İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI DERSİ
LABORATUVAR KLAVUZU

Ad-Soyad:
Öğrenci No:
Dersin Adı:

İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

M3-HEM108 HEMŞİRELİK ESASLARI DERSİ

LABORATUVAR HEDEFLERİ

M3-HEM108 Hemşirelik Esasları Dersi haftalık 5 saat teorik, 4 saat laboratuvar, 8 saat uygulama olmak üzere 17 saatlik bir eğitim müfredatına sahiptir. Dersin yerel kredisi 11, Avrupa Kredi Transfer Sistemi'ne göre kredisi 12'dir. Bu dersin laboratuvar uygulamaları, İzmir Bakırçay Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nde bulunan üç (3) adet mesleki beceri laboratuvarında yapılmaktadır.

Laboratuvarın genel hedefleri:

- Laboratuvar süresince ''İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kılık Kıyafet Kılavuzu''na uygun olarak giyinme,
- Özel durumlar ve/veya kurumsal farklılıklar belirtilmediği sürece öğrencilere iletilen laboratuvar programına uygun gün ve saatlerde laboratuvar alanında olma,
- Sorumlu öğretim elemanları ve diğer kişilerle etkili iletişim kurma,
- Laboratuvar süresince; kontrol listesi, not defteri, kalem bulundurma,

Genel hedeflere ek olarak;

- Laboratuvar ortamında sorumlu öğretim elemanı gözetiminde en az bir kez, yaşamsal bulgularını doğru teknikle ölçebilme ve değerlendirebilme,
- Cerrahi ve tıbbi asepsi ilkelerine uygun olarak temel hemşirelik becerilerini gerçekleştirebilme,
- Oral ve lokal ilaç uygulamalarını sorumlu öğretim elemanı ile birlikte 10 (on) doğru ilkeye uyarak maket üzerinde gerçekleştirebilme,
- İntramüsküler yolla ilaç uygulamalarını sorumlu öğretim elemanı ile birlikte 10 (on) doğru ilkeye uyarak maket üzerinde gerçekleştirebilme,
- Subkutan yolla ilaç uygulamalarını sorumlu öğretim elemanı ile birlikte 10 (on) doğru ilkeye uyarak maket üzerinde gerçekleştirebilme,
- İntradermal yolla ilaç uygulamalarını sorumlu öğretim elemanı ile birlikte 10 (on) doğru ilkeye uyarak maket üzerinde gerçekleştirebilme,
- İntravenöz yolla ilaç uygulamalarını sorumlu öğretim elemanı ile birlikte 10 (on) doğru ilkeye uyarak maket üzerinde gerçekleştirebilme,
- Sorumlu öğretim elemanı ile birlikte maket üzerinde intravenöz kateter uygulayabilme,
- Oksijen maskesi ve nazal kanül ile oksijen uygulamalarını sorumlu öğretim elemanı ile birlikte maket üzerinde gerçekleştirebilme,

- Nazofarangeal ve orafarangeal aspirasyon uygulamalarını sorumlu öğretim elemanı ile birlikte maket üzerinde gerçekleştirebilme,
- Üriner katater uygulamasını sorumlu öğretim elemanı ile birlikte maket üzerinde gerçekleştirebilme,
- Enteral yolla (Nazogastrik, gastrostomi) beslemeyi sorumlu öğretim elemanı ile birlikte maket üzerinde gerçekleştirebilme,
- Total parenteral beslemeyi sorumlu öğretim elemanı ile birlikte maket üzerinde gerçekleştirebilme.

DERSİN UYGULANIŞ BİÇİMİ

Hemşirelikte Esasları Dersi, 5 saat teorik, 4 saat laboratuvar ve 8 saat uygulamadan oluşmaktadır. Hemşirelik Esasları dersinin laboratuvarı ilgili eğitim-öğretim yılının akademik takviminde belirtilen tarihler arasında yürütülür. Laboratuvarlar, ilgili konunun teorik saatini takiben 'Hemşirelik Bölümü Mesleksel Beceri Laboratuvarı'nda yürütülür. Öğrenci, laboratuvar süreleri içinde uygulamalara devam etmek zorunda olup devamsızlık ile ilgili esaslar "İzmir Bakırçay Üniversitesi Önlisans ve Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'ndeki gibidir. Devamsızlık durumunda Sorumlu Öğretim Üye/Elemanı mutlaka bilgilendirilmelidir.

DEĞERLENDİRME

Hemşirelik Esasları Dersinin değerlendirmesi "İzmir Bakırçay Üniversitesi Önlisans ve Lisans Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"ne göre yapılır. Dersin değerlendirilmesinde süreç değerlendirilmesinden (formatif ve summatif) yararlanılacak olup mutlak değerlendirme ile ders başarı notu belirlenecektir.

Değerlendirme, laboratuvar sınavı ile gerçekleşecektir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelik Esasları Dersinin Değerlendirmesi

	Değerlendirme Aracı/Yöntem	Yüzdesi	Başarı Notu
Vize Notu	Ara sınav	%50	%40
	Klinik uygulama Performansı*	%20	
	Laboratuvar Sınavı*	%15	
	Quiz	%10	
	Kavram Haritası*	%5	
Final Notu	Sınav	60	%60
Yarı Yıl Başarı Notu			%100

**dersin laboratuvar ve uygulamasına özgüdür*

Laboratuvar Sınav Yönergesi

*Laboratuvar uygulama sınavında becerilerin değerlendirilmesi için eğitimciler tarafından oluşturulan kontrol listeleri kullanılır ve bu listeler öğrencilerle paylaşılır. Yapılandırılmış kontrol listeleri bilişsel, duyuşsal ve psikomotor beceri alanlarını içeren uygulama adımlarından oluşmaktadır. Sınav esnasında değerlendirilmek istenen hemşirelik beceri uygulaması öğretim elemanı tarafından kura yöntemi ile belirlenir.

Daha sonra öğrenciden belirlenen hemşirelik beceri uygulamasını uygulama adımları doğrultusunda uygulaması istenir. Dersin öğretim elemanı kontrol listesi doğrultusunda öğrencinin uygulama adımlarını değerlendirir. Her bir hemşirelik beceri uygulamasının notu 100 puan üzerinden uygulama adım sayısına göre puanlanır. Bu puana

göre öğrenci uygulama adımını “yaptı” ise bir (1) puan, “yapmadı” ise sıfır (0) puan alarak laboratuvar uygulama notu belirlenir.

ÖĞRENCİLERİN LABORATUVAR GRUPLARI

1.GRUP	2.GRUP	3.GRUP	4.GRUP	5.GRUP	6.GRUP
Deniznur Arslan Nevin Kahya Senem Kazal Ayşe Ağırbaş Dilara Akgül Kader Aksu Ayşe Gül Alkan Ayşe Melek Apak Hiranur Arbacı Zeliha Güngör Mizgin Abay	Seydi Avşar Alican Ay Şerna Aydemir Hatice Sude Ayer Ceren Batur Ece Bayar Yusuf Binici Özge Öykü Birgin Melek Nur Eken Ecem Taşkıran Osman Asıf Çoban	Nihat Biter Büşra Boncuk Ahmet Haşim Bozkurt Kader Bozkurt Berra Budakoğlu Buket Bukarlı Nisa Büdün Rıdvan Çakmak Rumeysanur Çarbuğa Nida Çeçan Gülcan Çelik	Şerife Nur Çil Emine Dağ Evin Değer Gülbahar Demir Muhammed Doğan Nuray Dönmez İlayda Dumlu Emine Ece İbrahim Biter Arda Balcı Ali Baran Dündar	Zeynep Eminoğlu Hatice Emir Bedirhan Ergül Elif Eroğlu Yaren Eroğlu İkra Irmak Ersöz Ahmet Gençtürk Mehmet Şerif Geneş Muhammed Gerçe Melek Göner Sümeyye Duran Ayşe Nur Düşün	Mustafa Gücenik Ezgi Güçlü Asmin Güneri Zilan Güzel Elif Kaçmaz Ebrar Karacalıoğlu Beyza Karcıoğlu Zilan Kaya Meryem Kaysı Helin Acar Hanifi Tayyar Baz
7.GRUP	**8.GRUP**	**9.GRUP**	**10.GRUP**	**11.GRUP**	**12.GRUP**
Muhammed Yusuf Kenkeş Beyza Kılıç Enis Anıl Kırkpınar Enes Kısakesen Zeynep Kötelioğlu Asya Kural İpek Kuzu Muazzez Madarçı Ayşe Malgır Firdevs Mikyas Cavit Emirhan Şahin	Miray Öksüz Melike Öz Özlem Ötün Rabia Özcan Rojbin Özdemir Kübra Nur Özışık Şenay Özkan Mehmet Sefa Özuğur Ömer Sevinç Sevim Sümeyye Sonsöz Asiye Aydan Tabak	Sultan Tanış Esma Taş Havin Esma Taşdemir Burak Anıl Atar Fesih Teker Nisa Tınığ İlkay Topal Bahar Topal Mustafa Topçu Miraç Demir Rana Oğuz	Fadime Büşra Topuz Beyza Nur Tunç Firdevs Nazlı Turgut Esra Tutuş Savaş Tülay Busenur Uslukun Yaren Uşar Bengüsu Utlu Emine Üngür Esma Ünver Nurettin Varol Ömer Güzelyüz	Emircan Yabin Sadiye Nur Yıldız Ümit Yakut Hazal Sıla Yentürk Yusuf İslam Yılmaz Hatice Nisa Yılmaz Sude Naz Yüce Muhammet Yürek Irmak Zırhlı İlayda İriş Zilan Cengiz	Nevroz Şevval Sümer Ertuğrul Toprak Nevra Acar Gamze Alagöz Haticenur Buran Ahmet Can Öncel Sümeyra Salman Kenya Zengin Lorin Yakıci Berfin Çetin Şervan Yıldız

İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
2024-2025 ÖĞRETİM YILI BAHAR DÖNEMİ
HEMŞİRELİK ESASLARI LABORATUVAR DERS PROGRAMI

	20 ŞUBAT 2025- PERŞEMBE YAŞAMSAL BULGULAR LAB		
SAATLER	**C118**	**C117**	**C113**
09.00-12.00	GRUP 7 GRUP 8	GRUP 9 GRUP 10	GRUP 11 GRUP 12
13.00-16.00	GRUP 1 GRUP 2	GRUP 3 GRUP 4	GRUP 5 GRUP 6

	27 ŞUBAT 2025- PERŞEMBE IV İLAÇ UYGULAMALARI		
SAATLER	**C118**	**C117**	**C113**
09.00-12.00	GRUP 1 GRUP 2	GRUP 3 GRUP 4	GRUP 5 GRUP 6
13.00-16.00	GRUP 7 GRUP 8	GRUP 9 GRUP 10	GRUP 11 GRUP 12

	18 MART 2025 SALI İLAÇ UYG. (S.C, I.M, I.D) LAB		
SAATLER	**C118**	**C117**	**C113**
09.00-12.00	GRUP 7 GRUP 8	GRUP 9 GRUP 10	GRUP 11 GRUP 12
13.00-16.00	GRUP 1 GRUP 2	GRUP 3 GRUP 4	GRUP 5 GRUP 6

	15 NİSAN 2025 SALI ÜRİNER SİSTEMİ UYG.		
SAATLER	**C118**	**C117**	**C113**
09.00-12.00	GRUP 1 GRUP 2	GRUP 3 GRUP 4	GRUP 5 GRUP 6
13.00-16.00	GRUP 7 GRUP 8	GRUP 9 GRUP 10	GRUP 11 GRUP 12

	29 NİSAN 2025 SALI SOLUNUM SİSTEMİ UYG.		
SAATLER	**C118**	**C117**	**C113**
09.00-12.00	GRUP 7 GRUP 8	GRUP 9 GRUP 10	GRUP 11 GRUP 12
13.00-16.00	GRUP 1 GRUP 2	GRUP 3 GRUP 4	GRUP 5 GRUP 6

	13 MAYIS 2025 SALI SİNDİRİM SİSTEMİ UYG.		
SAATLER	**C118**	**C117**	**C113**
09.00-12.00	GRUP 1 GRUP 2	GRUP 3 GRUP 4	GRUP 5 GRUP 6
13.00-16.00	GRUP 7 GRUP 8	GRUP 9 GRUP 10	GRUP 11 GRUP 12

KONTROL LİSTELERİ

TIBBİ ASEPSİYE UYGUN EL YIKAMA

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci Numarası:

Kullanılan Araç Gereçler

- ✓ Sabun
- ✓ Kağıt havlu
- ✓ Nemlendirici veya krem

İŞLEM BASAMAKLARI	Yaptı 1	Yapmadı 0
1. Lavabonun önünde, üniforma lavaboya değmeyecek şekilde durulur.		
2. Takılar çıkarılır.		
3. Musluk kağıt havlu ile açılır ve suyun akış hızı ayarlanır. Suyun ısısı ılık olacak şekilde ayarlanır. Eğer kağıt havlu bulunmuyorsa musluk vidası elle açılır.		
4. Eller ve bilekler ıslatılır. Bu sırada ellerin dirsek düzeyinin altında olması gerekir.		
5. Kalıp sabun veya 4 ml. sıvı sabun ele alınır ve sabun köpürtülür.		
6. Köpük üzerinde mikroorganizmalar kalabileceğinden, kalıp üzerindeki köpük çalkalanarak sabunluğa bırakılır.		
7. El ayası, elin üstü, her parmak, parmak araları ve parmak eklemleri dairesel hareketlerle ovulur. Mikroorganizmaları daha temiz olan bilek ve ön kola sıçratmamak için önce ellerin temizlenmesi gerekir.		
8. Eller iyice çalkalanır.		
9. Eller aşağıya doğru tutularak suyun iyice akması beklenir.		
10. El ve bilekler kağıt havluyla kurulanır ve musluk kağıt havluyla kapatılır.		
11. Eller kurulanır ve eller bel düzeyinin üstünde tutulur.		
12. Kağıt havlu bulunmuyorsa, eller sabunlu iken musluk vidası da sabunlanır, avuç içine bir miktar su alınarak musluk vidasının üzerine akıtılarak durulanır.		
13. Gerekiyorsa ellere krem veya nemlendirici sürülür.		

RADİAL ARTERDEN NABIZ ve SOLUNUM SAYMA

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci Numarası:

Kullanılan Araç Gereçler

- ✓ Saniyeli bir saat
- ✓ Nabız ve solunum değerinin kaydedileceği bir kağıt

İŞLEM BASAMAKLARI	Yaptı(1)	Yapmadı(0)
1. Eller yıkanır		
2. Malzemeler hazırlanır.		
3. Hasta odasına gidilir.		
4. Bireye kendini tanıtır		
5. Bireye yapılacak işlem açıklanır		
6. Birey aktivitede bulunmuş ise 10-15 dk dinlendirilir		
7. ***Birey yatar pozisyonda ise,*** bireyin kolunu gövdeye paralel olacak şekilde vücudun yanına uzatır, elini ise avuç içi yere bakacak şekilde yerleştirir veya bireyin ön kolunu göğsünün üzerine kıvrılır.		
8.*Birey oturuyor ise*, kolunu bir desteğin üzerine koyar. Kolunu dirsekten 90 º açı yapacak şekilde büker, el bileği düz duracak, avuç içi yere bakacak biçimde eli yerleştirir veya bireyin ön kolunu göğsünün üzerine kıvırır.	-	-
9. İşaret, orta ve yüzük parmaklar radial arterin üzerine konulur.		
10. Başparmağı ile bilek dış yüzünden desteklenir.		
11. Radial arter üzerine orta düzeyde bir basınç uygulanır.		
12. Nabız atışı hissedilir.		
13. Bir dakika süre ile bireyin nabzı sayılır (Bireyin, kalp, solunum hastalığı yoksa 30 sn sayıp, iki ile çarpar)		
14. Nabzın sayısı, ritmi, dolgunluğu değerlendirilir.		
15. Nabız sayma tamamlandıktan sonra el radial arterden çekilmeden bireyin göğüs hareketleri izlenerek solunum sayılır.		
16. Solunumun sayısı, ritmi, dolgunluğu değerlendirilir.		
17. Uygulama sonunda bireye işlem sonuçları hakkında bilgi verilir		
18. Eller yıkanır		
19. Nabız ve solunum kaydedilir.		

ARTERİYEL KAN BASINCI ÖLÇME

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci Numarası:
Kullanılan Araç Gereçler

- ✓ Tansiyon aleti Steteskop

İŞLEM BASAMAKLARI	Yaptı(1)	Yapmadı(0)
1. Eller yıkanır		
2. Malzemeler hazırlanır.		
3. Hasta odasına gidilir.		
4. Bireye kendini tanıtır		
5. Bireye yapılacak işlem açıklanır		
6. İşleme başlamadan önce bireyin ağrısı, endişe ve korkusu olup olmadığını, yürüme, merdiven çıkma, yemek yeme gibi aktiviteleri yapıp yapmadığı araştırılır		
7. Birey sakinleştikten ya da 15-20 dakika dinlendikten sonra kan basıncı ölçülür		
8. Birey rahat edebileceği bir şekilde oturtulur ya da bireye sırt üstü yatış pozisyonu verilir.		
9. Bireyin kolu kalp düzeyinde olacak biçimde, düz yumuşak bir yere dayayarak desteklenir ve avuç içi yukarı bakacak biçimde yerleştirilir.		
10. Üst kol üzerindeki giysiler yukarıya doğru sıvanır. Ölçüm yapacağı koldaki sıkan giysiler çıkarılır.		
11. Brakiyal arter dirsek önü çukurunda aranarak palpe edilir.		
12. Manometrede ibrenin sıfır değerinde olup olmadığı kontrol edilir.		
13. Havası boşaltılmış tansiyon aleti manşetinin alt kenarı, brakiyal arter nabzını parmaklarla hissettiği yerin 2.5 cm üzerine yerleştirilir.		
14. Manşet üst kol üzerine düzgün ve rahat bir şekilde sarılır.		
15. Manşonun tam orta noktası, palpe ettiği brakiyal arterin tam üzerine gelecek şekilde yerleştirilir.		
16. Manometre göz hizasında tutulur.		
17. Eğer hastanın sistolik kan basıncı değeri bilinmiyorsa, el radial arter üzerine konulur. Puvar avuç içine yerleştirilir, başparmak ve işaret parmağı kullanılarak hava ayar düğmesi kendisine doğru döndürülüp sıkıca kapatılır. Manşet radial arter nabzının hissedilmediği noktaya kadar şişirilir. Manometrede bu seviye belirlenir. **Bu değer akılda tutulur ve bu değerin üzerine 30 mm Hg eklenecek şekilde manometre tekrar şişirilmesi planlanır.** Manşetin havası boşaltılır ve steteskopla dinlemeden önce 30-60 sn bekletilir.		
18.Eğer hastanın sistolik kan basıncı değeri biliniyorsa, **bu değerin üzerine 30 mm Hg eklenecek şekilde manometrenin şişirilmesi planlanır.**		
19. Steteskopun alıcısı manşete ve giysilere değdirmeden brakiyal arter üzerine konulur ve kulaklık kulağa düzgünce yerleştirilir.		
20. Puvar avuç içine yerleştirilir, başparmak ve işaret parmağı kullanılarak hava ayar düğmesi kendisine doğru döndürülüp sıkıca kapatılır.		
21. Manşet daha önce radial arterden belirlenen değerin 30 mmHg üzerine kadar şişirilir.		
22. Boşaltım hızı 2-3 mmHg/sn olacak şekilde puvar yavaşça açılır.		
23. Sesin ilk işitildiği andaki manometredeki seviye sistolik kan basıncı olarak tanımlanır.		
24. Manşetin havasını boşaltmaya devam edilir, sesin son olarak duyulduğu manometredeki seviye diastolik kan basıncı olarak tanımlanır.		
25. Manşette kalan hava hızlı ve tam olarak boşaltılır ve hastanın kolundan manşet çıkarılır.		
26. Tansiyon aleti uygun şekilde kaldırılır.		

