|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| https://krtknadmn.karatekin.edu.tr/files/sbf/logo/4c646e9b3eaa481b8b416dd3881c7704.png  | **ERGOTERAPİ****YAZ KLİNİK UYGULAMALARI** **ÖĞRENCİ DOSYASI (REHBER)** | Doküman No | SBF-RH-10 |
| Yayın Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | Versiyon 0 |
| Sayfa  | **1** / **1** |

****

**Çankırı Karatekin Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

**Ergoterapi**



**YAZ KLİNİK UYGULAMARI**

**ÖĞRENCİ DOSYASI**



Fotoğraf

Zorunludur

**Çankırı Karatekin Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

**Ergoterapi**

****

**YAZ KLİNİK UYGULAMALARI ÖĞRENCİ DOSYASI**

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİSİ** |
| **Adı Soyadı** |  |
| **No** |  |
| **Cep Telefonu** |  |
| **Adres I** |  |
| **Adres II** |  |
| **Dersin Kodu - Adı** |  | **Dönemi** |
| **DANIŞMAN** |  |



**YAZ KLİNİK UYGULAMALARI**

Yaz Klinik Uygulamasında Sağlık Bilimleri Fakültesi Yaz klinik Uygulamaları Yönergesi esas alınarak yürütülür.

**Tanımlar:**

**Yaz Klinik Uygulama Koordinatörü:** İlgili Bölüm Başkanı tarafından belirlenen ve bölüm öğrencilerinin yapacakları yaz klinik uygulama koordinasyonu ve kontrolünün bizzat sorumlu olan bölüm yetkilisini,

**Danışman:** Dersin sorumlu öğretim elemanı ve yaz klinik uygulama komisyonun doğal üyesi

**Yaz Klinik Uygulama Başvuru Formu:** Öğrencinin yaz klinik uygulamasına başlayacağı kurumun kabul formunu,

**Yaz Klinik Uygulama Dosyası:** Yaz klinik uygulama ile ilgili evrakları içeren dosyayı,

**Yaz Klinik Uygulama Raporu:** Yaz Klinik Uygulama sonunda öğrencinin uygulamadaki etkinliklerini aktardığı, **Yaz Klinik Uygulama Koordinatörü** ve ilgili Bölüm **Yaz Klinik Uygulama Komisyonun** onayladığı değerlendirme raporunu

**Amaçlar:**

Öğrencinin gözlem altında;

* Hasta, hasta yakını, çalışma arkadaşları ve diğer sağlık personeli ile iletişim becerisini kazanması
* Ergoterapi alanında temel seviyede kuramsal bilgi ve uygulama yeteneği kazanması
* Hikaye alma, subjektif ve objektif ergoterapi değerlendirme adımlarını tamamlayarak bu bilgileri yazılı ve sözlü rapor olarak sunma becerisi kazanması
* Egzersiz programı oluşturulmuş hastayı gözlemleme becerisi kazanması
* Fiziksel ajanları güvenli bir şekilde uygulama becerisini kazanması

