaması hakkında bilgi ve danışmanlık ihtiyacı var mı?
() Evet () Hayır
- Gebelikle ilgili planlar veya riskler var mı?
() Evet () Hayır
- Notlar: _____

41. Sağlık Bakım Denetimi

- Düzenli sağlık kontrolü yaptırılıyor mu?
() Evet () Hayır
- Sağlık bakım hizmetlerine erişimde zorluk var mı?
() Evet () Hayır
- Tespit edilen sağlık sorunlarına yönelik takip var mı?
() Evet () Hayır
- Notlar: _____

42. İlaç Tedavisine Uyum

- Birey düzenli ilaç kullanıyor mu?
() Evet () Hayır
- İlaçların kullanım talimatlarını biliyor mu?
() Evet () Hayır
- İlaçlarını zamanında ve doğru şekilde alıyor mu?
() Evet () Hayır
- İlaç tedavisini aksatıyorsa aksatma nedenleri:
() Unutma () Yan etkiler () Ekonomik nedenler
() İlaç temininde zorluk () Diğer: _____

ÖLÇEKLER:

1. Genel Sağlık Değerlendirme Ölçekleri

- SF-36 (Short Form-36 Sağlık Anketi): Genel sağlık durumunu değerlendirir.
- EQ-5D: Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ölçer.
- WHOQOL-BREF-TR: Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam kalitesi ölçeğinin kısa formudur.

2. Ağrı Değerlendirme Ölçekleri

- Görsel Analog Skala (VAS - Visual Analog Scale): Ağrı şiddetini ölçer.
- McGill Ağrı Ölçeği: Ağrının niteliğini ve şiddetini değerlendirir.
- Numerik Derecelendirme Ölçeği (NRS - Numeric Rating Scale): Ağrının şiddetini 0-10 arasında derecelendirir.

3. Ruh Sağlığı ve Psikolojik Değerlendirme Ölçekleri

- Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyon şiddetini ölçer.
- Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Anksiyete düzeyini değerlendirir.
- Durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği
- Genel Sağlık Anketi (GSA12)

4. Fonksiyonel ve Günlük Yaşam Aktivitesi Ölçekleri

- Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi: Günlük bağımsızlığı değerlendirir.
- Lawton & Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği: Yaşlı bireylerde işlevselliği ölçer.
- Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi: Bireyin temel günlük aktivitelerde bağımsızlığını değerlendirir.

5. Nörolojik Değerlendirme Ölçekleri

- Montreal Bilişsel Değerlendirme Testi (MoCA-TR): Hafif bilişsel bozukluğu taramak için kullanılır.
- Mini Mental Test (MMSE - Mini Mental State Examination): Demans değerlendirmesinde kullanılır.
- Glasgow Koma Skalası (GKS): Bilinç düzeyini değerlendirir.
- Berg Denge Ölçeği (BBS - Berg Balance Scale): Dengeyi ve düşme riskini değerlendirir.
- Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

.....

Hastanızın durumuna (yaşı, tanısı, bilinç durumuna vs..) göre ek olarak ölçekler (düşme riski ölçeği, mini mental test, glasgow koma skalası, günlük yaşam aktiviteleri ölçeği vs.....) kullanmalısınız. Bu ölçekler dışında farklı ölçekler kullanabilirsiniz. Ölçeklerinizi veri toplama formunun son sayfasına eklemelisiniz.

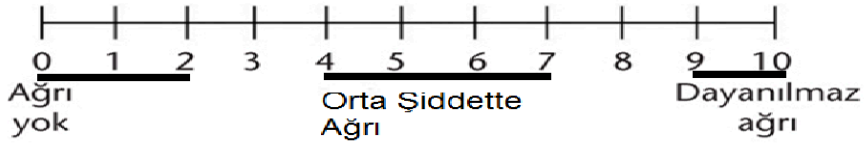
Notlar:

BARKOD	Hastanın Tanısı:	
	Ağrının Yeri:	Ağrının Başlama Saati:
	Ağrının Tipi: <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Kronik	
	Ağrının Sıklığı: <input type="checkbox"/> Sürekli <input type="checkbox"/> Aralıklı	
	Ağrının Nedeni:	
Ağrıyı Etkileyen Faktörler: <input type="checkbox"/> İstirahat <input type="checkbox"/> Hareket		

Ağrının Özelliği (Ağrıyı en iyi tanımlayan terimi seçiniz)

<input type="checkbox"/> Keskin	<input type="checkbox"/> Künt	<input type="checkbox"/> Bastırıcı	<input type="checkbox"/> Yanıcı	<input type="checkbox"/> Kolik	<input type="checkbox"/> Zonklayıcı
<input type="checkbox"/> Ezici	<input type="checkbox"/> Dolgunluk	<input type="checkbox"/> Hassasiyet	<input type="checkbox"/> Derin	<input type="checkbox"/> Basınç hissi	<input type="checkbox"/> Saplanıcı
<input type="checkbox"/> Uyuşuk	<input type="checkbox"/> Sıkıştırıcı	<input type="checkbox"/> Elektrik çarpması	<input type="checkbox"/> Sedatize/Bilinci kapalı		