27. Uygulama sonunda bireye rahat bir pozisyon verilir ve üst kolu örtülür.		
28. Uygulama sonunda bireye işlem sonuçları ile ilgili bilgi verilir		
29. Eller yıkanır		
30. Ölçümden elde edilen kan basıncı değeri kaydedilir.		

PALPASYON TEKNİĞİ İLE ARTERİYEL KAN BASINCI ÖLÇME

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci Numarası:

Kullanılan Araç Gereçler

- ✓ Tansiyon aleti
- ✓ Kan basıncı değerinin kaydedileceği bir kağıt

İŞLEM BASAMAKLARI	Yaptı(1)	Yapmadı(0)
1. Eller yıkanır		
2. Malzemeler hazırlanır.		
3. Hasta odasına gidilir.		
3. Bireye kendini tanıtır		
4. Bireye yapılacak işlem açıklanır		
5. İşleme başlamadan önce bireyin ağrısı, endişe ve korkusu olup olmadığını, yürüme, merdiven çıkma, yemek yeme gibi aktiviteleri yapıp yapmadığı araştırılır		
6. Birey sakinleştikten ya da 15-20 dakika dinlendikten sonra kan basıncı ölçülür		
7. Birey rahat edebileceği bir şekilde oturtulur ya da bireye sırt üstü yatış pozisyonu verilir.		
8. Bireyin kolu kalp düzeyinde olacak biçimde, düz yumuşak bir yere dayayarak desteklenir ve avuç içi yukarı bakacak biçimde yerleştirilir.		
9. Üst kol üzerindeki giysiler yukarıya doğru sıvanır. Ölçüm yapacağı koldaki sıkan giysiler çıkarılır.		
10. Brakiyal arter dirsek önü çukurunda aranarak palpe edilir.		
11. Manometrede ibrenin sıfır değerinde olup olmadığı kontrol edilir.		
12. Havası boşaltılmış tansiyon aleti manşetinin alt kenarı, brakiyal arter nabzını parmaklarla hissettiği yerin 2.5 cm üzerine yerleştirilir.		
13. Manşet üst kol üzerine düzgün ve rahat bir şekilde sarılır.		
14. Manşonun tam orta noktası, palpe ettiği brakiyal arterin tam üzerine gelecek şekilde yerleştirilir.		
15. Manometre göz hizasında tutulur.		
16. Manşon şişirilirken aynı anda radial nabız kontrol edilir.		
17. Radial nabızın alınmadığı değerin 30 mmHg üzerine çıkılacak biçimde basınç arttırılmaya devam edilir.		
18. Manşonun havası boşaltılarak basınç düşürülmeye başlanır		
19. Manşon boşaltılırken nabız yeniden hissedilmeye başlanır.		
20. Nabız atımlarının hissedildiği andaki manometre değeri okunur.		
21. Bu değer **sistolik kan basıncını** gösterir.		
24. Manşette kalan hava hızlı ve tam olarak boşaltılır ve hastanın kolundan manşet çıkarılır.		
25. Tansiyon aleti uygun şekilde kaldırılır.		
26. Uygulama sonunda bireye rahat bir pozisyon verilir ve üst kol örtülür.		
27. Uygulama sonunda bireye işlem sonuçları ile ilgili bilgi verilir		
28. Eller yıkanır		
29. Ölçümden elde edilen sistolik kan basıncı değeri kaydedilir.		

AMPUL VE FLAKONDAN İLAÇ ÇEKME

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci Numarası:

Kullanılan Araç-Gereçler

- ✓ İlaç kartı, Enjektör ve iğne,Flakon, Distile su bulunan ampul, alkol, Pamuk tampon, kirli kabı

İŞLEM BASAMAKLARI	Yaptı(1)	Yapmadı(0)
1. Eller yıkanır.		
2. İlaç kartı ile flakon karşılaştırılır.		
3. Ampul gövdesinden tutularak, başına birkaç sert fiske vurulur, ya da başından zemine dik olarak tutulup bilek hızla döndürülerek ampul çevrilir.		
4. Alkollü pamuk tampon (ya da küçük bir gaz bezi) ile ampulün boynu ve keski silinir.		
5. Flakonun tepesindeki metal kapak keskinin ucu ile kaldırılıp tapa da alkollü pamukla silinir.		
6. Ampulün boynuna pamuk tampon sarılır.		
7. Ampulün başı, kendimizden aksi yöne doğru bükülerek boyun kısmından kırılır.		
8. İğnenin başındaki koruyucu kın çıkarılır.		
9. İğne ampulün dış kenarına değdirilmeden ampulün içine sokulur.		
10. Ampul, açık ağzı yukarı gelecek şekilde zemine dik pozisyonda tutulur. İstenen miktardaki sıvı çekilir.		
11. İğne ampulden çıkarılır ve içinde hava kabarcığı olup olmadığı kontrol edilir.		
12. Piston biraz geri çekilerek, gerekirse enjektöre fiske vurarak hava kabarcıklarının üst kısımda toplanması sağlandıktan sonra piston itilerek hava çıkarılır.		
13. Eğer sıvı fazla miktarda çekilmişse, enjektör yatay biçimde tutup piston itilerek sıvının fazlası dışarı atılır.		
14. Lastik tapa yukarı bakacak şekilde flakon dik durumda iken iğnenin ucu lastik tapanın ortasından batırarak distile su flakonun içine verilir.		
15. İğne çıkarılarak dış yüzüne değmeden kının içine yerleştirilir ve enjektör tepsiye bırakılır.		
16. Flakonun metal kısmından tutup sallayarak ya da flakon avuçların içinde döndürülerek toz ilacın sıvı içinde erimesi sağlanır.		
17. Flakona verilen solüsyonun hacmi kadar hava, enjektöre çekilir.		
18. Flakon zemine dik durumda iken, iğnenin ucu lastik tapaya batırılır ve hava flakon içine verilir		
19. Flakon ters çevrilip zemine dik durumda tutulur.		
20. İğne hafifçe dışarı doğru çekilir. Piston geri çekilerek, yeteri kadar ilacın enjektöre dolması sağlanır.		
21. İğne flakondan çıkarılır		
22. İğne kınına sokulur		
23. İğnenin ucu yukarı bakacak şekilde ve enjektör dik durumdayken, ilacın istenen miktarda olup olmadığı ve enjektör içinde hava bulunup bulunmadığı kontrol edilir.		

24. Eğer çok dozluk bir flakon kullanıldıysa, flakonun üzerine, içinde kaç ml. ve ne kadar dozda ilaç bulunduğunu belirten bir flaster yapıştırarak flakon uygun şekilde saklanır.		

İNTRAVENÖZ KAN ÖRNEĞİ ALMA BECERİSİ

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci Numarası:

Kullanılan Araç-Gereçler

- Laboratuvar istem kağıdı, enjektör ya da vacutainer iğnesi ve adaptörü/holder, turnike, gazlı bez veya transparan pansuman, hastanın elinin altına havlu, disposible eldiven, hekim isteğine uygun kan tüpleri, uygun antiseptik solüsyon, yatak koruyucu örtü. Damar için serum seti kullanılmalı.

İşlem basamakları	**Yaptı(1)**	**Yapmadı(0)**
1. Eller yıkanır.		
2. Doktor istemi, hastanın adı soyadı, laboratuvar istem kağıdı kontrol edilir.		
3. Laboratuvar istemi ile kanın alınacağı tüpler karşılaştırılır ve hasta adı-soyadı, protokol numarası olan bandrol yapıştırılır.		
4. Hazırlanan malzemeler tepsiye yerleştirilir.		
5. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır.		
6. Hastaya işlem açıklanır.		
7. Disposible eldiven giyilir.		
8. Kan alma için uygun ven seçilir (venler gözlenir ve palpe edilir. Hem görerek hem de dokunarak uygun ven seçilir)		
9. Kan alınacak kolun altına tedavi bezi ve muşambası serilir.		
10. Turnike, vene giriş bölgesinin 10-15 cm. üzerinden fiyonk yaparak bağlanır.		
11. Ven dolgun değilse, venin distalinden kalbe doğru sıvazlanır ve parmak uçları ile vene hafifçe vurulur. Hastanın elini açıp kapaması veya yumruk yapması söylenir.		
12. Ven bölgesi antiseptik solüsyonla yukarıdan aşağıya doğru damar boyunca / bazı kaynaklara göre dairesel hareketle tek bir hamlede silinir. Kuruması için 5 sn beklenir.		
13. Vene giriş noktasının altından deri aşağı doğru gerdirilir.		
14. Vacutainer/Enjektör baş ve diğer parmaklarla el enjektörün üzerinde olacak ve iğnenin eğimi yukarıya bakacak şekilde tutulur.		
15. Vene giriş iki yöntemle yapılır: **I. Yöntem:** Vacutainer/Enjektörün keskin ucu yukarıda olacak şekilde giriş noktasından cilt yüzeyine 10-30º'lik açı ile vene girişim yapılır. **II. Yöntem:** Girişim yapılması düşünülen noktanın yaklaşık 1 cm altından cilt yüzeyine 30-45º'lik açıyla girip daha sonra açı 15º'ye düşürülür.		
16. **Enjektör kullanılıyorsa;** Ven içine iğne girdiğinde enjektörün ajutajına kan gelecektir. Kan geldiğinde aynı açı ile iğnenin 1/3'ü ven içine ilerletilir.		
17. Pasif el ile enjektör pistonu geri çekilerek kan gelip gelmediği kontrol edilir, kan geliyor ise iğne damar lümenindedir		
18. Enjektörle gerekli miktarda kan alınır		
19. Pasif el ile turnike çözülür.		
20. Pamuk iğne giriş yerine yerleştirilir, enjektör giriş açısı ile dokudan çıkartılır ve bölgeye pamuk tampon ile 2-3 dk ovmadan basınç yapılır.Hastaya kolunu kıvırmaması gerektiği söylenir. Varsa enjeksiyon bandı ile ven giriş bölgesi kapatılır		