|  |
| --- |
| **YAZ KLİNİK UYGULAMALARI ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME BÖLÜMÜ** |
| **Tarih** |  |
| **Uygulama Birimi** |  |
| **Süpervizör Adı Soyadı** |  |
| **KURUM TANITIMI** |
|  |
| **I- BAŞLANGIÇ ÖĞRENME HEDEFLERİ** |
| Yaz klinik uygulaması sonunda bu hedeflere ne kadar ulaştığınızı işaretleyiniz ( X ) |
| **1** |  | **2** |  | **3** |  | **4** |  | **5** |  |
| **II - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA** **GÖRÜLEN HASTALIKLAR** |
| Yaz klinik uygulamasında kullandığınız değerlendirme ve/veya ergoterapi uygulamalarını belirtiniz:  |
|  |
| **III - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA KAZANDIĞINIZ ERGOTERAPİ UYGULAMA BECERİLERİ** |
|  |
| **IV - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA KAZANDIĞINIZ EK TEORİK BİLGİ** |
| Uygulamanıza yansımasını kısaca yazınız: |
| **V - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA GRUP İLE KAZANDIKLARINIZ** |
| Yoksa nedenini açıklayınız: |
| **VI - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA EKSİK BULDUĞUNUZ YÖNLERİNİZ (TEORİ, UYGULAMA, İLETİŞİM, VB.)** |
|  |
| **VII - YAZ KLİNİK UYGULAMA YERİNİN “KLİNİK UYGULAMA EĞİTİMİ” AÇISINDAN** |
| Size göre en güçlü yanı:  |
| Size göre en zayıf yanı: |
| Size göre yarattığı fırsat: |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİNİN KLİNİK SÜPERVİZÖRÜN DEĞERLENDİRİLMESİ** |
| Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır. (**X**) İşaretleyiniz. **Değerlendirme Kriterleri:** **1**:Hiç katılmıyorum **2**:Katılmıyorum **3**:Kısmen katılıyorum **4**:Katılıyorum **5**:Tamamen katılıyorum |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| İletişim becerileri yeterliydi. |  |  |  |  |  |
| Bilgi ve becerileri klinik eğitimim için yeterliydi |  |  |  |  |  |
| Klinik ortamı eğitimime uygun olarak organize etti. |  |  |  |  |  |
| Klinik eğitimim için gereken zamanı ayırdı. |  |  |  |  |  |
| Belirlenen haftalık eğitim programını uyguladı. |  |  |  |  |  |
| Klinik eğitimimi öğrenme hedeflerime uyarladı. |  |  |  |  |  |
| Olgu tartışması için yeterli olanak sağladı. |  |  |  |  |  |
| Mesleki yaşamım için rol model oluşturdu. |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **OLGU SUNUMU**(Her olgu için form yenilenecektir, en az 3 olgu için form doldurulacaktır) |
| Değerlendirme Tarihleri: | **I -**  | **II -**  | **III -** |
| Hastanın Adı Soyadı |  |  |  |
| Tanısı |  |  |  |
| Doğum Tarihi/ Yaşı  |  |  |  |
| Cinsiyeti  |  |  |  |
| Medeni Durumu | Evli ( ) | Bekar ( ) | Diğer ( ) |
| Eğitimi | İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora ( ) |
| Dominant taraf  |  | Etkilenen taraf |  |
|  |
| **HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ (Klinik tablo, semptomlar, hastalığın seyri, vb bilgiler yar almalıdır.)** |
|  |
| **HASTANIN HİKÂYESİ** (özgeçmiş, soy geçmiş ve hastalığın oluşma zamanını, ne kadar zamandır Ergoterapi aldığı, epilepsi, kalp ve akciğer rahatsızlıkları gibi ek hastalık, ilaç bilgilerini sorgulayınız.) |
|  |
| **HASTANIN ŞİKÂYETLERİ** |
| **HASTANIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDEKİ KAYIPLARI NELERDİR?** (Giyinme soyunma, ev içi ve dışındaki transferini sağlayabilme, öz bakımını yapabilme, Hijyenini sağlayabilmesini kendi başına yapabilme durumunu, alışkanlıklarını, aktivite paternlerini sorgulayınız.)  |
|  |
| **HASTANIN KAZANMAK İSTEDİĞİ EN ÖNEMLİ BECERİ/FONKSİYON NEDİR?**  |
|  |

|  |
| --- |
| **VÜCUT YAPI VE FONKSİYONLARININ DEĞERLENDİRMESİ** |
| **YAPI VE FONKSİYON** | **EHA/LİM (Pasif/Limit)R/L** | **Kas Kuvveti****R/L** | **Kısalık** | **Esneklik** | **M.Asworth Spastisite(R/L)** |
| **A - BOYUN** |
| FLEKSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **45** | **45** |
| EKSTANSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **45** | **45** |
| **B - OMUZ** |
| FLEKSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **180** | **180** |
| EKSTANSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **60** | **60** |
| ABDUKSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **45** | **45** |
| İNT.ROTASYON |  |  |  |  |  |  |
| **70-90** | **70-90** |
| EKST ROTASYON |  |  |  |  |  |  |
| **90** | **90** |
| **C - DİRSEK** |
| FLEKSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **150** | **150** |
| EKSTANSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **0** | **0** |
| **D – EL BİLEĞİ** |
| FLEKSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **80** | **80** |
| EKSTANSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **70** | **70** |
| **E - GÖVDE** |
| SIRTEKTANSÖRLERİ |  |  |  |  |  |  |
| **90** | **90** |
| ÜSTABDOMİNAL |  |  |  |  |  |  |
| **40** | **40** |
| ALTABDOMİNAL |  |  |  |  |  |  |
| **150** | **150** |
| OBLİK ABDOMİNAL |  |  |  |  |  |  |
| **35** | **35** |
| **F - KALÇA** |
| FLEKSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **120** | **120** |
| EKSTANSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **10** |
| ABDUKSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **45** | **45** |
| İNERNALROTASYON |  |  |  |  |  |  |
| **30** | **30** |
| EKSTERNAL ROTASYON |  |  |  |  |  |  |
| **45** | **45** |
| **G - DİZ** |
| FLEKSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **135** | **135** |
| EKSTANSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **10** |
| **H – AYAK BİLEĞİ** |  |
| P. FLEKSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **50** | **50** |
| D. FLEKSİYON |  |  |  |  |  |  |
| **20** | **20** |

|  |
| --- |
| **DUYU DEĞERLENDİRMESİ** |
|  |
| **AĞRI DEĞERLENDİRMESİ** |
| **1** |  | **2** |  | **3** |  | **4** |  | **5** |  | **6** |  | **7** |  | **8** |  | **9** |  | **10** |  |
|  |

|  |
| --- |
| **DENGE DEĞERLENDİRMESİ** |
| **UYGULAMA ŞEKLİ** | **STATİK** | **DİNAMİK** |
| **GÖZLER AÇIK** | **GÖZLER KAPALI** | **GÖZLER AÇIK** | **GÖZLER KAPALI** |
| **FONKSİYON** |  |  |  |  |
| **OTURMA** |  |  |  |  |
| **AYAKTA** |  |  |  |  |
| **TANDEM/YARI TANDEM** |  |  |  |  |
| **TEK AYAKÜSTÜNDE**  |  |  |  |  |
| **YÜRÜME** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **HASTALIĞA ÖZEL SINIFLANDIRMAYI, EVRELEMEYİ YAPINIZ** |
|  |

