

TC
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ

KLİNİK UYGULAMA I
DOSYASI
2. Sınıf

Öğrenci Adı Soyadı:

No:

Yılı – Dönemi:

İÇİNDEKİLER

I. KLİNİK UYGULAMA KURALLARI

II. ÖĞRENCİ FORMLARI

- 1. KLİNİK UYGULAMA KİMLİK, BAŞVURU VE KABUL FORMU**
- 2. KLİNİK UYGULAMA DEVAM VE FAALİYET İZLEME ÇİZELGESİ**
- 3. ÖĞRENCİ KLİNİK UYGULAMA FAALİYET ÇİZELGESİ**
- 4. KLİNİK UYGULAMA YERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU**
- 5. ÖĞRENCİ KLİNİK UYGULAMA RAPORU**

III. KLİNİK UYGULAMA YERİ –KLİNİK UYGULAMA YÜRÜTÜCÜSÜ FORMLARI

- 1. KLİNİK UYGULAMA I ÖĞRENCİSİNİ DEĞERLENDİRME FORMU – (2.sınıf)**

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİNDE HASTANE, MEDKOM ve KAMPÜS DIŞI KURUMLARDA KLİNİK UYGULAMA KURALLARI

GENEL KURALLAR

1. Gerek birbirinize gerekse kurum görevlilerine (idari ve hizmetli personel) saygılı olunuz; uygun hitap biçimleri kullanmaya özen gösteriniz.
2. Kurumda yüksek sesle konuşmayınız; birbirinize veya diğerlerine bağırarak hitap etmeyiniz.
3. Aileler ile görüşme yaparken daima saygılı, hoşgörülü ama tutarlı ve kararlı olunuz. Çözemediğiniz sorunlar olduğunda danışmanınıza ya da öğretim üyesine danışınız.
4. Kılık-kıyafet konusuna dikkat ediniz. Temiz ve iyi giyimli olunuz; vakanın dikkatini çekecek, dağıtacak kıyafetler giymeyiniz.
5. Klinik uygulamada devam zorunludur. Uygulama Yürütücüsünün izni olmadan devamsızlık yapmayınız.

KLİNİK UYGULAMALARDA UYULMASI GEREKEN KURALLAR

1. Oturumun başlangıç ve bitiş saatlerine uymaya özen gösteriniz. Terapiler çok önemli bir gerekçe olmadığı sürece iptal edilmemelidir.
2. Terapi gününün, saatinin değiştirilmesi veya iptali gerektiğinde uygulama yürütücüsü/sorumlusu/danışmanınıza ve vakanıza en az 1 gün önce bilgilendiriniz.
3. Terapi sırasında cep telefonunuzu kullanmayınız, mutlaka sessiz konuma alınız.
4. Terapi birimine yiyecek ve içecek ile girmeyiniz, terapi sırasında sakız çiğnemeyiniz; ağız ve el hijyeninize dikkat ediniz.
5. Terapi birimine giriş ve çıkışlarda düzenli ve özenli olunuz, sessizliği bozacak hareketlerden kaçınınız.
6. Terapi birimine çanta, palto vb eşyalarla girmeyiniz; öğrenci dolaplarında muhafaza ediniz.
7. Terapi biriminin düzenini zorunlu olmadıkça değiştirmeyiniz. Başka bir birimden sandalye, masa vb. alınmışsa kullandıktan yerine koyunuz.
8. Terapi birimini terapi dışında herhangi bir amaç için kullanmayınız.
9. Terapide kullanacağınız araç-gereçleri terapi öncesinde hazırlayınız.
10. Vaka dosyalarında gerekli değerlendirme, terapi süreci, sonlandırma vb raporlama işlemlerini MUTLAKA bilgisayar ortamında düzenli doldurunuz. Sizden sonra ilgilenecek meslektaşınızın uygun bilgilere ulaşması ve danışmanınızın sizi izlemesi açısından önemlidir.
11. Dosyaları terapi bitiminde danışmaya bırakınız ve MEDKOM/hastane/kurum dışına kesinlikle çıkarmayınız. Vaka gizliliğine ve mesleki etik kodlarına uyunuz.

ARAÇ-GEREÇ/ CİHAZ KULLANIMINA YÖNELİK UYULMASI GEREKEN KURALLAR

1. Araç- gereçleri ait olduğu birim dışına çıkarmayınız. Terapi biriminden zorunlu olarak araç-gereç çıkarılması gerekiyorsa danışmanınızdan izin alınız ve kullandıktan sonra teslim ettiğinizi bildiriniz.
2. Birim içinde kullandığınız araç-gereçleri aldığınız MUTLAKA yere koyunuz.
3. Kullandığınız araç-gereçte herhangi bir nedenle bozulma, kırılma, yırtılma vb. meydana geldiğinde ilgili birim sorumlusuna bildiriniz.
4. Aletsel cihazların kullanımı için danışmanınızdan randevu alınız, haber veriniz.
5. Birimlerin temiz tutulmasına özen gösteriniz.