21. Enjektördeki kan pıhtılaşmaması için alınır alınmaz tüplere belirlenen seviyelerde boşaltılmalıdır. Enjektör iğnesi tüplerin vakumlu-plastik kısmın orta kısmına sokularak, tüp üzerinde belirlenen çizgiye kadar kan tüpe doldurulur.		
22. Tüpler nazik bir biçimde bir kez alt-üst edilir.		
23. Hastanın kolunda hematom olup-olmadığı kontrol edilir.		
24. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.		
25. Hastaya, sonuç raporunu ne zaman ve nereden alacağı hakkında bilgi verilir.		
26. Tüplerin üzerindeki bilgilerin doğruluğu kontrol edilerek enjektöre alınan kan tüplere boşaltılır ve istem formu ile laboratuvara gönderilir.		
27. Araç gereç kaldırılır.		
28. Eldivenler çıkartılır, eller yıkanır.		
29. İşlem, gözlemler, anormal bulgular hemşire gözlem formuna kaydedilir.		

İNTRAVENÖZ KATETER İLE DAMAR YOLU AÇMA VE IV SIVI TEDAVİSİ UYGULAMA BECERİSİ

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci Numarası:

Kullanılan Araç-Gereçler

- ✓ Branül, enjektöre çekilmiş 4-5 cc serum fizyolojik, ilaç kartı, alkol veya povidone-iyodin, turnike, gazlı bez veya transparan pansuman, flaster, hastanın elinin altına havlu, disposible eldiven, IV solüsyon, iğne atık kutusu, böbrek küvet. Damar için serum seti kullanılmalı.

İşlem basamakları	**Yaptı(1)**	**Yapmadı(0)**
1. Doktor istemi, hastanın adı soyadı, ilaç kartı uygulama yolu, uygulama zamanı ve ilaç kontrol edilir.		
2. Aseptik tekniğe uygun bir şekilde ilaç hazırlanır. Hazırlanan malzemeler tedavi tepsisine yerleştirilir.		
3. Odanın perdesi ve/veya kapısı kapatılır.		
4. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır.		
5. Hastanın yatak başında ilaç etiketi, ilaç kartı, hemşirelik kayıtları bir kez daha karşılaştırılır.		
6. Eller yıkanır.		
7. Hastaya işlem açıklanır.		
8. Hastanın alerji öyküsü varsa alerjen tipi ve normal alerjik reaksiyonu değerlendirilir.		
9. İşlem hazırlığı yapılır. ✓ Steril paket, steril tekniği kullanılarak açılır. ✓ 8 doğru ilaç kuralı kullanılarak solüsyon kontrol edilir. ✓ Her iki ucun sterilitesi korunarak infüzyon seti açılır. ✓ Damlalık bölmesinin altındaki silindir klemp kapalı pozisyona getirilir. ✓ İnfüzyon seti sıvı torbasının içine geçirilir. ✓ İnfüzyon seti doldurularak havası çıkarılır.		
10. Bireyin daha önceki IV tedavi deneyimi, tedaviyi algılaması ve kolun pozisyonu ile ilgili tercihi değerlendirilir ve uygun bir pozisyon verilir.		
11. Hem görerek hem de dokunarak uygun ven seçilir.		
12. Disposible eldiven giyilir.		
13. İğnenin giriş yerinde fazla miktarda vücut kılı mevcut ise, kıllar kesilir.		
14. Enjeksiyon yapılacak kolun altına koruyucu bir örtü serilir.		
15. Turnike, vene giriş bölgesinin 10-15 cm. üzerinden fiyonk yapılarak bağlanır.		
16. Ven dolgun değilse, venin distalinden kalbe doğru sıvazlanır ve parmak uçları ile vene hafifçe vurulur. Hastanın elini açıp kapaması veya yumruk yapması söylenir.		
17. Ven bölgesi antiseptik solüsyonla yukarıdan aşağıya doğru damar boyunca / bazı kaynaklara göre dairesel hareketle tek bir hamlede silinir. Kuruması için 5 sn beklenir.		
18. Vene uygun büyüklükte IV kateter steril paketinden çıkarılır.		
19. IV kateter kılıfı çıkartılır, iğnenin keskin yüzü yukarı gelecek şekilde tutulur.		
20. Pasif elin baş parmağı ile, vene girilecek alan (deri), 4-5 cm altından aşağı doğru gerdirilir ve kol alttan desteklenir.		
21. Vene giriş iki yöntemle yapılır: **I. Yöntem:** Kateterin keskin ucu yukarıda olacak şekilde giriş noktasından cilt yüzeyine 10-30º'lik açı ile vene girişim yapılır.		

II. Yöntem: Girişim yapılması düşünülen noktanın yaklaşık 1 cm altından cilt yüzeyine 30-45º'lik açıyla girip daha sonra açı 15º'ye düşürülür.		
22. IV kateterin içindeki kılavuz iğne, 1 cm geriye çekilerek, plastik kanülün içine kan gelip gelmediği kontrol edilir.		
23. Kan geliyorsa plastik kanül damar içinde ilerletilirken, kılavuz iğne yavaşça geriye çekilir. Ancak tamamen çıkarılmaz.		
24. Pasif elin baş parmağı ile IV kateter yerleştirilen bölgenin 1 cm kadar üstünden vene baskı uygulanarak, aktif el ile önce turnike çözülür sonra kılavuz iğne tamamen çıkarılır.		
25. İçinde serum fizyolojik olan enjektör IV kateter girişine takılır.		
26. 1-2 cc SF vene verilirken bölgede şişlik, kızarıklık, ağrı hissi olup olmadığı kontrol edilir.		
27. IV kateter flaster ile sabitleştirilir.		
28. Eğer hastaya ilaç ya da sıvı verilmeyecek ise; IV kateterin sıvı seti girişine koruyucu kapak takılır.		
29. **IV sıvı tedavisi uygulanacak ise;** ✓ IV giriş bölgesi infiltrasyon ya da flebit açısından değerlendirilir.		
30. IV kateterin takılacak ucunda bulunan koruyucu kapak çıkarılarak, sıvı setinin ucu IV kateter girişine yerleştirilir.		
31. Kıskaç/klemp ile hekim istemine uygun olarak solüsyonun akış hızı ayarlanır. Eğer sıvı setine doseflow/doz ayarlayıcı takılı ise doz ayarlayıcı set, IV katetere takılarak üzerindeki göstergeden solüsyonun akış hızı ayarlanır.		
32. Aynı damar yolundan birden fazla solüsyon ya da ilaç uygulanacaksa üçlü musluk kullanılmalıdır. Üçlü musluk sıvı setine takılıp havası çıkarıldıktan sonra IV katetere takılmalıdır.		
33. IV pansuman üzerine tarih, IV girişin yerleştirilme zamanı, iğne büyüklüğü ve hemşirenin parafı yazılır.		
34. Hastaya rahat bir pozisyon verilir.		
35. Araç gereç kaldırılır.		
36. Eldivenler çıkartılır ve eller yıkanır.		
37. Sıvı tedavisine hastanın cevabını belirlemek amacıyla her saat hasta gözlenir.		
38. Sıvı tipi, miktarı, giriş bölgesi, akış hızı, IV kateter veya iğnenin tipi ve büyüklüğü ve infüzyona başlanılan zaman hemşirelik notları içine kaydedilir.		

