|  |  |
| --- | --- |
| Doküman No | **FRM-HMF-153** |
| Yayın Tarihi | 27.04.2014 |
| Revizyon Tarihi | 19.03.2025 |
| Revizyon No | 03 |

 EGE ÜNİVERSİTESİ

*"Huzurlu Üniversite, Kaliteli Eğitim,* Hemşirelik Fakültesi

 *Aydınlık Gelecek”*

SAĞLIKLI YAŞAM VE HEMŞİRELİK UYGULAMA MODÜLÜ

UYGULAMA ALANI DEĞERLENDİRME FORMU

 **Tarih:**

|  |
| --- |
| **A) UYGULAMA ALANI/KLİNİKLERE İLİŞKİN GÖRÜŞLER** |
|  | Yeterli  | Kısmen Yeterli  | Yetersiz |
| **1. Uygulama Süresi** |
| **a) Genel olarak uygulamaya ayrılan süre**  |  |  |  |
| **b) Uygulamaya çıktığınız alanlar/klinikler için ayrılan süre** |  |  |  |
| 1.Alan/klinik: |  |  |  |
| 2.Alan/klinik: |  |  |  |
| **2-Uygulama alanının/kliniklerinin fiziksel özellikleri** |
| Ulaşım |  |  |  |
| Giyinip- soyunma |  |  |  |
| Beslenme |  |  |  |
| Güvenlik |  |  |  |
| Diğer……………………………………… |  |  |  |
| **3-Uygulama alanlarının/kliniklerinin mesleki becerileri geliştirmeye katkısı**  |
|  Teorik bilgileri kullanma ve geliştirmede |  |  |  |
|  İletişim becerilerini geliştirmede |  |  |  |
| Psikomotor becerileri geliştirmede |  |  |  |
| **Teorik/kuramsal bilgi ve laboratuvar çalışmalarının, uygulama alanı ile örtüşme durumu**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10Hiç Çok |
| **Uygulama alanlarına ilişkin görüş ve önerileriniz;**  |
| **B) UYGULAMA ALANI/KLİNİKLERDE İLETİŞİME İLİŞKİN GÖRÜŞLER** |
| **Uygulama alanı/kliniklerdeki iletişim** | Yeterli | Kısmen Yeterli | Yetersiz |
| Arkadaşları ile |  |  |  |
| Öğretim elemanları ile |  |  |  |
| Ekip üyeleri ile |  |  |  |
| Birey/Hasta ile |  |  |  |
| Birey/Hasta yakınları ile |  |  |  |
| İntörn Sorumlu Hemşire/Klinik Rehber Hemşire |  |  |  |
| **Uygulamanın iletişim becerilerinizin gelişimine katkısı**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10Hiç Çok |
| **C)UYGULAMA ALANI/KLİNİKLERDE KULLANILAN FORMLARA İLİŞKİN GÖRÜŞLER** |
| **Uygulama alanı/kliniklerde kullanılan formlar** | Yeterli  | Kısmen Yeterli  | Yetersiz |
| Formların uygulama alanına uygunluğu |  |  |  |
| Formların teorik/kuramsal ders içeriği ile uyumu |  |  |  |
| Formların anlaşılırlığı |  |  |  |
| Formların kullanışlılığı  |  |  |  |
| **Formlara ilişkin görüş ve önerileriniz:** |
| **D) İNTÖRN SORUMLU HEMŞİRE/KLİNİK REHBER HEMŞİREYE İLİŞKİN GÖRÜŞLER** |
| **İntörn Sorumlu Hemşire/Klinik Rehber Hemşirenin** | Yeterli  | Kısmen Yeterli  | Yetersiz |
| Mesleki Bilgisi |  |  |  |
| Uygulama Becerisi  |  |  |  |
| İletişim Becerisi |  |  |  |
| Eğitim Becerisi |  |  |  |
| Yönetim becerisi |  |  |  |
| **İntörn Sorumlu Hemşirenizden/Klinik Rehber Hemşirenizden mesleki gelişiminize katkısı açısından memnun musunuz?**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Hiç Çok |
| **İntörn Sorumlu Hemşirenizin/Klinik Rehber Hemşirenizin bir sonraki eğitim-öğretim yılındaki uygulamalarda devam etmesini önerir misiniz?**( ) Evet ( ) Hayır Nedenini belirtiniz………………………………………………………………… |
| **E) ÖĞRETİM ÜYESİNE/ELEMANINA İLİŞKİN GÖRÜŞLER** |
| **Öğretim Üyesinin/Elemanının** | Yeterli  | Kısmen Yeterli  | Yetersiz |
| Mesleki Bilgisi |  |  |  |
| Uygulama Becerisi  |  |  |  |
| İletişim Becerisi |  |  |  |
| Eğitim Becerisi |  |  |  |
| Yönetim becerisi |  |  |  |
| **Öğretim üyenizden/elemanınızdan mesleki gelişiminize katkısı açısından memnun musunuz?**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Hiç Çok |
| **F) UYGULAMAYA ÇIKTIĞINIZ ALANLARDA HERHANGİ BİR SORUN YAŞADINIZ MI?**A) HayırB) Evet (lütfen açıklayınız)…………………………………………………………………………………..…. |