TEŞEKKÜR EDERİZ.

TC İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ
KLİNİK UYGULAMA KİMLİK, BAŞVURU VE KABUL FORMU¹

Fotoğraf

KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİSİ KİMLİK BİLGİLERİ

Adı-Soyadı			
T.C. Kimlik No*			
Kayıtlı Olunan Bölüm/Program Adı			
Öğrenim Yılı/Sınıf/Dönem			
Adres			
Telefon No	Cep:	Diğer:	
E-posta	@medipol.edu.tr		

UYGULAMA YERİ BİLGİLERİ

Kurum/İşyeri Adı			
Kurum Türü / Vergi Dairesi/No			
Adresi			
Telefon/E-posta:		E-posta:	
<u>Uygulama Başlangıç Tarihi:</u>		<u>Uygulama Bitiş Tarihi:</u>	
Toplam Süre		Haftalık Gün Sayısı	

Yukarıda kimlik bilgileri bulunan öğrencininkurumumuzda/işletmemizde günlük zorunlu **UYGULAMASINI YAPMASI UYGUNDUR.**

Uygulama Yeri - Klinik Uygulama Yürütücüsü Uzman DKT		İmza /Kaşe/Mühür /Tarih
Diploma No		
Uygulama Yeri Yetkilisi/Görev ve Unvanı		
Öğrencinin İmzası	Uygulama Sorumlusu İmzası	Uygulama Koordinatörü / Bölüm/ABD Başkanı Onayı
Bilgilerin doğruluğunu ve günlük uygulamamı yapacağımı, uygulamaya başlamama, yarım bırakma ve uygulama yeri değişikliği yapmam hâlinde bölümüme bildirimde bulunacağımı beyan ederim./...../.....	/...../.....	/...../.....

* Yabancı Uyruklu ise Pasaport No.su yazılır.

KSB= Konuşma sesi (Artikülasyon-
Fonolojik) Bozukluğu
KK= Kekemelik
S= Ses
YU= Yutma
NDB=Afazi, Travmatik Beyin, Sağ Beyin
DİL=Gelişimsel Dil bozuklukları
MKB= Motor Konuşma Bozuklukları
İ= İşitme bozuklukları
DDY= Dudak-Damak ve Baş-Yüz Anomali

Klinik Uygulama Yapılan Yıl/Dönem

Y: Yetişkin, Ç: Çocuk, D: Değerlendirme, T: Terapi

Tarih	Açıklama				Gözlenen Bozukluk Türü	Süre (Dakika)	Yapılan Görev/İş Tanımı/Faaliyet	Uygulama Yürütücüsü DKT Adı-Soyadı İmzası
	Y	Ç	D	T				
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
Toplam Saat/Dakika								
Onaylayan Uygulama Sorumlusu Adı-Soyadı ve İmzası								

ÖĞRENCİ KLİNİK UYGULAMA FAALİYET ÇİZELGESİ

Uygulama Yürütücüsü Adı-Soyadı/İmzası:

	Hafta	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		Toplam	
		Y	Ç	Y	Ç	Y	Ç	Y	Ç	Y	Ç	Y	Ç	Y	Ç	Y	Ç	Y	Ç	Y	Ç	Y	Ç	Y	Ç	Y	Ç	Y	Ç	Y	Ç
Konuşma Sesi (Artikülasyon-Fonolojik) Bozuklukları	Gözlem																														
	Değ.																														
	Terapi																														
Dil Bozuklukları	Gözlem																														
	Değ.																														
	Terapi																														
NDB (Afazi, TBH, SB vb)	Gözlem																														
	Değ.																														
	Terapi																														
Motor Konuşma Bozuklukları	Gözlem																														
	Değ.																														
	Terapi																														
Akıcılık Bozuklukları	Gözlem																														
	Değ.																														
	Terapi																														
Ses Bozuklukları	Gözlem																														
	Değ.																														
	Terapi																														
Yutma Bozuklukları	Gözlem																														
	Değ.																														
	Terapi																														
Dudak-Damak Yarıklığı ve Baş-Yüz Anomalileri	Gözlem																														
	Değ.																														
	Terapi																														
İşitme Yetersizlikleri	Gözlem																														
	Değ.																														
	Terapi																														
Onaylayan Uygulama Sorumlusu Adı-Soyadı ve İmzası																															

TC İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ

KLİNİK UYGULAMA YERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

Klinik Uygulama Yeri Adı:

Uygulama Yürütücüsü Adı-Soyadı:

Görevi:

YT: Yeterli, ZA: Zayıf, GZ: Gözlenmedi

Her cümlede geçerli olan yanıtın yanına X işareti koyunuz.