İNTRADERMAL ENJEKSİYON UYGULAMA

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci Numarası:

Kullanılan Araç-Gereçler

- ✓ İlaç kartı
- ✓ İlaç, Enjektör ve iğnesi (0.6-1 cm. boyunda iğnesi olan enjektör)
- ✓ Kirli kabı
- ✓ Pamuk tampon
- ✓ %70'lik Alkol
- ✓ Eldiven

İŞLEM BASAMAKLARI	Yaptı(1)	Yapmadı(0)
1. Hastanın adı soyadı, ilaç kartı ve ilaç kontrol edilir.		
2. Eller yıkanır		
3. İlaç ampul ya da flakondan uygun yöntemle enjektöre çekilir		
4. Malzemeler tepsiye hazırlanır.		
5. Eldiven giyilir.		
6. Hemşire hastaya kendini tanıtır.		
7. Hasta kimliği kontrol edilir (çift kontrol yapılır. Hastaya sorma ve bileklikten kontrol)		
8. İşlem hastaya açıklanır ve işbirliği sağlanır.		
9. Enjeksiyon bölgesi belirlenir.		
10. Enjeksiyon bölgesi alkolle silinir ve kuruması beklenir.		
11. Enjektör avucun ve parmakların altında kalacak şekilde kavranır.		
12. Pasif el ile hastanın ön kolu alttan kavranarak deri gerdirilir.		
13. İğne keskin ucu yukarıya bakacak ve deriye paralel bir şekilde 5-15 derecelik açı ile tutularak yaklaşık 2 mm kadar deri içine girilir.		
14. İlaç deride birkaç mm'lik (mercimek büyüklüğü kadar) kabartı oluşturana kadar yavaşça verilir ve iğnenin giriş açısı bozulmadan geri çekilir.		
15. Enjeksiyon bölgesine iğnenin çıkarılması sırasında ve sonrasında tampon uygulanmaz ve ovulmaz.		
16. Enjeksiyon bölgesinin çevresine bir kalemle dairevi çizgi çizilerek bölge daha sonra kontrol edilmek üzere belirlenir.		
17. Hemşire gözlem formuna yapılan ilacın dozu, veriliş yolu ve veriliş zamanı kaydedilir.		
18. Malzemeler uygun şekilde kaldırılır.		
19. Eller yıkanır.		

SUBKUTAN ENJEKSİYON UYGULAMA

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci Numarası:

<u>Kullanılan Araç-Gereçler</u>

- ✓ İlaç kartı (hazırlanacak)
- ✓ İlaç - Enjektör ve iğnesi (1,5 cm boyunda iğnesi olan enjektör)
- ✓ Kirli kabı
- ✓ Pamuk tampon
- ✓ %70'lik Alkol
- ✓ Eldiven

İŞLEM BASAMAKLARI	Yaptı(1)	Yapmadı(0)
1. Hastanın adı soyadı, ilaç kartı ve ilaç kontrol edilir.		
2. Eller yıkanır		
3. İlaç ampul ya da flakondan uygun yöntemle enjektöre çekilir		
4. Malzemeler tepsiye hazırlanır.		
5. Eldiven giyilir.		
6. Hemşire hastaya kendini tanıtır		
7. Hasta kimliği kontrol edilir (çift kontrol yapılır. Hastaya sorma ve bileklikten kontrol)		
8. İşlem hastaya açıklanır ve iş birliği sağlanır		
9. Enjeksiyon bölgesi belirlenir		
10. Rahat bir pozisyon için hastaya yardım edilir		
11. Bölge alkollü pamuk tamponla enjeksiyon noktasından başlamak üzere dairesel hareketlerle silinir.		
12. Alkollü pamuk tampon aktif olmayan elin yüzük ve küçük parmağı arasına sıkıştırılır.		
13. Enjektör aktif olan ele alınarak iğne dikkatlice kınından çıkarılır.		
14. Enjeksiyon yapılacak deri ve derialtı dokusu, aktif olmayan elin parmakları arasında sıkıştırılarak kavranır.		
15. Giriş açısına uygun olarak enjektör kalem tutar gibi tutulur.		
16. İğne 45-90º'lik açı ile seri ve hızlı olarak batırılır.		
17. İğneyle girdikten sonra sıkıştırılan doku serbest bırakılır ve		
18. Pasif olan ya da aktif olan elle enjektör sabit tutulur.		
19. İlaç yavaşça verilir.		
20. İğneyi çekerken alkollü pamuk hafifçe iğnenin dokuya giriş noktası üzerine bastırılarak iğne girilen açıya uygun açıyla seri ve hızlı olarak geri çekilir.		
21. Hemşire gözlem formuna yapılan ilacın dozu, veriliş yolu ve veriliş zamanı kaydedilir.		
22. Malzemeler uygun şekilde kaldırılır.		
23. Eller yıkanır		

SUBKUTAN YOLLA HEPARİN ENJEKSİYONU UYGULAMA

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci Numarası:

Kullanılan Araç-Gereçler

- ✓ İlaç kartı (hazırlanacak)
- ✓ İlaç - Enjektör ve iğnesi (1,5 cm. boyunda iğnesi olan enjektör)
- ✓ Kirli kabı
- ✓ Pamuk tampon
- ✓ %70'lik Alkol
- ✓ Eldiven

İŞLEM BASAMAKLARI	Yaptı(1)	Yapmadı(0)
1. Hastanın adı soyadı, ilaç kartı ve ilaç kontrol edilir		
2. Eller yıkanır		
3. İlaç ampul ya da flakondan uygun yöntemle enjektöre çekilir		
4. Malzemeler tepsiye hazırlanır.		
5. Eldiven giyilir.		
6. Hemşire hastaya kendini tanıtır		
7. Hasta kimliği kontrol edilir (çift kontrol yapılır. Hastaya sorma ve bileklikten kontrol)		
8. İşlem hastaya açıklanır ve iş birliği sağlanır		
9. Enjeksiyon bölgesi belirlenir		
10. Rahat bir pozisyon için hastaya yardım edilir		
11. Bölge alkollü pamuk tamponla enjeksiyon noktasından başlamak üzere dairesel hareketlerle silinir.		
12. Alkollü pamuk tampon aktif olmayan elin yüzük ve küçük parmağı arasına sıkıştırılır.		
13. Enjektör aktif olan ele alınarak iğne dikkatlice kınından çıkarılır.		
14. Enjeksiyon yapılacak deri ve derialtı dokusu, aktif olmayan elin parmakları arasında sıkıştırılarak kavranır.		
15. Giriş açısına uygun olarak enjektör kalem tutar gibi tutulur.		
16. İğne 90º'lik açı ile seri ve hızlı olarak batırılır.		
17. İğneyle girdikten sonra sıkıştırılan doku serbest bırakılmadan ilaç yavaşça verilir.		
18. İğneyi çekerken alkollü pamuk hafifçe iğnenin dokuya giriş noktası üzerine bastırılarak iğne girilen açıya uygun açıyla seri ve hızlı olarak geri çekilir.		
19. Hemşire gözlem formuna yapılan ilacın dozu, veriliş yolu ve veriliş zamanı kaydedilir.		
20. Malzemeler uygun şekilde kaldırılır.		
21. Eller yıkanır		

İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON UYGULAMA

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci Numarası:

Kullanılan Araç-Gereçler

- ✓ İlaç kartı (hazırlanacak)
- ✓ İlaç - Enjektör ve iğnesi (2.5-3.75 cm boyunda iğnesi olan enjektör)
- ✓ Kirli kabı
- ✓ Pamuk tampon
- ✓ %70'lik Alkol
- ✓ Eldiven

İŞLEM BASAMAKLARI	Yaptı(1)	Yapmadı(0)
1. Hastanın adı soyadı, ilaç kartı ve ilaç kontrol edilir		
2. Eller yıkanır		
3. İlaç ampul ya da flakondan uygun yöntemle enjektöre çekilir		
4. Malzemeler tepsiye hazırlanır.		
5. Eldiven giyilir.		
6. Hemşire hastaya kendini tanıtır		
7. Hasta kimliği kontrol edilir (çift kontrol yapılır. Hastaya sorma ve bileklikten kontrol)		
8. İşlem hastaya açıklanır ve iş birliği sağlanır		
9. Hastanın güvenliği ve gizliliği sağlanır, sadece enjeksiyon uygulama alanı açıkta bırakılır.		
10. Uygun ve doğru enjeksiyon bölgesi tespit edilir		
11. Hastaya seçilen enjeksiyon bölgesine uygun, rahat bir pozisyon verilir		
12. Bölge alkollü pamuk tamponla enjeksiyon noktasından başlamak üzere dairesel hareketlerle silinir.		
13. İğnenin kılıfı iğneyi kontamine etmeden dikkatlice çıkarılır.		
14. Enjektör aktif elin başparmağı ile işaret parmağı arasında kalem tutar gibi tutulur.		
15. Pasif elin baş ve işaret parmağı ile enjeksiyon bölgesindeki deri yana doğru gerdirilir.		
16. Hastayla konuşarak ve derin nefes alması söylenerek dikkati başka yöne çekilir ve kaslarının gevşemesi sağlanır.		
17. İğne 90 ° lik açı ile hızla ve düzgün bir şekilde doku içine batırılır.		
18. İğnenin girişinden sonra deri serbest bırakılır.		
19. Aktif el ile enjektör sabit bir şekilde hareket ettirilmeden tutulur (ya da pasif el ile enjektörün alt ucundan tutularak enjektörün hareketi önlenir).		
20. Enjektörün pistonu geri çekilerek aspirasyon işlemi yapılır. Enjektörden kan gelirse iğne dokudan çıkarılır.		
21. Kan gelmezse ilaç kas içine yavaşça verilir.		
22. Pamuk tampon iğnenin giriş bölgesi üzerine bastırılır ve giriş yolu boyunca iğne 90 ° lik açı ile hızla geri çekilir.		
23. Hemşire gözlem formuna yapılan ilacın dozu, veriliş yolu ve veriliş zamanı kaydedilir.		
24. Malzemeler uygun şekilde kaldırılır.		
25. Eller yıkanır		

KALICI VE GEÇİCİ ÜRİNER KATATER UYGULAMA BECERİSİ

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci Numarası:

<u>Kullanılan Araç-Gereçler</u>

Geçici Mesane Kateterizasyonu

- ✓ Steril eldiven, Steril kompres, Antiseptik solüsyon, Forseps veya steril eldiven, Steril yağlayıcı, kadın hastada 14 - 16 F. lik steril Nelaton kateter, erkek hastada 16 -20 F'lik steril Nelaton kateter, küvet, Kirli torbası veya kabı, Seyyar lamba veya el feneri, Gerekirse sabun, ılık su dolu küvet, sabunlama bezi, temiz eldiven, Ara muşambası ve ara çarşafı ya da su geçirmez örtü