|  |
| --- |
| **HASTALIĞA ÖZEL KULLANILABİLECEK DİĞER OBJEKTİF TESTLER:** **KULLANDIĞINIZ UYGUN TESTLERİ BELİRTİNİZ. TEST FORMLARINI EKLEYİNİZ.**  |
|  |

|  |
| --- |
| **UYGULANAN TEDAVİ PROTOKOLÜ VE HEDEFLERİNİ YAZINIZ** |
|  |

|  |
| --- |
| **EV PROGRAMI VE ÖNERİLER** |
|  |

|  |
| --- |
| **HASTANIN ERGOTERAPİ PROGRAMINDAN MEMNUNİYET DERECESİ** |
| **1** |  | **2** |  | **3** |  | **4** |  | **5** |  | **6** |  | **7** |  | **8** |  | **9** |  | **10** |  |
|  |

|  |
| --- |
| **I - KLİNİK ÜNİTE SORUMLUSU / SÜPERVİZÖR’ÜN DEĞERLENDİRMESİ** |
| (**X**) şeklinde İşaretleyiniz. **Değerlendirme Puanı: 25** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Değerlendirme ile ilgili genel bilgi düzeyine sahip olma |  |  |  |  |  |
| Bireye özel değerlendirmeyi planlama |  |  |  |  |  |
| Planlanan değerlendirmeleri uygulama |  |  |  |  |  |
| Değerlendirmede kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma |  |  |  |  |  |
| Değerlendirme sonuçlarını yorumlayıp, klinik problemi belirleme |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **II - ERGOTERAPİ VE UYGULAMALARI (25 PUAN)** |
| (**X**) şeklinde İşaretleyiniz. **Değerlendirme Puanı: 25** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Ergoterapi ile ilgili temel bilgi düzeyine sahip olma |  |  |  |  |  |
| Bireye özel ergoterapi programını planlama |  |  |  |  |  |
| Planlanan ergoterapi programını uygulama |  |  |  |  |  |
| Ergoterapi programında kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma |  |  |  |  |  |
| Bireye ev programı planlama ve öğretme |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **III - MESLEKİ UYUM VE SORUMLULUKLAR (25 PUAN)** |
| (**X**) şeklinde İşaretleyiniz. **Değerlendirme Puanı: 25** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Mesleki etik ilkelere uygun davranma |  |  |  |  |  |
| Yönergeye uygun davranma (uygulama saatleri, kılık-kıyafet v.s) |  |  |  |  |  |
| Mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmede kişisel çaba gösterme |  |  |  |  |  |
| Multidisipliner ekip içindeki görev ve sorumluluklarını bilme ve yerine getirme |  |  |  |  |  |
| Değerlendirme ve ergoterapi sırasında hasta ve kendi için gereken güvenlik tedbirleri alma |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **IV- İLETİŞİM VE DOKÜMANTASYON (25 PUAN)** |
| (**X**) şeklinde İşaretleyiniz. **Değerlendirme Puanı: 25** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Bireyle ilgili bilgileri alma, kayıt tutma, terminoloji ve kısaltmaları doğru kullanma (dosya, görüşme, değerlendirme sonuçları v.s.)  |  |  |  |  |  |
| Birey ve yakınlarıyla iletişim kurma ve bilgilendirme  |  |  |  |  |  |
| Uygulama yaptığı tedavi ortamını düzenleme |  |  |  |  |  |
| Meslektaşları ve diğer sağlık personeli ile iletişim kurma |  |  |  |  |  |
| Beklenmedik durumlarda ortaya çıkan problemleri ekip ile birlikte çözme |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **YAZ KLİNİK UYGULAMALARI DEĞERLENDİRME ONAYI** |
| **Süpervizör Adı Soyadı** | **Tarih** | **İmza** |
|  |  |  |
| **Birim Sorumlusu Adı Soyadı** | **Tarih** | **İmza** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **YAZ KLİNİK UYGULAMASI DEVAM İZLEME** |
| **NO** | **TARİH**  | **ÖĞRENCİ İMZASI** | **SUPERVİZÖR İMZA** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| Beyan ettiğiniz uygulama tarihlerine uygun olarak doldurunuz. Yaz klinik uygulamasında öğrencinin **devamsızlık hakkı yoktur.** **Devamsızlık durumunda**: Öğrenci durumunu bildirir dilekçesini **danışmanına iletir ve komisyonu karar verir.** |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ YAZ KLİNİK UYGULAMA RAPORU** |
|  |

|  |
| --- |
| **YAZ KLİNİK UYGULAMALARI KOMİSYON DEĞERLENDİRME SONUCU** |
| **DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ** | **ÇOK İYİ** | **İYİ** | **ORTA** | **YETERSİZ** |
|  |  |  |  |
|  | **BAŞARILI** |  | **BAŞARISIZ** |
| **KOMİSYON BAŞKANI** | **ÜYE** | **ÜYE** |