İyi YT ZA GZ

1. Terapi seanslarından önce plan/program yapma ve materyal/araç-gereç hazırlama

2. Vakaya uygulanan terapi/tedavi yöntemlerini gösterme ve açıklama

3. Seans sırasında ya da seanstan hemen sonra size yazılı ve/veya sözlü dönüt verme, tavsiyede bulunma ve açıklama yapma

4. Uzmanın vakaya yazılı ve/veya sözlü dönüt vermesi, ev ödevleri/ev egzersiz programı ile ilgili tutumu

5. Uzmanın vakalarla/hastalarla ve ailelerle iletişimi

6. Uzmanın diğer meslek uzmanları ile iletişimi

7. Uzmanın stajyer öğrenciler ile iletişimi, tutumu ve desteği

8. Çalışma koşulları ve fiziksel ortamın uygunluğu

9. Araç-gereç/materyal/cihaz yeterliliği

10. Yeterli gözlem/uygulama fırsatı sağlandı

11. Kurumun vaka profili ve çeşitliliği

12. Pratik bilginize ve klinik karar verme sürecine katkısı

13. Bu uygulamanın mesleğiniz adına sizde bıraktığı genel etki

14. Bu kurumu klinik uygulama yapacak diğer öğrencilere de önerir misiniz?

Evet ()

Hayır ()

15. Düşüncelerinizi ve eklemek istediklerinizi yazınız.

Öğrencinin Adı-Soyadı:

İmza:

TC İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ

ÖĞRENCİ KLİNİK UYGULAMA I RAPORU

Klinik Uygulama Yeri Adı

Adresi

1. Klinik Uygulama Yürütücüsü Uzman Dil ve Konuşma Terapisti'nin görevlerini tanımlayınız (Hasta-vaka sayısı, hangi bozukluğu ağırlıklı çalıştığı, gelen popülasyonun özellikleri, seans süresi, niteliği vb.).

2. Bu Klinik Uygulamadan neler öğrendiniz? Derste öğrendiklerinizin katkısını, gelişiminizi etkileyen yönlerini, size sağladığı avantaj ve dezavantajlarını yazınız.

3. Klinik uygulamanızın en güçlü 3 özelliğini, en zayıf bulduğunuz 3 özelliğini yazın. Neyi değiştirmek isterdiniz?

4. Uyguladığınız/deneyimlediğiniz **ÜÇ FARKLI** alanda **GÖZLEM RAPORU** hazırlayarak bu raporla birlikte teslim ediniz. Rapor formatı aşağıda verilmiştir.

5. Düşüncelerinizi ve eklemek istediklerinizi yazınız.

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı-Soyadı :

Öğrenci No :

T.C. Kimlik No*:

İmza :

TC İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ

ÖĞRENCİ KLİNİK UYGULAMA VAKA GÖZLEM RAPORU

Öğrenci : _____ Tarih _____
Klinik Uygulamanın Yapıldığı Yer : _____

Yönerge:

Vaka/Gözlem raporunuzu hazırlamadan önce aşağıda yer alan tabloyu doldurunuz. Raporunuzda tabloda yer alan bilgilerin yer almasına ve 250-350 sözcük sınırını aşmamasına dikkat ediniz. Raporunuzu hazırlarken düzgün bir Türkçe kullanınız ve yazım kurallarına uyunuz.

VAKAYI TANITICI BİLGİLER

Yaşı ve yaş grubu: _____

Bebek/Küçük çocuk: ____ Okul öncesi ____ Okul çağı ____ Ergen ____ Yetişkin ____ Yaşlı ____

Bozukluk türü:

Artikülasyon	_____
Fonolojik bozukluk	_____
Dizarti	_____
Oral-Fasiyal (DDY)	_____
Dil (Sözel)	_____
İfade edici	_____
Alıcı	_____
Dil (Yazma/Okuma)	_____
Rezonans	_____
Akıcılık	_____
Yutma	_____
Ses	_____
Diğer	_____

Aldığı diğer eğitimler:

Oturuma İlişkin Bilgiler

Kullanılan Değerlendirme ve Ölçme araçları

Ölçekler ve Testler

Enstrüman ve Teknolojik Araçlar

Değerlendirme sonuçları

Terapi başlangıcında

Terapi sonunda (varsa)

Kısa dönemli hedefler

Gözlemlediğiniz oturum hedefleri

Sonraki oturum(lar) için hedefler

Uzun dönemli hedefler (vaka dosyasına bakınız)