Kalıcı Mesane Kateterizasyonu

Geçici kateterin takılmasında kullanılan araç ve gereçlere ek olarak;

- ✓ Enjektör, serum fizyolojik veya steril distile su, flaster, idrar torbası

İşlem basamakları	**Yaptı(1)**	**Yapmadı(0)**
1. Doktor istemi kontrol edilir.		
2. Gerekli tüm araçlar hazırlanır.		
3. Yapılacak işlem hastaya açıklanır.		
4. Hastanın altına ara çarşaf ve muşambası ya da su geçirmez bir örtü yerleştirilir.		
5. Kadın hasta ise; dorsal rekümbent pozisyonunda,		
6. Erkek hasta ise; supine pozisyonunda yatırılır.		
7. Hastanın gövdesi battaniye veya üst çarşafla örtülür.		
8. Kadın hasta ise; başka bir üst çarşaf, bir köşesi hastanın genital bölgesini örtecek şekilde köşegen biçimde yerleştirilir ve çarşafın diğer iki köşesi hastanın ayak bileklerine kadar sarılır.		
9. Erkek hasta ise; başka bir üst çarşaf, genital bölge açıkta kalacak şekilde hastanın uylukları örtülür.		
10. Kadın hastada genital bölge iyice görünecek biçimde seyyar lamba yerleştirilir veya el feneri yardım eden hemşire tarafından tutulur.		
11. Labia minörler, steril tamponlarla yana doğru itilerek açılır ve üretral meatus bulunur.		
12. Hastanın genital alanı gaita inkontinansı nedeniyle çok kirli ise, önce sabun ve ılık su ile temizlenir daha sonra perine temizliği yapılır.		
13. Steril eldiven giyilir.		
14. Antiseptik solüsyon kullanılarak perine temizliği yapılır.		
15. Kadın hasta ise; her tampon bir kez kullanılarak meatustan başlanarak anüse doğru silinir.		
16. Erkek hasta ise; üretral meatustan başlanarak penisin başı dairevi hareketlerle silinerek temizlenir.		
17. Steril kompres genital alanın önüne yerleştirilir.		
18. Kateterin ucuna steril yağlayıcı sürülür.		
19. Kadın hasta ise; kateteri kontamine etmemek için gaz tampon kullanılarak bir elle labia minörler ayırılır. Diğer elle tutulan kateter 5-7.5 cm. ve idrar akmaya başlayıncaya kadar üretraya sokulur.		
20. Erkek hasta ise; üretranın dış bölümünü düzleştirmek için, penis hastanın vücuduna dik olarak tutularak, kateter yaklaşık 17.5-20 cm. ve ucundan idrar gelinceye kadar üretraya sokulur.		

21. İdrar gelmiyorsa ve hasta rahatsız görünüyorsa, kateter bir doku kıvrımı veya tıkanıklığa rastlamış olabileceğinden kateter hafifçe döndürülür, idrar gelmiyorsa geri çekilir.		
22. İdrar geldikten sonra balon kateterin üzerinde belirtilen miktarda serum fizyolojik veya steril distile su ile şişirilir.		
23. Balonun yeteri kadar şiştiğini kontrol etmek için kateter yavaşca geri çekilir.		
24. Kateter idrar torbasına bağlanır ve flasterle kadınlarda uyluğun iç yüzüne, erkeklerde karına ve gerilmeyecek şekilde tespit edilir		
25. Kullanılan araç ve gereçler kaldırılır.		
26. Yapılan işlem ve hastanın durumu kaydedilir		

KALICI ÜRİNER KATATERDEN STERİL İDRAR ÖRNEĞİ ALMA BECERİSİ

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci Numarası:

Kullanılan Araç-Gereçler

- ✓ Steril enjektör ve 21-22 Gauge'lik iğne, Steril idrar örneği kabı veya tüpü, Bir çift temiz eldiven, Pamuk veya gaz tampon, Alkol, Kirli küveti

İşlem basamakları	**Yaptı(1)**	**Yapmadı(0)**
1. Onayını almak ve işbirliği sağlamak için yapılacak işlem hastaya açıklanır.		
2. Kullanılacak araç-gereç tedavi tepsisine hazırlanır ve hastanın odasına getirilir.		
3. İdrarın birikmesini sağlamak için işlemden 15 dk. önce idrar torbasının üzerindeki kıskaç kapatılır.		
4. Eldivenler giyilir.		
5. İdrar torbasının tüpü üzerinde özel bir giriş yoksa ve kateter kauçuktan yapılmışsa idrar kateterden alınır.		
6. Kateterin idrar tüpü ile bağlantı yerinin hemen üzerindeki alan alkollü tamponla silinir, iğne ile 45'lik açı ile girilir ve idrar enjektöre çekilir		
7. Enjektöre alınmış idrar örneği steril idrar kabına veya tüpüne boşaltılır.		
8. Üstü kapakla veya tüp kullanılıyorsa pamuk tamponla kapatılır.		
9. İdrar kabına veya tüpüne, hastanın adı, idrarın alındığı tarih ve saat yazılı etiket yapıştırılır.		
10. İdrarın akmasını sağlamak için idrar torbasının tüpü üzerindeki kıskaç açılır.		
11. Yapılan işlem kaydedilir.		
12. İdrar örneği hemen veya en geç bir saat içinde laboratuvara gönderilir.		

MESANE KATATERİNİ ÇIKARMA BECERİSİ

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci Numarası:

Kullanılan Araç-Gereçler

✓ Temiz havlu, Kirli küveti, Steril enjektör, Bir çift temiz eldiven, Pamuk veya gaz tampon

İşlem basamakları	**Yaptı(1)**	**Yapmadı(0)**
1. Onayını almak ve işbirliği sağlamak için yapılacak işlem hastaya açıklanır.		
2. Hasta kateterizasyon yapılırken kullanılan pozisyonda yatırılır.		
3. Kateteri tespit eden flaster çıkarılır.		
4. Havlu kadınlarda uylukların arasına, erkeklerde uylukların üzerine yerleştirilir.		
5. Enjektörün ucu balon şişirme girişine sokulur ve solüsyon geri çekilerek balon boşaltılır.		
6. Kateterin ucu kıvrılarak yavaşça geri çekilir ve kirli küvetine atılır.		
7. Hastaya hafif bir yanma ve sık idrar yapma hissi duyabileceği söylenir.		
8. Yapılan işlem ve kateter çekildikten sonra hastanın ilk kez idrar yaptığı saat kaydedilir.		
9. Hasta 8 saat içinde idrar yapamazsa tekrar kateter takılması gerekebilir.		
10. Hasta kateterizasyon yapılırken kullanılan pozisyonda yatırılır.		
11. Kateteri tespit eden flaster çıkarılır.		
12. Havlu kadınlarda uylukların arasına, erkeklerde uylukların üzerine yerleştirilir.		
13. Enjektörün ucu balon şişirme girişine sokulur ve solüsyon geri çekilerek balon boşaltılır.		
14. Kateterin ucu kıvrılarak yavaşça geri çekilir ve kirli küvetine atılır.		

OKSİJEN UYGULAMA

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci Numarası:

<u>Kullanılan Araç-Gereçler</u>

- Hangi yöntem ile uygulanacaksa ona uygun malzeme tercih edilir.

  (Oksijen kanülü, oksijen maskesi, oksijen çadırı, nazofarengeal kateter)

İŞLEM BASAMAKLARI	**Yaptı (1)**	**Yapmadı (0)**
1. Doktor istemi kontrol edilir.		
2. Gerekli araç gereçler hazırlanır.		
3. Eller yıkanır.		
4. Hastaya yapılacak işlem tanıtılır.		
5. Hastanın solunum yollarının açık olup-olmadığı kontrol edilir.		
6. Sekresyon varsa aspire edilir.		
7. Hastanın odasına "**Sigara İçilmez"** yazısı yazılır.		
8. Odada elektrik kaçağı olup-olmadığı kontrol edilir.		
9. Hastanın rahat edebileceği bir pozisyon verilir.		
10. Oksijen tedavisinin uygulandığı tarih, başladığı saat, kullanılan yöntem, hastanın solunum ve nabız hızı kaydedilir.		
11. Haznenin 2/3'ünü veya ½ sini distile su veya steril serum fizyolojik ile doldurularak oksijen nemlendirilir.		
12. Ağız bakımı verilir.		
13. Oksijenin kullanımı sırasında sık sık içindeki oksijen miktarı manometreden kontrol edilir.		
14. Hastanın endişeleri giderilir.		