NUMERİK SKALA (7 Yaş ve Üzeri Çocuklarda, Erişkin ve Bilinci Açık Hastalarda)



YÜZ SKALASI (İletişim Kurulamayan , Konuşamayan Hastalarda Kullanılır)



DAVRANIŞAL SKALA (Entübe, Sedatize, Yoğun Bakım Hastalarında Kullanılır)

Kategoriler	1 puan	2 puan	3 puan	4 puan
Yüz ifadesi	Relax	Kismen relax	Kismen sert	Sert
Üst ekstremiteler hareketleri	Hareket yok	Kismen hareket var	Parmaklarda fleksiyon var	Ekstremiteler relakte
Mekanik ventilasyon uyumu	Tolere	Öksürüyor ama tolere arasında	Ventilatör ile savaşıyor	Ventilatör kontrolü kaybolmuş

TOPLAM PUAN:

FLACC Ağrı Değerlendirme Skalası (7 Yaş Altı İletişim Kurulamayan Çocuklarda Kullanılır)

Kategoriler	0 puan	1 puan	2 puan
Face (yüz ifadesi)	Özel bir ifade yok	Hafif kaşlarını çatma, yüzünü ekşitme	Yüzünü buruşturma, dişlerini sıkma
Legs (bacaklar)	Normal pozisyonda	Gergin, rahatsız	Sağa sola tekmeler savurma
Activity (hareketler)	Sakin	Öne arkaya dönme	Yay gibi kıvrılma, silkinme
Cry (ağlama)	Ağlama yok	Sızlanma, inleme şeklinde ağlama	Bağıra bağıra ağlama, çığlıklar atma
Consolability (avutma)	Rahat	Sarıлма ve dokunmayla avutulabilme	Hiçbir şekilde avutulamama

TOPLAM PUAN:

NIPS Yeni Ağrı Skalası (Neonatal Infant Pain Scala) 0-12 ay

Kategoriler	0 puan	1 puan	2 puan
Yüz ifadesi	Sakin yüz, doğal ifade	Gergin yüz kasları, kırışık alın ve çene	
Ağlama	Sessiz, ağlamıyor	Hafif inilti, aralıklı ağlama	Çığlık, feryat, yüksek sesle sürekli ağlama
Solunum şekli	Her zamanki alışılmış solunum	Değişken, düzensiz, her zamankinden hızlı solunum, iç çekme	
Kollar	Kas rijitesi yok, sıklıkla gelişigüzel kol hareketleri	Gergin düz kollar, sert ve/veya hızlı ekstansiyon / fleksiyon	
Bacaklar	Kas rijitesi yok, sıklıkla gelişigüzel bacak hareketleri	Gergin düz bacaklar, sert ve/veya hızlı ekstansiyon / fleksiyon	
Uyanıklık hali	Sessiz, huzurlu, uyuyor ve/veya sakin	Canlı, huzursuz ve sakinleştirilemeyen	

TOPLAM PUAN:

EK 10
T.C.
NUH NACİ YAZGAN ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
2025-2026 GÜZ YARIYILI
HEM 445 HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
BİREY/HASTA BAKIM PLANI FORMU

ADI SOYADI:

NUMARASI:

İMZASI:

UYGULAMA YERİ:

BAKIM PLANINI DEĞERLENDİREN ÖĞRETİM GÖREVLİSİ:

Bu form, hastaların sağlık durumlarını sistematik bir şekilde değerlendirmek ve bakım sürecini planlamak amacıyla hazırlanmıştır.

Hastanın tanı sayısına bağlı olarak problem değerlendirme ölçeği, problem sınıflama listesi ve girişim şeması ***çoğaltılmalıdır.***

- Problem değerlendirme ölçeği, üç aşamada kullanılmalıdır.
 - Girişim öncesi değerlendirme
 - Ara değerlendirme
 - Girişim sonrası değerlendirme
- Hastalara yönelik tanımlar öncelik sırasına göre kategorize edilmelidir:
 - - Yüksek öncelikli tanımlar
 - - Düşük öncelikli tanımlar
 - - Risk faktörlerine dayalı tanımlar

Düzeni olmayan ve okunaklı olmayan formlar değerlendirmeye alınmayacaktır.

Bakım planının tamamı zımbalanmalıdır.