Uygulanan Müdahale Programları ve Protokoller

Terapi Sırasında Yürütülen Aktivite

Terapi sırasında terapi hedeflerini gerçekleştirmek için yürütülen aktivite

Terapi Materyalleri

Terapi sırasında kullanılan enstrüman ve materyaller (ADİS araçları dahil)

Terapi Formatı

Bireysel _____

Grup _____

Terapinin Yürütüldüğü Ortam

Özel Klinik _____

Üniversite Kliniği _____

Yaşlı Bakımevi _____

Özel Eğt. Reh. Merkezi _____

Hastane _____

Diğer _____

Terapi sırasında gözlemlediğiniz/uyguladığınız ve seansın akışını iyileştiren aktivite/ teknik / iletişim biçimi/pekiştireç gibi özellikler

Terapi sırasında karşılaşılan güçlükler ve terapistin/sizin bu güçlüğü aşmak için kullandığı taktikler/ yöntemler (varsa)

ONAY

TC İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ						
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ BÖLÜMÜ						
KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİSİNİ DEĞERLENDİRME FORMU						
KLİNİK UYGULAMA I (2. SINIF)						
Öğrencinin Adı-Soyadı:			No:			
Klinik Uygulama Başlangıç ve Bitiş Tarihleri:						
Klinik Uygulama Yeri Adı:						
Değerlendiren Klinik Uygulama Yürütücüsü Uzm. DKT Adı-Soyadı:						
ÖĞRENCİ DAVRANIŞLARI						
Kurumsal Sorumluluk Becerileri		1	2	3	4	5
1.	Klinik uygulama sürecinde düzenli devamlılık gösterir.					
2.	Kurumun disiplin kurallarına (kılık-kıyafet, kişisel bakım, çalışma ortamı düzeni vb) ve iş saatlerine uyar (zamanında gelme-gitme).					
3.	Sorumlu davranır, istek, öneri ve verilen ödevleri yerine getirir.					
4.	Takım çalışması, disiplinlerarası işbirliği ve iş bölümüne açık ve yatkındır.					
Kişisel/Öze-dönük ve Kişilerarası İletişim Becerileri						
5.	Kararlı, ilgili, saygılı ve güvenilir davranış özellikleri sergiler.					
6.	Bireylerarası farklılıklara, çok kültürlülüğe ve çok dilliliğe anlayış gösterir.					
7.	Uyumlu, empatik ve güler yüzlüdür; pozitif tutum ve öngörü becerisi sergiler.					
8.	Eleştirileri kabul eder ve öz eleştiri yaparak bunu kendi performansına yansıtabilir.					
9.	Uzmanlarla, diğer kurum çalışanları, vaka/hasta/danışanlarla ve aileleriyle ile etkili iletişim kurar.					
Mesleki Beceriler						
a) İletişim (dil, konuşma, akıcılık, ses) ve yutma bozukluklarının değerlendirilmesi ve tanılanması						
10.	Mesleki rol ve sınırlarının farkındadır, etik kuralları uyar ve uygun biçimde davranır.					
11.	Sorumlu DKT/uzmana gerekli durumda bilgi verir ve danışır.					
12.	Dinler; soru sorar ve bilgiyi verme ya da öğrenmeye açıktır.					
13.	Çocukluk çağı iletişim-dil bozukluklarının nedenlerini, kişi/yakın çevresi üzerindeki psikolojik, sosyal, tıbbi etkilerinin ve farklı ortam, durumların danışan/hastanın sorunları üzerindeki etkilerini bilir.					
14.	Değerlendirme sürecine katılır; bu amaçla fiziksel, psikososyal, dil gelişimi, aile öyküsü gibi demografik (dil, konuşma örneği gibi) veri toplar, ve transkript eder.					
15.	Değerlendirmede kullanılan görüşme, anket, gözlem, tarama gibi ölçme araçlarını; formal ve informal değerlendirme yöntemlerini bilir ve açıklar.					
b) Planlama ve Terapinin/Rehabilitasyonun uygulanması						
16.	Öğrendiği dersler ve sahip olduğu bilgileri kullanarak yaratıcı materyal ve aktivite hazırlanmasında görev alır.					
17.	Çocukluk çağı dil sorunlarına yönelik terapi yaklaşımlarını bilir ve açıklar.					
18.	DKT kapsamındaki sorunlara yönelik önleyici erken müdahale programlarının planlanması, uygulanması ve izlenmesinde rol alır.					
19.	Dersini aldığı uygulamaların nasıl yapıldığını bilir; belirli bir durumda kılavuz/yönergeye uygun biçimde açıklar.					
20.	Klinik gözlem durumlarına özgü araştırma yapar, rapor hazırlar.					

(Öğrencinin güçlü yönleri ve geliştirmesi gereken özellikleri ile ilgili ek değerlendirme/açıklamalar gerekli görüldüğünde bu formun arkasına eklenebilir.)

ONAY