OROFARENGEAL-NAZOFARENGEAL ASPİRASYON UYGULAMA

Öğrenci Numarası:
Öğrenci Ad-soyad:

Kullanılan Araç-Gereçler

- Taşınabilir veya duvar aspirasyon ünitesi
- Steril kateter
- Steril distile su veya steril normal salin, steril küvet
- Steril eldiven,
- Koruyucu örtü
- Maske/gözlük

İŞLEM BASAMAKLAR	Yaptı (1)	Yapmadı (0)
1. Sekresyonların varlığını gösteren belirti ve bulguları tanımlanır.		
2. Gerekli araç gereçler hazırlanır.		
3. Eller yıkanır.		
4. Hastaya işlem açıklanır.		
5. Kapı kapatılır veya perde çekilir.		
6. Hastaya uygun pozisyon verilir. **a.** Öğürme refleksi olan **bilinci açık hastayı orofarengeal aspirasyon için**, ***başı bir tarafa dönük olacak şekilde semi-Fowler's pozisyonu*** verilir **b.** **Nazofarengeal aspirasyon için, boyun hiperekstansiyonda olacak şekilde semi-Fowler's pozisyonda** yatırılır. **c.** **Bilinci kapalı olan hastayı yüzü hemşireye dönük yan yatış pozisyonuna** getirilir.		
7. Hastanın çenesinin altına veya yastık üzerine koruyucu örtü serilir.		
8. Hasta için uygun aspirasyon basıncı ve aspiratör tipi seçilir.		
9.Steril küvete 100 ml steril su /normal salin doldurulur.		
10. Varsa hastanın oksijen maskesi çıkarılır.		
11. Steril eldiven giyilir ve işlem boyunca aktif olan eldeki eldivenin sterilliği korunur.		
12. Steril eldivenli elle aspirasyon kateteri steril olmayan elle aspiratör tutularak kateter ile aspiratörün bağlantı tüpü birleştirilir.		
13. Aspiratör çalıştırılır.		
14. Küvetten az miktarda su aspire ederek ekipmanın uygun şekilde çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.		
15. Aspiratör kapatılır.		
16. Orofarengeal aspirasyon için aspirasyon kateteri ağız kenarından dişeti hizasından orofarenkse sokulur. (ağız kenarı-kulak memesi)		
17. Nazofarengeal aspirasyon için hasta nefes alırken kateteri burun içinde aşağı geriye doğru, yumuşak hareketlerle nazofarenkse sokulur. Burun ucu-kulak memesi)		
18. Kateter işaretlenen bölüme ilerletildikten sonra aspiratör çalıştırılır.		
19. Kateter yavaşça döndürülerek geri çekilirken kateter deliği üzerine yerleştirilen aktif olmayan elin başparmağı açıp kapatılarak 10 saniye aralıklı aspirasyon uygulanır.		
20. Aspirasyon aralarında hasta öksürmeye teşvik edilir.		
21. Varsa oksijen maskesi takılır.		
22. Bağlantı tüpündeki sekresyonlar temizlenene dek küvet içindeki su aspire edilerek çalkalanır.		
23. Kateter bağlantı tüpünden çıkarılır.		
24. Kateter aktif elin parmakları etrafına yuvarlanır.		
25. Kateter eldiven içinde kalacak şekilde eldiveni çekip çıkarılır. Diğer eldiveni de aynı yolla		

çıkarılır.		
26. Eldivenler uygun bir kap içinde ortadan kaldırılır.		
27. Aspirasyon cihazı kapatılır.		
28. Koruyucu örtü kaldırılır.		
29. Tüm kirli malzeme kontamine malzemelerin atıldığı kaba atılır.		
30. Hastaya yeniden pozisyon verilir.		
31. Hastanın nabız ve solunum hızı kontrol edilir.		
32. Eller yıkanır.		
33. İşlem kaydedilir.		

NAZOTRAKEAL – OROTRAKEAL ASPİRASYON UYGULAMA

Öğrenci Numarası:
Öğrenci Ad-soyad:

Kullanılan Araç-Gereçler

- ✓ Taşınabilir veya duvar aspirasyon ünitesi
- ✓ Steril kateter
- ✓ Steril distile su veya steril normal salin, steril küvet
- ✓ Steril eldiven,
- ✓ Koruyucu örtü
- ✓ Nazal veya oral airway (Trakeal aspirasyon için)
- ✓ Maske/gözlük

İŞLEM BASAMAKLARI	Yaptı (1)	Yapmadı (0)
1. Sekresyonların varlığını gösteren belirti ve bulgular tanımlanır.		
2. Gerekli araç gereçler hazırlanır.		
3. Eller yıkanır.		
4. Hastaya işlem açıklanır.		
5. Kapı kapatılır veya perde çekilir.		
6. Maske ve gözlükler takılır.		
7. Hastanın çenesinin altına veya yastık üzerine koruyucu örtü serilir.		
8. Hasta için uygun aspirasyon basıncı ve aspiratör tipi seçilir.		
9. Steril küvete 100 ml steril su /normal salin doldurulur.		
10. Varsa hastanın oksijen maskesi çıkarılır.		
11. Steril eldiven giyilir ve işlem boyunca aktif olan eldeki eldivenin sterilliği korunur.		
12. Steril eldivenli elle aspirasyon kateteri steril olmayan elle aspiratör tutularak kateter ile aspiratörün bağlantı tüpü birleştirilir.		
13. Aspiratör çalıştırılır.		
14. Küvetten az miktarda su çekilerek ekipmanın uygun şekilde çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.		
15. Aspiratör kapatılır		
16. Pakete dokunmaksızın, açık steril kateterin 6-8 cm'lik bölümüne kayganlaştırıcı sürülür.		
17. Aspirasyon uygulamaksızın, yumuşak ancak hızlı bir şekilde kateter aktif başparmak ve işaret parmağı ile burun içine hafifçe aşağıya doğru eğilerek veya hasta nefes alırken ağız içinden geçirilerek sokulur.		
18. Orotratrakeal veya nazotrakeal aspirasyonda kateterin ucu trakeobronşial ağacın içine itilir. Bu mesafe; erişkinler için 20-24 cm, büyük çocuklar için 14-20 cm, bebekler için 8-14 cm'dir.		
19. Kateter işaretlenen bölüme ilerletildikten sonra aspiratör çalıştırılır.		
20. Aktif olmayan el kateterin deliği üzerine yerleştirilerek ve kaldırılarak 10 saniye kadar aralıklı aspirasyon uygulanır.		
21. Kateter geriye ve ileriye doğru aktif başparmak ve işaret parmak arasında döndürülürken yavaşça geri çekilir.		
22. Uygunsa, aspirasyondan sonra hastaya tekrar oksijen verilir.		

23. Kateter ve bağlantı tüpü temizlenene dek normal salin aspire edilerek temizlenir.		
24. Aspirasyon süreçleri arasında hastaya dinlenmesi için yeterli zaman tanınır (30-60 saniye).		
25. Nazofarenks ve orofarengenks aspire edilir.		
26. Kateter bağlantı tüpünden çıkarılır.		
27. Kateter aktif elin parmakları etrafına yuvarlanır.		
28. Kateter eldiven içinde kalacak şekilde eldiveni çekip çıkarılır. Diğer eldiveni de aynı yolla çıkarılır.		
29. Eldivenler uygun bir kap içinde ortadan kaldırılır.		
30. Aspirasyon cihazı kapatılır.		
31. Koruyucu örtü kaldırılır.		
32. Tüm kirli malzeme kontamine malzemelerin atıldığı kaba atılır.		
33. Hastaya yeniden pozisyon verilir.		
34. Hastanın nabız ve solunum hızı kontrol edilir.		
35. Maske ve gözlükleri çıkarılır.		
36. Eller yıkanır.		
37. İşlem kaydedilir.		

NAZOGASTRİK TÜP UYGULAMA

Öğrenci Numarası:
Öğrenci Ad-soyad:

Kullanılan Araç-Gereçler

- ✓ Levin tüp (12-18 Fr)
- ✓ El lambası vb. bir ışık kaynağı
- ✓ Tek kullanımlık eldiven
- ✓ Flaster
- ✓ Suda eriyebilir yağlayıcı
- ✓ Koruyucu örtü ya da kağıt havlu

İŞLEM BASAMAKLARI	Yaptı (1)	Yapmadı (0)
1. Doktor istemini kontrol ediniz.		
2. Malzemeleri hazırlayınız.		
3. Ellerinizi yıkayınız.		
4. Ttek kullanımlık eldiven giyiniz.		
5. İşlemi hastaya açıklayınız. İşlem sırasında hastanın rahatsızlığını ifade edeceği hareketleri belirleyerek iş birliği sağlanır (örn. el kaldırma)		
6. Hastayı dik Fowler's pozisyonuna getiriniz.		
7. Hastanın göğsüne koruyucu örtü/muşamba/kağıt havlu seriniz.		
8. Hastaya gerekirse kusabileceği bir böbrek küvet veriniz.		
9. Hastanın varsa protez dişlerini çıkarınız.		
10. Nazogastrik tüp uygulayacaksanız hastanın burun deliklerinin açıklığını bir el lambası yardımı ile kontrol ediniz. Burun deliklerinde tıkanıklık, deviyasyon, polip, mukoza ödemi olup olmadığından emin olunuz.		
11. Tüpü yutturmadan önce tüpün ne kadarını iteceğinizi belirlemek için ölçüm yapınız. - Nazogastrik tüpü hastanın burun ucundan kulak memesine oradan ksifoidin alt ucuna kadar uzatınız (55-65 cm).		
12. Levin tüpün ucundan itibaren 20 cm.lik bölümünü suda eriyebilir yağlayıcı ile yağlayınız.		
13. Tüpü elinize gevşek halka şeklinde dolayınız.		
14. Hastaya başını dik hatta biraz geriye doğru tutmasını söyleyiniz.		
15. Tüpü burun deliğinden içeriye, nazal kanalın tabanı boyunca daha sonra ise aşağı arkaya doğru itiniz.		
16. Tüpü iterken başparmağınız ve işaret parmağınız arasında yuvarlayınız.		
17. Hasta öğürüyorsa birkaç saniye işlemi durdurunuz. Rahat solunum yapmasını ve dinlenmesini sağlayınız. Öğürme aşırı ise hastaya ağzını açtırıp, ışıkla tüpün pozisyonunu gözleyiniz. Tüpün kıvrılması öğürmeye neden olabilir.		
18. Hastaya ağzını açmasını söyleyiniz. Dil basacağı ve el lambası yardımı ile uvula arkasında tüpün ucunun görünüp görünmediğini kontrol ediniz. Tüpün ucu görünüyorsa orofarenkse ulaşmıştır.		
19. Her yutkunma hareketi sırasında tüpü 4-5 cm ilerletiniz. Hastanın bilinci açık ise ve işlem sırasında su içme yutkunmasını kolaylaştırıyorsa tüp özofagusta ilerlerken pipetle su içebilir.		
20. Tüpün ucu orafarenkse ulaşınca hastanın başını hafifçe öne doğru eğmesini sağlayınız.		
21. Öksürme, konuşamama, boğulma hissi, siyanoz, dispne gibi bulgular tüpün trakeaya girdiğini gösterir. İşlemi durdurunuz.		
22. Tüpü işaretlediğiniz yere kadar yutturduktan sonra tüpün midede olup olmadığını		