Hasta Adı Soyadı:
Öğrenci Adı Soyadı/Numarası:
Tarih:

Değerlendiren Öğretim Görevlisi:

PROBLEM SINIFLAMA LİSTESİ		
ALAN:	PROBLEM:	ÖNCELİK:
KAPSAM: B/A/T	RİSK FAKTÖRLERİ:	
CİDDİYET: AKTÜEL/POTANSİYEL	EK AÇIKLAMALAR:	
BELİRTİ BULGULAR:		

İLK/ARA/SON DEĞERLENDİRME

PROBLEM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ		
KAVRAM	PUAN	AÇIKLAMA
BİLGİ		
DAVRANIŞ		
DURUM		

Hasta Adı Soyadı:
Öğrenci Adı Soyadı/Numarası:
Tarih:

Değerlendiren Öğretim Görevlisi:

Girişim şeması hastanın tanı sayısına göre çoğaltılmalıdır.

GİRİŞİM ŞEMASI		
KATEGORİ	HEDEF/HEDEFLER	BİREYE ÖZGÜ GİRİŞİMLER

EK 11

NUH NACİ YAZGAN ÜNİVERSİTESİ

TOPLUMSAL KATKI ETKİNLİĞİ RAPORU (ÖRNEK)

1. Etkinliğin Bilgileri

Bilgi Alanı	Açıklama
Etkinliğin Adı:	Meme Kanseri Farkındalık Eğitimi
Etkinliğin Türü:	Farkındalık Eğitimi / Toplum Eğitimi
Tarih:	22 Ekim 2025
Yer:	Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Konferans Salonu
Düzenleyen Birim / Ofis:	Toplumsal Katkı Ofisi – Hemşirelik Bölümü
Sorumlu Akademisyen(ler):	Doç. Dr. Zeliha KAYA ERTEN
Katılımcı Profili:	Üniversite öğrencileri ve öğretim elemanları
Katılımcı Sayısı:	65 kişi

2. Etkinliğin Gerekçesi

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türlerinden biridir. Erken tanı oranının artırılması, kendi kendine meme muayenesi farkındalığının kazandırılması ve öğrencilerde sağlıklı yaşam bilincinin güçlendirilmesi amacıyla bu etkinlik düzenlenmiştir. Etkinlik aynı zamanda **Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi 3: Sağlıklı Bireyler** kapsamında toplum sağlığının korunmasına katkı sağlamaktadır.

3. Etkinlik İçeriği ve Uygulama Süreci

Etkinlik öncesinde afiş ve sosyal medya duyuruları yapılmıştır. Konferans, Uzman Dr. **Leyla TEKDEMİR** tarafından verilmiştir. Katılımcılara meme kanserinin erken belirtileri, kendi kendine meme muayenesi uygulaması ve mamografi taramalarının önemi anlatılmıştır. Sunumun ardından öğrencilerle soru-cevap oturumu gerçekleştirilmiş, katılımcılara bilgilendirme broşürleri dağıtılmıştır.

4. Elde Edilen Sonuçlar ve Toplumsal Etki

Katılımcı öğrencilerin büyük kısmı meme kanseri farkındalığının önemini kavradıklarını, kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi düzeylerinin arttığını belirtmiştir. Etkinlik sonucunda öğrenciler, gelecekteki mesleki rollerinde erken tanı ve farkındalık eğitimlerinin önemini fark etmişlerdir.

5. Kanıt ve Görseller

(Bu bölüme etkinlik fotoğrafları, afiş rneği veya katılım listesi eklenecektir.)

Ek-1: Etkinlik Fotoğrafları

Ek-2: Etkinlik Afiş

Ek-3: Katılımcı Listesi

6. Sonuç ve öneriler

rn: Etkinlik ğrencilerin ve katılımcıların sağlık farkındalığını artırmıştır. Benzer etkinliklerin özellikle erkeklerde prostat kanseri, gençlerde obezite farkındalığı gibi konularda da düzenlenmesi önerilmektedir.

EK 12

EĞİTİM RAPORU

Öğrenci adı soyadı:
Hastanın Adı-Soyadı:
Eğitim Tarihi:
Eğitimin süresi:
Her eğitimin amacı ve kapsamı kısaca açıklanmalıdır.
Hangi yöntemlerin kullanıldığı açıklanmalıdır (sözlü anlatım, görsel materyaller, uygulamalı eğitim vb.).
Hastanın eğitimi anlama ve uygulama düzeyi değerlendirilmelidir.
Eğitim sırasında sorulan sorular ve hastanın geri bildirimini belirtir.
Hastanın eğitime ilgisi ve katılımı açıklanır.
Eğitim sonucunda hastanın bilgi düzeyindeki değişim özetlenmelidir
Gerekirse ek eğitim planları veya takip önerileri sunulmalıdır.
Eğitimi veren sağlık profesyonelinin adı, unvanı ve imzası.
Hastanın veya hasta yakınının eğitimi aldığını belirten imza.