kontrol ediniz.		
23. Tüpün yerinde olduğundan emin olduktan sonra 2.5x4cm'lik flasteri ortasına kadar ayırarak tüpü hastanın burnuna sabitleyiniz.		
24. Tüpü hastanın giysisinin omuz bölgesine tutturunuz.		
25. Tüpün distal ucundaki kapağı kapatınız.		
26. Tüpün kapağı yoksa distal ucunu steril gaz bezi ile kapatınız ve gaz bezini flasterle tespit ediniz.		
27. Hastayı rahatlatınız.		
28. Malzemeleri kaldırınız.		
29. Eldivenlerinizi çıkarınız.		
30. Ellerinizi yıkayınız.		
31. İşlemi kaydediniz.		

NAZOGASTRİK TÜP YOLUYLA ARALIKLI/SÜREKLİ BESLEME

Öğrenci Numarası:
Öğrenci Ad-soyad:

Kullanılan Araç-Gereçler

- ✓ Doktor istemine uygun nitelik ve miktarda besin (gavaj)
- ✓ Beslenme seti
- ✓ Sıvı askısı
- ✓ Adaptör gerekirse
- ✓ 20-50 ml'lik enjektör
- ✓ Steteskop
- ✓ Beslenme pompası (klinikte varsa)
- ✓ Böbrek küvet

İŞLEM BASAMAKLARI	Yaptı (1)	Yapmadı (0)
1. Doktor istemini kontrol ediniz.		
2. Hastaya işlemi açıklayınız.		
3. Kontaminasyonu önlemek için ellerinizi yıkayınız.		
4. Eldive giyiniz.		
5. Hastaya mümkünse oturma pozisyonu veriniz. Bu mümkün değilse yatağın başucunu en az 30º yükseltiniz, hastayı hafifçe sağ lateral pozisyona getiriniz.		
6. Beslenme işleminden önce tüpün yerinde olup olmadığını kontrol ediniz.		
7. Beslenme setinin torbasını, hastanın midesinden 30-45 cm yüksekte olacak biçimde sıvı askısına asınız.		
8. Beslenme setinin akış hızı kıskacını kapatınız.		
9. Doktor istemine uygun miktar ve özellikteki besini setin torbasına doldurunuz.		
10. Damlalığı sıkıp gevşeterek yarısına kadar besin ile doldurunuz.		
11. Makarayı açarak böbrek küvetin içine bir miktar besin akıtarak setin havasını boşaltınız. Tüpün havasını çıkardıktan sonra kıskacı kapatınız.		
12. Setin bağlantı borusunu tüpün distal ucu ile birleştiriniz.		
13. Beslenme torbasının kıskacını açınız ve besinin akmasını sağlayanız *(sürekli beslemede ise; beslenme setini beslenme pompasına bağlayınız. Saatlik gidecek miktarı hesaplayıp kaydediniz)*		
14. Torbadaki besin bitmek üzere iken, torbanın kapağını açarak 30-60 ml su doldurunuz.		
15. Mideye hava gitmemesi için; verilen su bitmek üzere iken akış hızı makarasını kapatınız. Setin bağlantı borusunu sondanın distal ucundan çıkarınız. Sondanın ucunu kapatınız ve hastanın giysisine tespit ediniz.		
16. Beslenme tamamlandıktan sonra en az 30 dakika hastanın oturur pozisyonda ya da başı en az 30º yüksekte, sağ lateral pozisyonda yatmasını sağlayınız.		
17. Hastada bulantı, kramp ağrısı, distansiyon, kusma vb. belirtilerin olup olmadığını gözleyiniz.		
18. Araç gereçlerinizi kaldırınız.		
19. Ellerinizi yıkayınız.		
20. İşlemi kaydediniz.		

LAVMAN UYGULAMA

Öğrenci Numarası:
Öğrenci Ad-soyad:

<u>Kullanılan Araç-Gereçler</u>

- ✓ İrrigatör
- ✓ Rektal tüp (erişkinler için 22-30 French, çocuklar için 14-18 French, bebekler için 12 French), İrrigatör, Uzatma tüpü veya Lavman seti
- ✓ Su (Erişkinler için 40.5-43°C, çocuklar için 37.7 ^{o}C
- ✓ Etkili madde (sabun vb.)
- ✓ Suda eriyen yağlayıcı
- ✓ Ara muşambası ve ara çarşafı veya su geçirmeyen koruyucu örtü
- ✓ Sürgü
- ✓ Tuvalet kâğıdı
- ✓ Kâğıt havlu
- ✓ Banyo havlusu veya çarşaf
- ✓ Tek kullanımlık eldiven
- ✓ Kirli kabı

İŞLEM BASAMAKLARI	**Yaptı (1)**	**Yapmadı (0)**
1. Doktor istemi kontrol edilir.		
2. Malzemeler hazırlanır.		
3. İrrigatör, uzatma tüpü ve rektal tüpü birbirleriyle birleştirilir.		
4. Bireye yapılacak işlem ve solüsyon verilirken karnında dolgunluk hissedebileceği açıklanır.		
5. Bireyin gizliliği korunur. Yatak perdeleri çekilir veya paravan koyulur. Kapı kapatılır.		
6. Eller yıkanır.		
7. Tek kullanımlık eldiven giyilir.		
8. Bireye sim's pozisyonunda yatması için yardım edilir. Küçük çocuklara dorsal rekumbent pozisyonu uygulanır.		
9. Yatak takımlarının kirlenmesini önlemek için bireyin kalçalarının altına su geçirmeyen koruyucu örtü serilir.		
10. Sadece anal bölgesi açıkta kalacak şekilde bireyin bedeni ve bacakları banyo havlusu veya çarşafla örtülür.		
11. Suyu lavman irrigatörüne boşaltmadan önce rektal tüpü ucunun 15 cm gerisinden veya lavman setinin varsa musluğu ya da kıskacı kapatılır.		
12. Bireyin yaşına uygun miktarda su ve etkili madde irrigatöre veya lavman setinin torbasına koyulur.		
13. Lavman irrigatörü serum askısına asılır.		
14. Musluk ya da kıskaç açılarak rektal tüpten biraz solüsyon aktarılır.		
15. Musluk ya da kıskaç kapatılır.		
16. Sürgü yatağın yakınına koyulur.		
17. Rektal tüpün ucu 5-7 cm lik bölümü suda eriyebilen yağlayıcı veya vazelin ile yağlanır.		
18. Bir elle kalçalar yavaşça ayırılarak, anüsün görünmesi sağlanır.		
19. Bireyin derin nefes alması söylenir.		
20. Rektal tüp anüsten içeri nazikçe sokulur, göbek yönünde yavaşça 7.5-10 cm itilir. (Bebeklerde 2.5-3.75 cm, çocuklarda 5-7.5 cm)		
21. Rektal tüp iç anal sfinkteri geçecek şekilde itilir.		
22. Rektal tüp itilirken, bireye nefes alıp vermesi söylenir ve az miktarda solüsyon akıtılır.		

23. Rektal tüp rektuma yerleştirildikten sonra musluk ya da kıskaç açılarak solüsyonun akması sağlanır.		
24. Lavman irrigatörü veya torbası 45 cm yükseğe asılır.		
25. Bebekler için 250 ml veya daha az, oyun ve okul öncesi çocuklar için 250-350 ml, okul çağı çocuklar için 300-500 ml, adölesanlar için 500-750 ml, erişkinler için 750-1.000 ml solüsyon verilir.		
26. Solüsyon yavaşça verilir. Birey dolgunluk veya ağrıdan yakınırsa solüsyonun akışını 30 saniye durdurulur.		
27. Erişkinlerde 1.000 ml solüsyon 10 dakikada verilir.		
28. Solüsyon verme işlemi boyunca rektal tüp anüsten çıkmaması için elle tutulur.		
29. Bireyin solunumu, cilt rengi, terleyip terlemediği gözlenir.		
30. Bireye derin soluk alması söylenir ve tüp yavaşca çıkarılır.		
31. Rektal tüpün çevresi kâğıt havlu ile sarılır.		
32. Birey solüsyonu, defekasyon refleksi çok kuvvetlenene kadar genellikle yaklaşık 5-15 dakika süresince tutması söylenir.		
33. Bireye işlemden sonra sırt üstü yatması söylenir.		
34. Defekasyon refleksi uyarıldığında bireye sürgü verilir veya oturaklı sandalyeye oturması ya da tuvalete gitmesi için yardım edilir.		
35. Boşaltımdan sonra bağırsaklardan geri gelen içeriğin miktarı, rengi, kıvamı, bireyin lavmana tepkisi, karında gaz veya şişliğin olup olmadığı gözlenir ve kaydedilir.		
36. Perine bölgesi banyo bezi kullanılarak sabunlu su ile yıkanır ve iyice kurulanır.		
37. Araç-gereç kaldırılır.		
38. Eldivenler çıkarılır.		
29. Eller yıkanır.		
40. İşlem kaydedilir.		